

Γ. Ε. Ι            Π Α Τ Ρ Α Σ  
Σ Χ Ο Λ Η:        Σ. Ε. Υ. Π  
Τ Μ Η Μ Α:       Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Σ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η   Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α  
Θ Ε Μ Α:    Χ - Ο Λ Ο Λ Ι Θ Ι Α Σ Η



Υπεύθυνη    Καθηγήτρια  
Μπατσολάκη    Μαρία

Επιμέλεια    - Παρουσίαση  
Παντελή    Άννα

Π Α Τ Ρ Α    Ι Ο Υ Ν Ι Ο Σ    1 9 9 2

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	575 α'
----------------------	--------



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΟΡΙΣΜΟΣ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	2
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ	4
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	7
ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ	8
α. Αγγείωση χοληδόχου κύστεως	9
Νεύρωση - χοληδόχου κύστεως	9
Αιμάτωση χοληδόχου κύστεως	9
Λειτουργίες των σφιγκτήρων της κύστεως	10
Ανωμαλίες της χοληδόχου κύστεως	10
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ - ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	11
ΧΟΛΙΚΑ ΑΛΑΤΑ	12
ΠΑΘΟΓΕΝΗΣΗ ΧΟΛΟΛΙΘΩΝ	13
ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΕΙΔΗ ΧΟΛΟΛΙΘΩΝ	14
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ	15
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	16
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	18
α. Απλή ακτινογραφία κοιλίας	18
β. Χολοκυστογραφία per os	19
γ. Υπερηχογραφία χοληδόχου κύστεως	19
δ. Ενδοφλέβεια χολαγγειογραφία	21
ε. Διαθερμική διηπατική χολαγγειογραφία	21
στ. Ενδοσκοπική παλίνδρομη παγκρεατοχολαγγειογραφία	22
ζ. Ηπατοχολική υπερηχογραφία.	23
η. Υπολογιστική αξονική τομογραφία	24
θ. Χοληδοσκόπηση	24
ι. Βιοψία του ήπατος	25

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	26
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	27
α. Οξεία χολοκυστίτιδα	27
β. Χρόνια χολοκυστίτιδα	27
γ. Απόφραξη του κυστικού πόρου	29
δ. Γάγγραινα και διάτρηση	29
ε. Σχηματισμός συριγγίου και ειλεός	30
στ. Κακοήθης εξαλλαγή	30
ζ. Χολαγγεΐτιδα	31
η. Παγκρεατίτιδα	31
θ. Χολική κίρρωση	31
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	33
Συντηρητική Αντιμετώπιση	33
Χειρουργική αντιμετώπιση	37
Αφαίρεση λίθων με λιθοτριψία	43
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	45
ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	45
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	45
ΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	52
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	54
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ	
ΕΙΔΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	60
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	72
ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ	76
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	83
ΠΡΩΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	84
ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	93
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	99

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σ'αυτή την εργασία θα γίνει ανάπτυξη ενός σημαντικού προβλήματος που ταλαιπωρεί εκατομμύρια κόσμο σε ολόκληρο του πλανήτη. Θα αναφερθούμε σ'ένα νόσημα του χοληφόρου συστήματος την χ ο λ ι - λ ι θ ί α σ η. Η εξήγηση της λειτουργίας του χοληφόρου συστήματος όσον αφορά δηλαδή την ανατομία, την φυσιολογία, την παθοφυσιολογία την συχνότητα, της νόσου καθώς και τους προδιαθεσικούς παράγοντες την πρόληψη, τις επιπλοκές και την θεραπευτική αγωγή θα βοηθήσουν σημαντικά ώστε να πληροφορήσουμε και να κατανοήσουμε την λειτουργία και την συμπεριφορά του ανθρώπινου οργανισμού.

Η εργασία αυτή δεν έχει σκοπό μόνο να ενημερώσει και να προβληματίσει απο ιατρικής απόψεως αλλά ασχολείται και με την λεπτομερή περιγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων. Θα επισημάνουμε το έργο και το λειτούργημα του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο θα πρέπει να επικεντρώνεται στην ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα. Μία φροντίδα που θα στηρίζεται στις θεμελιώδεις νοσηλευτικές αρχές. Αρχές που θα καθοδηγούν κάθε μας ενέργεια απο την διαπίστωση ότι κάθε άνθρωπος αποτελεί ξεχωριστή σωματικοπνευματική οντότητα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα στηριχθεί σε επιστημονικές γνώσεις και σε συνδιασμό με τις τεχνικές δεξιότητες και την καλλιεργημένη προσωπικότητα θα συμβάλλει σημαντικά στην προαγωγή και επίτευξη της υγείας του ατόμου. Μέσα απο αυτή την εργασία θα τονιστεί η σπουδαιότητα της νοσηλευτικής εξατομικευμένης διεργασίας που θα πρέπει να εφαρμοστεί σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας.

## Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ - Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Η   Α Ν Α Σ Κ Ο Π Ι Σ Η

Με τόν όρο "χολολιθίαση" εννοούμε την παρουσία λίθων στην χοληδόχο κύστη οι οποίοι, μπορεί να ανιχνευθούν και στα ενδοηπατικά χοληφόρα καθώς και στα εξωηπατικά χοληφόρα. Οι χολόλιθοι προκαλούν φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων. Στις πιο πολλές περιπτώσεις, ο λίθος ενσφηνώνεται στον κυστικό πόρο, εμποδίζοντας το άδειασμα της χοληδόχου κύστεως με αποτέλεσμα να προκαλείται χολοκυστίτιδα.

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή θα δούμε ότι η νόσος είναι πολύ παλιά. Για πρώτη φορά βρέθηκαν λίθοι τον 6<sup>ο</sup> μ.χ αιώνα σε βοειδή ενώ η εξακρίβωση λίθων στον άνθρωπο έγινε πολλούς αιώνες αργότερα τον 14<sup>ο</sup> μ.χ αιώνα από τον *Benito de Fogigno*. Είναι ο πρώτος που ανακάλυπτει λίθους σε νεκροτομικό υλικό. Τα τελευταία χρόνια (1906) με την ανεύρεση χολόλιθου σε αιγυπτιακή μούμια από τον έγινε γνωστό ότι οι άνθρωποι πάσχουν από χολολιθίαση εδώ και 1.000

Ο Βεσάλιος (1514-1564) παρατήρησε για πρώτη φορά ότι οι χολόλιθοι αποτελούν ένδειξη αρρώστειας και ανακάλυψε την συσχέτιση με τον ίκτερο. Ο Βερζήλιος (1809) ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε ένα κλάσμα οξέως στην χολή. Ο *Dermacay* (1838) γνώρισε ότι το χολικό οξύ αποτελεί το κυριότερο στερεό συνθετικό της χολής. Ο *Lehman* αναγνώρισε το γλυκοχολικό και ταυροχολικό οξύ σαν δύο ξεχωριστές ουσίες.

Ο *Bere Púsenas* Ιταλός μαθηματικός το 17<sup>ο</sup> μ.χ αιώνα υπόλογισε ότι μια ποσότητα χολής εισέρχεται στο δωδεκαδάκτυλο και απόδειξε ότι υπάρχει μια ιδιαίτερη κυκλοφορία της χολής διαμέσου του υπογάστριου. Ο *Hore Seyler* (1863) απέδειξε μια συνεχή κυκλοφορία των χολικών οξέων. Ενώ ο *Holtmar* (1844) απέδειξε ότι υπάρχει εντεροηπατική κυκλοφορία. Πρώτος ο *Durande* το 1782 ανακάλυψε την ιδέα της διάλυσης και περιγράφει την χρήση της τρευμετίνης για μια *in vitro* διάλυση. Κατόπιν ο

Hawker το 1897 περιέγραψε την διάλυση των πετρών με την έγχυση αιθέρα και γλυκερίνης.

Πολλοί άλλοι επιστήμονες το 1953 ανακάλυψαν ότι το χλωροφόρμιο είναι η πιο αποτελεσματική ουσία για την διάλυση των χολολιθών. Όμως από το 1937 είχαν ανακαλύψει ότι η χρήση χλωροφορμίου και αιθέρα είχε πολλές επιπτώσεις στην υγεία των αρρώστων αφού παρουσιάζονταν επιπλοκές μέσα στον αγωγό της χολής.

#### Σ Υ Χ Ν Ο Τ Η Τ Α

Σήμερα στον 20ο αιώνα παρόλο που έχουν γίνει σημαντικά βήματα για τον προσδιορισμό της αιτίας της εμφάνισης της νόσου, την διάγνωση, την ανακάλυψη εξετάσεων, την πρόληψη και την θεραπευτική αγωγή παρουσιάζει συχνότητα εμφάνισης 15% - 20% των ατόμων που βρίσκονται στην μέση ηλικία. Πιστεύεται σήμερα ότι το 10% των κατοίκων του πλανήτη μας πάσχουν από χολολιθίαση.

Έχει ανακαλυφθεί ότι αυτή η πάθηση έχει σχέση με δημογραφικούς και γενετικούς παράγοντες. Έτσι λοιπόν υπολογίζεται ότι μετά το 50<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας το 1/5 των ατόμων που ζούν στην Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη και στις ΗΠΑ υποφέρουν από χολολιθίαση. Η αναλογία μεταξύ γυναικών και ανδρών στην ηλικία προ της ήβης είναι 4:1, ενώ στην ηλικία 50-65 ετών είναι στις μεν γυναίκες 20% ενώ στους άνδρες 5%.

Έχει παρατηρηθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό χολολιθίασης παρουσιάζεται στους Ινδιάνους του Μεξικού, στους Εσκιμώους (70%), στους κατοίκους της Χιλής (36%), στους Σουηδούς (25%), στους Ιάπωνες (5%), στους λευκούς της Αμερικής (10%), στους Αγγλους (5%-7%). Ενώ στους Έλληνες από μελέτες που έχουν γίνει έχει ανακαλυφθεί ότι προσεγγίζουν το ίδιο ποσοστό με αυτό των λευκών της Αμερικής. Η συχνότητα αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία μετά το 50<sup>ο</sup> έτος. Ατομα πάνω από 70-80 το ποσοστό της συχνότητας είναι 30%.

Στα παιδιά και στα νεαρά άτομα η χολολιθίαση είναι πιο σπάνια.

Όταν παρουσιάζεται συνδέεται συνήθως με αιμολυτικό ίκτερο και οι χολόλιθοι αυτών των ατόμων έχουν αυξημένη την παραγωγή χολερυθρίνης λόγω αιμολύσεως.

Τα χαμηλά ποσοστά που παρατηρούνται σε ορισμένους λαούς οφείλονται σε διαιτητικούς λόγους και έχει παρατηρηθεί ότι άτομα που μεταναστεύουν από αυτές τις περιοχές προς την Δύση παρουσιάζουν αύξηση χολολίθων.

Στις ΗΠΑ σειρές νεκροτομικές απέδειξαν χολολίθους στο 20% των γυναικών και στο 8% των ανδρών άνω των 40 ετών. Υπολογίζεται ότι 16-20 εκατομμύρια στις ΗΠΑ χολολιθιάσεων ανακαλύπτονται κάθε χρόνο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ένα συμπαγές όργανο με σχεδόν σπογγώδη υφή. Αποτελεί το μεγαλύτερο όργανο του σώματος που βρίσκεται στο άνω μέρος της κοιλίας κάτω από το δεξί διάφραγμα. Περιβάλλεται από μια ινώδη κάψα. Η κάψα αυτή επεκτείνεται προς τα μέσα και χωρίζει το όργανο σε μικρά διαμερίσματα τα ηπατικά λόβια που μοιάζουν με κυψέλες. Ανάμεσα στα λόβια βρίσκουμε έναν κλάδο των χοληφόρων αγγείων, έναν κλάδο της ηπατικής αρτηρίας και ένα κλάδο της πυλαίας φλέβας. Οι κλάδοι αυτοί των αγγείων ονομάζονται μεσολόβιοι. Κάθε λόβιο είναι γεμάτο με ηπατικά κύτταρα που βρίσκονται σε στήλες.

Το ήπαρ αποτελείται από δύο είδη κυττάρων α) τα ηπατικά κύτταρα και β) τα κύτταρα του Kupfer που διαφέρουν πολύ από τα πρώτα και ανήκουν στο ενδοθηλιακό σύστημα. Μεταξύ των ηπατικών κυττάρων αρχίζουν τα μικρά χοληφόρα τριχοειδή, που μεταφέρουν την χολή (που παράγεται στα ηπατικά κύτταρα) και σιγά - σιγά σχηματίζουν μεγαλύτερα αγγεία και τελικά τον ηπατικό πόρο που μαζί με τον κυστικό πόρο της χοληδόχου κύστεως σχηματίζεται ο χοληδόχος πόρος. Αυτός εκβάλλει στην 2ή μοίρα του δωδεκαδακτύλου (φύμα του Vater).

Οι χοληφόροι πόροι, ο κοινός ηπατικός πόρος, ο κυστικός πόρος, ο χοληδόχος πόρος και η χοληδόχο κύστη αποτελούν την εκφορητική οδό του ήπατος. Το ήπαρ στηρίζεται με τους εξής συνδέσμους α) Στεφανιαίο  
β) Δρεπανοειδή  
γ) Γαστροηπατικό

Ανάμεσα σ' αυτούς τους συνδέσμους περνά η κάτω κοίλη φλέβα καθώς μπαίνει μέσα στο ήπαρ. Ο στεφανιαίος σύνδεσμος προς τα εμπρός συνδέεται με τον δρεπανοειδή ο οποίος κατά κάποιο τρόπο είναι συνεχειά του.

Μεταξύ των ηπατικών κυττάρων όπως είπαμε παραπάνω υπάρχουν τα χοληφόρα τριχοειδή αλλά και τα πυλαία τριχοειδή που είναι τριχοειδή αιμοφόρα αγγεία που μεταφέρουν το μίγμα αρτηριακού και φλεβικού αίματος από την ηπατική αρτηρία (τροφικό αγγείο του ήπατος) και την

πυλαία φλέβα (λειτουργικό αγγείο). Το τροφικό αγγείο δίνει στα ηπατικά κύτταρα τα θρεπτικά συστατικά και το O<sub>2</sub> ενώ το λειτουργικό περιέχει όλες τις ουσίες που απορροφήθηκαν από το έντερο με την πέψη και τις μεταφέρει στα ηπατικά κύτταρα για επεξεργασία.

Τα ηπατικά κύτταρα έχουν έναν πόλο που λέγεται χολικός και έναν δεύτερο που λέγεται αγγειακός. Από τον χολικό εκκρίνεται η χολή (προϊόν εξωκρινούς λειτουργίας του ήπατος. Είναι ένα πηχτό βαθυπράσινο υγρό απαραίτητο για την πέψη των λιπών) που περνά από τα χοληφόρα τριχοειδή του ηπατικού λοβίου. Τα χοληφόρα τριχοειδή χύνονται στα μεσολόβια χολαγγεία που συμβάλλοντας διαρκώς σχηματίζουν μεγαλύτερους ενδοηπατικούς χοληφόρους πόρους με τελική κατάληξη τους δύο μεγάλους ηπατικούς πόρους, έναν από τον αριστερό και έναν από τον δεξιό λοβό του οργάνου. Οι δύο ηπατικοί πόροι ενώνονται κοντά στις πύλες του ήπατος σχηματίζοντας τον κοινό ηπατικό πόρο. Μετά την εξοδό του δέχεται τον κυστικό πόρο και οι δύο μαζί σχηματίζουν τον χοληδοχο πόρο.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο σχηματισμός του χοληφόρου συστήματος αρχίζει κατά την 3<sup>η</sup> εμβρυϊκή εβδομάδα, όπου εμφανίζεται ένα εκκόλπωμα που αποτελεί την αρχή του ήπατος και των χοληφόρων.

α) Οι χοληφόροι πόροι διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

I. περιλόβιους II. μεσολόβιους. Έχουν διάμετρο περίπου ενός μολυβιού, που ενώνονται κοντά στις πύλες του ήπατος σχηματίζοντας τον κοινό ηπατικό πόρο.

β) Ο κοινός ηπατικός πόρος εκτείνεται από το δεξιό μέρος των πυλών του ήπατος μέχρι την συμβολή του κυστικού πόρου. Έχει μήκος 2-3 εκ.

γ) Ο κυστικός πόρος αποτελεί προέκταση του κοινού ηπατικού πόρου και ξεκινά από τον αυχένα της κύστεως. Έχει μήκος 3-4 εκ. και διάμετρο 3-4 εκ. Είναι ελικοειδής κι απ' αυτόν περνά η χολή από το ήπαρ στην χοληδόχο κύστη όταν δεν γίνεται πέψη στο έντερο. Η εξωτερική επιφάνεια του κυστικού πόρου παρουσιάζει κάποιες ανωμαλίες και κυρτώματα που χωρίζονται σε ελικοειδή περισφύξεις. Ενώ στην εσωτερική επιφάνεια εμφανίζονται κυλώματα.

δ) Ο χοληδόχος πόρος έχει μήκος 6-8 εκ. και διάμετρο 0,7 cm. Σχηματίζεται από την συμβολή του κοινού ηπατικού με τον κυστικό πόρο και πορεύεται μέσα στον ηπατοδωδεκαδάκτυλο σύνδεσμο. Στην εκβολή του χοληδόχου πόρου σχηματίζεται ο σφιγκτήρας του ΟΔΔΙ που ελέγχει την ροή της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο.

Στον χοληδόχο πόρο διακρίνουμε τέσσερις σφιγκτήρες: 1) τον σφιγκτήρα του χοληδόχου πόρου 2) της επιμήκης ίνες 3) τον σφιγκτήρα της λυκίθου και 4) τον σφιγκτήρα του παγκρεατικού πόρου. Ο σπουδαιότερος είναι ο πρώτος που κατά την διάρκεια της νηστείας βρίσκεται εντόνω και παρεμποδίζει την ροή της χολής στο δωδεκαδάκτυλο, η οποία σ' αυτή την περίπτωση αθροίζεται στην χοληδόχο κύστη. Όταν όμως το

περιεχόμενο του στομάχου ρέει προς τον δωδεκαδάκτυλο προκαλείται χάλαση του σφιγκτήρα, συσπάται η χοληδόχος κύστη και έχουμε εκροή χολής αποκτο ήπαρ και την κύστη προς το λεπτό έντερο.

### Χ Ο Λ Η Δ Ο Χ Ο Σ      Κ Υ Σ Τ Η

Η χοληδόχος κύστη είναι ένα κυστικό μυώδες όργανο που λειτουργεί ως αποθήκη χολής. Έχει σχήμα αχλαδιού το μήκος της είναι 8-12 cm και πλάτος 4-5 cm. Χωράει 40-80 ML υγρών. Βρίσκεται κολλημένη σχεδόν στην κάτω επιφάνεια του ήπατος. Επικοινωνεί με την μεγάλη χοληφό οδό μέσω του κυστικού πόρου.

Αποτελείται απο τρία μέρη; τον πυθμένα, το σώμα και τον αυχένα. Ο αυχένας καταλήγει στο κυστικό πόρο, και παροχετεύει το περιεχομένο της προς τον χοληδόχο πόρο. Το ήπαρ παράγει διαρκώς χολή αλλά αυτή δεν είναι απαραίτητη στο έντερο όταν δεν υπάρχουν τροφές για πέψη. Η περίσσια χολή αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη όπου και συμπυκνώνεται. Όταν ο οργανισμός έχει ανάγκη χολής για πέψη, η χοληδόχος κύστη συσπάται και μια ποσότητα χολής περνά μέσω του κυστικού πόρου στο χοληδόχο πόρο και απο κει στο δωδεκαδάκτυλο. Η χολή χύνεται τότε στο έντερο και αναμειγνύεται με τις τροφές. Συμβάλλει έτσι στην πέψη τους, ιδιαίτερα τα χολικά οξέα που καθιστούν τα λίπη ευδιάλυτα. Η κύστη αποτελεί ένα είδος φυσιολογικής πολυτέλειας.

Πολυάριθμα ζωϊκά είδη δεν έχουν χοληδόχο κύστη, αλλά η πέψη τους δεν είναι λιγότερο κανονική. Ωστόσο η ύπαρξη της κύστης αποτελεί πρόοδο στην εξέλιξη του είδους γιατί επιτρέπει το ρυθμισμένο χαρακτήρα των γευμάτων. Όμως μπορούμε κάλλιστα να κάνουμε και χωρίς κύστη. Η πείρα δείχνει ότι αναρίθμητα άτομα που έχουν υποστεί χολοκυστεκτομή ζούν πολύ άνετα χωρίς αυτό το όργανο.

Η χοληδόχος κύστη εμφανίζει δυο επιφάνειες. Την πρόσθια και την οπίσθια. Η πρόσθια καλύπτεται με συνδετικό υπό ενώ η οπίσθια μαζί με ολόκληρο τον πυθμένα καλύπτεται απο το περιτόναιο.

Η χοληδόχος κύστη εμφανίζει δύο επιφάνειες. Την πρόσθια και την

και την οπίσθια. Η πρόσθια καλύπτεται με συνδετικό ιστό ενώ η οπίσθια μαζί με ολόκληρο τον πυθμένα καλύπτεται απο τον περιτόναιο.

Απο ιστολογικής απόψεως η χοληδόχος κύστη αποτελείται απο ορογόνο, μυϊκό και βλεννογόνο χιτώνα. Ο μυϊκός είναι πλούσιος σε βλεννοεκκριτικούς αδένες ενώ ο βλεννογόνος καλύπτεται απο κυλινδρικό επιθήλιο που περιέχει χοληστερόλη και σταγονίδια λίπους. Ο βλεννογόνος του κυστικού πόρου σχηματίζει πτυχές που δημιουργούν ένα σπειροειδή αυλό στον πόρο που ονομάζεται "βαλβίδα του Heister". Οι πτυχές αυτές παρέχουν στην εσωτερική επιφάνεια της χοληδόχου κύστεως δικτυωτή όψη. Άλλες παραμένουν και άλλες εξαφανίζονται κατά την διάταση της κύστεως. Η χοληδόχος κύστη έχει εκκριτική απορροφητική κινητική ικανότητα εκκρίνει βλέννη 20 ML το εικοσιτετράωρο προστατεύοντας τον βλεννογόνο του οργάνου απο την λυτική δράση της χολής.

#### Αγγείωση της κύστεως

Τα σπουδαιότερα αγγεία της χοληδόχου κύστεως είναι:

α) Η κυστική αρτηρία που είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας

β) Η κυστική φλέβα που εκβάλλει κατευθείαν στο δεξιό κλάδο της πυλαίας φλέβας.

γ) Τα λεμφαγγεία που φέρονται στους ηπατικούς λεμφαδένες κατά την πύλη του ήπατος

δ) Τα αρτηρίδια

#### Νεύρωση της χοληδόχου

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την νεύρωση της κύστεως. Γι' αυτό η λειτουργία της δεν υπόκειται στην θελησή μας. Ετσι λοιπόν η νευρωσή της γίνεται απο το πνευμονογαστρικό νεύρο, τις προγαγγλιακές και μεταγαγγλιακές ίνες και τις αισθητικές ίνες.

#### Αιμάτωση της χοληδόχου κύστεως

Σ' αυτό το όργανο η αιμάτωση είναι πλούσια και σ' αυτό συμβάλλει ο κλάδος της οπίσθιας δωδεκαδακτυλικής παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Πιο πλούσια αιμάτωση έχουμε στο κατώτερο τριτημόριο του

πόρου και γι' αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή όταν επιχειρούνται επεμβάσεις σ' αυτή την περιοχή.

#### Λειτουργίες των σφιγκτήρων της κύστεως

Στην νηστεία ο σφιγκτήρας του Oddi παρέχει αυξημένη αντίσταση στην ροή της χολής απο το χοληδόχο πορο στο 12λο. Η τονική αυτή σύσπαση χρησιμεύει 1) στο να προλάβει την παλινδρόμηση δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στο παγκρεατικό και χοληδόχο πόρο και 2) να ενισχύσει το ρυθμό πληρώσεως της χοληδόχου κύστεως. Ο σημαντικός παράγοντας που ελέγχει την εκκένωση της χοληδόχου είναι η πεπτιδική ορμόνη χολοκυστοκινίνη που εκκρίνεται απο το δωδεκαδάκτυλικό βλεννογόνο για την πέψη των λιπών και αμινοξέων. Η χολοκυστοκινίνη προκαλεί 1) ισχυρή σύσπαση της χοληδόχου κύστεως 2) μείωση της αντίστασεως του σφιγκτήρα του Oddi 3) αύξηση ηπατικής εκκρίσεως της χολής και έτσι 4) αυξημένη ροή χολής το 12λο.

#### Ανωμαλίες χοληδόχου κύστεως

Οι ανωμαλίες αυτές παρουσιάζονται σε ποσοστό 10%-20% του πληθυσμού και είναι ανωμαλίες αριθμού, μεγέθους και σχήματος (π.χ αγενεσία της κύστεως, διπλασιασμοί, γιγαντιαίες κύστεις, εκκολπώματα). Ο "φρυγανιόσκούφος" είναι μια μη σημαντική κλινικά οντότητα που υπάρχει πλήρες ή ατελές διάφραγμα ή πτυχή που διαχωρίζει το θόλο απο το σώμα της χοληδόχου κύστεως. Οι ανωμαλίες θέσεως και στηρίξεως δεν είναι ασυνήθες και περιλαμβάνουν α) την ενδοηπατική β) την σε αριστερή θέση χοληδόχο κύστη γ) την οπίσθια μετάθεση της χοληδόχου κύστεως και δ) επιπλέουσα (Floating). Η τελευταία κατάσταση προδιαθέτει σε συστροφή ή κύλη της χοληδόχου κύστης.

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ - ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ο τόπος στον οποίο γίνονται χημικές μετατροπές που εκτελεί ο οργανισμός. Η κατασκευή του ήπατος είναι η πιο κατάλληλη για τις τόσες πολλές λειτουργίες του οργάνου αυτού που αποτελεί "το χημικό εργαστήριο" του ανθρώπινου σώματος. Η λειτουργία του ήπατος ρυθμίζεται από το ενδιαφερόμενο σύστημα και από το αυτόνομο (συμπαθητικό - παρασυμπαθητικό) νευρικό σύστημα εκτός από το ρόλο που παίζει ως κεντρικό βιοχημικό εργαστήριο εκτελεί και άλλες λειτουργίες. Αυτές είναι οι εξής:

(1) Αποθηκεύει σάκχαρο υπομορφή γλυκογόνου και ρυθμίζει την ποσότητα της γλυκόζης στο αίμα έτσι που να παραμένει σταθερή.

(2) Ρυθμίζει το ποσοστό της πρωτεΐνης που χρησιμοποιείται από τον οργανισμό.

(3) Συνθέτει τα λίπη από τα λιπαρά οξέα, την χοληστερόλη και αποθηκεύει FE

(4) Χρησιμεύει ως αποθήκη λιποδιαλυτών βιταμίνης A, D, E, K

(5) Αποθηκεύει και εκρίνει χολή που βοηθά στην πέψη των τροφών

(6) Βοηθά ώστε η διάφορα φάρμακα και ουσίες να αδρανοποιηθούν και με διάφορες αποτοξινωτικές ενέργειες εξουδετερώνουν διάφορες τοξικές για τον οργανισμό ουσίες.

(7) Παράγει ηπαρίνη, προθρομβίνη και ινωδογόνο, ουσίες που έχουν σχέση με την πήξη του αίματος.

Το ηπατικό κύτταρο είναι από τα πιο πολύπλοκα κύτταρα στον ανθρώπινο οργανισμό. Αυτά παράγουν χολή σε ποσότητα 500-120 cm<sup>3</sup> ανα 24ώρο. Η σύσταση αυτής αποτελείται κατά 97% από H<sub>2</sub>O και 3% από στέρεες ουσίες π.χ βλέννη, χλωροχρωστικές, χολικά άλατα, χοληστερίνη, ηλεκτρολύτες, λυκιθίνη, λιπαρά οξέα, ανόργανα άλατα. Όλες αυτές οι ουσίες βοηθούν στην πεπτική δράση του παγκρεατικού και εντερικού υγρού.

## Τα χολικά άλατα

Τα χολικά άλατα συμβάλλουν σε μιά σειρά σημαντικών λειτουργιών:

- 1) Προκαλούν ελάττωση της επιφάνειας των λιποσταγονιδίων του εντερικού περιεχομένου με αποτέλεσμα την κατατμηση τους σε μικρότερα λιποσταγονίδια ώστε σ' αυτή την μορφή να μπορεί να αποζυμηθεί το λίπος χωρίς να διασπαστούν αυτά απο την λιπάση.
- 2) Συμβάλλουν στην διάσπαση και απορρόφηση λιπών και λιποδιαλυτών Α, D, Ε, Κ.
- 3) Συμβάλλουν στην απορρόφηση Fe και Ca.
- 4) Έχουν αντισηπτική ικανότητα.
- 5) Αυξάνουν τις κινήσεις του εντέρου.
- 6) Βοηθούν στην μεταφορά ύδατος και ηλεκτρολυτών στο λεπτό και παχύ έντερο.

Ένα μέρος των συστατικών της χολής επανααρροφούνται στο έντερο και κατόπιν εκκρίνονται και πάλι απο το ήπαρ. Τα γλυκουρονίδια των χολοχρωστικών και η χολερυθρίνη είναι υπεύθυνα για το χρυσοκίτρινο χρώμα της χολής. Η χολή που παράγεται απο τα ηπατικά κύτταρα προωθείται προς το χοληφόρο σύστημα όπου γίνεται ανάμιξη με την χολή που παράγεται απο τα τοιχωματικά κύτταρα των χοληφόρων οδών. Η χολή που προκύπτει προωθείται προς τα κάτω και έχει μεγάλη περιεκτικότητα σε H<sub>2</sub>O, οργανικά και ανόργανα στοιχεία, φωσφορολιπίδια.

Η ολική-ημερήσια βασική έκκριση ηπατικής χολής είναι περίπου 500-600 ml. Η έκκριση της χολής είναι ένα ενεργητικό φαινόμενο που απαιτείται κατανάλωση ενέργειας. Οι σημαντικοί μηχανισμοί που ρυθμίζουν της ροή της χολής είναι:

- 1) Η ενεργός μεταφορά χολικών οξέων απο τα ηπατοκύτταρα στα χοληφόρα τριχοειδή.
- 2) Η μεταφορά Na, που βοηθιέται απο την ΑΤΡάση αλλά δεν εξαρτάται απο τα χολικά οξέα.



3) Η έκκριση των πόρων.

4) Η αιμάτωση του ήπατος απο την προσφορά σε 02 στο ηπατικό κύτταρο.

5) Η χολοκυστοκινίνη είναι ένα πολυπεπίδιο 33 αμινοξέων.

Η χολή στην χοληδόχο κύστη υφίσταται κάποια σχετική επεξεργασία και μάλιστα απορροφάται H<sub>2</sub>O και ανόργανοι ηλεκτρολύτες με αποτέλεσμα την συμπύκνωση της. Το ΡΗ της χολής κυμαίνεται απο 5,7-8,6 και τείνει να γίνει αλκαλικό.

Τα φωσφορολιπίδια και μάλιστα η λεκιθίνη που αποτελεί το 90% των φωσφορολιπιδίων της χολής παράγεται μια ποσότητα απο το ήπαρ ενώ σημαντικός αριθμός φωσφορολιπιδίων προσλαμβάνεται με τις τροφές.

Η χοληστερόλη άλλα ένα συστατικό της χολής το συναντάμε σε απλή και εστεροποιημένη μορφή. Κύριες πηγές πρόλευσης είναι:

- α) απο το ήπαρ όπου γίνεται και η συνθεσή του.
- β) απο τα κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου και
- γ) απο τις τροφές.

## Π Α Θ Ο Γ Ε Ν Ε Σ Η Χ Ο Λ Ο Λ Ι Θ Ω Ν

Ο πρώτος που ασχολήθηκε με την παθογένεια της χολολιθίασης ήταν ο Παράκελσος το 1.500 μ.χ αιώνα. Ο ίδιος ανακάλυψε ότι ο σχηματισμός χολολίθων οφείλεται σε διαταραχή χημικών ουσιών με επακόλουθο την καθίζηση αυτών στα χοληφόρα. Οι χολόλιθοι είναι κρυσταλλικοί σχηματισμοί που σχηματίζονται απο συσσώρευση φυσιολογικών ή παθολογικών συστατικών της χολής (χολικά άλατα, φωσφορολιπίδια, χοληστερόλης).

Η διαλυτότητα της χοληστερίνης στην χολή εξαρτάται απο την σχετική μοριακή συγκέντρωση χοληστερόλης, χολικών οξέων και λεκιθίνης. Αυτές οι συγκεντρώσεις μπορούν να εκφράσουν μ' ένα τριγωνικό "φασικό διάγραμμα" της συστάσεως της χολής. Η χοληστερόλη είναι σχετικά αδιάλυτη στο νερό και διατηρείται φυσιολογικά σε διάλυση απο τα χολικά άλατα και τα φωσφορολιπίδια. Ο σημαντικός μηχανισμός στο σχηματισμό της

λιθογόνου χολής είναι η αυξημένη χολική έκκριση χοληστερόλης.

Τούτο μπορεί να προκύψει σε συνδυασμό με παχυσαρκία, υψηλή θερμιδική δίαιτα ή φάρμακα (π.χ κλοφιμπράτη) και μπορεί να ενισχυθεί από την αυξημένη δραστηριότητα του ενζύμου που περιορίζει το ρυθμό ηπατικής συνθέσεως χοληστερόλης.

Σε μερικούς ασθενείς, η μειωμένη μετατροπή της χοληστερόλης σε σε χολικά οξέα από το ήπαρ μπορεί επίσης να συμβεί οδηγώντας σε μείωση της λιθογόνου σχέσεως χοληστερόλης και χολικών οξέων. Η λιθογόνος χολή προκύπτει επίσης από μειωμένη ηπατική έκκριση χολικών αλάτων και φωσφορολιπίδιων που μπορεί να'ναι επακόλουθο διαταραχών μεταβολισμού στο ήπαρ. Επίσης η λιθογένηση παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς που έχουν μειωμένη την δραστηριότητα της ηπατικής 7α-υδροξυλάσης της χοληστερόλης του ενζύμου που καθορίζει το ρυθμό συνθέσεως πρωτογενών χολικών αλάτων.

Όταν υπάρχει λοιπόν περίσσεια χοληστερόλη στην χολή σχηματίζονται κρυσταλλικοί σχηματισμοί που συσσωρεύονται στο χοληφόρο. Για να σχηματισθεί ο λίθος υπάρχει ένα πυρήνας γύρω από τον οποίο συγκεντρώνονται οι κρύσταλλοι της χοληστερίνης. Ο πυρήνας μπορεί εκτός από χοληστερίνη να αποτελείται και από άλλα στοιχεία: μόρια χολερυθρίνης ασβέστιο, λευκωμάτων λιπαρών οξέων.

Επίσης ιδιαίτερη σημασία έχει η παραγωγή βλέννας που εκκρίνεται από την χοληδόχο κύστη και συμβάλλει στην λιθογένεση. Άλλος σημαντικός παράγοντας για την δημιουργία χολολιθών είναι η φλεγμονή του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και η στάση χολής ενδέχεται να προκαλέσει φλεγμονή και κατ' επέκτασιν λιθογένεση.

#### ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΕΙΔΗ ΧΟΛΟΛΙΘΩΝ

Οι λίθοι διακρίνονται σε τρεις κύριους τύπους:

α) Οι χοληστερολικοί β) οι μικτοί και γ) λίθοι χρωστικής.

Οι χοληστερολικοί και οι μικτοί αποτελούν το 80% των περιπτώσεων ενώ οι λίθοι χρωστικής το 20%. Η διαφορά μεταξύ αυτών των τριών τύπων είναι η περιεκτικότητά τους σε άλατα ασβεστίου, χολοχρωστικής και χοληστερίνης. Οι χοληστερολικοί και μικτοί χολόλιθοι περιέχουν περισσότερο από το 70% μονοϋδρική χοληστερόλη μαζί με άλατα ασβεστίου, χολικά οξέα, χολοχρωστικές πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα και φωσφορολιπίδια.

Οι λίθοι χολοχρωστικών αποτελούνται κυρίως από χολερυθρικό ασβέστιο. Περιέχουν λιγότερο από 10% χοληστερόλης. Για τον σχηματισμό των λίθων αυτών θα πρέπει να έχουμε μεταβολική αύξηση της χολερυθρίνης. Οι λίθοι χολερυθρινικού ασβεστίου έχουν σκούρο χρώμα, ακανόνιστο σχήμα και είναι αδιαπέραστοι στις ακτίνες.

Οι χοληστερολικοί και μικτοί λίθοι σχηματίζονται λόγω της αυξημένης χολικής έκκρισης της χοληστερόλης. Αυτό μπορεί να προκύψει όταν συνυπάρχει η παχυσαρκία ή δίαιτες υψηλές όσον αφορά τις θερμίδες ή φάρμακα. Οι χολόλιθοι αυτοί είναι ακτινοδιαβατοί, έχουν σχήμα στρογγυλό και χρώμα λευκοκίτρινο. Παρατηρούνται συνήθως σε αιμολυτικές καταστάσεις ή χολοκυστιτίδα.

Οι λίθοι ανάλογα με τον αριθμό τους διακρίνονται:

α) Σε μονήρες και β) σε πολλαπλούς.

α/ Μονήρες είναι οι χοληστερολικοί λίθοι και εντοπίζονται στην χοληδόχο κύστη συνήθως.

β/ Πολλαπλοί είναι οι μικτού τύπου λίθοι. Εντοπίζονται κυρίως στον χοληδόχο και ηπατικό πόρο αλλά και στην χοληδόχο κύστη.

#### ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

##### 1. Χοληστερολικοί και μικτοί λίθοι

α. Δημογραφία: Βόρεια Ευρώπη, Βόρεια και Νότια Αμερική μεγαλύτερη επίπτωση απ' τις χώρες της Ανατολής. Πιθανώς υπάρχουν οικογενείς κληρονομικοί λόγοι.

β. Παχυσαρκία, υψηλές θερμιδικές δίαιτες (αύξηση παροχής χοληστερόλης).

- γ. Θεραπεία με υλοφιμπράτη (αύξηση παροχής χοληστερόλης).
- δ. Γυναικείες ορμόνες: παρατηρείται μετά την ήβη σε μεγαλύτερη αναλογία στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες. Τα αντισυλληπτικά και άλλα οιστρογόνα προκαλούν μείωση έκκρισης χολικών αλάτων.
- στ. Ηλικία ιδιαίτερα ανάμεσα στους άνδρες.
- ζ. Άλλοι παράγοντες: Κύηση, σακχαρώδης διαβήτης, διαιτικά πολυακώρεστα λίπη, υπερθυροειδισμό.

## 2. Λίθοι απο χολοχρωστικά

- α. Δημογραφικοί και γενετικοί παράγοντες. Κυρίως εντοπίζεται στους κατοίκους της Ανατολής και αγροτικούς πληθυσμούς.
- β. Χρόνια αιμόλυση
- γ. Αλκοολική κίρρωση
- δ. Χρόνια λοίμωξη χοληφόρων παρασιτικές νόσοι.
- ε. Αυξημένη ηλικία.

Μπορούμε να προσθέσουμε και άλλους προδιαθεσιακούς παράγοντες της χολολιθίασης όπως: κάρκινος χοληδόχου κύστεως, εκτομή ειλεού, καθιστική ζωή, αλλή ΡΗ της χολής, απώλεια βάρους, στάση χολής, γυναίκες που εγκυμονούν οπότε πιέζεται η κύστη με αποτέλεσμα να μην έχουμε κανονική κένωση της και να δημιουργούνται λίθοι.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η χολολιθίαση είναι μια πάθηση που τα συμπτώματα προκαλούνται είτε λόγω παρουσίας φλεγμονής, είτε λόγω απόφραξης του κυστικού ή του χοληδόχου πόρου. Έτσι λοιπόν έχουμε ενσφήνωση του λίθου στον πόρο εμποδίζοντας το άδειασμα της χοληδόχου κύστεως με αποτέλεσμα να δημιουργείται φλεγμονή.

Πολλές φορές όμως η παρουσία λίθων μέσα στην χοληδόχο κύστη να μην συνοδεύεται απο την παραμικρή ενόχληση με αποτέλεσμα να αγνοείται η πάθηση. Να' ναι δηλαδή ασυμπτωματική. Η ανακάλυψη χολολίθων μπορεί να γίνει απο μια τυχαία ακτινολογική εξέταση ή κατά την διάρκεια κάποιας επέμβασης της κοιλιάς ή κατά την νεκροτομή.

Ένα απο τα κυριότερα συμπτώματα είναι ο πόνος. . Αυτός μπορεί να 'ναι ελαφρός και σχετιζόμενος με την λήψη τροφής είτε σοβαρός επιγαστρικός πόνος. Χαρακτηριστικό της χολολιθίασης είναι το κωλικόειδές άλγος που εντοπίζεται στο υπογάστριο του δεξιού υποχόνδριου και στην ράχη (στη γωνία της δεξιάς ωμοπλάτης). Ο κωλικός αρχίζει ξαφνικά και διαρκεί για 1-4 ημέρες. Αυτό εξαρτάται απο την παρουσία ή όχι επιπλοκών. Η ένταση του πόνου δεν εξαρτάται απο την κίνηση. Συνήθως προκαλείται σε απόφραξη του κυστικού ή χοληδόχου πόρου απο λίθο. Μπορεί να προκληθεί μετά απο ένα πλούσιο γεύμα σε λίπος.

Ο πόνος μπορεί να εντοπιστεί υποστερνικά που μοιάζει με πόνο στο μυοκάρδιο. Η οξύτητα του πόνου κάνει τον άρρωστο να προστατεύεται και να βιώνει δυσχέρεια με την πρώτη επίκρουση πάνω στο ήπαρ. Στα συμπτώματα μπορούμε να προσθέσουμε το θρεπτικό ανισοζύγιο που παρουσιάζεται στον ασθενή. Δηλαδή έχουμε εμετούς ναυτία κατά τις πρωινές ώρες, ατελής πέψη, δυσπεψία, κακή απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, πικρό στόμα, ρεψίματα. Επίσης μπορεί -μετά απο ένα γεύμα ο άρρωστος να νιώσει βάρος ή αίσθημα καύσωνα στην περιοχή του επιγαστρίου ή στην οσφύ ή στο δεξιό υποχόνδριο.

Συχνά μπορεί να υπάρχει πυρετός εξαιτίας λοιμώξεων. Οσον αφορά τα ζωτικά σημεία μπορεί να έχουμε ταχυκαρδία, υπόταση σε περίπτωση που δεν έχουν αναπτυχθεί επιπλοκές. Η αναπνοή γίνεται εξαιτίας του πόνου επιπόλαια και μπορεί να ακούγονται ρόγχοι στις βάσεις των πνευμόνων.

Τα σ η μ ε ι α της χολολιθίασης είναι: ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο, ψηλαφητή και διατεταμένη χοληδόχο κύστη, θετικό σημείο Murphy (κράτημα της αναπνοής λόγω του πόνου που προκαλεί η ψηλάφηση της χοληδόχου κύστεως σε βαθιά εισπνοή). Αν η φλεγμονώδης διεργασία είναι εκτεταμένη αναπτύσσεται παραλυτικός ειλεός που εκδηλώνονται με διάταση της κοιλιάς και απουσία εντερικών ήχων. Ο ίκτερος μπορεί να παρατηρηθεί στο δέρμα και στο σκληρό χιτώνα του οφθαλμού απο το χρώμα τους.

## Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Διάγνωση είναι η αναγνώριση της ασθένειας με την διερεύνηση των επιδράσεων και εκδηλώσεων της , δηλαδή των σημείων και συμπτωμάτων της. Η διάγνωση περιλαμβάνει:

α) Την συλλογή πληροφοριών για το νόσημα με την λήψη ιστορικού την κλινική (σωματική) εξέταση, τις εργαστηριακές, ακτινολογικές, παθολογοανατομικές και άλλες εξετάσεις και την παρατήρηση της πορείας της ασθένειας.

β) Την ανάλυση των πληροφοριών για το νόσημα με την κριτική μέ- λήτη των δεδομένων, την εντόπιση των κυρίων χαρακτηριστικών και την κατάληξη στην τελική διάγνωση.

Όσον αφορά την διαγνωστική διερεύνηση της χολολιθίας περιλαμβά- νει τα εξής:

(1) Λήψη ιστορικού και φυσική εκτίμηση. Οι πηγές πληροφοριών θα είναι:

α/ απο τον άρρωστο

β/ απο την οικογενειά του

γ/ απο άλλα άτομα του περιβάλλοντος του

δ/ απο τα ιατρικά δελτία που θα είναι και τα πιο κατατο- πιστικά και αξιόπιστα για να διαλευκάνουμε τα αίτια και τις συνθήκες που προκάλεσαν τα ενοχλήματα.

ε/ πληροφορίες απο τις διαιτητικές συνήθειες.

(2) Μια σειρά απο διαγνωστικές εξετάσεις για αξιολόγηση και εντόπιση λίθων στην χοληδόχο κύστη και στα χοληφόρα έρχονται να προστε- θούν:

α/ Απλή ακτινογραφία κοιλίας. Με την εξέταση αυτή γίνεται ανεύρεση παθολογικών ευρημάτων σε αποτιτανωμένους χολολίθους, ασβε- στώδη χολή, πορσελανοείδη χοληδόχο κύστη, έμφυσηματώδη χολοκυστίτιδα ειλεό εκ χολολίθων. Έχει χαμηλό κόστος και είναι εύκολα διαθέσιμη. Όσον αφορά τους διαγνωστικούς περιορισμούς έχει σχετικά μικρή αποδοτι-

κότητα και αντιδείκνυται στην κύηση.

β) Οι εργαστηριακές αιματολογικές εξετάσεις. Οπου παρατηρείται:

- 1/ αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων που αντανακλούν στην φλεγμονή.
- 2/ Αύξηση άμεσου χολερυθρίνης .
- 3/ Αύξηση αλακάλικης φωσφατάσης.
- 4/ Υψηλή γλουταμινική φωσφατάση ορού SGOΤ και ή γαλακτική δευδρογανάση LDH.
- 5/ Χαμηλό ουροχολινογόνο κοπράνων.
- 6/ Παράταση του χρόνου προθρομβίνης.
- 7/ Πτώση αλβουμίνης.
- 8/ Αύξηση των τραγσαμινασών.

γ) Απο το στόμα χολοκυστογραφία. Είναι η αρχική εξέταση για διάγνωση χολολιθίασης. Η ρετος χολοκυστογραφία επιτυγχάνει σκιαγράφιση της χοληδόχου μετά απο χορήγηση σκιαγραφικού σκευάσματος με οργανικό ιώδιο.

Διαγνωστικά πλεονεκτήματα:

Εχει χαμηλό κόστος είναι εύκολα διαθέσιμη. Εχουμε ακριβής διάγνωση χολολιθων (90%-95%). Διάγνωση ανωμαλιών χοληδόχου κύστεως, υπερπλαστική χολοκυστοπάθεια, ανεύρεση χρονίων νοσημάτων χοληδόχου κύστεως με τη μη σκιαγράφιση μετά απο διπλή δόση.

Διαγνωστικοί περιορισμοί:

Αποτελεί αντένδειξη στην κύηση, σε ευαισθησία στο ιώδιο. Μη σκιαγράφιση με επίπεδα χολερυθρίνης  $> 2-4 \text{ mg/dl}$ . Αδυναμία προσλήψεως ή απορροφήσεως των δισκίων. Μειωμένη ηπατική απέκκριση. Μπορεί να μην ανιχνεύονται πολύ μικροί λίθοι χρειάζεται περισσότερο χρόνο απ' την υπερηχογραφία.

δ) Υπερηχογραφία χοληδόχου κύστεως.

Το υπερ/μα αποτελεί μέθοδο εκλογής στην ανίχνευση λίθων

αν υπάρχουν διαγνωστικοί περιορισμοί στην χολοκυστογραφή per os.

Διαγνωστικά πλεονεκτήματα

- 1/ Είναι γρήγορη εξέταση.
- 2/ Έχουμε μεγάλη ακρίβεια ως προς την εντόπιση των λίθων το ποσοστό είναι μεγαλύτερο απο 95%.
- 3/ Ταυτόχρονη απεικόνιση ήπατος, χοληφόρων, χοληδόχου κύστεως., παγκρέατος.
- 4/ Έχουμε προσδιορισμό του όγκου της χολής και της συσταλτικότητας.
- 5/ Δεν έχει περιορισμούς απο κύηση, ίκτερο.
- 6/ Μπορεί να ανιχνεύσει πολυ μικρούς λίθους.

Διαγνωστικοί περιορισμοί

- 1/ Όταν υπάρχουν αέρια στο έντερο.
- 2/ Η παχυσαρκία.
- 3/ Ασκήτης.
- 4/ Πρόσφατη μελέτη με βάριο.

στ) Ραδιοϊσοτοπικές μελέτες με την χορήγηση ραδιοφαρμακευτικών ουσιών όπως με σεσημασμένα - λινοδιοξεικά οξέα με υποκατάσταση του N (HIDA , DIDA, PIPIDA, κ.λ.π) εκκρίνονται γρήγορα απο το αίμα μέσα στην χολή και το χοληφόρο δέντρο σε υψηλές συγκεντρώσεις, ακόμα και επι παρουσίας ήπιας έως μέτρια αυξησέως, της χολερρυθρίνης. Η αδυναμία απεικόνισεως της χοληδόχου μπορεί να υποδηλώνει απόφραξη του κυστικού πόρου, οξείας ή χρόνια χολοκυστίτιδα ή χερ/κή απουσία του οργάνου.

Διαγνωστικά πλεονεκτήματα

- 1/ Ακριβής διαπίστωση αποφράξεως του κυστικού πόρου.
- 2/ Ταυτόχρονη εκτίμηση των χοληφόρων πόρων.

Διαγνωστικοί περιορισμοί

- 1/ Αντεδείκνυται όταν υπάρχει κύηση.
- 2/ Όταν η χολερρυθρίνη είναι μεγαλύτερη απο 6-12 mg7dl.



3/ Και όταν γίνεται χολοκυστογραφία με κακή σκία-  
γράφηση.

Η Διαγνωστική αξιολόγηση των χοληφόρων γίνεται:

(1) Με την ενδοφλέβια χολαγγειογραφία:

Πραγματοποιείται με την χορήγηση ενδοφλεβίως σκιαγραφικής  
ουσίας BILIGRAFIN, BILISCOPIN που

α) θα βοηθήσει μέσα σε 15 ή 2 ώρες στην σκίαγράφηση των  
εξωηπατικών χοληφόρων.

β) Για να ελέγξουμε την διαβατότητα του χοληφόρου συστή-  
ματος και απεκκριτική ικανότητα του ήπατος.

γ) Για απεικόνιση της χοληδόχου κύστεως αφού ληφθούν λή-  
ψεις 1-3 ώρες μετά την έγχυση του σκιαγραφικού υλικού.

δ) Να βεβαιωθεί ο χειρουργός ότι δεν υπάρχουν πλέον λί-  
θοι μέσα στους πόρους. Η εξέταση αυτή γίνεται και κατά την διάρκεια  
της επεμβάσεως με την βοήθεια σκιεκής ουσίας (urografin) και ονο-  
μάζεται ενχειρητική χολαγγειογραφία.

ε) Βοηθά ώστε να διαφωτίσει για την ανατομία της περιο-  
χής.

στ) Προφυλάσσει από ιατρογενείς κακώσεις.

#### Διαγνωστικοί περιορισμοί

α) Όταν η χολερυθρίνη ορού είναι μεγαλύτερη από  
3 mg/dl.

β) Δεν δείχνει το 40% των λίθων του κοινού ηπατι-  
κού χοληδόχου πόρου.

γ) Αντεδείκνυται σε κύηση και ιστορικό αλλεργίας  
στο ιώδιο.

(2) Με την διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία

Είναι ακόμα μια διαγνωστική μέθοδος που το ποσοστό επιτυ-  
χίας προσεγγίζει το 100%. Πρώτος ο Selliaer ασχολήθηκε το 1953  
με την διαγνωστική αυτή εξέταση. Αποτελεί την αρχική εξέταση εκλογής

όταν είναι διατεταγμένοι οι χοληφόροι πόροι. Γίνεται με την βοήθεια έγχυσης σκιαγραφικού φαρμάκου στο χοληφόρο σύστημα πριν διενεργήσουμε διαθερμική διηπατική χολαγγειογραφία πρέπει να προηγηθεί υπερηχογράφημα. Και αυτό γιατί:

1) Μπορεί να υπάρχει κάποια μη διορθούμενη πάθηση της πήξεως του αίματος.

2) Κάποιος μαζικός ασκίτης.

3) Ηπατικό απόστημα.

#### Διαγνωστικά πλεονεκτήματα

1) εξακρίβωση διάτασης χοληφόρων.

2) καλύτερη απεικόνιση του εγγύς χοληφόρου δέντρου.

#### Διαγνωστικοί περιορισμοί

1) Μη διατεταγμένοι ή εσκληρωμένοι πόροι.

2) Αντεδείκνυται στην εκκένωση.

Υπάρχει και ο κίνδυνος των επιπλοκών

1/ αιμορραγία

2/ αιμοχολία

3/ χολοπεριτόναιο.

4/ βακτηριαιμία.

5/ σηψαιμία.

6/ Διάτρηση διαφόρων οργάνων.

(3) Ενδοσκοπική παλίνδρομη παγκρεατοχολαγγειογραφία

Η διαγνωστική αυτή μέθοδος πρωτοεμφανίστηκε το 1968 από τους Ιάπωνες. Γίνεται με την έγχυση σκιαγραφικού υλικού στα παγκρεατικό ή χοληδόχο πόρο με την βοήθεια του δωδεκαδάκτυλοσκοπίου.

#### Διαγνωστικά πλεονεκτήματα

1) Ταυτόχρονη παγκρεατογραφία.

2) Έχουμε καλύτερη απεικόνιση του περιφερικού χοληδόχου πόρου.

3) Πραγματοποιείται για ανακάλυψη αιτίου αποφράξεως (όγκος, λίθος)

4) Δεν υπάρχουν περιορισμοί από ασκίτη, απόστημα, διαταραχή ηκτικότητας.

Διαγνωστικοί περιορισμοί

- 1) Όταν υπάρχει εντερική απόφραξη
- 2) Αντεδείκνυται στην κύηση.
- 3) Σε οξεία κοιλία (παγκρεατίτιδα).
- 4) Και σε σοβαρή καρδιοπνευμονική νόσο.

Υπάρχουν όμως και επιπλοκές που είναι οι ακόλουθες:

- 1/ Παγκρεατίτιδα.
- 2/ Χολαγγειίτιδα.
- 3/ Σηψαιμία.
- 4/ Διαπύση παγκρεατικής ψευδοκύστεως.
- 5/ Διάτρηση.
- 6/ Εισρόφηση.

(4) Ηπατοχολική υπερηχογραφία. Αποτελεί άλλη μια διαγνωστική μέθοδος για διερεύνηση πιθανής χολικής αποφράξεως.

Διαγνωστικά πλεονεκτήματα

1) Είναι ταχεία.

2) Έχουμε απεικόνιση της χοληδόχου κύστεως, του ήπατος, των χοληφόρων αγγείων, του παγκρέατος.

3) Ακριβής διαπίστωση διατάξεως χοληφόρου.

4) Δεν υπάρχουν περιορισμοί από ίκτερο, κύηση.

5) Είναι δυνατόν να γίνουν, βιοψίες με αναρόφηση με πολύ λεπτές βελόνες που μπορούν να οδηγηθούν στο σημείο της βλάβης χάρη στο υπερ/μα.

Διαγνωστικοί περιορισμοί

- 1) Αέρας στα έντερα.
- 2) Μεγάλη παχυσαρκία.
- 3) Ασκίτης.
- 4) Μερική απόφραξη χοληφόρων.
- 5) Κακή σκιαγράφιση των περιφερικών χοληφόρων.

(5) Υπολογιστική αξονική τομογραφία

Η διαγνωστική αξία έχει μεγάλη σημασία κυρίως σε περίπτωση χολολιθίασης όπου η ηπατοχολική υπερηχογραφία (υπερ/μα) υστερεί. Τα διαγνωστικά πλεονεκτήματα είναι ίδια με του υπερηχογραφήματος.

Οι διαγνωστικοί περιορισμοί είναι:

- 1) Μεγάλη καχεξία.
- 2) Λάθος από κίνηση.
- 3) Ειλεός.
- 4) Μερική απόφραξη.
- 5) Υψηλό κόστος.
- 6) Υψηλή δόση ακτινοβολίας.
- 7) Αντενδείκνυται σε κύηση.

Επιπλοκές: Αντίδραση στα ιωδιούχα.

(6) Διασφαγιτιδική χολαγγειογραφία.

Γίνεται με την είσοδο καθετήρα από την δεξιά έσω σφαγίτιδα και την κάτω κοίλη φλέβα και τοποθετείται στο τοίχωμα της ηπατικής φλέβας και κατόπιν προχωράμε στο χοληφόρο σύστημα. Πλεονεκτεί από την διηπατική και αυτό γιατί μειώνονται οι αιμορραγίες. Υπάρχει όμως κίνδυνος για σηψαιμία και αντεδεικνύεται σε χολαγγειίτιδα.

(7) Χοληδοσκοπηση

Πραγματοποιείται κατά την διάρκεια της επεμβάσεως για έλεγχο των χοληφόρων πορών. Γίνεται με την βοήθεια χοληδοσκοπίου για άμεσο οπτικό έλεγχο του εσωτερικού του χοληφόρου συστήματος. Τα χοληδοσκόπια χωρίζονται σε δυο κατηγορίες.

- α) Τα άκαμπτα και
- β) Τα εύκαμπτα

Η χρήση τους περιορίζει την υπηλλειματική λιθίαση και ανεύρεση 7-24% ο λίθων που δεν είχαν εντοπισθεί κατά την επέμβαση. Τα πλεονεκτήματα είναι:

- 1/ Άμεση όραση.
- 2/ Ευκολία στην χρήση.
- 3/ Διευκόλυνση ως προς την αφαίρεση των λίθων που δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθούν με άλλη μέθοδο.
- 4/ Γρήγορη εφαρμογή.
- 5/ Δεν παρουσιάζονται επιπλοκές.
- 6/ Με οπτικό έλεγχο γίνεται λήψη βιοψιών.
- 7/ Διευκολύνει στην διαφορική διάγνωση των αιτιών, της απόφραξης ή στένωσης των χοληφόρων πόρων (λίθος, αέρας, θρόμβοι αίματος).

#### (8) Βιοψία του ήπατος

Πραγματοποιείται με δύο τρόπους:

1) Άμεση διεγχειρητική βιοψία. Γίνεται λήψη δείγματος του ήπατος από την επιπολή και εν τω βάθει επιφάνεια και γίνεται κυτταρολογικός έλεγχος. Μας βοηθά να αντιμετωπίσουμε παθολογικά φαινόμενα.

2) Διαδερμική βιοψία του ήπατος με βελόνα.

Η βιοψία εκτελείται υπό τοπική αναισθησία συνήθως με τη βελόνα Me nghini (αναρρόφηση) klatskin από την διυπεζωκοτική ή υποπλευρία οδό. Αν ο εξεταστής είναι έμπαιρος και ο ασθενής προσεκτικά επιλεγμένος, η νοσηρότητα είναι πολύ χαμηλή και περιορίζεται σε πόνο. Η θνητότητα της μεθόδου υπολογίζεται σε 1 θάνατο ανά 5.000 βιοψίες με την τεχνική Me nghini.

Η βιοψία με βελόνα δεν θα πρέπει να πραγματοποιηθεί:

- 1/ Όταν ο ασθενής δεν είναι ικανός να συνεργαστεί.
- 2/ Όταν υπάρχει κλινική ή εργαστηριακή ένδειξη κακής αιμοστάσεως.
- 3/ Όταν υπάρχει φλεγμονή στο δεξιό υπεζωκοτικό χώρο ή χολαγγειίτιδα.
- 4/ Σε μεγάλη αναιμία ή ασκίτη.

5/ Όταν δεν υπάρχει συμβατό αίμα διαθέσιμο για μετάγγιση σε περίπτωση αιμορραγίας.

Σαν επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν σε βιοψία του ήπατος είναι:

- α) Χολοπεριτονίτιδα σε περίπτωση διαφυγής της χολής.
- β) Αιμορραγία.
- γ) Σηπτικές επιπλοκές.
- (9) Δια του σωλήνα -Τ χολαγγειογραφία.

Συνήθως διεγεργείται πριν απο την αφαίρεση του σωλήνα-Τ ή πριν την 10ή μετεγχειρική μέρα. Οι εναπομείναντες χολόλιθοι που φαίνονται στην χολαγγειογραφία δια του σωλήνα -Τ, μπορούν να αφαιρεθούν διαδερμικά με την εισαγωγή ειδικού καθετήρα μέσω του σωλήνα -Τ και απο ακτινολογική καθοδήγηση. Επίσης ελέγχει την καλή δίοδο προς το 12λο, την ύπαρξη σφικτηρίδος και την ύπαρξη διατάσεως ή μη του χοληφόρου δέντρου.

#### Δ Ι Α Φ Ο Ρ Ι Κ Η Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Υπάρχουν πολλές ενδείξεις της χολολιθίασης που μπορούν να μας αποπροσανατολίσουν απο την πραγματική πάθηση. Ετσι λοιπόν θα κάνουμε διαφοροδιάγνωση απο:

- α) Νόσους του παγκρέατος (κάρκινος παγκρέατος, τραυματισμός αυτού, λιθίαση παγκρεατικού πόρου).
- β) Νόσους του ήπατος (ηπατίτιδα, ηπατικό αποστήματος).
- γ) Νόσους του πεπτικού συστήματος (καρκίνο στομάχου, γαστρίτιδα, κωλίτιδα, πυλωρική στένωση).
- δ) Νόσους του σπλήνός.
- ε) Νόσους του γεννητικού συστήματος της γυναικός (ενδομητρίωση, σαλπινγίτις, εξωμήτριο κύηση).

στ) Όγκος δεξιού νεφρού, διαταραχές της δεξιάς πνευμονικής βα-  
σεως, περιλαμβανόμενης της πλευρίτιδας. Ο ίκτερος ορισμένων αρρώσ-  
των θα πρέπει να διακριθεί απο άλλες αιτίες ίκτερου όπως είναι εκείνες που προκαλούνται απο φάρμακα και κακοήθεις παθήσεις.

## Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

Οι σημαντικότερες επιπλοκές της χολολιθίασης είναι οι ακόλουθες:

1) Οξεία χολοκυστίτιδα. Είναι φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως. Στα 90% των περιπτώσεων η οξεία χολοκυστίτιδα συνοδεύεται από χολολιθίαση. Οφείλεται σε οξεία απόφραξη της κύστεως λόγω παρουσίας λίθων στο κυστικό πόρο. Μπορεί να οφείλεται και σε μολυσματική μικροβιακή πάθηση (κολοβακτηρίδια, στρεπτοκόκκους κ.λ.π) ή να αποτελεί επιπλοκή άλλων παθήσεων π.χ διαβήτη, οξεία περιαιρίτιδα.

Η οξεία χολοκυστίτιδα συχνά αρχίζει σαν ένα επεισόδιο ηπατικού κωλικού, που προοδευτικά επιδεινώνεται. Περίπου το 60%-70% των ασθενών αναφέρουν προηγούμενες προσβολές που περνούσαν αυτόματα. Καθώς το επεισόδιο εξελίσσεται, ο πόνος γίνεται περισσότερο γενικευμένος στη δεξιά άνω κοιλία. Μπορεί να αντανακλάται στη μεσοπλάτια περιοχή τη δεξιά ωμοπλάτη ή τον ώμο. Υπάρχει πιθανότητα να υπάρχουν περιτοναϊκά σημεία φλεγμονής όπως αύξηση του πόνου με επιτάση στην βαθειά εισπνοή. Ο ασθενής έχει ανορεξία και ναυτία. Ο εμετός είναι συχνός. Ο ίκτερος είναι ασυνήθης: στην αρχή της πορείας της νόσου μπορεί να εμφανιστεί όταν οι οιδηματώδεις φλεγμονώδεις αλλοιώσεις προσβάλλουν τους χοληδόχους πόρους και τους περιβάλλοντες λεμφαδένες. Υπάρχει χαμηλός πυρετός και ρίγος, το δεξί άνω τεταρτημόριο είναι ευαίσθητο στην ψηλάφηση. Η χοληδόχος κύστη είναι ψηλαφητή και έχουμε θετικό σημείο Murphy. Ελαφρά πλήξη στο δεξιό υποχόνδριο μπορεί να προκαλέσει αύξηση του πόνου.

Η διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας γίνεται συνήθως με βάση το χαρακτηριστικό ιστορικό και την φυσική εξέταση. Η τριάδα της ενάρξεως ευαισθησίας στο δεξιό άνω τεταρτημόριο, ο πυρετός και η λευκοκυττάρωση είναι ιδιαίτερα ενδεικτικά. Η διαγνωστική διερεύνηση γίνεται με χολοκυστογραφία, βαριούχο υποκλυσμό και ενδοφλέβια χολαγγειογραφία που έχει μεγάλη διαγνωστική αξία. Επίσης μπορούμε να κάνουμε χρήση των ισοπτικών χολικών σπινθηρογραφημάτων όπου γίνεται σκιαγράφιση των χοληφόρων χωρίς ταυτόχρονη σκιαγράφιση της κύστεως. Στην χολοκυστογραφία από το στομα ή την IV η κύστη ποτέ δε σκιαγραφείται.

Περίπου το 75% των ασθενών έχουν ύφεση των συμπτωμάτων μέσα σε 2-7 ημέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο όταν αντιμετωπίζονται συντηρητικά. Στο 25% εμφανίζεται επιπλοκή της οξείας χολοκυστίτιδας παρά την συντηρητική θεραπεία. Στις περιπτώσεις αυτές, η ταχεία χειρ/κή επέμβαση επιβάλλεται. Στο 70% των ασθενών που θα έχουν ύφεση περίπου το 1/4 θα παρουσιάσει υποτροπή της νόσου σε ένα χρόνο ενώ το 60% μετά από έξι χρόνια. Και τότε επιβάλλεται χολοκυστεκτομή.

Η θεραπεία περιλαμβάνει ανάπαυση και χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών. Σαν επιπλοκές μπορούμε να αναφέρουμε το εμπύημα, την γάγγραινα, και την διατήρηση της χοληδόχου.

## (2) Χρόνια χολοκυστίτιδα

Είναι χρόνια φλεγμονή του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως που συνοδεύεται σχεδόν πάντα από την παρουσία χολολίθων και πιστεύεται ότι είναι το αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων προσβολών υποξείας ή οξείας χολοκυστίτιδας ή από επίμονο μηχανικό ερεθισμό του τοιχώματος της κύστεως.

Η παρουσία βακτηρίων στην χολή συμβάλει στο 1/4 περίπου των ασθενών με χρόνια χολοκυστίτιδα. Αν και η ύπαρξη βακτηριοχολίας σε ασθενή με χρόνια χολοκυστίτιδα που υφίσταται εκλεκτική χολοκυστεκτομή πιθανώς προσφέρει λίγα πράγματα στο εγχειρητικό πεδίο. Τα κατάλληλα αναλγητικά κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως και μετεγχειρητικά είναι απαραίτητα για αυτούς τους ασθενείς επειδή μπορεί να υπάρχουν σηπτικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η χρόνια χολοκυστίτιδα μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματική νόσο της χοληδόχου κύστεως ή σε οξεία χολοκυστίτιδα ή μπορεί να εμφανίζεται με άλλες επιπλοκές.

Χαρακτηρίζεται από χρόνια δυσπεπτικά ενοχλήματα και ιδιαίτερα από τυμπανισμό, οπισθοστερνικό κάψιμο. Το πιο χαρακτηριστικό όμως κλινικό σύμπτωμα είναι ο κωλικός του ήπατος που εντοπίζεται στο δεξιό επιγάστριο. Ο χρόνος διάρκειας του πόνου διακυμαίνεται από λίγα λεπτά έως μερικές ώρες. Επίσης μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία, εμετό, υπερχολερυθριναιμία. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται μετά από πλούσια γεύματα. Κατά την επίκρουση του ήπατος παρουσιάζει ο άρρωστος δυσχέρεια και η χοληδόχος κύστη είναι μια ευαίσθητη μάζα



ψηλαφητή. Αν η φλεγμονώδη επεξεργασία είναι εκτεταμένη αναπτύσσεται παραλυτικός ειλεός που εκδηλώνεται με διάταση κοιλίας και απουσία εντερικών ήχων.

Η θεραπευτική αγωγή συνιστάται στην χειρουργική αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως και αποφυγή λιπαρών τροφών και τηγανιστών φαγητών.

(3) Απόφραξη του κυστικού πόρου. Αποτελεί μια σημαντική επιπλοκή της χολιλιθίωσης. Παρουσιάζεται λόγω παρουσίας χολολίθων. Αυτό έχει σαν επακόλουθο η χολή να μην μπορεί να εξέλθει από την χοληδόχο κύστη αλλά ούτε να εισέλθει. Έτσι λοιπόν ερεθίζεται ο βλεννογόνος της κύστεως καθώς γίνεται απορρόφηση των χολικών αλάτων και των χολοχρωστικών. Ο βλεννογόνος παράγει βλέννη και δημιουργείται σε ποσοστό 15% ύδρωπας της χοληδόχου κύστεως. Ο ύδρωπας της χοληδόχου κύστεως μπορεί να προκύψει από παρατεταμένη λοιπόν απόφραξη του κυστικού πόρου, συνήθως από μεγάλο μονήρη λίθο. Η αποφραγμένη κύστη διατείνεται προοδευτικά από βλέννα ή από καθαρό υδαρές υγρό. Ο ασθενής με ύδρωπα συχνά παραμένει ασυμπτωματικός αν και μπορεί να υπάρχει χρόνιο άλγος στο δεξιό άνω τεταρτημόριο. Ενδείκνυται χολοκυστεκτομή.

Η χολή είναι στείρα μικροβίων. Αν είναι μολυσμένη τότε παρουσιάζεται εμπύημα που προκύπτει από εξέλιξη της οξείας χολοκυστίτιδας με επίμονη απόφραξη του κυστικού πόρου και επιμόλυνση λόγω λιμνάζουσας χολής από πυογόνους μικροοργανισμούς. Τα συμπτώματα είναι ίδια με της οξείας χολοκυστίτιδας δηλαδή έχουμε πυρετό σοβαρό πόνο στο δεξιό άνω τεταρτημόριο, σημαντική λευκοκυττάρωση. Το εμπύημα της χοληδόχου κύστεως έχει σημαντικό κίνδυνο διατρήσεως ή σφαιμίας.

Η επείγουσα χειρουργική επέμβαση με κατάλληλη αντιβιοτική κάλυψη είναι αναγκαία όσο πιο γρήγορα γίνεται από τη στιγμή που η διάγνωση είναι ύποπτη.

(4) Γάγγραινα και διάτρηση. Είναι μια ακόμα επιπλοκή που υποδηλώνει βαριά κατάσταση. Συνήθως παρουσιάζεται σε ηλικιωμένα άτομα, και προκύπτει από ισχαιμία του τοιχώματος ή νέκρωση των ιστών.

Η γάγγραινα προδιαθέτει για διάτρηση. Σε εντοπισμό διατρήσεως υπάρχουν συμφύσεις που προκαλούνται από υποτροποιάζουσες φλεγμονές του οργάνου. Η βακτηριακή επιμόλυνση οδηγεί στο σχηματισμό αποστήματος. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονται καλύτερα με χολοκυστεκτομή αλλά μερικοί σοβαροί ασθενείς αντιμετωπίζοντας με χολοκυστοστομία του αποστήματος.

Η ελεύθερη διάτρηση είναι λιγότερη συχνή, αλλά συνοδεύεται από θνητότητα 30% περίπου.

(5) Σχηματισμός συριγγίου και ειλεός. Η δημιουργία συριγγίου σε κάποιο παρακείμενο όργανο προσκολλημένο στη χοληδόχο κύστη προκύπτει από φλεγμονή και σχηματισμό συμφύσεων. Κλινικά ασυμπτωματικό εντεροχολικό συρίγγιο, ανευρίσκεται στο 5% των ασθενών που υποβάλλονται σε χολοκυστεκτομή. Συμβαίνει σαν επιπλοκή της χρόνιας χολοκυστίτιδας. Μπορούν να διαγνωστούν στην απλή ακτινογραφία κοιλίας με την ανεύρεση αέρα στο χοληφόρο δέντρο. Οι ακτινογραφίες με βάριο, ή η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού ή παχέος εντέρου μπορεί να αποδείξει το συρίγγιο. Η θεραπεία συνίσταται στο συμπτωματικό ασθενή σε χολοκυστεκτομή.

Ο ειλεός εκ χολολίθων συμβαίνει σε μηχανική απόφραξη του εντέρου που συμβαίνει λόγω παρουσίας λίθου στον εντερικό αυλό. Η πλειονότητα των ασθενών δεν δίνουν ιστορικό προηγούμενης παθήσεως από τα χοληφόρα. Μεγάλοι χολόλιθοι πάνω από 2 εκ. προδιαθέτουν στο σχηματισμού συριγγίου. Η διαγνωστική μελέτη και επιβεβαίωση του ειλεού εκ χολολίθων γίνεται με απλή ακτινογραφία κοιλίας ή με ακτινογραφική μελέτη με βάριο του ανώτερου πεπτικού.

(6) Κακοήθης εξαλλαγή. Παρουσιάζεται λόγω παρατεταμένης ύπαρξης του λίθου κυρίως χοληστερηνικού στην κύστη με επακόλουθο να έχει προκληθεί ερεθισμός και να οδηγεί σε κακοήθη εξαλλαγή. Είναι πολύ δύσκολο να διαγνωστεί. Και αυτό γιατί τα συμπτώματα δεν παρουσιάζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν όμως επιδεινωθούν τότε

καμιά θεραπεία δεν μπορεί να βοηθήσει. Η σχέση γυναικών με άνδρες είναι 4:1 και η μέση ηλικία περίπου τα 70 χρόνια. Πάνω από το 75% είναι αναχειρήτα με εξαιρέσεις τις περιπτώσεις εκείνες που ανακαλύπτονται τυχαία στη λαπαροτομία. Η θνητότητα σ'ένα χρόνο της νόσου πλησιάζει το 90% και μόνο το 5% των ασθενών επιβιώνει 5 χρόνια ή περισσότερο μετά την διάγνωση. Η ριζική χειρουργική εκτομή δεν φαίνεται να βελτιώνει την επιβίωση. Τα αποτελέσματα με ακτινοβολία και χημειοθεραπεία του καρκίνου της χοληδόχου κύστεως ήταν απογοητευτικά.

(7) Χαλαγγειίτιδα. Είναι λοίμωξη του χοληφόρου δέντρου. Αποτελεί την πιο βαριά επιπλοκή της χολολιθίασης. Η φλεγμονή των χολαγγείων πάνω από το σημείο ενσφηνώσεως ενός χολολίθου στο χοληδόχο πόρο προκαλεί πόνο, πυρετό με ρίγος, αποφρακτικό ίκτερο, ηπατική ευαισθησία και σηψαιμική καταπληξία. Τα κυριώτερα αίτια είναι μικροβιακά, χημικά, αλλεργικά.

Θεραπεία: Με αντιβιοτικά (μετά από καλλιέργειες αίματος) και αργότερα χειρουργική αντιμετώπιση.

(8) Παγκρεατίτιδα. Είναι φλεγμονή του παγκρέατος που επιπλέκει την οξεία χολοκυστίτιδα κατά 15% των ασθενών, ενώ στην χοληδοχολιθίαση είναι πάνω από 30%. Το αίτιο είναι η δίοδος χολολίθων μέσω του χοληδόχου πόρου. Η παγκρεατίτιδα παρουσιάζεται με τα εξής συμπτώματα:

- 1) Οσφυϊκό πόνο ή πόνο αριστερά της μέσης γραμμής.
- 2) Παρατεταμένο εμετό με παραλυτικό ειλεό.
- 3) Υπεζωκοτική αντίδραση ιδιαίτερα αριστερά.

Η χειρουργική θεραπεία της λιθιασικής νόσου συνοδεύεται συνήθως από ύφεση της παγκρεατίτιδας.

(9) Χολική κίρρωση. Είναι μια ακόμα μία επιπλοκή που εμφανίζεται συχνότερα σε περιπτώσεις παρατεταμένης αποφράξεως από στένωση ή νεόπλασμα. Αφότου εγκατασταθεί η κίρρωση εξελίσσεται ακόμη και μετά την διόρθωση της αποφρακτικής επεξεργασίας και η συνεχής επιτεινόμενη

σοβαρή ηπατική κίρρωση μπορεί να οδηγήσει σε πυλαία υπέρταση ή ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο. Η παρατεταμένη χολική απόφραξη μπορεί επίσης να συνοδεύεται από κλινικές εμφανείς ανεπάρκειες λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D κ Κ.

Η θεραπευτική αγωγή αρρώστου με χολολιθίαση περιλαμβάνει:

I. Συντηρητική αντιμετώπιση

α) Φαρμακευτική αγωγή.

β) Διαιτική αγωγή.

II. Χειρουργική αντιμετώπιση.

III. Αφαίρεση λίθων με λιθοτροψία.

I. Συντηρητική αντιμετώπιση

Μια από τις πιο μεγάλες ανακαλύψεις των δέκα τελευταίων χρόνων υπήρξε η δυνατότητα να διαλύουμε τους λίθους της χοληδόχου κύστεως. Ο Voilishier παρατήρησε ότι η τερεβυνθίνη διαλύει τους λίθους. Ο Wright ο Harris, ο Marcur με εγχύσεις hypercaine από σωλήνα -T στο χοληδόχο πόρο και ο Gardner με την χορήγηση διαλύματος ηπαρίνης ανακοινώνουν τα αποτελέσματα των μεθόδων τους.

Επίσης η συσχέτιση ότι η δίαιτα παίζει σημαντικό ρόλο στην λιθογένεση έγινε γνωστό εδώ και παρά πολλά χρόνια. Οι δύο αυτοί παράμετροι αποτελούν την συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης.

α) Φαρμακευτική αγωγή.

Ορισμένα χολικά οξέα μας δίνουν την δυνατότητα να διαλύουμε τους λίθους της χοληδόχου κύστεως. Πράγματι είδαμε παραπάνω ότι η κρυσταλλοποίηση της χοληστερίνης δημιουργείται από διαταραχή ισορροπίας ανάμεσα στην συγκέντρωση της χοληστερίνης και ορισμένων χολικών οξέων. Η κατάλληλη θεραπεία συνίσταται στο να αυξήσουμε την συγκέντρωση των χολικών οξέων μέσα στην χολή.

Στην αρχή οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ένα οξύ που προ-ερχόταν από τις χήνες: το κηνοδεοξηχολικό οξύ για διάλυση χοληστερικών ή των μικτών λίθων. Έτσι λοιπόν οδήγησε σε πλήρη ή μερική διάλυση παρομοίων λίθων στο 50%-60% των ασθενών με ακτινοδιαβατούς

χολολίθους. Σε ασθενείς με πολλαπλούς μικρούς ακτινοδιαπερατούς χολολίθους, σε μια χοληδόχο κύστη που λειτουργεί ο βαθμός επιτυχίας για την CDCA θεραπεία φθάνει το 80% σε ημερήσιες δόσεις 10-15 mg/kg χρησιμοποιώντας το χημικό οξύ για περίοδο θεραπείας απο 1-3 χρόνια.

Εντούτοις χαμηλότερες δόσεις θεραπείας π.χ 5-10 mg/kg έχουν οδηγήσει σε πολύ χαμηλότερη πλήρη διάλυση (5%-10%) όπως επίσης και σε μερική διάλυση (40%). Μερικοί παχύσαρκοι απαιτούν δόσεις 20-25mg/kg ημερησίως για να επιτευχθεί αποσύνθεση της χοληστερόλης της χολής. Μετά απο επιτυχή διάλυση λίθων και διακοπή της θεραπείας με CDCA η υποτροπή της χολολιθιάσεως είναι συχνή.

Η θεραπεία με CDCA συνοδεύεται συνήθως με ορισμένες παρενέργειες. Με πιο συχνή την διάρροια. Επίσης το 25% των ασθενών που ακολουθούν την θεραπεία εμφανίζουν παροδική ανύψωση των επιπέδων της τρανσαμινάσης ορού. Μόνο μικρό ποσοστό ασθενών έχουν δείξει σοβαρή ηπατοτοxicότητα απο CDCA. Για αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται κάθε δίμηνο με βιοχημικό έλεγχο και υπερηχογράφημα. Η μέθοδος αυτή αποτελεί μια λύση για τους χειρουργούς σε περιπτώσεις ασθενών όπου παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα που δεν επιτρέπουν εγχείρηση.

Στην συνέχεια η αρκούδα μας έδωσε ένα άλλο χολικό οξύ: το αρκτοξοχολικό οξύ. Έχει αποδειχθεί ότι είναι θεραπευτικό δραστικό σε χαμηλότερες δόσεις (5-10 mg την ημέρα) απο ότι το χηνοδεοξυλοχολικό οξύ. Δεν συνοδεύεται απο ψηλό ποσοστό διάρροιας και ανύψωση της τρανσαμινάσης.

#### Π Ρ Ο Υ Π Ο Θ Ε Σ Ε Ι Σ χορήγησης χολικών οξέων:

- 1) Οι λίθοι να' ναι ακτινοδιαβατοί. Να μην έχουν αποτιτανωθεί.
- 2) Η διάμετρος των λίθων να' ναι μικρότερη απο 2 εκ.
- 3) Πρέπει να υπάρχει ελεύθερος βατός κυστικός πόρος. Που σημαίνει ότι στην ακτινολογική μελέτη των χοληφόρων πρέπει να επιτελείται κανονική σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστεως για να μπορεί να μπει μέσα το φάρμακο και να δράσει.

4) Ο ασθενής που θα υποβληθεί σε θεραπεία με χολικά οξέα θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από κανονική ηπατική νεφρική λειτουργία και υγιή γαστρεντερικό σωλήνα.

5) Να μην υπάρχει αποφρακτικός ίκτερος.

6) Να' ναι ασθενής άνω των 60 ετών.

#### Α Ν Τ Ε Ν Δ Ε Ι Ξ Ε Ι Σ χορήγησης χολικών οξέων:

1) Νέοι ασθενείς κάτω από 60 ετών.

2) Η εγκυμοσύνη αποτελεί σοβαρή αντένδειξη γιατί περνάει στο ήπαρ του εμβρύου.

3) Όταν δεν υπάρχει ιστορικό επιπλοκών όπως χολοκυστίτιδα παγκρεατίτιδα, γιατί συνήθως υπάρχει αποκλεισμός της χοληδόχου κύστεως.

4) Οι μικτοί χολοχρωστικοί λίθοι.

5) Οι παχύσαρκοι ασθενείς.

Μ Ε Ι Ο Ν Ε Κ Τ Η Μ Α Τ Α χορήγησης χολικών οξέων στην διάλυση των χοληστερολικών λίθων.

1) Υψηλό κόστος.

2) Παρενέργειες (διάρροιες, ηπατική βλάβη).

3) Αποτέλεσμα περιορισμένο όχι μόνιμο.

4) Λήψη φαρμάκου για μεγάλο χρονικό διάστημα.

5) Δεν αντικαθιστά την χειρουργική θεραπεία.

6) Οι μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι δεν είναι ακόμα γνωστοί.

Οι ασθενείς θα πρέπει επίσης να μάθουν ότι δεν είναι προφυλαμένοι από τις επιπλοκές της λιθιάσεως κατά την διάρκεια της θεραπείας και ότι μπορεί να αναθεωρηθεί η θεραπευτική αγωγή και ενδεχομένως να τους προταθεί χειρουργική επέμβαση.

Παρά τους περιορισμούς της θεραπείας αυτής διατηρεί ωστόσο ορισμένα πλεονεκτήματα. Έτσι ορισμένα άτομα μπορεί να ανακουφιστούν από τις οδυνηρές ημικρανίες. Δεν έχει όμως αποδειχθεί ότι εξαφανίζονται όλες οι ημικρανίες. Τέλος θα χρειαστεί να αποφύγει κάθε φάρμακο ικανό

να αντισταθεί στην δράση των χολικών οξέων. Επίσης φάρμακα που ελαττώνουν την χοληστερίνη στο αίμα και αντισυλληπτικά χάπια δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται.

Επίσης στην συντηρητική αγωγή πρέπει να προστεθεί η αντιμετώπιση ασθενούς με επεισόδιο εντόνου κωλικού στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου που αρχίζει αιφνιδίως. Ο πόνος αντιμετωπίζεται και διαιτητικά. Χρησιμοποιούνται παυσίπονα, πεθιδίνη και σπασμολυτικά φάρμακα, αντιβιοτικά παρεντερικά που συγκεντρώνονται στα χοληφόρα όπως Ampicillin, cephalosporin για τις λοιμώξεις. Ακόμα μπορεί να χορηγηθούν αντιεμετικά promethazine για αντιμετώπιση ναυτίας - εμετού.

### β) Διαιτική αγωγή

Απο πολύ παλιά έχει γίνει γνωστό ότι η διαίτα παίζει σημαντικό ρόλο στον σχηματισμό των χολολίθων. Έχουμε πολλά στοιχεία από έρευνες που έχουν γίνει στο παρελθόν σε πειραματόζωα. Ο DAM και ο Hiaska αναφέρουν ότι διαίτα πλούσια σε υδατάνθρακες και ελεύθερη λιπών προκαλεί ελάττωση των χολικών αλάτων της χολής. Έτσι λοιπόν το διαιτολόγιο ενός χολολιθιακού θα πρέπει να 'ναι πλούσιο σε κυτταρίνη (54 γραμ/μέρα) και αυτό γιατί παρουσιάζεται αύξηση της διαλυτότητας της χοληστερίνης στην χολή.

Η επίτευξη της θεραπείας όμως δεν επέρχεται μόνο με την τροποποίηση της διαίτας του ασθενή αλλά θα πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες (φάρμακα, επεμβάσεις κλπ).



## II. Χ Ε Ι Ρ Ο - Υ Ρ Γ Ι Κ Η      Ε Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η

Ορισμένοι γιατροί και χειρουργοί έχουν την τάση να προτείνουν συστηματικά την χειρ/κή επέμβαση. Βασιζόμενοι στο ακόλουθο επιχείρημα: οι επιπλοκές της χολολιθίασης μπορούν να συμβούν σε μία στιγμή απρόβλεπτη. Θα πρέπει όμως πρώτα απ' όλα όλους τους παράγοντες που συνηγορούν στην επέμβαση. Υπο το όρο ότι θα τηρηθούν αυστηρά ορισμένοι κανόνες.

Πρώτα απ' όλα θα πρέπει ο ασθενής να υποβληθεί σε εργαστηριακές εξετάσεις και κλινική εξέταση.

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει:

1) Επισκόπηση για

α/ Έλεγχο βάρους.

β/ Χρώμα επιπεφυκώτων.

γ/ Χρώμα δέρματος.

2) Ψηλάφηση για

α/ Αναζήτηση σημείων μεγάλης ευαισθησίας.

β/ Αναζήτηση ψηλαφητών μαζών.

γ/ Έλεγχος ζωτικών σημείων.

δ/ Έλεγχος ύπαρξης οιδημάτων.

3) Ακρόαση για

α/ Αναζήτηση παθολογικών ευρημάτων απο την καρδιά-πνεύμονες.

β/ Αναζήτηση παθολογικών φουσημάτων στις καρωτίδες και τις μηριακές.

Μετά την κλινική εξέταση ακολουθούν οι εργαστηριακές εξετάσεις και διαγνωστικές εξετάσεις της χολολιθίασης.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι:

1) Γενική αίματος, ούρων.

- 2) Ζάκχαρο αίματος, ουρίας αίματος, κρεατινίνης ορού.
- 3) Εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, χολερυθρίνη, τραυσαμινάσεις, αλκαλική φωσφατάση.
- 4) Εξετάσεις αξιολόγησης του ανοσοβιολογικού συστήματος  
T- λεμφοκύτταρα, B-λεμφοκύτταρα, ανοσοσφαιρίνες.
- 5) Έλεγχος πήκτικότητας του αίματος, ηλεκτρολύτες αίματος.
- 6) Σπειρομέτρηση.
- 7) Διερεύνηση του χοληφόρου συστήματος με ακτινολογικό έλεγχο.

Η θεραπεία των "σιωπηρών" ασθενών παραμένει αντικείμενο διχογνωμιών. Ο κίνδυνος εμφάνισης συμπτωμάτων ή επιπλοκών που να απαιτούν επέμβαση, είναι αρκετά μικρός (1-2% το χρόνο) στους περισσότερους ασυμπτωματικούς χολολιθιακού ασθενείς. Οι ενδείξεις για την εγχείρηση εξαρτώνται από την καθεμιά ξεχωριστή περίπτωση. Χωρίς αμφιβολία όμως θα πρέπει να χειρουργούνται:

- 1) Όλες οι συμπτωματικές λιθιάσεις δηλαδή αυτές που συνοδεύονται από διαταραχές που ενοχλούν κατά τρόπο αισθητό την καθημερινή ζωή. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η επανάληψη των ισδυνηρών κρίσεων που εναλλάσσονται με "βυθίους" πόνους.
- 2) Οι λιθιάσεις με επιπλοκές πυρετό-ικτερο-παγκρεατίτιδα, αύξηση αμυλάσης στο αίμα - παρουσία σε υπερβολική ποσότητα ενός ενζύμου παγκρεατικής προελεύσεως ύστερα από μια επώδυνη κρίση χολικών συριγγίων.
- 3) Όσοι ασθενείς παρουσιάζουν έλλειψη σκιαγραφίσεως της χοληδόχου κύστεως (δηλαδή η χολή δεν σκιαγραφείται κατά την χολοκυστογραφία per os).
- 4) Όσοι ασθενείς πάσχουν από παθήσεις που προδιαθέτουν σε επιπλοκές (σακχαρώδεις διαβήτες).
- 5) Ασθενείς με πολύ μεγάλους χολόλιθους (πάνω από 2 εκ)

και οι ασθενείς που έχουν χολόλιθους σε ανώμαλη συγγενής χοληδόχο κύστη.

6) Και σε όσους ασθενείς η συντηρητική αγωγή αποτυγχάνει.

Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις ή ένδειξη για εγχείρηση θα πρέπει να συζητείται ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό π.χ. σε ένα νεαρό άτομο που ζει κοντά σε νοσοκομειακό κέντρο με αραιές επώδυνες κρίσεις να υποδειχθεί να κάνει υπομονή. Αντίθετα σε ανθρώπους δραστήριους που είναι υποχρεωμένοι να ταξιδεύουν πολύ, οι κρίσεις αποτελούν σοβαρό εμπόδιο και είναι λογικό να τους υποβάλλεται η επέμβαση. Η πιο μεγάλη συχνότητα χολοκυστεκτομών τοποθετείται μεταξύ 50--70 χρονών. Είναι η πιο ευνοϊκή περίοδος όπου οι γενικοί κίνδυνοι είναι ακόμα σχετικά περιορισμένοι.

#### Χ Ε Ι Ρ Ο Υ Ρ Γ Ι Κ Ε Σ Ε Π Ε Μ Β Α Σ Ε Ι Σ

Οι πιο συνηθισμένες επεμβάσεις στην χοληφόρο οδό είναι:

- 1) Χολοκυστοστομία.
- 2) Χολοκυστεκτομή.
- 3) Χοληδοχοτομή.
- 4) Χολοπεπτικές αναστομώσεις.

Ιδιαίτερα σημαντικό για τις επεμβάσεις στα χοληφόρα είναι το αν ο ασθενής που πρόκειται να χειρουργηθεί έχει αποφρακτικό ίκτερο ή όχι. Καί αυτό γιατί έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει ο κίνδυνος μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας όταν υπάρχει αποφρακτικός ίκτερος. Απαιτούνται σωστές ενδείξεις και κατάλληλη προετοιμασία καθώς επίσης και άριστα τεχνική και επιμελημένη παρακολούθηση.

Επίσης σημαντικό για τον ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε εγχείρηση, είναι και η προφύλαξη του από τις λοιμώξεις που αποτελούν σοβαρό πρόβλημα στην χειρουργική των χοληφόρων. Η προφυλακτική αντιβίωση αποσκοπεί στην προφύλαξη από τις λοιμώξεις που μπορούν να προκληθούν κατά την διάρκεια της επεμβάσεως.

## Χ Ο Λ Ο Κ Υ Σ Τ Ο Σ Τ Ο Μ Ι Α

Είναι μια απλή επέμβαση. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις βαριάς χολοκυστίτιδας. Σκοπός αυτής της επέμβασης είναι η διανοίξη του πυθμένα της κύστεως και να παροχετευθεί το πυώδες περιεχόμενό της. Γίνεται με τοπική αναισθησία και διενεργείται τομή μήκους 3-5 εκ. ακριβώς πάνω από την χοληδόχο κύστη και επισημαίνεται ο πυθμένας της. Στην συνέχεια απορροφάται το περιεχόμενό της μ' ένα Trocar και από το ίδιο άνοιγμα αφαιρούνται οι λίθοι που υπάρχουν μέσα στην κύστη.

Κατόπιν τοποθετείται μέσα στην κύστη ένας σωλήνας για συνεχή παροχέτευση ο οποίος συνδέεται με έναν ουροσυλλέκτη για συλλογή του υγρού. Καθώς ο σωλήνας παραμένει πραγματοποιείται χολοκυστογραφία για εξακρίβωση εντόπισης και ακριβή έλεγχο θέσεως του σωλήνα. Η διατήρηση της παροχέτευσης εξαρτάται από το είδος και την ποσότητα του υγρού. Η χολοκυστοστομία και η αφαίρεση λίθων από το άνοιγμα της κύστεως δεν συνεπάγεται ίαση του ασθενούς από την νόσο. Μετά την αφαίρεση του σωλήνα ή κύστη είναι πολύ ευπαθής και ευαίσθητη σε φλεγμονές καθώς και σχηματισμό λίθων. Το 50% που υποβάλλονται σε αφαίρεση λίθων από την χοληδόχο κύστη με χολοκυστοστομία εμφανίζουν σημεία επανασχηματισμού χολολίθων μέσα σ' ένα χρονικό διάστημα 2 ετών.

## Χ Ο Λ Ο Κ Υ Σ Τ Ε Κ Τ Ο Μ Η

Είναι η αφαίρεση της χοληδοχού κύστεως. Η πρώτη επέμβαση χολοκυστεκτομής έγινε το 1982. Μας βοηθά για ένα πλήρη έλεγχο και έρευνα της κύστης του κυστικού και χοληδόχου πόρου.

Ενδείκνυται:

- α) Σε οξεία - χρόνια λιθισιακή χολοκυστίτιδα.
- β) Σε καρκίνο χοληδόχου κύστεως.
- γ) Σε ύδρωπα και εμπύημα της κύστεως.
- δ) Σε χολολιθίαση κύστεως, κυστικού πόρου και χοληδόχου πόρου.

- ε) Σε σχηματισμό χοληφόρων συριγγίων.
- στ) Ρήξη και διάνοιξη της χοληδόχου κύστεως.
- ζ) Αεριογόνο - γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα.

Απαιτείται πολύ μεγάλη προσοχή για αποφυγή μολύνσεων της περιτοναϊκής κοιλότητας απο διάνοιξη της χοληδόχου κύστεως, για αποφυγή βλάβης στον ηπατικό μίσχο και τρώσεως του δωδεκαδακτύλου και της πυλαίας φλέβας. Πρίν την επέμβαση θα πρέπει να γίνει έλεγχος όσον αφορά για την κατάσταση του ασθενούς. Έλεγχος δηλαδή της καρδιακής ηπατικής λειτουργίας, των ηλεκτρολυτών, των πρωτεϊνών, της πυκνότητας του αίματος.

Η αναισθησία είναι γενική. Η τομή πραγματοποιείται σύμφωνα με την κρίση του γιατρού. Μετά την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και του περιτοναίου γίνεται λεπτομερής έλεγχος των σπλάχνων και της περιοχής. Με τους κατάλληλους χειρισμούς και την δεξιότητα των χειρουργών γίνεται ή εκτομή της κύστεως, προσπαθώντας να απολινώνται και να καυτηριάζονται τα χοληφόρα αγγεία. \_ Εν συνέχεια γίνεται η διεγχειρητική χολανγειογράφημα που απαιτείται για την εκτελεσή της, η είσοδος ενός καθετήρα απο μια τομη που διενεργείται στον κυστικό πόρο και πρῶθ-θείται στον χοληδόχο πόρο, εγχύουμε υλικό και λαμβάνουμε ακτινογραφία. Αυτές οι ακτινογραφίες μας δείχνουν την κατάσταση του κυστικού πόρου. Εν συνέχεια ο πόρος απολιώνεται με απορροφήσιμα ράμματα. Χρειάζεται πολύ προσοχή γιατί η απολίωση του χοληδοχου και των ηπατικών πορων προκαλεί βαρύ ίκτερο. Εν συνέχεια γίνεται συρραφή των κοιλιακών τοιχωμάτων και χρησιμοποιούνται ράμματα απο μετάξι για ασφάλεια και τυχόν εκ σπλαχμάτωσης.

Η χολοκυστεκτομή είναι καλύτερο να επιφυλάσσεται για:

- α) Ασθενείς που η γενική τους κατάσταση αυξάνει τον εγχειρητικό κίνδυνο και
- β) Στις περιπτώσεις που η διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας είναι αμφίβολη.

Η θνητότητα για την επείγουσα χολοκυστεκτομή είναι 3% ενώ στην εκλεκτική χολοκυστεκτομή είναι 0,5% σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 60 ετών. Ο εγχειρητικός κίνδυνος αυξάνει με την συνύπαρξη νόσων άλλων συστημάτων ή την ύπαρξη επιπλοκών.

**Χ Ο Λ Η Δ Ο Χ Ο Τ Ο Μ Η**

Η διάναξη της χοληδόχου κύστεως ονομάζεται χοληδοχοτομή. Διεν-εργείται για διερεύνηση του χοληδόχου πόρου και αφαίρεση των λίθων που τυχόν υπάρχουν. Το μεγαλύτερο ποσοστό λίθων του χοληδόχου πόρου είναι χοληστερολικοί ή μικτοί που σχηματίζονται στην χοληδόχο κύστη.

Ενδείξεις για επέμβαση:

- 1) Ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες αιμολυτικές νόσους.
- 2) Ασθενείς με υποτροπιάζουσα χολαγγειίτιδα.
- 3) Ασθενείς με συγγενείς ανωμαλίες των χοληφόρων και
- 4) Έχουν διατεταμένο σκληρο ή στενωμένο πόρο.

Συνήθως μετά από μια χοληδοχοτομή τοποθετείται σωλήνας ΚΕ ΗΡ που βοηθά στην παροχέτευση της χολής ώστε να μην εισέλθει χολή στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Μετά την τοποθέτηση του σωλήνα -Τ γίνεται χολαγγειογραφία για ακτινολογικό έλεγχο υπολειμάτων λίθων, καθώς και για την βατότητα των χοληφόρων οδών.

Ο σωλήνας αφαιρείται μετά από 7-10 ημέρες όταν πλέον ο συνδετι-κός ιστός που αναπτύσσεται αποφράσσει υδατογενώς το άνοιγμα και όταν διαπιστώνεται ότι η ροή της χολής επιτυγχάνεται χωρίς εμπόδια προς το έντερο .

**Χ Ο Λ Ο Π Ε Π Τ Ι Κ Ε Σ      Α Ν Α Σ Τ Ο Μ Ω Σ Ε Ι Σ**

**Χολοκυστονηστοδομία**

Έχουμε αναστόμωση της χοληδόχου κύστεως με την νηστιά και βοηθάμε την χολή να ρέει προς το έντερο. Πραγματοποιείται αυτή η επέμβαση όταν έχουμε καρκίνο δωδεκαδακτύλου.

**Χολοκυστοδωδεκαδακτιλοτομία**

Είναι αναστόμωση της κύστεως με το 12λο. Εφαρμόζεται όταν υπάρχει απόφραξη του χοληδόχου πόρου.

### ΙΙΙ. Α Φ Α Ι Ρ Ε Σ Η Λ Ι Θ Ω Ν Μ Ε Λ Ι Θ Ο Τ Ρ Ι Ψ Ι Α

Κοντά στην συντηρητική και χειρουργική αντιμετώπιση της χολο-  
λιθίασης έρχεται να προστεθεί άλλη μια μέθοδος. Η μέθοδος της λιθο-  
τριψίας. Μιάς μεθόδου που έχει ανακαλυφθεί εδώ και 20 χρόνια. Πραγ-  
ματοποιείται με την χρήση υπερήχων shock (Waves) για αντιμετώπιση  
της λιθίασης των χοληφόρων.

Η λιθοτριψία μπορεί να συνδυαστεί και με φαρμακευτική αγωγή για  
την διάλυση λίθων. Πραγματοποιείται με την βοήθεια μιάς συσκευής  
που παράγει ωστικά κύματα υπερήχων τα οποία εστιάζονται στους λίθους  
και τους θρυμματίζουν. Αυτό είτε απεκκρίνονται από την κύστη είτε με  
την βοήθεια φαρμάκων διαλύονται και απεκκρίνονται. Κάθε συνεδρία διαρ-  
κεί περίπου 45 λεπτά. Ο ασθενής έχει προετοιμαστεί χορηγώντας του ανα-  
λγητικά φάρμακα ή διενεργώντας γενική αναισθησία. Τα φάρμακα χορη-  
γούνται 15 ημέρες μέχρι 1 ημέρα πριν την λιθοτριψία και για τρεις (3)  
μήνες μετά την τελευταία συνεδρία υπερήχων.

Υπάρχουν όμως κάποιες ενδείξεις για την επιλογή των ασθενών που  
θα υποβληθούν σ' αυτή την διαδικασία.

- 1) Να μην υπάρχει στο ιστορικό των ασθενών επιπλοκές (χολαγ-  
γεΐτιδα, παγκρεατίτιδας, χολοκυστίτιδας).
- 2) Οι λίθοι να'ναι ακτινοδιαβατοί και όχι πάνω από 3 λίθους.
- 3) Η διάμετρος αυτών όχι πάνω από 2εκ. και όχι λιγότερη από  
0,4 εκ.
- 4) Η χοληδόχος κύστη θα πρέπει να σκιαγραφείται για να ελέγ-  
ξουμε την λειτουργία της.

### Π Ρ Ο Τ Ρ Α Χ Ο Σ Η

Σε ασθενείς που υπέστησαν λιθοτριψία με την βοήθεια λιθολυτικών  
σκευασμάτων αναφέρεται ότι το 30% των λίθων εξαφανίστηκε σε 2 μήνες.  
Η λιθοτριψία είναι για μέθοδος που εγκυμονεί κάποιους κινδύνους, όσον  
αφορά την χρήση υπερήχων στο θρυμματισμό των λίθων το λεπτό τοίχωμα

της χοληδόχου κύστεως συνηγορεί για τυχόν βλάβες που μπορούν να απο-  
βαύν μοιραίες. Οι χολόλιθοι είναι κινητοί στην κύστη και επομένως  
μπορεί η δέσμη υπερήχων να μην τους εντοπίζει συνεχώς. Ή ακόμα μπο-  
ρεί οι θρυμματισμένοι λίθοι να προκαλέσουν απόφραξη των πόρων, καθώς  
επίσης και πρόκληση επιπλοκών: αιματοουρία, αιμοραγικές εκδηλώσεις  
ηπατικό κολικό.

Για αυτούς τους λόγους θα πρέπει να γίνει προσεχτική επιλογή για  
το αν πρέπει ο ασθενής να υποβληθεί σ' αυτή την μέθοδο θεραπευτικής  
αγωγής, αφού και το κόστος είναι υψηλό με την επανάληψη των συνεδρίων.  
Χρειάζεται λοιπόν προσεχτικός έλεγχος για τυχόν βλάβη στους παρακεί-  
μενους ιστούς, και σωστή ενημέρωση, του ασθενούς απο τον ακτινολόγο,  
γαστρεντερολογικό και το χειρουργό αλλά και σωστή συνεργασία μεταξύ  
τους.



## Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

Οι επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν σε έναν ασθενή είναι ποικίλλες. Γι' αυτό χρειάζεται πολύ μεγάλη προσοχή ώστε να μειώνονται όσο είναι δυνατόν. Χωρίζονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες:

- A. Διευχειρητικές
- B. Μετεχειρητικές

### A. Δ Ι Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Ε Σ

Είναι οι επιπλοκές που προκαλούνται κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως και είναι:

- I) Τραυματισμος των χοληφόρων οδών και του εντέρου.
- II) Αιμορραγία.
- III) Κακή τοποθέτηση του σωλήνα - T.

Οι αιτίες των διεγχειρητικών επιπλοκών είναι:

- 1) Μη σωστή τεχνική.
- 2) Μη καλή αναισθησία.
- 3) Έλλειψη υλικού και έλλειψη καλής και σωστής βοήθειας.
- 4) Μη καλή γνώση ανατομίας-φυσιολογίας-παθοφυσιολογίας.
- 5) Δυσκολία κατά την επέμβαση- Ανεπαρκής φωτισμός.
- 6) Μη σωστή απολίνωση αιμορραγούντος αγγείου.

I) Ο τραυματισμός των χοληφόρων οδών και του εντέρου είναι δυνατόν να συμβούν κατά την διάρκεια της επεμβάσεως. Για αυτό θα πρέπει να γίνεται ένας γενικότερος έλεγχος πριν το κλείσιμο των κοιλιακών τοιχωμάτων για να αποκαθίστανται αυτές οι κακώσεις. Μπορεί να προκληθούν λόγω κακού χειρισμού των εργαλείων, χαμηλή απολίνωση του κυστικού πόρου, ανωμαλιών της χοληφόρου οδού, δυσμενών συνθηκών.

II) Η αιμορραγία αποτελεί σοβαρή διεγχειρητική επιπλοκή. Μπορεί να προέρχεται απο το ήπαρ ή απο τις αρτηρίες απο τις φλέβες. Είναι αναγκαίο να αναγνωρίζεται που αιμορραγεί η κυστική

αρτηρία. Το αίμα είναι άφθονο και χρειάζεται ειδικός χειρισμός με πίεση της ηπατικής αρτηρίας για να ελεγχθεί ποληρως. Κατόπιν μπορεί να γίνει σε επόμενο χρόνο σωστός και επιμελημένος καθαρισμός και απολίνωση της κυστικής αρτηρίας.

III) Έρχεται να προστεθεί άλλη μια διεγχειρητική επιπλοκή που είναι η κακή τοποθέτηση του σωλήνα-Τ. Αν εντοπιστεί εγκαίρως μπορεί να διορθωθεί κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως. Τα πιο συνηθισμένα λάθη είναι:

- 1) Αναδίπλωση του ενός σκέλους του σωλήνα - Τ.
- 2) Παρουσία χολόρροιας απο την ραφή της χοληδοχοτομής.
- 3) Πράβηγμα ενός σκέλους ή ολόκληρου του σωλήνα - Τ λίγο πριν την συρραφή του κοιλιακού τοιχώματος.

#### B. Μ Ε Τ Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Ε Σ

Είναι οι ακόλουθες:

- 1) Αιμορραγία.
- 2) Ίκτερος.
- 3) Χολόρροια.
- 4) Ενδοπεριτοναϊκή συλλογή.
- 5) Ινωθόλυση.
- 6) Οξέωση.

##### 1. Αιμ ο ρ ρ α γ ί α

Είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή που μπορεί να εμφανιστεί μετεγχειρητικώς. Και αυτό γιατί είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί απο που προέρχεται η αιμορραγία. Σε περίπτωση κυστικής αιμορραγίας απαιτείται άμεση επανεγχείρηση.

##### Αίτια:

- α/ Μη καλή απολίνωση και λύσιμο των αγγείων.
- β/ Μη καλή πυκτικότητα του αίματος.
- γ/ Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς.

Τα συμπτώματα είναι :

- α) ευπίεστος, γρηγορός, νηματοειδής, σφυγός.
- β) Πρόσωπο και άκρα ψυχρά.
- γ) Ψυχρότητα δέρματος.
- δ) Πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης.
- ε) Εφίδρωση
- στ) Βραδεία αναπνοή, ασθμαίνουσα.
- ζ) Ανησυχία

Απαιτείται άμεση ιατρική βοήθεια και χορήγηση υγρών και αίματος. Οι πιο συνηθισμένες μετεγχειρητικές αιμορραγίες είναι :

1/ Απο αγγεία που αιμορραγούν στην κοίτη του ήπατος και της χοληδόχου κύστεως.

2/ Απο τραυματισμό των κλάδων της ηπατικής φλέβας.

3/ Απο τραυματισμό ηπατικών αγγείων που βρίσκονται σε άμεση επικοινωνία με το χοληφόρο σύστημα.

## 2. Ι κ τ ε ρ ο ς

Ο ίκτερος αποτελεί μια μετεγχειρητική επιπλοκή τα αίτια αυτού είναι :

- 1) Απορρόφηση χολής απο ενδοκοιλιακή συλλογή μετά απο χολική διαφυγή.
- 2) Μηχανική απόφραξη του χοληδόχου πόρου απο εναπομείναντες λίθους, πήγματα αίματος ή εξωτερική πίεση.
- 3) Η λήψη φαρμάκων όπως αναισθητικών, ηπατοτοξικών.
- 4) Λοιμώξεις, φλεγμονές, σήψη.

Η εκτέλεση εγχειρητικής χολαγγειογραφίας κατά την διάρκεια της χολοκυστεκτομής, βοηθά στην μείωση αυτής της επιπλοκής και συμβάλλει στην άρση του αιτίου που προκαλεί τον ίκτερο.

## 3. Χ ο λ ό ρ ρ ο ι α

Με τόν όρο εννοούμε την διαφυγή χολής απο τα χοληφόρα και

την παρουσία αυτής στην ενδοπεριτοναϊκή χώρα. Η διαφυγή μπορεί να γίνει μέσω του σωλήνα παροχέτευσης που έχει τοποθετηθεί στην υφηπατική περιοχή. Το ποσοστό εμφάνισης αυτής της επιπλοκής ανέρχεται στο 15%. Μπορεί να προέρχεται:

- 1) Απο λύσιμο της απολίνωσης του κυστικού πόρου.
- 2) Απο διατομή των επικουρικών χοληφόρων.
- 3) Απο κακή τοποθέτηση του σωλήνα -Τ στα χοληφόρα.
- 4) Απο ανώμαλη επικοινωνία της κύστης με το ενδοηπατικό χολαγγείο.

Η θεραπεία επιτυγχάνεται με άφση του αιτίου.

#### 4. Ε ν δ ο π ε ρ ι τ ο ν α ι κ ή      σ υ λ λ ο γ ή

Η συλλογή υγρών σε ενδοπεριτοναϊκό χώρο είναι μια σπουδαία επιπλοκή που μπορεί να προκληθεί μετεγχειρητικώς. Τα υγρά αυτά προέρχονται απο το χειρουργικό πεδίο και μπορεί να προκαλέσουν πρόβλημα αν επεκταθούν. Τα κυριώτερα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι πυρετός, πόνοι στην ψηλάφηση ή την πλήξη της πάσχουσας περιοχής.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται είτε με αντιβιοτικά είτε με μετεγχειρητική παροχέτευση των υγρών σε προχωρημένα φαινόμενα.

#### 5. Ι ν ω δ ό λ υ σ η

Είναι άλλη μια μετεγχειρητική επιπλοκή που αντιμετωπίζεται με την χορήγηση αίματος και ανασταλτικών της ινωθόλυσης.

#### 6. Ο ξ έ ω σ η

Είναι επιπλοκή της χολολιθιάσης. Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που πάσχουν και απο σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν ακατάσχετους εμετούς ή δεν τρέφονται για σειρά ημερών. Σαν συνέπεια όλων αυτών έχουμε αύξηση του μεταβολισμού του λίπους και ελαττώση της αλκαλικής παρακαταθήκης. Η ακετόνη είναι δηλητηριώδες ουσία. Ετσι παρατηρείται διαταραχή των υγρών του οργανισμού.

Εκδηλώνεται με:

- 1) Ναυτία - Εμετο.
- 2) Αφυδάτωση - Αίσθημα δίψης.
- 3) Δύσπνοια - Καχεξία - Αδυναμία - Καταβολή δυνάμεων.
- 4) Η εκπνοή έχει οσμή σάπιων μήλων.

Η θεραπεία συνίσταται στην χορήγηση σακχαρούχων ορών. Η ποσότητα των χορηγούμενων υγρών ρυθμίζεται από τον γιατρό ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού.

Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ            Μ Ε Τ Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Ε Σ  
Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

1. Απο το αναπνευστικό σύστημα:
  - α) Ατελεκτασία.
  - β) Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας.
  - γ) Εισρόφηση.
  - δ) Πνευμονία.
  - ε) Πνευμονικό οίδημα.
  - στ) Πνευμονική εμβολή.
  - ζ) Πλευρίτιδα - Πνευμοθώρακα.
2. Απο το καρδιαγγειακό σύστημα.
  - α) Αρρυθμίες.
  - β) Καρδιακή αναπνοή.
  - γ) Εμφραγμα φυσοκαρδίου.
3. Απο το ουροποιητικό σύστημα.
  - α) Επίσχεση ούρων.
  - β) Ολιγουρία.
  - γ) Ουρολοίμωξη.
  - δ) Οξεία νεφρική ανεπάρκεια.
4. Απο το πεπτικό σύστημα.
  - α) Μετεγχειριτή παγκρεατίτιδα.
  - β)           "           εντερική απόφραξη.
  - γ) Μετεγχειρητικό γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.
5. Επιπλοκές απο το τραύμα.
  - α) Αιμάτωμα.
  - β) Φλεγμονή.
  - γ) Διαπύηση τραύματος.
  - δ) Θρόμβες συλλογή

6. Διάφορες άλλες επιπλοκές

- α) Μικροβιακή παρωτίτιδα.
- β) Κατακλίσεις.
- γ) Ψυχωσικές εκδηλώσεις.
- δ) Σπασμοί.
- ε) Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
- στ) Εγκαύματα του δέρματος απο την διαθερμία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

Σ Κ Ο Π Ο Σ   Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Σ   Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Σ

Η νοσηλευτική είναι έργο που αποβλέπει στην πρόληψη της αρρώστιας την νοσηλεία των ασθενών, την προαγωγή, την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Ο σκόπός της νοσ/κής φροντίδας σε αρρώστους με χολολιθίαση είναι:

I.    Α Μ Ε Σ Ο Σ

- α)    Απαλλαγή από τον πόνο.
- β)   Πρόληψη και αντιμετώπιση ναυτίας - εμέτου.
- γ)    Καταπολέμηση φλεγμονής.
- δ)    Πρόληψη επιπλοκών από το δέρμα.
- ε)    Προαγωγή αποτελεσματικού αερισμού.
- στ)   Μείωση αγωνίας και προαγωγή ψυχολογικής άνεσης.

II.   Μ Α Κ Ρ Ο Π Ρ Ο Θ Ε Σ Μ Ο Ι

- α)    Προαγωγή επαρκούς θρέψεως.
- β)    Πρόληψη υποτροπών.

Το έργο που έχει αναλάβει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι λειτουργήματα και προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο σε όλα τα στάδια της ασθένειάς του. Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με χολολιθίαση είτε είναι προεγχειρητική είτε μετεγχειρητική αποβλέπει:

- 1)    Στην καθοδήγηση του ατόμου για να επιτύχει και να διατηρήσει όσο είναι δυνατόν υψηλότερο το επίπεδο υγείας του.
- 2)    Στην προσφορά βοήθειας ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη επιπλέον προβλήματος που θα δυχεράνει περισσότερο την υγεία του.
- 3)    Στην βοήθεια ώστε να δοθεί έγκαιρα η διάγνωση και η θεραπεία ώστε να προλαμβάνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας του.
- 4)    Στην προσπάθεια να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο ώστε



να αμυνθούν έναντι της ασθένειας.

5) Στην φροντίδα για πλήρη αποκατάσταση οικογενειακή, κοινωνική, επαγγελματική.

Για να επιτευχθούν όλα αυτά θα πρέπει το νοσηλευτικό έργο να εξασκεύεται σε συνδιασμό τριών βασικών αρχών που είναι:

α) Οι επιστημονικές γνώσεις.

β) Η Τεχνική δεξιοτήτων.

γ) Η καλλιεργημένη προσωπικότητα εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Παντού και πάντοτε να'ναι σε θέση να ανταποκρίνεται με ζήλο, αγάπη και σεβασμό στην εξυπηρέτηση της υγείας του ανθρώπου.

Η ικανότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση του νοσ/κού προσωπικού αλλά και από την πνευματική τους τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής του, επίσης από την κατάλληλη νοσ/κή συμπεριφορά προς τους ασθενείς και τις υπεύθυνες αποφάσεις τους σε κρίσιμες και απρόβλεπτες καταστάσεις.

Για να επιτευχθεί ο απώτερος στόχος της νοσ/κής φροντίδας θα πρέπει το νοσ/κό προσωπικό να'ναι φοδιασμένο με τα κατάλληλα προσόντα. Αυτά θα τα αναπτύξουν ή θα τα αποκτήσουν αν έχουν τις ψυχικές και πνευματικές διαθέσεις χαρακτηριστικές για την νοσ/κή τους αποστολή όπως είναι:

1/ Η θέληση και η αγάπη να ανακουφίζουν, υποστηρίζουν, θεραπεύουν.

2/ Ο σεβασμός στον άνθρωπο και την ζωή του.

3/ Η τιμιότητα και η ευσυνειδησία.

4/ Η συναίσθηση της ευθύνης.

Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Κάθε ασθενής όταν εισέρχεται στο νοσοκομείο διακατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας. Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξεως της καταστασεώς του καθώς και σε τυχόν οικονομικά προβλήματα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με λεπτότητα, ευγένεια και κατανόηση καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το υγειονομικό προσωπικό. Η προετοιμασία του ασθενούς θα γίνει με εξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες εξετάσεις, νοσηλίες κτλ. Δημιουργούν στον ασθενή ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό θα συντελέσει στην μείωση ή εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από το άγνωστο.

Θα ήταν ευχής έργο αν διέθετον τα ιδρύματα υπηρεσία απασχόλησεως των ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο, εφόσον το επιτρέπει η καταστασή τους ώστε να μην μένουν μόνοι, χωρίς απασχόληση και με συνέπεια να οδηγούνται σε σκέψεις που δημιουργούν ανησυχίες. Η διάρκεια της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από το είδος της επεμβάσεως, την κατάσταση του ασθενή.

Η προεγχειρητική φροντίδα αρρώστου με χολολιθίαση περιλαμβάνει:

- α. Γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.
- β. Τοπική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.
- γ. Τελική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

α. Η Γενική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- 1) Τόνωση του ηθικού

Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα της νοσηλεύτριας-τή. Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική του 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. Συχνά προβλέπουν την αποτυχία της επεμβάσεως και τότε σκέψεις που αφορούν την οικογένεια, τα παιδιά δημιουργούν αισθήματα καταθλίψεως.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με το ειδικό και μοναδικό του ρόλο έχει την ευκαιρία να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης. Η τόνωση του ηθικού επιτυγχάνεται με την προσπάθεια ώστε:

- α) Να ανακαλύψει της προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.
- β) Να καταλάβει τον ασθενή και να συμπεριστεί στην θέση του.

Αυτά θα πραγματοποιηθούν μόνο μέσα από τον διάλογο ώστε να δημιουργηθούν οι σωστές διαπροσωπικές σχέσεις. Η επικοινωνία αποτελεί μεγάλη ουσιώδη ανάγκη του ανθρώπου. Το νοσ/κό προσωπικό ασκεί την αποστολή του σε μια διαπροσωπική ατμόσφαιρα και αυτό γιατί ο άνθρωπος είναι ψυχοσωματοπνευματική οντότητα και έχει ανάγκη όχι μόνο από τεχνικές ιατρικές ή νοσ/κές διαδικασίες και τα πρόσωπα προκαθορισμένα επιστημονικά πλαίσια αλλά έχει και αυξημένες ψυχολογικές ανάγκες, που θα ικανοποιηθούν μόνο μέσα από τον γόνιμο ψυχικό διάλογο. Έτσι λοιπόν επιτυγχάνεται:

- α) Η γνωριμία του αρρώστου σαν πρόσωπο.
- β) Εξακριβώνονται και εντοπίζονται τα προβλήματα και οι ανάγκες του.
- γ) Εξετάζει πως η αρρώστια επηρεάζει την ψυχική διάθεση

και στάση του προς τον εαυτό του, τους άλλους και την ζωή.

δ) Επισημαίνει και επιβεβαιώνει τις προσωπικές του δυνατότητες για την αντιμετώπιση της αρρώστιας του και της νοσ/κής του ανάγκης για να προχωρήσει στον απώτερο σκοπό του που είναι η πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Η νοσηλευτική σαν διαπροσωπική διεργασία επηρεάζει ευνοϊκά την ψυχική κατάσταση του αρρώστου, τον ενθαρρύνει να εξωθερι-κεύει τις ανάγκες, επιθυμίες, φόβους και αγωνίες του. Με την νοσηλευτικό διάλογο επιτυγχάνεται η εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Ο διάλογος αποτελεί το σπουδασότερο σπουδα-στήριο που εμβαθύνει στο μυστήριο και την κατανόηση της αξίας της ζωής του νοσηλευομένου.

## 2) Τ ο ν ω σ η      σ ω μ α τ ι κ ή

Αυτή επιτυγχάνεται με το κατάλληλο διαιτολόγιο. Για έναν χολολιθισιακό όσον αφορά το διαιτολόγιο του δεν θα πρέπει να πά-ρει τίποτα απο το στόμα για ελαχιστοποίηση της διέγερσης της χοληδόχου κύστεως. Γίνεται εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αντιμετώπιση ναυ-τίας και εμέτων. Χορηγούνται αντιεμετικά. Με την θεραπευτική ανάπαυ-ση στο 75% των περιπτώσεων υποχωρεί η κρίση σε 1-4 ημέρες. Έτσι η δίαιτα βαθμιά γίνεται υπερπρωτεϊνούχα, υπερυδατανθρακούχα και υπολι-πούχα. Επίσης χορηγούνται συμπληρωματικά λιποδιαλυτές βιταμίνες.

Το νοσηλευτικό προσωπικό σαν παράγοντας στην σωματική τόνωση του ασθενούς είναι απαραίτητο:

α) Να γνωρίζει το κατάλληλο διαιτολόγιο για τον ασθενή

β) Να δίνει στον ασθενή την κατάλληλη τροφή και αν είναι δυνατόν την τροφή που του αρέσει, σε συνεργασία με το διαιτολο-γικό τμήμα.

γ) Να προετοιμάζει τον άρρωστο για την τροφή που πρό-κειται να του δοθεί όταν αυτή δεν συμπίπτει με τις επιθυμίες του.

δ) Να παρατηρεί και να αναφέρει την τροφή που παίρνει ο ασθενής.

ε) Να βοηθεί και να δίνει στον ασθενή την τροφή όσες φορές είναι αναγκαίο.

Έτσι λοιπόν διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στους παχύσαρκους γιατί προδιαθέτει η παχυσαρκία σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως: διαπύση τραύματος και εκοπλάχμωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα. Τα παχύσαρκα άτομα ενθαρρύνονται να χάσουν βάρος γιατί:

- 1/ Αντιδρούν λιγότερο έντονα στο stress.
- 2/ Δεν αντέχουν στην αφυδάτωση.
- 3/ Παρουσιάζουν ευκολότερα shock

Η σωματική τόνωση επιτυγχάνεται και με την παρεντερική χορήγηση υγρών. Εάν ο ασθενής πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά του χορηγούνται αυτά παρεντερικώς. Δίνονται για κάλυψη των θρεπτικών αναγκών των απωλειών σε υγρά εξαιτίας του ιδρώτα, εμετούς, πολυουρίας.

Η ηενδοφλέβια χορήγηση υγρών είναι μια νοσηλεία που απαιτεί νοσηλευτικές ευθύνες που είναι οι ακόλουθες:

- 1) Κατανόηση του σκοπού και της τεχνικής της εκτελέσεως της νοσηλείας.
- 2) Ορθή εκτίμηση της κατάστασεως του αρρώστου και προετοιμασία αυτού ώστε να επιτευχθεί με επιτυχία η IV έγχυση σε συνεργασία με τον γιατρό.
- 3) Ακριβής παρακολούθηση, αναγνώριση και περιγραφή των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων του αρρώστου κατά την διάρκεια της νοσηλείας και μετά απο αυτήν.
- 4) Άμεση αντίληψη και αντιμετώπιση επικίνδυνων επιπλοκών (αντίδραση απο πυροτογόνες ουσίες, επιβάρυνση της κυκλοφορίας του αίματος, αλλεργική ή αναφυλακτική αντίδραση). Για την εκπλήρωση των

των ευθύνων αυτών θα πρέπει το νοσ/κό προσωπικό να γνωρίζει ορισμένες επιστημονικές αρχές (υδροστατικής , υδροδυναμικής).

Η φύση, το ποσό και η ταχύτητα των υγρών καθορίζονται απο τον θεσπασμοντα ιατρό. Η σωματική τόνωση επέρχεται ( εκτός με το κατάλληλο διαιτολόγιο και την παρεντερική χορήγηση υγρών για κάλυψη των θρεπτικών αναγκών) και με την καταπολέμηση του πόνου με παρεντερική χορήγηση periperidine, που προτιμάται απο την μορφίνη αφού έχει μικρότερη σπασμογόνο επίδραση στο χοληδόχο πόρο. Αντιχολινεργικά φάρμακα μπορεί να δοθούν για μείωση της έκκρισης και του μυϊκού συστήματος. Αντιβιοτικά δίνονται για λοίμωξη όπως ampicilline, cephalexin, tetracycline. Έξι ωρες πριν την ενχειρήση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα απο το στόμα για αποφυγή ναυτίας, εμετού, μετεωρισμού κοιλίας. Το άδειο στομάχι μειώνει την πιθανότητα εισρόφησης και διάτρησή του κατά και μετα την αναισθησία.

### 3) Ι α τ ρ ι κ έ ς Ε ξ ε τ ά σ ε ι ς

Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς, που θα χειρουργηθεί απο:

α) Χειρούργο για εκτίμηση της καταστάσεως του και επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.

β) Παθολόγο για παθολογική μελέτη και εξακρίβωση τυχόν προβλημάτων.

γ) Αναισθησιολογία για εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί ώστε να καθοριστεί το είδος της ναρκώσεως (γενική η τοπική) και το είδος του αναισθητικού.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις ασθενούς με χολολιθίαση είναι:

1/ Γενική αίματος (λευκά ερυθρά Ht, Hb, T.K.E, σάκχαρο, ουρικό, αυστραλιανό αντιγόνο, ομάδα αίματος R H E S U S)

2/ Εξέταση ούρων.

3/ ΗΚΓ

4/ Χολερυθρίνη ορού.

5/ α/α θώρακος.

Εκτός απο τις εργαστηριακές εξετάσεις έχουμε και την κλινική σωματική εξέταση απο τον γιατρό στην οποία συμμετέχει το νοσ/κό προσωπικό σαν συνεργάτης με τον ασθενή. Κύρια καθήκοντα του νοσηλευτη-τριας είναι:

- 1) Να εξηγήσει στον ασθενή τι πρόκειται να γίνει και να εμπνεύσει σ' αυτόν διάθεση συνεργασίας.
- 2) Βεβαιώνεται ότι είναι καθαρός.
- 3) Τον προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίσουν την εξέταση.
- 4) Κλείνει τα παράθυρα ώστε να μην κρυολογήσει και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία στο θάλαμο.
- 5) Εξασφαλίζει καλό φωτισμό.
- 6) Τον πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τον ρωτήσει για το ιστορικό του ώστε να' ναι προετοιμασμένος να απαντήσει.
- 7) Τον βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις ποιά θέση πρέπει να πάρει.

Οι μέθοδοι φυσικής εκτίμησης είναι:

Η επισκόπηση που είναι η συστηματική παρατήρηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, για τυχόν οίδημα.

Η ακρόαση των ήχων που προέρχονται απο το εσωτερικό του σώματος.

Η ψηλάφηση και η επίκρουση για επιβεβαίωση ευαίσθητης μάζας στην χοληδόχο κύστη.

Στις ιατρικές εξετάσεις που γίνονται προεγχειρητικά περιλαμβάνονται και οι ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε περιπτώσεις εγχειρήσεως για αντιμετώπιση χολολιθίασης. Αυτές είναι:

1. Ακτινογραφία κοιλίας.
2. Χολοκυστογραφία per os
3. Υπερηχογραφία χοληδόχου κύστεως
4. Ενδοφλέβια χολοκυστογραφία.
5. Διαθερμική - διηπατική χολαγγειογραφία.
6. Διασφανιτιδική χολαγγειογραφία.
7. Ενδοσκαπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεπτογραφία.
8. Βιοψία ήπατος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ  
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Το νοσ/κό προσωπικό είναι υπεύθυνο ώστε:

- α) Να καθοδηγήσει, να συμβάλλει και να ενημερώσει τον κάθε ασθενή για τον τρόπο εκτέλεσης κάποιας εξέτασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί.
- β) Να εξηγήσει την σκοπιμότητα και την αξία αυτής της εξέτασης.
- γ) Να δια φωτίσει τον ασθενή για τις πιθανότητες επιτυχίας.
- δ) Να τον ενθαρρύνει και να τον βοηθήσει ώστε να ξεπεράσει κάθε ανησυχία και φόβο που τον καταλαμβάνει. Οι παράμετροι αυτοί αποτελούν της γενικές νοσηλευτικές δραστηριότητες για την ψυχολογική προετοιμασία των ασθενών. Μόνο έτσι επιτυγχάνεται η συντομότερη ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας των ασθενών όταν μπορεί το προσωπικό να συντονίζει εξατομικεύει την νοσηλεία και ασκεί θεραπευτική νοσ/κή.

Η νοσ/κή προετοιμασία του ασθενούς στον οποίο πρόκειται να γίνει χολοκυστογραφία p e r o s περιλαμβάνει:

1/ Αφού τον έχει προετοιμάσει ψυχολογικά με τις παραπάνω αναφερθείσες παραμέτρους γίνεται έλεγχος ιστορικού αλλεργίας. Και αυτό γιατί χορηγείται p e r o s φάρμακο (Delepa k, Billor tiin) που περιέχει ιώδιο.

2/ Έχει προετοιμάσει τον ασθενή από την προηγούμενη μέρα της εξέτασης με δίαιτα ελαφρά. Το φαγητό αποτελείται από άπαχο κρέας, ή ψάρι, φρυγανιά. Το βράδυ θα πάρει φρυγανιά με τσάι.

3/ Εν συνεχεία γίνεται υποκλυσμός με την χορήγηση καθαρτικών για κένωση του στομάχου. Μπορεί να επαναληφθεί και το πρωί.

4/ Πριν κοιμηθεί του χορηγούμε 6 tabl των 500 mg το πρωί ιωπανοϊκού οξεως p e r o s σε διάστημα 5min. Θα πρέπει να δοθούν 13 ώρες πριν την εξέταση.

5/ Συνιστάται στον ασθενή να είναι ξαπλωμένος δεξιά για καλύτερη



απορρόφηση του φαρμάκου.

6/ Συμβουλευτάι ώστε να μην πάρει τίποτα απο το στόμα μόνο νερό μεχρι να γίνει η ακτινολογική εξέταση.

7/ Χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση ώστε σε περίπτωση που εμφανίσει εμετούς , ναυτία, εμετό, διάρροια να αναβληθεί η εξέταση.

Εν συνεχεία μεταφέρεται ο ασθενής στο χώρο που πρόκειται να γίνει η ακτινολογική εξέταση.

α) Με την ακτινογραφια μπορούμε να δούμε εάν έχει επιτευχθεί σκιαγράφηση της κύστης. Επι μη σκιαγραφήσεως αυτής χρειάζεται επιπλέον έλεγχος και λήψη και άλλων ακτινογραφιών για ανίχνευση λίθων.

β) Αν δεν έχουμε ανίχνευση λίθων χορηγούμε ένα ερεθιστικό γεύμα που περιέχει 2 αυγά και φαγητό πλούσιο σε λίπος για να προκληθεί σύσπαση της κύστεως και να προωθηθεί η χολή στο 12λο.

γ) Μετά το γεύμα 15-20 min γίνεται λήψη ακτινογραφιών για εξακρίβωση ελέγχου βατότητας του κυστικού πόρου.

δ) Η νοσ/τρια παρακολουθεί συνεχώς για τυχόν παρουσία συμπτωμάτων.

Η προετοιμασία ασθενούς για ενδοφλέβεια  
χολοκυστογραφία περιλαμβάνει:

- 1) Ψυχολογική προετοιμασία.
- 2) Υποβάλλεται σε ιστορικό αλλεργίας και τέστ ευαισθησίας για προφύλαξη απο τις παρενέργειες του φαρμάκου.
- 3) Υποβάλλεται σε δίαιτα την προηγούμενη μέρα. Το βράδυ δεν παίρνει τίποτα απο το στόμα (γιατί η τροφή ερεθίζει και προκαλεί σύσπαση της κύστεως) παρά μόνο υγρά που θα βοηθήσουν στην ενυδάτωσή του.
- 4) Χορηγείται ιωδιούχο σκεύασμα IV 10' πριν την εξέταση.
- 5) Σε χρονικό διάστημα 1-2 ώρες μετά την έγχυση του σκιαγραφικού σκευάσματος γίνεται ακτινογράφηση.
- 6) Συνεχής παρακολούθηση για τυχόν ενοχλήματα, εμετούς, διάρροια

ναυτία όπου ειδοποιείται ο γιατρός και ο ακτινολόγος.

7) Μόλις επιστρέψει στο δωμάτιο το νοσ/κό προσωπικό θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση και επικοινωνία με τον άρρωστο.

Στην διδερμική - διηπατική  
χολαγγειογραφία όπως και στην  
διασφαγιτιδική χολαγγειογραφία η νοσ/κή  
φροντίδα περιλαμβάνει:

1/ Πραγματοποιείται τεστ ευαισθησίας και έλεγχος ιστορικού αλλεργίας καθώς επίσης και ψυχολογική προετοιμασία.

2/ Τον ενημερώνουμε και τον καθησυχάζουμε λύνοντας του κάθε απορία με λόγια κατανοητά.

3/ Υποβάλλεται σε αιματολογικές εξετάσεις για διαπίστωση ελέγχου των αιμοπεταλίων, χρόνου προθρομβίνης. Σε περίπτωση ανευρέσεως παθολογικών ευρημάτων αναφέρεται στο γιατρό.

4/ 7-8 ώρες πριν την εξέταση ενημερώνεται να μην πάρει τίποτα απο το στόμα.

5/ Σε περίπτωση που είναι αγχωτικός, ανήσυχος τότε με ιατρική εντολή χορηγούμε ένα αγχολυτικό φάρμακο.

Εν συνεχεία μεταφέρεται στο ακτινολογικό εργαστήριο όπου

α) Τοποθετείται σε ηπτία θέση.

β) Εκτελείται καθαρισμός του δέρματος και αντισηψία αυτού και κάλυψη της χώρας πάνω απο το ήπαρ.

γ) Πραγματοποιείται στην ηπατική κάψα τοπική αναισθησία με σκοπό να γίνει η παρακέντηση.

δ) Με την βοήθεια μακριάς βελόνας βιοψίας γίνεται η παρακέντηση για λήψη μικρής ποσότητας χολής.

ε) Εγχύουμε μικρή ποσότητα χρωστικής και γίνεται λήψη ακτινογραφιών.

στ) Στο σημείο που έγινε η παρακέντηση εφαρμόζουμε

γάζες για την προστασία του ασθενούς.

Τα νοσ/κά καθήκοντα επεκτείνονται και μετά την εκτέλεση της ακτινογραφίας.

1) Τοποθετούμε τον άρρωστο στο δεξιό πλάγιο και του συμβουλεύουμε να παραμείνει στην θέση αυτή για 6 τουλάχιστον ώρες.

2) Γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε 20'. Και την άλλη μέρα ελέγχονται κάθε τρίωρο. Σε περίπτωση που έχουμε απόκλιση των ζωτικών σημείων ειδοποιείται ο γιατρός για να δοθεί η κατάλληλη αγωγή.

3) Συνεχή παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων αιμορρονίας που μπορεί να προκληθεί λόγω τραυματισμού αγγείων και πιθανής παρουσίας χολής στην περιτοναϊκή κοιλότητα που θα εμφανιστεί σαν περιτονίτιδα.

4) Συνεχή επαγρύπνηση και εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών.

Στην ενδοσκοπική παλίνδρομη

χολαγγειογραφία η νοσ/κή φροντίδα περιλαμβάνει τις εξής διεργασίες:

1) Ψυχολογική προετοιμασία και τόνωση του ηθικού.

2) Τέστ ευαισθησίας πραγματοποιείται.

3) Ο ασθενής προετοιμάζεται από την προηγούμενη μέρα των εξετάσεων με δίαιτα (ζελέ - σούπα).

4) Σε περίπτωση που είναι αγχωτικός, αγωνιά, χορηγείται με ιατρική εντολή Valium.

5) Αφαιρούνται όλος οι τεχνικές οδοντοστοιχίες και μεταφέρεται στο ακτινολογικό εργαστήριο όπου:

6) τοποθετείται σε ηπτία θέση.

7) Χορηγείται με ιατρική εντολή ( valium ή Demerol για αποφυγή τυχόν δυσχερειών κατά την διάρκεια της επεμβάσεως).

8) Εισάγεται διαμέσου του στόματος, στο στομάχι ενδοσκόπιο που φτάνει μέχρι του φύμα του Vater χορηγώντας προηγουμένως ατροπίνη για να προκληθεί χάλαση του φύματος Vater και του 12λου.

9) Εισάγεται με βραδύ ρυθμό ένας καθετήρας στο φύμα του Vater .  
διάμεσου του ενδοσκοπίου ο καθετήρας περιέχει σκιερή ουσία και γίνεται  
λήψη ακτινογραφιών. Μπορεί να γίνει και λήψη βιοψίας.

10) Κατά την διάρκεια της εξετάσεως η νοσ/τρια παρακολουθεί τον  
ασθενή. Η παρακολούθηση επεκτείνεται και μετά αφού ολοκληρωθεί η  
εξέταση.

11) Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων ανα 3ώρο για δύο τουλάχιστον ημέ-  
ρες.

12) Μέχρι να περάσουν 2-3ώρες δεν παίρνει τίποτα απο το στόμα.  
Εως ότου επαναλειτουργήσει το φαρυγγικό αντανακλαστικό.

13) Παρακολουύθηση για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας, δυσκοίλια στην  
κατάποση, στην όραση, η ξηρότητα του στόματος. Μπορεί να παρατηρη-  
θεί επίσχεση ούρων λόγω δράσεως των αντιχολινεργικών φαρμάκων, πόνο,  
πυρετό. Σε περίπτωση εμφάνισης ανησυχητικών φαινομένων αναφέρονται  
στον γιατρό.

Στο υπερηχογράφημα η νοσ/κή φροντίδα περιλαμβάνει

1/ Ψυχολογική προετοιμασία που πραγματοποιείται με την καθοδή-  
γηση και ενημέρωση του αρρώστου για το σκοπό και την μεγάλη διαγνωστι-  
κή αξία αυτής της εξέτασεως. Θα τον ενημερώσει ότι είναι αναίμακτη  
και χωρίς καμμία επιπλοκή εξέταση.

2/ Η προετοιμασία του όσον αφορά το διαιτολόγιο του γίνεται  
όπως και στις προηγούμενες εξετάσεις. Επίσης διενεργείται και υποκλι-  
σμος.

3/ Μεταφέρεται στο διαγνωστικό εργαστήριο όπου μέσω της απει-  
κόνσεως των ηχητικών αντανακλαστικών των χοληφόρων γίνεται μελέτη  
τυχόν παθησής τους.

4/ Αφού μεταφερθεί στο θάλαμο η νοσ/τρια παρακολουθεί τον άρ-  
ρωστο και φροντίζει για την κανονική σίτιση του αρρώστου.

Κατά την βιοψία του ήπατος απαιτείται επιμελημένη νοσ/κή φροντίδα

1) Εκ των προτέρων έχουν γίνει ου δοκιμαστικές εξετάσεις αιμοστάσεως και έχουν αναφερθεί τα αποτελεσματά τους. Και αυτό γιατί πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ανωμαλίες στην πήκτικότητα του αίματος αφού στο ήπαρ παρασκευάζονται πολλοί παράγοντες πήξεως του αίματος.

2) Βεβαιωνόμαστε ότι υπάρχει συμβατό αίμα. Η βιοψία αποτελεί μικρή χειρ/κή επέμβαση. Για αυτό υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας. Γίνεται περιγραφή στον ασθενή εκ των προτέρων τι πρόκειται να γίνει μετά την εξέταση αλλά και κατά την διάρκεια αυτής, αλλά και ποιός είναι ο σκοπός της εξέτασεως. Οι εξηγήσεις θα βοηθήσουν ώστε να εξασφαλίσουν την συνεργασία του ασθενή.

3) Τα απαραίτητα εργαλεία είναι έτοιμα και αυτό γιατί κάθε διακοπή η καθυστέρηση της επέμβασης έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην νοσηλεία όσο και στην ψυχική σφαίρα των ασθενών.

4) Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών.

5) Υποστηρίζεται καλά ο ασθενής κατά την διάρκεια της εξέτασης και συνεπάγεται το δεξιό υποχόνδριο. Βρίσκεται σε θέση ηπτία. Το αίσθημα ασφάλειας αυξάνεται με την παρουσία της νοσ/τριας.

6) Γίνεται απολύμανση της περιοχής όπου θα διεξαχθεί η βιοψία γιατί κάθε λύση της συνεχειάς του θέματος αποτελεί θύρα εισόδου μικροβίων.

7) Κατόπιν γίνεται τοπική αναισθησία για να γίνει πιο ακίνδυνη η επέμβαση. Η σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων απο τον πόνο παρεμποδίζει την επιτυχία της βιοψίας.

8) Παρακαλείται να εισπνεεί και να εκπνέει βαθιά αρκετές φορές και να κρατήσει την αναπνοή του στο τέλος της εκπνοής. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ακινητοποίηση του θωρακικού τοιχώματος και του διαφράγματος προς αποφυγή διατηρήσεως του διαφράγματος και περιορισμό στο ελάχιστο του τραύματος του ήπατος.

9) Αφότου γίνει η επέμβαση που διαρκεί 5' - 15' επιτρέπεται στον ασθενή να αναπνέει.

10) Παρέχεται βοήθεια στον ασθενή να γυρίσει προς τα δεξιά τοποθετώντας μαξιλάρια κάτω από τις τελευταίες πλευρές. Παρακαλείται να παραμείνει σ' αυτή την θέση για 2 ώρες. Έτσι λοιπόν παρεμποδίζεται ή έξοδος του αίματος από το τραύμα του ήπατος.

11) Κάλυψη του τραύματος γίνεται προς αποφυγή μόλυνσεως.

12) Γίνεται κάθε 10' - 20' λήψη ζωτικών σημείων μέχρι να σταθεροποιηθούν και η κατάσταση του να γίνει ικανοποιητική. Και όλα αυτά για την έγκαιρη αναγνώριση κάποιας παρεκκλίσεως από το φυσιολογικό και για την ταχύτερη διάγνωση των κινδύνων της βιοψίας του ήπατος.

13) Συνεχή παρακολούθηση για σημεία πόνου, εκδήλωση αγνωσίας ή αύξηση της συχνότητας του σφυγμού.

Η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει

4) Την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα

Αυτή συνίσταται:

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.

- Στην ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό.

- Στην αποφυγή της δημιουργίας αερίων.

Ισχυρά καθαρτικά θα πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πριν την επέμβαση θα πρέπει να γίνει με κατάλληλη δίαιτα και δραστηριότητα. Σε περίπτωση που χορηγηθούν ήπια καθαρτικά θα πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος το βράδυ.

Καθαρτικός υποκλυσμός διενεργείται την παραμονή της εγχειρήσεως και ανήμερα έξι ώρες πριν την εγχείρηση. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει την λογοδοσία.

5) εξασφάλιση επαρκούς καλού και άνετου ύπνου

Η ανάπαυση και ο ύπνος είναι απαραίτητα για την γενική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Η ελλειψή τους προκαλεί συμπτώματα εντάσεως και καμιάτου. Προεγχειρητικά η ψυχική ένταση και το άγχος που νιώθει ο ασθενής μειώνουν την ικανότητα του να χαλαρώσει, να αναπαυθεί και να κοιμηθεί. Για αυτό το βράδυ της παραμονής της επέμβασης χορηγείται κάποιο ηρεμιστικό - υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση επαρκούς και άνετου ύπνου. Το νοσ/κό προσωπικό παίρνει όλα τα κατάλληλα μέτρα για πρόληψη θορύβων, μείωση του φωτός και απομάκρυνση επισκεπτηρίου για την υποβοήθηση του ύπνου.

6) Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς -

Περιλαμβάνει την ενημέρωση και την διδασκαλία του ασθενούς

ώστε να μάθει τις μετεγχειρητικές ασκήσεις που θα βοηθήσουν σημαντικά για την καλύτερη έκβαση της εγχειρήσεως και αποφυγής των επιπλοκών που μπορούν να εκδηλωθούν μετεγχειρητικώς.

Τον διδάσκει για τις σωματικές, αναπνευστικές ασκήσεις. Για τις ασκήσεις των άκρων πως να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές για την ταχύτερη απομάκρυνση και αποβολή του ανααισθητικού αλλά και για την καλύτερη οξυγόνωση των πνευμόνων και ολόκληρου του οργανισμού. Τον ενημερώνει ποιά στάση πρέπει να έχει το σώμα του ώστε να αποφευχθεί ο πόνος όσο είναι δυνατόν, για πρόληψη λύσης του δέρματος αλλά και για τις ασκήσεις των άκρων για να αποφευχθεί τυχόν θρομβοφλεβίτιδα που αποτελούσε αξιολογητέες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

β) Η τεοπλική προεγχειρητική φροντίδα συνίσταται στην προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου του μέρους δηλαδή, του σώματος όπου πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Έχουμε λοιπόν την καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Η έκταση του πεδίου θα πρέπει να καταλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο τομής.

γ) Η τελική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

1/ Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Η αδελφή κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμη, προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρουολογήματος. Πρέπει όλες οι σχετικές παρατηρήσεις να αναφέρονται στην προϊσταμένη ή τον ιατρό του τμήματος.

2/ Κατάλληλη ένδυση (ντύσιμο) του ασθενούς. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί είτε να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι, είτε να πληγωθεί από το νυστέρι του χειρουργού σε εγχειρήσεις πυέλου.



Η αδελφή φορεί τα ρούχα στον άρρωστο, αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων και το νυχτικό ή τις πιτζάμες του ασθενούς. Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρούνται φουρκέτες κ.λ.π. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα (εξάιρεση μπορεί να γίνει μόνο στην "βέρα" την οποία ασφαρίζει η αδελφή με επίδεσμο στον καρπό). Τα κοσμήματα ασφαρίζονται σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Την ώρα αυτή η αδελφή ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου.

Η αδελφή υπενθυμίζει στον ασθενή για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις τις αναπνευστικές, καθώς και των άκρων

3/ Πρόσκληση κωφική : Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει:

1. Στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος,
2. Την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και

3. Την πρόκληση υπνηλίας.

Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του.

Κατά την προνάρκωση η αδελφή πρέπει να δώσει στον ασθενή

1. Το κατάλληλο φάρμακο
2. Την ακριβή δόση και
3. Την καθορισμένη ώρα.

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

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι, για να παρακολουθείται τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την

νάρκωση.

Μετά την προνάκρωση, μεταφέρεται αμέσως ο ασθενής στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο. Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται απο το νοσοκόμο και την αδελφή, εφόσον οι συνθήκες προσωπικού στο ίδρυμα το επιτρέπουν.

Εαν είναι δυνατό, η αδελφή παρακολουθεί και την εγχείρηση. Αυτό θα τη βοηθήσει να προσφέρει καλλίτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή. Οι συγγενείς περιμένουν με αγωνία τα αποτελέσματα της εγχειρήσεως, στο δωμάτιο αναμονής. Το πέρασμα κάθε λεπτού για αυτούς παίρνει διαστάσεις ωρών. Η ενημέρωση και καθησύχηση τους για την πορεία της εγχειρήσεως ελατώνει την αγωνία τους και χαλαρώνει την ένταση. Το συχνό και κατάλληλο πλησίασμα, όπως και ο καλός τρόπος της αδελφής προς τους συγγενείς είναι δυνατό να τους ανακουφίσει.

Τέλος όλες οι βασικές ενέργειες της αδελφής, που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

#### Προετοιμασία Κλίνης και Θαλάμου του Ασθενούς

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

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

- 1) Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου απο ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμόφορων τους χειμερινούς μήνες.
- 2) Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού
- 3) Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.
- 4) Να είναι ανοιχτό απο όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά

του ασθενούς απο το φορείο σ' αυτό.

5) Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων απο ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσωπου και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα. Στο κρεβάτι ακόμα μπορεί να τοποθετηθούν διάφορα εξαρτήματα.

Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται:

- 1/ Ποτήρι με δροσερό νερό.
- 2/ Port Cottoh.
- 3/ Νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τυλύπια βαμβάκι.

Το κομοδίνο τέλος, απομακρύνεται σε περίπτωση διεγέσεων του. Η ετοιμότητα του θαλάμου του ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει παντα ανοιχτό για το συνεχή αερισμό του, κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό και αφού ρίξουμε μια τελευταία ματιά και διαπιστώσουμε την πλήρη ετοιμασία του θαλάμου και του κρεβατιού του ασθενούς απομακρυνόμαστε, για να επιστρέψουμε με την επανοδό του απο το χειρουργείο.

Μ Ε Τ Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η      Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η  
Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση του νοσ/κου προσωπικού. Πρέπει να γίνεται απο έμπειρο επιδέξιο προσωπικό το οποίο θα κατέχει βασικές γνώσεις όπου θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς. Το νοσ/κο προσωπικό θα συμβάλλει:

- 1) Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
- 2) Στην ανακούφιση του απο τα ενοχλήματα.
- 3) Στην πρόληψη επιπλοκών
- 4) Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθενείας του.
- 5) Στη βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στην φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει απο την στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται απο το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Η παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης περιλαμβάνει:

α/ Την προφύλαξη του ασθενούς απο ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του απο το χειρουργείο στο θάλαμο.

β/ Την κατάλληλη τοποθέτηση του στο κρεβάτι. Τοποθετείτε σε θέση Fowler για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών που είναι συχνές σε επεμβάσεις της άνω κοιλίας και σε παχύσαρκα άτομα καθώς και για ταχύτερη αποβολή της ναρκώσεως των εκρίσεων απο την στοματική κοιλότητα και την απελευθέρωση των αεραγωγών. Η σωστή θέση προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση μυών και επιτρέπεται η σωστή λειτουργία των παραχτεύσεων.

γ/ Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων. Πιθανή παρέκλιση απο το

απο το φυσιολογικό συνηγορεί κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή. Όταν ο σφυγμός είναι νηματοειδής, γρήγορος, έχουμε μείωση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως και η αναπνοή είναι βραδεία τότε σημαίνει αιμορραγία εσωτερική ή εξωτερική. Μία επιπλοκή μετεγχειρητική θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα.

δ/ Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την προστασία του δέρματος γύρω απο την τομή απο την επίδραση της χολής. Αυτό επιτυγχάνεται με:

- (1) Συχνή αλλαγή γαζών και
- (2) Εφαρμογή ελαστικών επιδέσμων.

ε/ Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνιση του. Εδώ η προφύλαξη και η προστασία του αρρώστου απο διεργήσεις ή απο την εισρόφηση εφεσμάτων αποτελεί καθήκον του νοσ/κού προσωπικού.

στ/ Την ανακούφιση του αρρώστου με την καλή νοσ/κή φροντίδα απο τον πόνο και άλλες δυσκολίες απο τις οποίες μπορεί να υποφέρει κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

ζ) Το νοσ/κό προσωπικό είναι υπεύθυνο και για τον έλεγχο του τραύματος. Σε τακτά χρονικά διαστήματα με προσοχή ελέγχει το επιδεσμικό υλικό της τομής αν είναι καθαρό.

η) Μετεγχειρητικά ο άρρωστος φέρει σωλήνα παροχέτευσης του τραύματος του σωλήνα - T ή Kehr εκτός απο αυτή την παροχέτευση τυχόν υπάρχει Levin και Foley ή και περιτοναϊκή παροχέτευση. Γίνεται λοιπόν παρακολούθηση των παροχετεύσεων. Ο σωλήνας Kehr ελέγχεται συνεχώς τοποθετείται στο ύψος της κοιλιάς. Παρακολουθείται η χροιά του παροχετεύοντος υλικού που μπορεί να γίνει πυώδης. Εκτός απο την χροιά παρακολουθείται και η ποσότητα του παραχετεύοντος υλικού καθώς και εαν έχουν βραχεί οι γάζες απο τυχόν διαφυγή χολής. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται ώστε να μην μετακινηθεί ο Kehr γιατί είναι αδύνατο να ξανατοποθετηθεί χωρίς νέα χειρουργική επέμβαση. Ο σωλήνας Kehr συνδέεται με συλλέκτη όπου εκεί συγκεντρώνεται η χολή μετρίεται και κατα-

γράφεται είτε στο φύλλο νοσηλείας είτε στο φύλλο μέτρησης προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Μετά απο πάροδο 5-6 ημερών απο την εγχείρηση κλείνεται ο σωλήνας 1/2 ώρα πριν το γεύμα και μια ώρα μετά. Έτσι λοιπόν επιτρέπεται η ροή της χολής στο δωδεκαδάκτυλο για υποβοήθηση της πέψης (ιατρική εντολή) και για ένα 24 ωρο κλείνεται και κατόπιν γίνεται εκτέλεση της μετεγχειρητικής χολαγγειογραφίας για του σωλήνος - Τ.

Όσον αφορά την τοποθέτηση του Foley γίνεται για πρόληψη διαφυγής ούρων και για την μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Τοποθετείται στο ύψος του στρώματος όχι πιο ψηλά.

θ) Παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν αναπνευστικές επιπλοκές

Η πρόληψη των αναπνευστικών επιπλοκών περιλαμβάνει:

1/ Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει 10 βαθιές αναπνοές ανά ώρα και να γυρίζει συχνά.

2/ Χορηγούμε αναλγητικά σύμφωνα με ιατρική εντολή για διευκόλυνση των βαθιών αναπνοών.

3/ Εγκαιρη έγερση.

4/ Εφαρμογή πιεστικής επίδεσης για υποστήριξη του τραύματος

ι) Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη και για την κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του και ενυδάτωσή του η οποία πραγματοποιείται.

1/ χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.

2/ Χορήγηση υγρών απο το στόμα (συνήθως μετά απο 24 ώρες)

3/ Υποκλυσμός μετα 72 ώρες και επακολουθεί χορήγηση ελαφράς υπολιπούχας υπερπρωτεϊνούχων, υπερύδατανθρακούχων διαίτης. Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες μπορεί να χορηγούνται συμπληρωματικά αφού είναι μειωμένη η απορροφησή τους απο το έντερο. Συνέχιση χορήγησης βιταμίνης Κ αν είναι ανάγκη..

ια) Γίνεται έλεγχος για διαπίστωση κανονικής ροής της χολής στο δωδεκαδάκτυλο. Με επισκόπηση δέρματος και σκληρού χιτώνα και επισκόπηση χρώματος και σύστασης ούρων και κοπράνων και αποστολή δείγματός

τους στο εργαστήριο για χολοχρωστικές.

ιβ) Παρακολουθείται η ψυχική και διανοητική του κατάσταση. Το νοσ/κό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την ψυχολογική ασφάλεια του αρρώστου που περιλαμβάνει την επισήμανση και εξουδετέρωση των κινδύνων που απειλούν την ψυχική του ευεξία και την φροντίδα για την προαγωγή της ψυχολογικής του ανέσεως. Και αυτό γιατί η ψυχολογική - συναισθηματική κατάστασή του παίζει σπουδαίο ρόλο για μια επιτυχή μετεγχειρητική πορεία. Το νοσ/κό προσωπικό:

1// είναι αγρυπνος φρουρός της ασφαλείας του. Με το θερμό ενδιαφέρον του, την ήρεμη και ευγενική παρουσία του προστατεύει την ψυχολογική του ειρήνη και ευεξία την αξιοπρεπεία του και ατομικότητά του.

2/ του δίνει ευκαιρία μέσα από τον διάλογο να εξωτερικεύσει κάθε φόβο του, αγωνία του όσον αφορά την έκβαση της μετεγχειρητικής του πορείας και πλήρης αποκατάσταση του.

ιγ) Με υπακομή, αφοσίωση και αγάπη αποδέχεται την συμπεριφορά του σαν έκφραση της προσωπικότητάς του, των ατομικών αναγκών και των μετεγχειρητικών δυσχεριών που ίσως παρουσιαστούν.

ιδ) Παρακολουθείται το χρώμα του δέρματος για σημεία ικτέρου γιατί έχει μεγάλη σημασία κατά πόσο η χολή απορροφάται από το αίμα ή χύνεται στο 12λο.

ιε) Η καθαριότητα της ατομικής κοιλότητας αποτελεί ευθύνη της νοσ/τριας. Έχει μεγάλη σημασία γιατί όχι μόνο ανακουφίζει αλλά και προλαβαίνει στοματίτιδες, παρωτίτιδες που αποτελούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις του νοσ/κού προσωπικού και καθετί σχετικό με τον χειρ/μένο πρέπει να αναγράφεται στο νοσ/κό δελτίο για ενημέρωση της ομάδας υγείας και να αναφέρονται στο αρμόδιο προσωπικό μέσω της λογοδοσίας. Η ακριβής ενημέρωση για την εξέλιξη της κατάστασής του ασθενούς βοηθά πολύ στο ανακουφιστικό και θεραπευτικό έργο.

ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΙΣ  
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Μετά από μια εγχείρηση είναι πολύ φυσικό ο ασθενής να εμφανίσει ανεπιθύμητες καταστάσεις που τον κουράζουν και τον ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωσή του. Οι ανεπιθύμητες τέτοιες καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές που αποτελούν βασικό μέλημα, ευθύνη και καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να προφυλάξει από αυτές τον ασθενή. Αυτό θα επιτευχθεί:

- Με καταρτισμένο προσωπικό όσον αφορά τις επιστημονικές γνώσεις ώστε:

- α) Να αναγνωρίζει τις ευνοϊκές ή βλαπτικές συνθήκες ή δυσμενή επίδραση αυτών σε εξέλιξη της μετεγχειρητικής του πορείας.
  - β) Να διακρίνει σημεία-συμπτώματα ενδεικτικά των επιπλοκών.
  - γ) Να αξιολογεί την κρίσιμη και επείγουσα κατάσταση ενός χειρουργημένου για άμεση ιατρική βοήθεια καθώς και την περίπτωση που χρειάζεται προς το παρόν μόνο νοσηλευτική φροντίδα και όχι κλήση γιατρού.
  - δ) Να παίρνει νοσηλευτικές αποφάσεις για καταλληλή νοσηλευτική ενέργεια, να επιλέγει τις ανάλογες με την περίπτωση μεθόδους και να παρεμβαίνει όταν το πρόβλημα του αρρώστου μπορεί να λυθεί νοσηλευτικά και επωμίζεται την ευθύνη των αποφάσεων και ενεργειών της.
- Ενέργειες βέβαια που θα κατοχυρώνονται νομικά.

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

- 1) Πόνος
- 2) Ναυτία - εμετός
- 3) Αιμορραγία
- 4) Ατελεκτασία
- 5) Δίψα
- 6) Επίσχεση ούρων
- 7) Παραλυτικό ειλεό



- 8) Θρομβοφλεβίτιδα.
- 9) Μόλυνση του τραύματος
- 10) Ανησυχία - δυσφορία
- 11) Οξέωση.

1) Π ό ν ο ς. Ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρ/κή επέμβαση βρίσκεται σε σωματική, νοηματική, συναισθηματική υπερφόρτωση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο απο την επέμβαση. Ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό σύμπτωμα που συνοδεύεται απο δυσφορία.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μεριμνά για την ανακούφιση του πονου.

Το εργο του περιλαμβάνει:

α/ Αξιολόγηση για την εντόπιση, την ένταση και την διάρκεια του πόνου.

β/ Προγραμματισμένη αντιμετώπιση αφού πρώτα εντοπίσει εκδηλώσεις συμπεριφοράς του αρρώστου προς τον πόνο.

γ/ Εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσ/κών ενεργειών. Επειδή ο πόνος είναι υποκειμενικό σύμπτωμα πρέπει να' χει πληροφορίες για τον χαρακτήρα του αρρώστου εαν είναι αγχώδης, νευρικός ή ήρεμος και προς

Οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι οι ακόλουθες:

1) Δίνει την κατάλληλη θέση ώστε να προκληθεί μυϊκή χαλαση. Αυτό γίνεται με λεπτους και επιδέξιους χειρισμούς ώστε να μην έχουμε δυσμενή επίδραση στην λειτουργικότητα των παροχетеύσεων και στο τραύμα.

2) Κάνει ελαφρά τριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος.

3) Παρατηρεί και ψηλαφά την περιοχή του πόνου για εντόπιση σημείων φλεγμονής.

4) Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία κάθε τρώρο.

5) Προστατεύει τον ασθενή κατά τον βήχα και τους εμετούς.

6) Δημιουργεί άνετο περιβάλλον (αερισμό, φωτισμό, ηρεμία).

7) Τον ενισχύουμε ψυχολογικά και του καλλιεργούμε την ελπίδα ότι θα ανακουφιστεί.

8) Χορηγούμε αναλγητικά ή παυσίπονα. Η δόση και το είδος του καθορίζεται από τον γιατρό.

9) Η νοσ/τρια γνωρίζει ότι μερικά παυσίπονα μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Έχουμε κατακράτηση των εκρίσεων στο βρογχικό δέντρο και προκαλείται πνευμονία-ατελεκτασία. Η συχνή χρήση ναρκωτικών οδηγούν σε εθισμό και εξάρτηση.

2) Ναυτία - έμετος. Είναι συνήθη φαινόμενα μετά την γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα από 24 ώρες από την απονάρκωση του ασθενούς.

Η Νοσηλευτική φροντίδα προσώπου είναι:

- Τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές το οποίο αποσύρει αμέσως διότι η παραμονή του κοντά στον ασθενή προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία έμετο.

- Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα του να πλένεται με νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα.

- Ελέγχετε αν ο άρρωστος είναι ευαίσθητος στην μορφίνη.

- Ενθαρρύνεται να παίρνει βαθιές αναπνοές και να αποβάλλει το αναισθητικό φάρμακο.

- Σε συνεχιζόμενους εμετούς τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας που βοηθά τον ασθενή να απαλλαχθεί από πλεονάζουσα υγρά του στόμαχου.

- Χορηγούμε αντιεμετικά σύμφωνα με ιατρική εντολή.

- Πιέζουμε την περιοχή του τραύματος κατά το έμετο για πρόληψη ρήξεως των ραμμάτων.

- Παρακολουθούμε και καταγράφουμε την ποσότητα, την ποιότητα, την χροιά, την οσμή των υγρών καθώς και την συχνότητα αυτών.

### 3) Αιμορραγία

Μια ακόμα μετεγχειρητική επιπλοκή. Η αιμορραγία που μπορεί

να' ναι εσωτερική επιβάλλεται άμεση ιατρική βοήθεια. Μπορεί να οφεί-  
λεται σε μη καλή απολίνωση των αγγείων σε μόλυνση του τραύματος, σε  
βίαιες, και απότομες κινήσεις του ασθενούς ή ακόμα και σε μη πήκτι-  
κότητα του αίματος.

Νοσηλευτική φροντίδα

- α) θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλέε τον γατρό  
για άμεση βοήθεια.
- β) Τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στο μέλος του αρρώστου που αιμορ-  
ραγεί εάν είναι εξωτερική.
- γ) Εάν είναι εσωτερική δεν δίνει τίποτα απο το στόμα.
- δ) Έχει έτοιμο το δίσκιο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα IV εγχύ-  
ση ορού.
- ε) Ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για τον ασθε-  
νή που αιμορραγεί.
- στ) Προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του απομακρύνοντας κάθε ανυση-  
χία και εκνευρισμό.

#### 4) Α τ ε λ ε κ τ α σ ί α

Η ατελεκτασία αποτελεί σπουδαία επιπλοκή. Μπορεί να σφείλε-  
ται σε αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα απο τις βλεννώδεις εκκρίσεις  
σε κακό αερισμό των πνευμόνων ή σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα.

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- 1/ Στενή παρακολούθηση του ασθενούς.
- 2/ Ταχεία απονάρκωση αυτού.
- 3/ Έγκαιρη τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση.
- 4/ Συχνή αλλαγή θέσεως για αποφυγή πνευμονικής στάσεως του  
αίματος.
- 5/ Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να  
βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων.
- 6/ Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρρυγος.

#### 5) Ε π ί σ χ ε σ η ο ύ ρ ω ν

Είναι μια επιπλοκή του ουροποιητικού συστήματος. Προκαλείται απο υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων λόγω επιδράσεως ναρκωτικών που παρεμποδίζει την συσπασή τους και απο ακινησία του ασθενούς.

Νοσηλευτική φροντίδα

- α) Αλλάζει τη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.
- β) Χύνει χλιαρό νερό πάνω στο αιδοίο ή βάζει χλιαρό νερό μέσα στη σκωραμίδα (δρα χαλαρωτικά στο σφιγκτήρα).
- γ) Ανοίγει την βρύση και αφήνει να τρέξει νερό ή ο ήχος νερού που ρέει διευκολύνει την ούρηση.
- δ) Σηκώνει τον ασθενή και τον κρατάει όρθιο εφόσον η κατάστασή του το επιτρέπει.
- ε) Τοποθετεί θερμοφόρα πάνω στην ουροδόχο κύστη.

Εαν όλες αυτές οι ενέργειες δεν φέρουν αποτέλεσμα τότε τοποθετείται σπασμολυτικό υπόθετο κατόπιν εντολής γιατρού και εαν αυτό δεν φέρει αποτέλεσμα γίνεται καθετηριασμός ουροδόχος κύστεως.

6) Π α ρ α λ υ τ ι κ ό ς ε ι λ ε ό ς . Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου, εξαιτίας συγκεντρώσεως σ' αυτά υγρών και αερίων. Μπορεί να προκληθεί λόγω ερεθισμού του περιτόναιου κατά την εγχείρηση, ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική ετοιμασία ή λόγω επιδράσεως του ναρκωτικού και της υποτονίας που προκαλεί ή λόγω παρουσίας λίθων στο φύμα Vater .

Νοσηλευτικά μέτρα

- α) Τοποθετούμε του ασθενή προς τα πλάγια.
- β) Τοποθετούμε θερμοφόρα στο επιγάστριο, η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων (κάθε σώμα θερμαινόμενο διαστέλλεται καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή αερίων.
- γ) Χορηγούμε φάρμακα που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελικών αν οι προηγούμενες ενέργειες αποβούν άκαρπες.
- δ) Αν και πάλι και τα φάρμακα δεν ενεργήσουν τότε συνίσταται διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα Miller - Abbott ο οποίος

και συνδέεται με συνεχή απορρόφηση.

### 7) θ ρ ο μ β ο φ λ ε β ί τ ι δ α

Άλλη μια μετεγχειρητική επιπλοκή έρχεται να προστεθεί η οποία χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα άμεση. Η πιο συχνή θρόμβωση είναι των κάτω άκρων είναι η θρομβοφλεβίτιδα φλεγμονή των επιπλοκής φλεβών. Είναι συνέπεια εδνοφλέβιας θεραπείας εκδηλώνεται τοπικά με στοιχεία φλεγμονής: ερυθρότητα, θερμότητα πόνο και οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης συχνά κατά το μήκος της φλέβας.

Νοσηλευτικά μέτρα

α) Καλή ενυδάτωση του αρρώστου.

β) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κινεί τα πόδια του όταν είναι κλινήρης και έγκαιρη έγερσή του.

γ) Τοποθετούμε στεφάνη που θα σηκώνει το βάρος των κλινოსκεπασμάτων.

δ) Τοποθετούμε ελαστικές κάλτσες ή γίνεται περίδεση των κάτω άκρων με ελαστικό επίδεσμο κατά την έγερση για πρόληψη οιδήματος και λίμανσης του αίματος στα κάτω άκρα.

ε) Εφαρμόζεται θερμά επιθέματα και αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

### 8) Μ ό λ υ ν σ η τ ο υ τ ρ α ύ μ α τ ο κ α ι ρ ή ξ η ρ α μ μ ά τ ω ν.

Η μόλυνση αποτελεί μια ακόμα μετεγχειρητική επιπλοκή καθώς και η ρήξη των ραμμάτων. Πρόληψη παρουσίας μόλυνσης η νοσηλεύτρια της πρέπει

α) Να πλένει τα χέρια της - του πολύ καλά πριν και μετά την νοσηλεία.

β) Να χρησιμοποιείται αποστειρωμένο υλικό στις αλλαγές του τραύματος.

γ) Να τηρείται ανυστηρά η άσηπτη τεχνική.

δ) Να περιορίζεται η κίνηση και τα ρεύματα αέρα στο θάλαμο

κατά την διάρκεια αλλαγής τραυμάτων.

ε) Το τραύμα να διατηρείται στεγνό και καθαρό.

στ) Επιμελημένη και συχνή παρακολούθηση της λειτουργίας των παροχετεύσεων. Η κακή λειτουργία τους συμβαλλει στην κατακράτηση υγρών στο τραύμα.

ζ) Χορηγούμε αντιβιοτικά με ιατρική εντολή.

Με την ρήξη των χειρουργικών ραμμάτων απομακρύνονται τα χείλη του τραύματος μεταξύ τους και είναι δυνατόν να συμβεί και εκσπλάχνωση.

Νοσηλευτικά !! μέτρα

α) Δίνουμε στον άρρωστο ήπια αναπαυτική θέση με κάμψη των γονάτων για να μειωθεί η κοιλιακή διάταση.

β) Ειδοποιούμε τον γιατρό.

γ) Τοποθετούμε αποστειρωμένο τετράγωνο βρεγμένο με φυσιολογικό ορό πάνω απο το τραύμα.

δ) Μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργικό για ανάταξη των σπλάχνων και συρραφή τραύματος.

#### 9) Ο ξέωση

Είναι επιπλοκή που έχει σχέση με διαταραχές του μεταβολισμού εμφανίζεται συνήθως σε ακατάσχετους τους εμετούς ή δεν τρέφονται για σειρά ημερών. Σάν συνέπεια των παραπάνω παραγόντων εμφανίζεται αύξηση του μεταβολισμού του λίπους και ελαττωση της αλαλικής παρακαταθήκης. Ενεκα αυξήσεως παραγόμενων κετονικών σωματίων. Η ανετονή και τα κετονικά σωματια είναι ουσίες δηλητηριώδες. Ετσι λοιπόν προκαλείται διαταραχή ισορροπίας των υγρών του οργανισμού. Ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση οξεώσεως και αφυδατώσεως του οργανισμού.

Νοσηλευτικά μέτρα

Νά χορηγηθούν σακχαρούχοι οροί. Η ποσότητα του χορηγούμενου σακχάρου καθώς και η ποσότητα των υγρών ρυθμίζεται απο το γιατρό.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

✓  
Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει την εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολογήσεως των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου και συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραιώσεως της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η αξιολόγηση των προβλημάτων- αναγκών θα γίνει αφού πρώτα έχουμε ενημερωθεί απο πηγές πληροφοριών που είναι:

- 1) Απο τον άρρωστο.
- 2) Απο την οικογενειά του.
- 3) Απο άτομα του περιβάλλοντός του.
- 4) Απο ιατρικά δελτία.

Οι πληροφορίες συλλέγονται βαθμιαία. Επικοινωνώντας με τον άρρωστο, τον παρατηρεί και τον γνωρίζει καλύτερα. Η άμεση παρατήρηση και η ικανότητα ερμηνείας σημείων και συμπτωμάτων καθώς και κάθε παρεκλίσεως απο το φυσιολογικό είναι ουσιώδη μέσα για αξιολόγηση της καταστάσεως του και των αναγκών.

Μέσα απο τον διάλογο και την νοσηλευτική ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων θα κάνουμε ασθενή συνεργάτη στον προγραμματισμό και στην ολοκλήρωση της νοσηλευτικής διεργασίας. Αυτή εξαρτάται απο την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής του υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό και ο άρρωστος μαζί αναγνωρίζουν τις ανάγκες και τα προβλήματα καθώς και της οικογενείας του για συμμετοχή στην αντιμετώπισή τους. Μ' αυτό τον τρόπο ο ασθενής καταλαβαίνει καλύτερα την καταστασή του και τις ανάγκες του που σ' έναν χολιλιθισιακό είναι αρκετές, ώστε να συμμετέχει ενεργητικά στην φροντίδα του.

Ακόμα μέσα απο την αναγνώριση, κατανόηση και αντικειμενική εκτίμηση της καταστασεώς του καλλιεργείται και αναπτύσσεται η ικανότητά του για δυναμική συμμετοχή του ίδιου για αποκατάσταση της υγείας του. Μ' αυτόν τον τρόπο εκπληρώνονται και οι ψυχολογικές ανάγκες για ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του.

Π Ρ Ω Τ Ο Π Ε Ρ Ι Σ Τ Α Τ Ι Κ Ο

Όνοματεπώνυμο: Γεωργακοπούλου Ελένη

Ετών : 57

Επάγγελμα : Οικιακά

Τόπος διαμονής: Πάτρα

Διάγνωση εισαγωγής: Χολολιθίαση

Η ασθενής εισήλθε στα Ε.Ι της Κ.Π στις 8/4/92. Είναι μητέρα τριών παιδιών. Ο πρώτος τοκετός ήταν με καισαρική τομή, ο δεύτερος με εμβρυουλκία κι ο τρίτος φυσιολογικός. Κατά την κλινική εξέταση αναφέρθη ότι εδώ και έξι μήνες νιώθει πόνο επιγαστρικό που ακτινοβολεί στο δεξιό υποχόνδριο και στην ράχη στην γωνία της δεξιάς ωμοπλάτης. Επίσης κατά την εξέταση παρατηρήθηκε ψηλαφητή η χοληδόχος κύστη σαν ευαίσθητη μάζα.

Αφού έγινε η εξέταση απο τον χειρουργό πάρθηκε αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις και οδηγήθηκε στην Κ/Χ με πιθανή διάγνωση εισόδου χολολιθίασης.

Μετά την εισαγωγή της υποβλήθηκε σε μια σειρά εξετάσεων. Έγινε μέτρηση ούρων απο τις 9/4/92 έως 13/4/92. Το U/S ανέδειξε χολολιθίαση ενώ η α/α θώρακος δεν ανέφερε κανένα παθολογικό εύρημα.

Στις 9/4/92 γίνεται προεγχειρητική ετοιμασία και το βράδυ παραγίνεται υποκλυσμός.

Στις 10/4/92 υποβάλλεται επέμβαση. Επέστρεψε με ζωτικά σημεία ΑΠ: 140/70 mm Hg και σφυγμοί 80/min. Φέρει σωλήνα -Τ, καθετήρα κύστεως και ορρό απο μια περιφερική φλέβα. Το τραύμα είναι καθαρό.

1η μετεγχειρητική μέρα: Ο άρρωστος παραπονιέται το βράδυ ότι πονά. Του χορηγείται 1 amp Zideron κατόπιν ιατρικής εντολής ενημερώθηκε η λογοδοσία. Παρακολούθηση των παροχετεύσεων.

2η μετεγχειρητική μέρα: Μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων



✓  
υγρών. Έγινε χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων Mandocéf για πρόληψη λοιμώξεων. Σιτίζεται παρεντερικώς με ηλεκτρολύτες.

3ή+4η μετεγχειρητική μέρα: Συνεχίζει οροθεραπεία. Έχουμε αλλαγή τραύματος και καθαρισμός αυτού με αντισηπτικές ουσίες

5ή μετεγχειρητική μέρα: Γίνεται εξέταση αίματος και ούρων και έλεγχος παροχετεύσεων.

8ή μετεγχειρητική μέρα: Αφαίρεση Leviny. Σιτίζεται απο το στόμα. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.

9η μετεγχειρητική μέρα: Έγινε αφαίρεση - T ή Kehr και πριν την εξοδό του δόθηκαν σχετικές οδηγίες διατροφής και τρόπου ζωής απο το υγειονομικό προσωπικό.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Πόνος	Ανακούφιση και α- παλλαγή του ασθε- νούς από τον πόνο	1. Της δόθηκε η κατάλληλη θέρ- ση 2. Εγιναν κάθε 3 ώρες μετατόπι- ση του σώματος για αποφυγή πρό- κλησης πιέσεως στα μέρη του σώ- ματος 3. Εγιναν εντριβές με καθαρό οινόπνευμα για σωματική τόνωση 4. Εγινε κλινική εξέταση με ψηλάφηση, επισκόπηση για πα- ρουσία οιδήματός. 5. Να παρακολουθήσουμε τα ζω- τικά σημεία κάθε 3 ώρες αν οι τιμές τους παρεκκλίνουν από τις φυσιολογικές. 6. Να δημιουργήσουμε άνετο πε- ριβάλλον 7. Εξασφάλιση και χορήγηση παυσίπονων με ιατρική εντολή 8. Να εφαρμόσουμε θερμοφόρα στην πειροχή του πόνου 9. Να Επικοινωνήσουμε τον άρ- ρωστο για εξακρίβωση των χαρα- κτηρών του πόνου και αξιολόγη- ση της επιδράσεως του πόνου στην ψυχολογία του. 10. Ψυχολογική ενίσχυση και καλλω- πική εργασία της ελπίδας ότι θα ανακουφιστεί ο πόνος του	Ο ασθενής έδειχνε δύσπι- στία στην αρχή. Αφότου του χορηγήθηκε lamp zidaron άρ- χισε η καταπραΰντική ιδιό- τητά του. Όμως δεν ήταν τό- σο το φάρμακο που συνέβαλε σ' αυτό. Η ακρόαση και η αποδοχή του εκνευρισμού, αλλά και η ά- μεση επικοινωνία βοήθησαν στο να συνεργαστεί ο άρρω- στος και να έχει εμπιστοσύ- νη προς το νοσ/κό προσωπικό.
----------	---	---	---

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Πυρετός 38,5 °C	Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Λήψη θερμοκρασίας κάθε 3 ώρες.</li> <li>2. Καταγραφή στο βιβλίο της λογοδοσίας και</li> <li>3. Ενημέρωση της προϊστάμενης και του ιατρού για να καθοριστούν κάποια φαρμακευτικά αγωγικά.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ελήφθη θερμοκρασία σώματος στις 9 π.μ. και στις 12 π.μ. Ήταν 38 και 38,5°C αντίστοιχα.</li> <li>2. Ρυθμίσαμε και την θερμοκρασία περιβάλλοντος.</li> <li>3. Δροσίσαμε τον ασθενή με ψυχρές περιτυλίξεις</li> <li>4. Αλλάξαμε τα κλινοσκεπάσματα και το ιδρωμένο ρουχισμό του ασθενούς.</li> <li>5. Χορηγήθηκε Lamp Egitalm κατόπιν εντολής γιατρού στις 12.00 π.μ.</li> <li>6. Εφαρμόσαμε δροσερό λουτρό προστατευοντας τον άρρωστο από κρυολόγημα.</li> <li>7. Ενημερώσαμε την λογοδοσία για όλες τις παραπάνω ενέργειές μας.</li> </ol>	Λαμβάνοντας αυτά τα μέτρα ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Ο πυρετός μετά την αποτελεσματικότητα που είχαν οι εφαρμοσμένες νοσηλείες έχει μειωθεί. Η διαπίστωση έγινε μετά από 3-4 ώρες, τόσο ήταν η χρονική δράση της φαρμακευτικής και νοσ/κής παρέμβασης.
3. Αγχος, αγωνία, υπερένταση	Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και ηθική τόνωση	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ικανοποίηση των αναγκών που εμφανίζει ψυχολογικές ή συναισθηματικές.</li> <li>2. Εξασφάλιση ήρεμου ήσυχου περιβάλλοντος.</li> <li>3. Προσπαθούμε ο άρρωστος να νιώσει άνετα στο χώρο και το περιβάλλον του νοσοκομείου</li> <li>4. Προσπάθεια εξασφάλισης επαρκούς ύπνου για να ηρεμήσει ασθενής</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Επιτρέπουμε να έρχεται σε επικοινωνία με άτομα που του εμπνέουν εμπιστοσύνη,στοργή και αγάπη.</li> <li>2. Τακτοποιούμε και διατηρούμε το δάλαμο καθαρό,τακτοποιημένο</li> <li>3. Ενημερώνουμε τους επισκέπτες να μην καθονται για πολύ ώρα. μεταβιβάζοντας προβλήματα στον ασθενή</li> </ol>	Ο ασθενής ανακουφίστηκε ψυχολογικά.Βλέποντας το εμπρακτο ενδιαφέρον του νοσ/κού προσωπικού ένιωθε λιγότερο άγχος,αγωνία όσον αφορά την έκβαση της ηγεσίας του. Απόκτησε εμπιστοσύνη. Η επικοινωνία αποτελεί ουσιώδη ψυχολογική ανάγκη του ανθρώπου. Βλέπουμε την ευερε-

5. Προτρέπει να συζητήσει με την νοσ/τρια τους φόβους του, τις ανησυχίες του. Να εξωτερικεύσει κάθε τι που τον βασανίζει.
6. Πρεσβυπαιδεία για την διαγνωστική εξέταση υποερηχόγραφήματος (U/S) που πρόκειται να υποβληθεί προεγχειρητικά.
4. Ενημερώνεται ο ασθενής για το πρόβλημα του και πώς πρέπει να αντιμετωπίσει την κατάσταση του. Τα τυχόν προβλήματα που ίσως παρουσιαστούν.
5. Αναπτύσσουμε διαπροσωπικές σχέσεις μέσα από τον διάλογο τονίζοντας του την σπουδαιότητα που έχει ο ψυχολογικός παράγοντας στην σωματική πνευματική τόνωση.
6. Εξηγεί στον ασθενή την σκοπιμότητα και την σημασία της εξέτασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί.
7. Τον διαφωτίζει και τον κατ'επέκειντα για τον τρόπο εκτέλεσης της εξέτασης. Απαλλάσσει τον από φόβους-ανησυχίες.
8. Εξηγεί πόσο ανώδυνη είναι και ασφαλής η εξέταση.
9. Υποβάλλεται σε διαγνωστική αγωγή την προηγούμενη μέρα της εξέτασης.
10. Τον συμβουλεύουμε από τα μεσάνυχτα και μετά να μην πάρει τίποτα από το στόμα.
11. Γίνεται λήψη καθαρισμού ορθού
- γειακή δράση που έχει η ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων στην σφαίρα της ανθρώπινης ψυχολογίας. Η εξέταση βοήθησε πάρα πολύ ώστε ο ασθενής να εξοικιωθεί όχι μόνο με το νοσ/κό, αλλά και το υγειονομικό προσωπικό.

ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ

<p>4. Διδασκαλία Η αποκατάσταση του ασθενούς και εκπαιδευση δυνατών γρηγορότερα αυτού</p>	<p>1. Ενημέρωση ασθενούς για την σκοπιμότητα της διδασκαλίας και τις προετοιμασίες. 2. Εκτέλεση ασκήσεων σωματικών, αναπνευστικών, μετεγχειρητικών.</p>	<p>1. Με την βοήθεια της νοσητριάς υποβάλλεται στην εκμάθηση των ασκήσεων για πρόληψη επιπλοκών (ατελεκτασία, θρομβοφλεβίτιδα κτλ. κατακλίσεων). 2. Τον ενημερώνουμε και τον μαθαίνουμε να τοποθετείται σε τέτοια λειτουργική θέση ώστε να μπορεί: Α) να αναπνεύει καλύτερα για την όσο το δυνατόν καλή οξυγόνωση των πνευμόνων και όλου του οργανισμού και Β) να επιτευχθεί ταχύτερη αποβολή της ναρκώσεως.</p>	<p>Ο ασθενής δήλωσε ότι κατανόησε όλα όσα του είπαμε.</p>
<p>5. Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου</p>	<p>1. Η νοσητρία είναι υπεύθυνη για την καθαριότητα, αποστέρηση και επιμελημένη αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου. 2. Προετοιμασία υλικού για την εκτέλεση αυτής της νοσηλείας. 3. Τοποθέτηση παραβάν</p>	<p>1. Τοποθετεί το παραβάν για να μην είναι ο άρρωστος εκτεθειμένος στα μάτια των άλλων και νιώθει άβολα. 2. Με την χρήση αποστειρωμένων και μιας χρήσεως εργαλείων εκτελεί την νοσηλεία με προσοχή για να προκληθεί ερεθισμός και λύση του δέρματος.</p>	<p>Το εγχειρητικό πεδίο είναι έτοιμο για να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.</p>
<p>6. Προανάκωση</p>	<p>Για μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος ελάττωση εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και πρόκληση υπνηλίας</p>	<p>Παρουσιάστηκε 1/2 ώρα πριν κατέβει στο χειρουργείο IM</p>	<p>Είναι έτοιμος για χειρουργείο.</p>

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

<p>7. Παρακολούθηση εντοπίσουμε τυφ και των ζωτικών σημείων</p>	<p>1. Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 10'</p> <p>2. Να ελεγχθεί το τραύμα</p> <p>3. Να ελεγχθεί για εισρόφηση</p> <p>4. Να ελεγχθεί για την λειτούργεια της παροχетеύσεως.</p> <p>5. Να πρόφυλασθεί-προστατευθεί από τις διεγέρσεις.</p> <p>6. Να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> <p>7. Να ελεγχθεί η παρεντερική χορήγηση φαρμάκων</p>	<p>1. Εγινε λήψη ζωτικών σημείων στις 2.30μ.μ. ΑΠ: 140mmHg, σφ: 80, θερμοκρασία 37,8°C.</p> <p>2. Ελέγχθηκε το επιδερμικό υλικό της τομής να είναι καθαρό.</p> <p>3. Τοποθετείται σε θέση πλάγια που να μπορεί ο έμετος να εξέλξει, αλλά και οι εκκρίσεις.</p> <p>4. Ελέγχεται συνεχώς η παρατέτευση και τοποθετείται ο συλλέκτης στο ύψος της κοιλίας.</p> <p>5. Παραβρισκόμαστε συνεχώς κοντά στον άρρωστο κατά την διάρκεια αποδρόμης της ναρκώσεως και τον προστατεύουμε από βίαιες κινήσεις μέχρι την αφύπνιση.</p> <p>6. Κατά την διάρκεια του πόνου χορηγούμε amp ridegon</p> <p>7. Εγινε έλεγχος της παρεντερικής χορήγησης των υγρών φέρει 1 Glycose και 1 Normal</p> <p>8. Η φλέβα του ασθενούς είναι σε καλή κατάσταση.</p>
<p>8. Τήρηση φαρμακευτικής αγωγής</p>	<p>Να δοθεί το κατάλληλο φάρμακο στην κατάλληλη ώρα και στον κατάλληλο ασθενή.</p>	<p>Ο ασθενής δεν παρουσιάζει καμία επιπλοκή</p>
<p>Τήρηση φαρμακευτικής αγωγής από το χειρ/γο. Για την επίτευξη και αποκατάσταση προαγωγής της υγείας του.</p>		

ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

9. Παροχέτευση- Ελεγχος για σωστή παροχέτευση υγρών ΚΒΗΚ για προληψη επιπλοκών (π.χ. χολο- λορροίας)

1. Συνεχή έλεγχο των παροχετεύσεων.
2. Να τοποθετηθούν στην κατάλληλη θέση
3. και στο κατάλληλο ύψος.
4. Να μετρούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, ώστε να υπάρχει ισοζύγιο των υγρών του σώματος.

1. Καθημερινά ελέγχεται ο ΚΒΗΚ και ο Foley που είναι το τοποθετημένο στο ύψος της κοιλιάς ο ΚΒΗΚ και ο Foley όχι λιγότερο από το στρώμα του κρεβατιού.
2. Γίνεται καταγραφή και μέτρηση των ούρων, της χολής και των γαστρικών υγρών και κατάγράφηκαν στο βιβλίο νοσηλείας και στο φύλλο μέτρησης αποβαλλομένων υγρών.

10. Διδασκαλία ασθενούς στον τρόπο ζωής του

1. Συζητήσαμε με τον ασθενή την σκοπιμότητα της τήρησης των οδηγιών.
2. Ενημερώσαμε ότι η κατάχρηση φαγητού πλούσιου σε λίπη και τροφές δυσπεπτες θα επιβαρύνει τον οργανισμό του και εξηγούμε με λόγια κατανοητά τον τρόπο δράσεως των λιπών στον σχηματισμό των λίθων.
3. Ενημερώσαμε ότι όχι μόνο το διαιτολόγιο θα πρέπει να ρυθμιστεί για αποφυγή παχυσαρκίας αλλά να αποφεύγεται και η καθιστική ζωή και να υποβάλλεται σε μικροβιολογικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για πρόληψη ασθενειών που προφύαζονται από τον τρόπο ζωής του.

Ο ασθενής μέσα από τον διάλογο και την ενημέρωσή μας διαβεβαίωσε ότι κατόπιν νόησε την σπουδαιότητα της τήρησης των οδηγιών.

Ενημερώσαμε ότι όχι μόνο το διαιτολόγιο θα πρέπει να ρυθμιστεί για αποφυγή παχυσαρκίας αλλά να αποφεύγεται και η καθιστική ζωή και να υποβάλλεται σε μικροβιολογικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για πρόληψη ασθενειών που προφύαζονται από τον τρόπο ζωής του.

τούν στον επανασχηματισμό χολ-  
λολίθων. (π.χ. σακχαρώδης  
διαβήτης).

4. Απαγορεύονται οι συγκινήσεις
5. Να ξεκλώνει μετά από κάθε  
γεύμα 1/2-1 ώρα. Απαγορεύονται  
πολλά υγρά ομοίως ψυχρά και  
πολυ θερμά.



2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο : Γαρμπή Αθανασία  
Ετών : 63  
Τόπος διαμονής : Κατοχή Μεσολογγίου  
Πιθανή διάγνωση : Χολολιθίαση  
Ημερομηνία εισόδου: 30/4/92

Η ασθενής στις 30/4/92 μεταφέρεται από τα Ε.Ι στην Κ/Χ. Τα συμπτώματα που την οδήγησαν στο νοσοκομείο ήταν έντονος διάχυτος πόνος στην κοιλία και έμετος. Τα συμπτώματα αυτά προϋπήρχαν εδώ 3 ημέρες είχε και πυρετό 38,2<sup>0</sup> C. Εγινε α/α θώρακος και κοιλίας χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κατά τα υπερηχογράφημα ανευρίσκονται χολόλιθοι.

Ετέθησε συντηρητική αγωγή, έχει οροθεραπεία και Levin στομάχου. Ο υποκλυσμός απέδωσε. Ετέθη σε μέτρηση ούρων.

Στις 1/5/92 υποβάλλεται σε επέμβαση. Παρελήφθη με αρτηριακή πίεση 190 mm Hg και σφυγμούς 140/min. Εδόθη 1 Adalat υπογλωσσίως. Φέρει ορρό καθώς και παροχέτευση KeHr, Levin και folley.

Κατά την διάρκεια των μετεγχειρητικών μερών η ασθενής νιώθει έντονο πόνο. Εγινε μετά από ιατρική έντολή 1 amp Madocel και Zinacel για προφύλαξη από τις λοιμώξεις. Γίνεται τακτική αλλαγή του τραύματος, και επιμελημένη καθημερινή παρακολούθηση των παροχετεύσεων για διαπίστωση σωστής λειτουργικότητας της. Κατά την Τέταρτη μετεγχειρητική μέρα αφαιρέθη το Levin. Σιτίζεται με per os με υπολιπούχες τροφές, καθώς και με λιποδιαλυτές βιταμίνες αλλά σε μειωμένη ποσότητα γιατί είναι μειωμένη η απορροφήσή τους από το έντερο. Κατά την διάρκεια της μετεγχειρητικής πορείας παρουσιάζει υψηλή πίεση. Όταν διαπιστώνεται χορηγείται 1 adalat υπογλωσσίως.

Κατά την πέμπτη μετεγχειρητική μέρα αφαιρείται ο Folley και ούρει κανονικά. Γίνεται μέτρηση των αποβαλλόμενων και προσλαμβανομένων υγρών.

Η παροχέτευση Keir κατά την έκτη μέρα κλείνεται μια ώρα πριν και μια ώρα μετά το φαγητό για να επιτραπεί η ροή της χολής στο δωδεκαδάκτυλο για υποβοήθηση της πέψης κατόπιν ιατρικής εντολής.

Η ασθενής δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα και σε διάστημα 9-10 ημερών απο το νοσοκομείο αφού πρώτα ενημερώθηκε για τον τρόπο διατροφής της και της ζωής της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΚΚΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

1. Ψυχολογική τόνωση του ηθικού αδυναμία-φόβος, ανησυχία. 1. Ηρθε σε επαφή με την νοσηλεύτρια, τους φόβους του και να πείσει ότι η κατάσταση της ασθένειας του είναι βελτιωμένη. 2. Να έρθει σε επαφή με άλλον ασθενή που έχει το ίδιο πρόβλημα. 3. Εξοικίωση με το περιβάλλον από τον φόβο της καταστάσεως της υγείας του. Γι' αυτό του ενθαρρύνουμε να συζητήσει το πρόβλημα του με άλλον ασθενή με τον ίδιο πρόβλημα. Ο ίδιος είχε κάνει χολοκυστεκτομή και βρισκόταν στην περίοδο της αναρρώσεως.

2. Κακή θρέψη εξ αιτίας απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμέτου Προσπάθεια καλής θρέψης του ασθενούς ώστε να λαμβάνει καθημερινά τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα για την καλή λειτουργία του οργανισμού. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να αντισταθμίσει την κακή θρέψη που έχει παρουσιαστεί στον ασθενή. Και αυτό γίνεται με το γεύση. 2. λαμβάνει πάντα υπόψη της τις προσωπικές προτιμήσεις του ασθενή. 3. Τον ενθαρρύνει να λαμβάνει μικρά και συχνά γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας.

3. Εξοικίωση με το περιβάλλον από τον φόβο της καταστάσεως της υγείας του. Γι' αυτό του ενθαρρύνουμε να συζητήσει το πρόβλημα του με άλλον ασθενή με τον ίδιο πρόβλημα. Ο ίδιος είχε κάνει χολοκυστεκτομή και βρισκόταν στην περίοδο της αναρρώσεως.

4. Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. 3. Περιορίσαμε τους θορύβους, το έντονο φως και το επισκεπτήριο. Με τη διαρκή νοσηλική φροντίδα που ασκείται ώστε ο ασθενής να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά αποφεύγοντας πολλά προβλήματα: απώλεια βάρους, αδυναμία, κόπωση, διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών, στενοί και σκληροί βλεννογόνοι

4. Μερικινά ώστε τα γεύματα να λαμβάνονται καθημερινά την ίδια ώρα. Μετά την δόση των νοσηλευτικών ενεργειών και της χορηγήσεως φαρμάκων η αρτηριακή πίεση μετά από 3-4 ώρες είχε έρθει σε φυσιολογικά επίπεδα.
5. Έχει πάντα κοντά στον άρρωστο ένα λεκανάκι σε περίπτωση που κάνει εμετό.
6. Κάνει συχνή πλύση της στοματικής κοιλότητας.
7. Χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα.
3. Υπέρταση Διατήρηση συστολικής και διαστολικής πίεσεως στα φυσιολογικά επίπεδα
1. Ελέγχει στα χορηγούμενα υγρά.
  2. Παρακολούθηση συχνή της αρτηριακής πίεσεως και των σφυγμών.
  3. Παρακολούθηση αλλων σημείων υπερφορτώσεως της κυκλοφορίας ή παρουσία τυχόν οιδήματος.
4. Τοποθέτηση Levin
5. Αργότερα η αρτηριακή πίεση ήταν 140mmHg - 85mmHg.
1. Τοποθετούμε τον σπλέκτι στη σωστή θέση ώστε να μην προκαλείται καλινδρόμηση των γαστρικών υγρών.
2. Παρατηρούμε και καταγράφουμε την ποιότητα, ποσότητα, χροιά, οσμή και συχνότητα των παροχτετευόμενων υγρών.
1. Μετά την δόση των νοσηλευτικών ενεργειών και της χορηγήσεως φαρμάκων η αρτηριακή πίεση μετά από 3-4 ώρες είχε έρθει σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Η υπέρταση διορθώθηκε

ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

<p>5. Πόνος με- τεχειρητι- κός</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο</p>	<p>1. Τοποθετούμε σε κατάλληλη θέση τον ασθενή. 2. τον διδάσκουμε για ορισμέ- νες αναπνευστικές κινήσεις. 3. Χρησιμοποιούμε φάρμακα</p>	<p>1. Τοποθετήθηκε στην κατάλλη- λη θέση. 2. Επαιρνε βαθιές αναπνοές αλ- λά ο πόνος επέμεινε. 3. Χρηγήσαμε lamp zideton.</p>	<p>Η ασθενής δήλωσε ότι η παυ- σίπιονη ένεση την ανακούφισε από τον πόνο.</p>
<p>6. Τοποθέτη- ση σωλήνα Kehr και Folley</p>	<p>Επιτή λειτουργία του σωλήνα Kehr και του Folley</p>	<p>1. Έλεγχος των παρεχόμενων 2. Τοποθετούνται σε κατάλλη- λη θέση 3. Γίνεται μέτρηση των προσ- λαμβανόμενων και αποβαλλόμε- νων υγρών</p>	<p>1. Καθημερινά ελέγχονται οι παρεχόμενες και τοποθετού- νται σε σωστή θέση 2. Γίνεται καταγραφή των ούρων και της χολής καθώς και των γαστρικών υγρών στο βιβλίο λογοδοσίας</p>	<p>Οι παρεχόμενες λειτουργ- γούν σωστά.</p>

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

✓  
Μεσα απο αυτή την εργασία πιστεύεται ότι δόθηκε η σπουδαιότητα και η αξία την νοσηλευτικής διεργασίας που εχει σε κάθε πάθηση όπως και στην χολολιθίαση. Εγινε κατανοητό πόσο μεγάλη σημασία έχει η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας.

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ενος αρρώστου με χολολιθίαση εξαρτάται απο την επιστημονική κατάρτηση και τις γνώσεις, την κλινική πείρα, τις διαπροσωπικές δεξιότητες, την καλλιεργημένη παρατηρητικότητα και το κριτικό πνεύμα του νοσ/κού προσωπικού για τη διάκριση των σημείων και συμπτωμάτων που αποτελούν παρέκκλιση απο την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού καθώς και των συνεπειών στον άρρωστο σαν βιοψυχοσωματικοπνευματική οντότητα.

Πέρα όμως απο την νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να δοθεί μεγάλη σημασία στην συνεργασία όλου του υγειονομικού προσωπικού. Ενος προσωπικού που θα συμβάλλει απο κοινού ώστε να μειθούν οι ασθενείς που υποφέρουν απο παθήσεις των χοληφόρων. Με την σωστή διαφώτιση και ενημέρωση του κοινού όσον αφορά τον τρόπο ζωής και το διαιτολόγιο (γιατί είναι παράγοντες σημαντικοι που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου) θα γίνεται η πρόληψη για μείωση των ασθενών με χολολιθίαση.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε : "Κλινική νοσηλευτική", Έκδοση δεύτερη, Αθήνα 1990.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ : "Ειδική Νοσολογία", Εκδόσεως Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1986.
- CECIL R : "Εσωτερική παθολογία", τόμος πρώτος, Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου Γρ. Αθήνα 1982.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. : "Νοσηλευτική, γενική παθολογική, χειρουργική", τόμος πρώτος, έκδοση ενδέκατη, μέρος πρώτο, εκδόσεως Ιεραποστολικής ενώσεως αδ. νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1988.
- ΝΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ: "Θεραπευτική εσωτερικών νόσων". Έκδοση τρίτη, επιστημονικής εκδόσεως Παρισιανός Γρ. Αθήνα 1988.
- ΡΑΓΙΑ Α. : "Βασική νοσηλευτική", Αθήνα 1982.
- READ ALAN : "Εσωτερική Παθολογία", έκδοση δεύτερη , επιμέλεια ελληνικής εκδόσεως Χ. Μουτσόπουλος, Ιατρικής εκδόσεως Αθήνα 1984.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ. : "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες" τόμος πρώτος, επανέκδοση δεύτερη, εκδόσεως ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.
- ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.: "Παθήσεις χοληφόρων" Ιατρικές εκδόσεως Πασχαλίδη Αθήνα 1984.

