

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: " ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ "

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	586 β'
----------------------	--------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛ.
Πρόλογος	1

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Εισαγωγή	3
Ανατομία παγκρεατος.....	4
Φυσιολογία παγκρεατος.....	6
Παγκρεατίτιδα (ορισμός, οξεία, χρόνια).....	8
Αιτιολογία.....	8
Κλινική εικόνα οξείας παγκρεατίτιδας.....	11
Κλινική εικόνα χρόνιας παγκρεατίτιδας.....	13
Εργαστηριακά ευρήματα οξείας παγκρεατίτιδας.....	14
Επιπλοκές	16
Πρόγνωση παγκρεατίτιδας.....	17

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Εισαγωγή.....	19
Εργαστηριακά ευρήματα οξείας παγκρεατίτιδας.....	20
Θεραπεία οξείας παγκρεατίτιδας.....	22
Θεραπεία χρόνιας παγκρεατιτιδας.....	25
Προεγχειρητική ετοιμασία.....	26
Μετεγχειρητική φροντίδα.....	31
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες.....	33
Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	35
IV χορήγηση υγρών.....	39

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Περιγραφή χαρακτηριστικών περιστατικών.....	43
Συμπεράσματα.....	52
Βιβλιογραφία.....	53

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Τα τελευταία χρόνια η παγκρεατίτιδα θεωρείται μια σπουδαία απειλή κατά της υγείας και ορισμένες μορφές της κατα της ζωής των ανθρώπων. Εξ' αιτίας της χρονιότητάς της δημιουργεί στα άτομα άγχος, αγωνία και φόβο για τη μετέπειτα εξέλιξη που θα έχει η πάθησή τους. Αισθάνονται ανασφάλεια, ανικανότητα για την εργασία και νομίζουν ότι ζουν εις βάρος της κοινωνίας.

Στόχος της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας, είναι να συγκεντρώσω όλες τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για το νοσηλευτικό λειτουργό, προκειμένου ν' ανταποκριθεί στις πολλαπλές ανάγκες τις οποίες δημιουργεί η παγκρεατίτιδα, ώστε να μπορέσει ν' αποδώσει ικανοποιητικά στο ρόλο που παίζει στην πρόληψη και αντιμετώπισή της μέσα στην ομάδα υγείας.

Η εργασία αποτελείται από τον πρόλογο που περιλαμβάνει τους λόγους που με οδήγησαν να ασχοληθώ με το θέμα παγκρεατίτιδα και τους στόχους που έχω για την εκπόνηση της εργασίας.

Στο πρώτο μέρος αναφέρεται η ανατομία και η φυσιολογία του παγκρέατος ώστε να γίνουν πιο κατανοητές στη συνέχεια οι παθολογικές καταστάσεις που δημιουργούνται. Στη συνέχεια δίνεται ορισμός της νόσου και η διάκρισή της, η αιτιολογία και η κλινική εικόνα.

Στο δεύτερο μέρος αναφέρεται η νοσηλευτική συμβολή η οποία αρχίζει από την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο στη διάγνωση της νόσου, στη θεραπεία και τέλος στις επιπλοκές που παρουσιάζονται:

Στο τρίτο μέρος αναφέρονται διάφορα περιστατικά ορισμένα συμπεράσματα από την εργασία καθώς και η βιβλιογραφία που έχει χρησιμοποιηθεί.

Πιστεύω ότι η εργασία μου θα βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας του αρρώστου με παγκρεατίτιδα, στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου και θα κάνει πιο ορατή τη συνεισφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα των ασθενών.

Μ Ε Ρ Ο Σ Π Ρ Ω Τ Ο

- Εισαγωγή
- Ανατομία παγκρέατος
- Φυσιολογία παγκρέατος
- Παγκρεατίτιδα (ορισμός,οξεία,χρόνια)
- Αιτιολογία
- Κλινική εικόνα οξείας παγκρεατίτιδας
- Κλινική εικόνα χρόνιας παγκρεατίτιδας
- Εργαστηριακά ευρήματα οξείας παγκρεατίτιδας
- Επιπλοκές

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Η πέψη των τροφών γίνεται μέσα στον πεπτικό σωλήνα που αρχίζει από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό. Η τροφή προωθείται στα διάφορα τμήματα του πεπτικού σωλήνα με τη βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων των οργάνων του έτσι δέχεται την επίδραση των διαφόρων πεπτικών υγρών που βοηθούν τη διάσπαση της στα τελικά προϊόντα.

Καθώς η τροφή εισέρχεται στο στόμα, αμέσως αρχίζει να διασπάται με τη βοήθεια της μηχανικής και χημικής πέψεως.

Στη στοματική κοιλότητα οι τροφές δέχονται την επίδραση του ενζύμου πτυαλίνη και οι υδατάνθρακες διασπώνται σε δεξτρίνες και σε μαλτόζη. Ο βλωμός από το στόμα με τη βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων του οισοφάγου κατέρχεται στο στομάχι. Το γαστρικό υγρό του στομάχου και κυρίως το ένζυμο πεψίνη διασπά τα λευκώματα σε πεπτές.

Η πολτοποιημένη τροφή προωθείται από το στομάχι προς το δωδεκαδάκτυλο, όπου δέχεται την επίδραση των ενζύμων του παγκρέατος και των χολικών αλάτων της χολής.

Οι υδατάνθρακες με την επίδραση του παγκρεατικού ενζύμου αμυλάση, διασπώνται σε μαλτόζη και τα λευκώματα με την επίδραση του ενζύμου θρυψίνη σε πολυπεπτίδια. Το παγκρεατικό ένζυμο λιπάση δρα πάνω στα γαλακτοποιημένα από τα χολικά άλατα λίπη και τα διασπά σε λιπαρά οξέα και γλυκερίνη. Η μερική αυτή διάσπαση των τροφών ολοκληρώνεται στο λεπτό έντερο με τη βοήθεια του εντερικού υγρού.

Τα τελικά προϊόντα της πέψεως, δια της κάτω κοίλης φλέβας θα φτάσουν στο ήπαρ, όπου θα μεταβολιστούν για να μεταβληθούν σε οικοδομικό υλικό των ιστών του οργανισμού και σε διάφορες μορφές ενέργειας.

Το ήπαρ όπως και το πάγκρεας ανήκουν στο πεπτικό σύστημα. Το ήπαρ παράγει τη χολή και τα παγκρεατικά κύτταρα εκκρίνουν το παγκρεατικό υγρό, το οποίο περιέχει πολύτιμα ένζυμα για τη χημική πέψη όλων των τροφών.

Τόσο το ήπαρ, όσο και το πάγκρεας εκκρίνουν το υλικό τους, διαμέσου πόρων, απευθείας στο δωδεκαδάκτυλο, όπου η πέψη των τροφών συνεχίζεται.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το πάγκρεας είναι επίμηκες, λοβιώδες οπισθοπεριτοναϊκό όργανο της άνω κοιλίας, μήκους 12-15 εκ. και βάρους 70-100γρ. Είναι μικτός αδένας δηλαδή με ενδοκρινή και εξωκρινή μοίρα. Μοιάζει με σιελογόνο αδένα και διακρίνονται τρεις μοίρες: κεφαλή, σώμα και ουρά.

Η κεφαλή βρίσκεται εντός της αγκύλης του δωδεκαδακτύλου και προσεκβάλλει σχηματίζοντας την αγκιστροειδή απόφυσή, η οποία φέρεται προς τα κάτω και έσω όπισθεν των άνω μεσεντερικών αγγείων, στην θέση όπου αυτά πορεύονται όπισθεν του παγκρέατος, στην ρίζα του μεσεντερίου. Όπισθεν του οργάνου αυτού βρίσκεται η κάτω κοίλη φλέβα, η αορτή, τα άνω μεσεντέρια αγγεία, τα σκέλη του διαφράγματος, το κοιλιακό πλέγμα και ο αριστερός νεφρός.

Η σπληνική αρτηρία πορεύεται κατα μήκος του άνω χείλους του παγκρέατος. Η σπληνική φλέβα φέρεται όπισθεν του αδένος αυτού και πλησίον της κεφαλής, κατα τον αυχένα, συμβάλλει μαζί με την άνω μεσεντέρια φλέβα, στο σχηματισμό της πυλαίας φλέβας.

Δεξιά της πυλαίας, πορεύεται ο χοληδόχος πόρος, φερόμενος προς την 2η μοίρα του δωδεκαδακτύλου (οπισθοπαγκρεατοδωδεκαδακτυλική μοίρα).

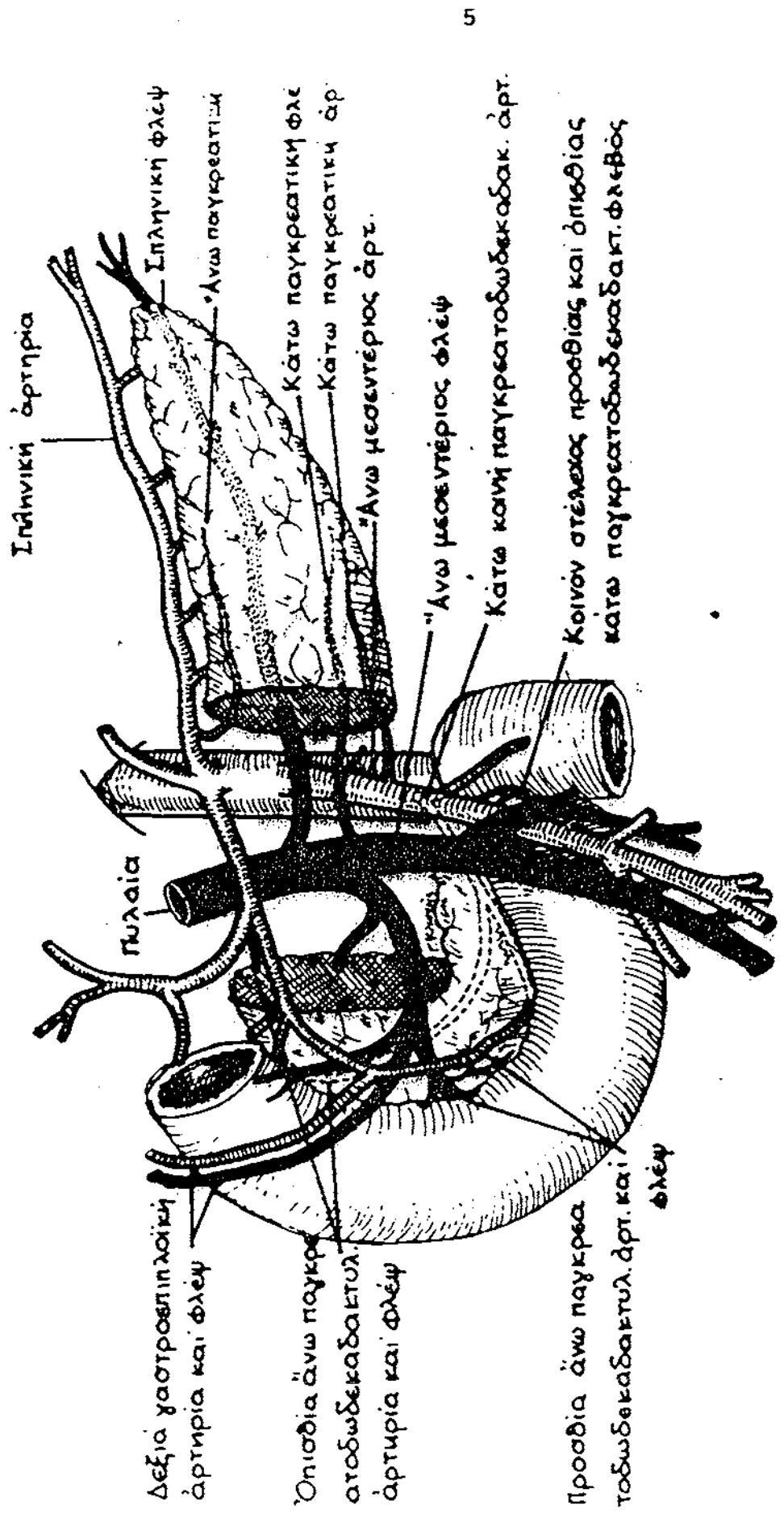
Προς τα εμπρός βρίσκεται ο στόμαχος. Προς τα αριστερά η ουρά του παγκρέατος εκτείνεται μέχρι πλησίον των πυλών του σπληνός, μετα του οποίου συνδέεται δια του παγκρεατοσπληνικού συνδέσμου.

Η αιμάτωση του οργάνου εξασφαλίζεται δια κλαδίσκων εκ της σπληνικής αρτηρίας (σώμα και ουρά) και δια της άνω και κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας (κεφαλή). Οι αντίστοιχες φλέβες οδηγούνται προς το πυλαίο σύστημα.

Κατασκευή. Μικροσκοπικώς το πάγκρεας αποτελείται από λοβία που περικλύονται εντός ενός λεπτού ελύτρου.

Τα λοβία αυτά συνίστανται από αδενοκυψέλες, οι οποίες δια μικρών πόρων εκβάλλουν εντός των κυρίων παγκρεατικών πόρων. Μεταξύ των αδενοκυψελών βρίσκονται σωροί αδενικών κυττάρων, εκ των οποίων σχηματίζονται τα εκκρίνοντα ινσουλίνη νησίδια του LANGERHANS.

Ο μείζων παγκρεατικός πόρος διατρέχει καθ' όλο το μήκος του αδένος και εκβάλλει συνήθως στο φύμα του VATER μαζί με το χοληδόχο πόρο, πλην όμως μερικές φορές εκβάλλει μόνος του στο δωδεκαδάκτυλο. Ο ελάσιον (επικουρικός) παγκρεατικός πόρος (του SANTORINI) φέρεται εκ του κατωτέρου τμήματος της κεφαλής μπροστά από τον κύριο πόρο, με το οποίον επικοινωνεί και εκβάλλει πάνω απ' αυτόν εις το δωδεκαδάκτυλο. Αυτός μερικές φορές λείπει.



Εικόν 12. Αγγείωση του παγκρέατος.

Η νευρώση του παγκρέατος γίνεται από το παρασυμπαθητικό (πνευμονογαστρικό) και συμπαθητικό σύστημα.

Οι ίνες του πνευμονογαστρικού καταλήγουν στα παρασυμπαθητικά γάγγλια από εκεί μεταγαγγλιακές ίνες νευρώνουν τους λοβούς, τα νησίδια και τους πόρους. Τέλος συμπαθητικές ίνες από το κοιλιακό πλέγμα αφού κάνουν συνάψεις με μεταγαγγλιακές ίνες, νευρώνουν τα αγγεία του παγκρέατος.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το πάγκρεας του ανθρώπου καθημερινώς παράγει 1500-2500 κ.εκ. παγκρεατικού υγρού, το οποίο είναι ελαφρώς αχυρόχρουν, άοσμο, αλκαλικής αντιδράσεως (PH 8-8,3) χαρακτηριστικής δε γεύσεως λόγω της παρουσίας των διτανθρακικών. Το παγκρεατικό υγρό περιέχει ένζυμα κατάλληλα για την πέψη των πρωτεϊνών των υδατανθράκων και των λιπών.

α. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα είναι: η **θρυψίνη**, η **χυμοθρυψίνη**, που δρουν στους εσωτερικούς πεπτικούς δεσμούς των πρωτεϊνών, η καρβοξυπολυπεπτιδάση, η ριβονουκλεάση, η δεοξυριβονουκλεάση που δρουν στα ελεύθερα καρβοξυλικά και αμυνικά άκρα των πεπτιδίων και η **ελαστάση**.

β. Το ένζυμο για την πέψη των υδατανθράκων είναι η παγκρεατική **αμυλάση**, η οποία υδρολύει το άμυλο, το γλυκαγόνο και τους άλλους υδατάνθρακες, διασπώντας τον α1,4 γλυκοσιδικό δεσμό, εκτός της κυτταρίνης, σε ολιγοσακχαρίτες και στο δισακχαρίτη μαλτόζη.

γ. Τα ένζυμα για την πέψη του λίπους είναι η παγκρεατική **λιπάση**, η οποία υδρολύει το ουδέτερο λίπος σε γλυκερίνη και λιπαρά οξέα, και η α2 **φωσφολιπάση**, που υδρολύει τα φωσφολιπίδια.

Το παγκρεατικό υγρό πλην των ενζύμων περιέχει **νέρο**, μεγάλες ποσότητες **πρωτεϊνών** και **ηλεκτρολύτες**.

Η περιεκτικότητα των παγκρεατικών υγρών σε ηλεκτρολύτες, είναι περίπου η ίδια μ' αυτή του πλάσματος.

Από τα κατιόντα το κυριότερο είναι: το Na^+ και το K^+ .

Αξιοσημείωτες είναι επίσης και οι συγκεντρώσεις των Ca^{++} Mg^{++} και Zn^{++} .

Από τα ανιόντα, τα σπουδαιότερα είναι τα HCO_3 και Cl , ενώ σε μικρές ποσότητες υπάρχουν SO_4 και PO_4 .

Η παγκρεατική εξώεκκριση ρυθμίζεται με νευρικούς και ορμονικούς μηχανισμούς. Αναλυτικότερα το παρασυμπαθητικό μέσω των πνευμονογαστρικών διεγείρει την έκκριση άμεσα μέσω της ακετυλοχολίνης και έμμεσα μέσω των εκκρινόμενων γαστρίνης και αγγειοκινητικού εντερικού πολυπεπτιδίου.

Οι ορμόνες που διεγείρουν την παγκρεατική έκκριση είναι οι εξής:

α. **εκκριματίνη**, η οποία είναι ένα πολυπεπτίδιο, εκκρίνεται από το βλεννο-

γόνο του δωδεκαδακτύλου και της νήστιδας, διεγείρει το πάγκρεας για έκκριση παγκρεατικού υγρού πλούσιου σε νερό και ηλεκτρολύτες.

β. **Χολοκυστοκινίνη** παγκρεατοζυμίνη. Είναι πολυπεπίδια που εκκρίνονται από το βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου και νήστιδας παρουσία αμινοξέων και λιπαρών οξέων. Διεγείρουν το πάγκρεας προς έκκριση παγκρεατικού υγρού πλούσιου σε ένζυμα.

γ. **Γαστρίνη**, η οποία παράγεται από τα G κύτταρα του άντρου προκαλεί ήπια διέγερση του παγκρέατος για έκκριση παγκρεατικού υγρού.

δ. Το παγκρεατικό πολυπεπίδιο συμμετέχει στην παγκρεατική έκκριση παρ' ότι η δράση του δεν είναι πλήρως γνωστή.

ε. Τα χολικά άλατα καίτοι δεν είναι ορμόνες ασκούν διεργετική δράση επί της παγκρεατικής έκκρισης.

ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΣ

Ορισμός

Πρόκειται περί οξείας ή χρόνιας φλεγμονής του παγκρέατος που συνοδεύεται από καταστροφή του οργάνου. Μέχρι πριν λίγα χρόνια οι όροι οξεία, χρόνια, οξεία υποτροπιάζουσα και χρόνια υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα χρησιμοποιούντο κατά συγκεκριμένο τρόπο.

Το 1963 σε συμπόσιο στη Μασσαλία καθορίστηκε η έννοια των όρων ως εξής:

α) Οξεία και οξεία υποτροπιάζουσα. Και στις δύο περιπτώσεις η ανατομία και η λειτουργία του οργάνου επανέρχονται στο φυσιολογικό μετά την αποδρομή του οξέως επεισοδίου.

β) Χρόνια και χρόνια υποτροπιάζουσα. Σ' αυτήν την περίπτωση η ανατομία και η λειτουργία του οργάνου παραμένει μονίμως παθολογική.

Η ταξινόμηση αυτή είναι χρήσιμη λόγω της απλότητας, δεν χρησιμοποιείται όμως ευρέως. Οι περισσότεροι διακρίνουν απλώς οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα.

Το υπόστρωμα της νόσου

Είναι πάθηση σπάνια στη Μ. Βρετανία αλλά συχνή όπου υπάρχει αλκοολισμός. Η ακριβής αιτιολογία της καταστροφής του παγκρεατικού ιστού είναι άγνωστη και πιθανώς διαφέρει ανάλογα με το αίτιο. Φαίνεται πιθανό ότι πρωτεολυτικά ένζυμα, όπως η θρυψίνη, είτε μόνα είτε με την ενεργοποίηση και άλλων ενζύμων, μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στα κύτταρα και τις μεμβράνες τους. Υπάρχει ενδιαφέρουσα σχέση μεταξύ παγκρεατίτιδας και παθήσεως των χοληφόρων οδών και, αν και η παλινδρόμηση χολής μέσα στον παγκρεατικό πόρο είναι απίθανη εντούτοις, δεν μπορεί να αγνοηθεί η σημασία της χολής ως προμηθευτικού τοξικών ή λοιμωδών παραγόντων. Αγγειακά αίτια μπορεί να ευθύνονται για την πρόκληση ορισμένων τύπων παγκρεατίτιδας, ενώ το οινόπνευμα, όχι μόνο δραστηριοποιεί τα ένζυμα στο πάγκρεας, αλλά προκαλεί και σπασμό του παγκρεατικού πόρου.

Αυτό μπορεί να εξηγήσει τη μεγάλη συχνότητα παγκρεατίτιδας, στους αλκοολικούς, στους οποίους πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει τη σημασία της αποφράξεως των παγκρεατικών πόρων από έμβολα πρωτεϊνικής ουσίας.

Πιθανοί παράγοντες οξείας παγκρεατίτιδας

α.Μεταβολικοί: Υπερασβεστιαϊμία (υπερπαραθυρεοειδισμός - πολλαπλό μυέλωμα-οστικές μεταστάσεις-υπερβιταμίνωση D), σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία (τυποι I, IV, V) εγκυμοσύνη, αιμοχρωμάτωση αιμοσιδήρωση, συδρομο KWASHIORKOR, νοσος WEBER CHRISTIAN, νοσος WHIPPLE, ουραιμία.

β.Μηχανικοί: Χολολιθίαση χοληδοχολιθίαση, μετά από εγχειρήσεις στομαχού χοληφόρων, μετά από τραυματισμούς, διατήρηση δωδεκαδακτυλικού ελκους, μετά από παλινδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία, μετά από απόφραξη του παγκρεατικού πορού από ογκό ή ασκαρίδες, όγκοι του φυματός VATER ή απόφραξη αυτού από εκκόλπωμα του δωδεκαδακτύλου ή επί νόσου CROHN.

γ.Λοιμώδεις: παρωτιτιδα, ηπατιτιδα, ιού COXSACKIE B₂, B₃, B₅ και ECHO, σαλμονέλλα τύπου, μυκόπλασμα.

δ.Παρασιτώσεις: ασκαριδίαση, εχινοκοκκίαση, CLONORCHIS SINENSIS, GIARDIA LAMBLIA

ε.Φάρμακα: Κορτικοστεροειδή ACTH, ισονιαζίδη, θειαζίδες, φουροσεμίδα, εθ ακρινικό οξύ, αντισυλληπτικά, σουλφοναμίδες, τετρακυκλίνες, L-ασπαργινάση.

στ.Δηλητήρια: το δηλητήριο του σκορπιού TRINITATIS

ζ.Αγγειακοί: έμφραγμα μυοκαρδίου ή μεσεντερίου, νόσοι κολλαγόνου (πολυαρτηρίδια διασπαρτος ερυθματώδης λυκος).

η.Διαιρεμένο πάγκρεας : (PANCREAS DIVISUM ατελής δηλαδή συνένωση κοιλιακού και ραχάου τμήματος.

θ.Κληρονομική παγκρεατίτιδα

Παραμένει μια ομάδα αρρωστων 10-20% περίπου στην οποία καμία από τις παραπάνω αιτίες δεν ανευρίσκεται.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι παγκρεατίτιδας που τα αίτιά τους είναι ακόμη λιγότερο γνωστά. Αυτές είναι η "τραυματική" παγκρεατίτιδα, που συνήθως παρατηρείται μετά από εγχειρήσεις και οφείλεται σε αγγειακή βλάβη, ενώ άλλες μορφές επιπλέκουν του υπερπαραθυρεοειδισμού και ορισμένες υπερλιπιδαιμίες. Σε μερικά μέρη της Αφρικής, έχει περιγραφεί μια μορφή που συνοδεύεται από καθολική αποτιτάνωση και καταστροφή του παγκρέατος και σχετίζεται πιθανώς με προηγούμενη κακή διατροφή, ενώ έχει παρατηρηθεί και μια σπάνια γενετική και οικογενής ποικιλία που συνοδεύεται από νεφρική αμινοξυουρία. Φάρμακα όπως, π.χ. τα αντιουληπτικά, μπορούν μερικές φορές να προκαλέσουν παγκρεατίτιδα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Το κύριο σύμπτωμα στις περισσότερες περιπτώσεις είναι το κοιλιακό άλγος. Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά του άλγους αυτού τα οποία στρέφουν τη σκέψη προς το πάγκρεας.

Αυτά είναι: 1 Η τάση του να εντοπίζεται ή να είναι περισσότερο έντονο στο αριστερό υποχόνδριο. 2 Η τάση του να αντανakλάται προς τη ράχη και 3 Η μεταβολή του αναλόγως της θέσεως του ασθενούς. Είναι δε χαρακτηριστικό ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο ασθενής παρα το SHOCK ενδέχεται να επιμένει να διατηρεί την καθυστική θέση. Αυτό οφείλεται στην ανακούφιση του άλγους την οποία παρέχει η θέση αυτή, λόγω χαλαρώσεως των οπισθοπεριτοναϊκών μυών.

Άλλο σύμπτωμα της οξείας παγκρεατίτιδας είναι οι επίμονοι έμετοι. Κατά την κλινική εξέταση είναι δυνατό να παρατηρηθεί SHOCK αυτό όμως είναι σπάνιο. Επίσης επιμένων πυρετός αποτελεί ένδειξη αποστήματος. Συνηθέστερα παρατηρείται μικρός συχνός σφυγμός, αρτηριακή υπόταση. Μυϊκή σύσπαση αρχικά μόνο κατα το επιγάστριο. Οι εντερικοί ήχοι αρχικά είναι παρόντες, αργότερα όμως εξαφανίζονται. Διάταση της κοιλίας κυρίως λόγω του παραλυτικού ειλεού. Η παρουσία ικτέρου δεν είναι ασυνήθης και κατα κανόνα οφείλεται σε απόφραξη των χοληφόρων.

Επί καθαρώς αλκοολικής παγκρεατίτιδας ο ίκτερος επέρχεται συνήθως, συνεπεία πύεσεως του χοληδόχου πόρου υπό του οιδηματώδους παγκρέατος.

Κατά κανόνα παρατηρήται ευαισθησία των κοιλιακών τοιχωμάτων και μυϊκή αντίσταση. Επίσης παρατηρήται μερικές φορές η γνωστή εκχύμωση κατα την οσφύ ή τον ομφαλό. Αυτή προκύπτει λόγω διαρροής αιματηρού υλικού δια μέσου των ιστών και χαρακτηρίζει την αιμοραγική μορφή της νόσου. Σε μερικούς τέλος ασθενείς με αλκοολική παγκρεατίτιδα αναπτύχθηκε παροδική υπέρταση η οποία υποχώρησε μετά την κλινική και βιοχημική ανάρρωση αυτών. Χαρακτηριστικό είναι ότι αυτή η υπέρταση δεν παρατηρήθηκε σε παρόμοιες επείγουσες καταστάσεις οξείας κοιλίας, και ότι η στάθμη της ρενίνης δεν παρουσίασε αύξηση.

Σπάνια επισυμβαίνει αιματέμεση ή μέλαινα. Ασκίτης σε μικρή ποσότητα είναι συχνός που οφείλεται στην εξίδρωση υγρού απο το πάγκρεας και την ορογόνο επιφάνεια λόγω της φλεγμονής. Πλευριτικό υγρό ιδίως αριστερά, εμφανίζεται επι 10% των περιπτώσεων, και οφείλεται στην είσοδο ασκητικού υγρού δια μέσου πόρων του διαφράγματος.

Ψευδοκύστις κατόπιν οξείας παγκρεατίτιδας οφείλεται σε απόφραξη του παγκρεατικού πόρου και σχηματισμό κοιλότητας η οποία περιέχει πλάσμα, αίμα, παγκρεατικά προϊόντα και φλεγμονώδες εξίδρωμα.

Η συχνότητα σχηματισμού ψευδοκύστεων στην οξεία παγκρεατίτιδα είναι 2% με βάση τα κλινικά κριτήρια, πλην όμως η συχνότητα αυτής σήμερα με τη βοήθεια υπερηχοτομογραφίας και αξονικής τομογραφίας έχει βρεθεί πολύ μεγαλύτερη.

Τη δημιουργία ψευδοκύστεως υποπεύεται ο γιατρός όταν τα τοπικά φαινόμενα της οξείας παγκρεατίτιδας επιμένουν ή όταν μετά παροδική βελτίωση επανεμφανίζονται. Αντικειμενικώς ανευρίσκεται επιμένουσα επώδυνη μάζα στο επιγάστριο. Οι κυριότερες επιπλοκές αυτής είναι αιμορραγία, φλεγμονή ή ρήξη εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Ο ασθενής παρουσιάζει άλλοτε κρίσεις ισχυρού άλγους, άλλοτε συνεχή πόνο. Η ζωή πολλές φορές καθίσταται αφόρητη, πολλοί δε εκ των ασθενών καθίστανται τοξικομανείς ή επιχειρούν αυτοκτονία.

Ο ασθενής παρουσιάζει απώλεια βάρους, στεατόρροια, και όχι σπάνιο ήπιο σακχαρώδη διαβήτη. Σε πολλούς ασθενείς η διαδρομή είναι ανώδυνη με κύριες εκδηλώσεις απώλεια βάρους και στεατόρροια. Μετρίου βαθμού στεατόρροια επισυμβαίνει όταν η εξωκρινής λειτουργία του παγκρέατος έχει περιορισθεί στα 2-10% του φυσιολογικού, βαρέα δε στεατόρροια, όταν αυτή κατέλθει σε τιμές κάτω του 2% του φυσιολογικού.

Πιθανά στάδια εξελίξεως χρόνιας παγκρεατίτιδας, οφειλόμενης στο οι-νόπνευμα είναι:

- 1 Μετά 5 έτη - οξεία ή χρόνια φλεγμονή.
- 2 Μετά 10 έτη - πόνος.
- 3 Μετά 15 έτη - ίνωση ή ασβέστωση.
- 4 Μετά 20 έτη - διαβήτης, στεατόρροια
- 5 Μετά 25 έτη - ίκτερος, έλκος στομάχου
- 6 Μετά 30 έτη - καρκίνος.

Παθολογοανατομικές αλλοιώσεις παρατηρούμενες επί χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι οι εξής: Στενώσεις και διατάσεις του πόρου, ατροφία, ίνωση, δι'αχυτος ασβέστωση ή λιθίαση του πόρου και σχηματισμός κύστεως.

Εργαστηριακά ευρήματα οξείας παγκρεατίτιδας (κεφαλαία)

Τα εργαστηριακά ευρήματα της οξείας παγκρεατίτιδας περιλαμβάνουν:

1. Αύξηση της αμυλάσης του ορού, ανερχόμενη σε τιμές άνω των 1000 μον. SOMOGY /100ml (Φ.Τ 40-150). Αυξημένες τιμές αλλά κατώτερες των 1000 μονάδων παρατηρούνται και σε άλλες βαρείες κοιλιακές βλάβες, όπως διατρήσεως έλκους, ειλεού, οξείας χολοκυστίτιδας κ.α. Επίσης μετά απο ένεση μορφίνης παρατηρείται μετρία ανυψωση. Μετά πάροδο 24-48 ωρών απο της ενάρξεως του επεισοδίου της οξείας παγκρεατίτιδας τα επίπεδα της αμυλάσης του ορού επανέρχονται στα φυσιολογικά.

Επειδή κατά την παγκρεατίτιδα παρατηρήται αυξημένη νεφρική κάθαρση της αμυλάσης το κλάσμα:

κάθαρση αμυλάσης
κάθαρση κρεατινίνης

αποτελεί χρήσιμο δείκτη παγκρεατίτιδας κυρίως, όταν είτε η τιμή της αμυλάσης του ορού δεν είναι αξιολογα αυξημένη, είτε ο πρώτος προσδιορισμός δεν έγινε κατατο πρώτο 24ωρο. Ο προσδιορισμός αμυλάσης και κρεατινίνης ορού και ούρων γίνεται συγχρόνως.

Ο δείκτης εξάγεται ως εξής:

$$\frac{\text{CLEARANCE αμυλάσης}}{\text{CLEARANCE κρεατινίνης}} \% = \frac{\text{αμυλάση ούρων}}{\text{αμυλάση ορού}} \times \frac{\text{κρεατινίνη ορού}}{\text{κρεατινίνη ούρων}}$$

Ο δείκτης φυσιολογικά είναι < 5% επι οξείας παγκρεατίτιδας είναι > 7%. Η μέθοδος είναι αρκετά ικανοποιητική, αν και σε μερικές περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας ο δείκτης δεν είναι αυξημένος, ενώ αντίθετα αυξημένος είναι σε άλλες καταστάσεις, όπως κετώσεως, εγκεύματος, διατρήσεως έλκους, εξωσωματικής κυκλοφορίας και εγχειρήσεων καρδιάς.

Κατα τα τελευταία χρόνια περιγράφησαν άτομα μετα μακροαμυλασαιμίας. Τα άτομα αυτά έχουν δύο τύπους αμυλάσης στον ορό τους, έναν τύπο ο οποίος διηθείται φυσιολογικά δια των ούρων και άλλον τύπο μεγαλύτερου μεγέθους του φυσιολογικού ο οποίος δεν διηθείται. Μερικά εκ των ατόμων αυτών παρουσιάζουν κοιλιακούς πόνους άνευ παγκρεατίτιδας.

Αυξημένη τιμή αμυλάσης ορού και φυσιολογική ή ελατωμένη τιμή αμυλάσης ούρων συνηγορεί υπέρ της ανωμαλίας αυτής.

2. Αύξηση της λιπάσης του ορού: Δια νεωτέρων ευαισθητών μεθόδων κατεδείχθει ότι 90% των ασθενών έχουν αυξημένη τιμή λιπάσης ορού. Η μέθοδος δεν έχει τύχει ευρείας εφαρμογής.

3. Αύξηση της θρυψίνης του ορού: Πρόσφατα εισήχθη ραδιοανοσοβιολογική μέθοδος προσδιορισμού θρυψίνης στον ορό. Επί οξείας παγκρεατίτιδας η θρυψίνη βρίσκεται 10-40 φορές ψηλότερη του φυσιολογικού (φυσιολογικές τιμές περί τα 400 /).

4. Το σάκχαρο του αίματος είναι μερικές φορές μετρίως αυξημένο. Γλυκοζουρία υπάρχει επί ικανού αριθμού περιπτώσεων.

5. Υποασβεστιαμία. Μετά μερικές μέρες από της ενάρξεως αυτή παρατηρείται σε ικανό αριθμό περιπτώσεων. Οφείλεται σε ένωση μετά του ασβεστίου των λιπαρών οξέων τα οποία ελευθερώνονται από το νεκρωμένο λίπος.

6. Παρακέντιση κοιλίας δίνει υγρό πλούσιο σε αμυλάση. Εάν η περιεκτικότητα του υγρού σε αμυλάση είναι μικρότερη της περιεκτικότητας του ορού, παγκρεατίτιδα σχεδόν αποκλείεται.

ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Από πλευράς ακτινολογικών ευρημάτων λόγω της εν τω βάθει θέσεως του παγκρέατος και της ελλείψεως ειδικής σκιαγραφικής ουσίας, αναζητούνται αλλοιώσεις των παρακείμενων οργάνων.

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας δυνατόν να αποκαλύψει: α) τοπικό ειλεό β) ύπαρξη χολολιθών ή λιθών παγκρέατος γ) διεύρυνση της ανκύλης του δωδεκαδακτύλου .

Η ακτινογραφία θώρακος δυνατόν ν' αποκαλύψει πλευριτικό υγρό, ανύψωση του διαφράγματος είτε δεξιά, είτε αριστερά, είτε αμφοτεροπλεύρως, πνευμονίτιδα, ατελεκτασία των βάσεων και επί βαρυτάτων περιπτώσεων SHOCK LUNG.

Εάν καταστεί δυνατός ο έλεγχος δι' ακτινοσκιερούς ουσίας, πιθανά ευρήματα είναι: Η διεύρυνση του οπισθογαστρικού χώρου και η παρεκτόπιση του στομάχου, είτε υπό του οιδηματώδους παγκρέατος, είτε υπό ψευδοκύστεως. Επίσης δυνατόν ν' ανευρεθούν διεύρυνση της δωδεκαδακτυλικής ανκύλης, ενθριασμός του έσω χείλους της, ευερεθιστότητα και υπερκινητικότητα αυτής, ανώμαλοι, οιδηματώδεις δωδεκαδακτυλικές πτυχές.

Η εκλεκτική αγγειογραφία είναι συνήθως περιττή κατά την οξεία φάση της νόσου. Όταν όμως το άλγος ο πυρετός η λευκοκυττάτωση και η αύξηση της αμυλάσης επιμένουν, τότε είναι χρήσιμη προς επιβεβαίωση της πιθανότητας σχηματισμού ψευδοκύστης ή ακόμη και αποστήματος.

Η αξονική τομογραφία και η υπερηχογραφία δεν έχουν σημαντικά συμβάλει στη διαφορική γνώση κατά την έναρξη της νόσου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Είναι σκανόνας στην οξεία παγκρεατίτιδα:

Παρατηρούνται:

1. Ψευδοκύστη παγκρέατος.
2. Απόστημα και νέκρωση μεγάλου μέρους του παγκρέατος.
3. Ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία, λόγω διαβρώσεως αγγείων από τη δράση των παγκρεατικών ενζύμων.
4. Περιτονίτις

Η αντιμετώπιση των επιπλοκών είναι εξαιρετικά δύσκολη, κύριος λόγος είναι η ασάφεια της κλινικής εικόνας, η καθυστέρηση της διαγνώσεως αλλά και η πραγματική βαρύτητα της νόσου. Το απόστημα, η αιμορραγία και η περιτονίτις, επιβαλλουν άμεση εγχειρητική αντιμετώπιση, ενώ η ψευδοκύστη, εγχείρηση μετά 1-3 μήνες.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η οξεία παγκρεατίτιδα έχει θνησιμότητα περίπου 10%.

Η ίαση πρέπει να συνοδεύεται από προσεκτική έρευνα για πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Ο άρρωστος πρέπει να σταματήσει το οινόπνευμα, ενώ η ακτινολογική μελέτη του χοληφόρου συστήματος είναι απαραίτητη. Πρέπει επίσης να ελεγχθεί η πιθανότητα του υπερπαραθυρεοειδισμού και της υπερλιπιδαιμίας.

Στο 50% των αρρώστων δεν βρίσκεται αιτιολογικός παράγοντας.

Μετά την ίαση ο άρρωστος μπορεί να μην έχει νέες προσβολές, αλλά κάποιο ποσοστό αρρώστων θα παρουσιάζει υποτροπές παρα τη φυσιολογική φαινομενικά λειτουργία του παγκρέατος μεταξύ των προσβολών.

Λίγα λόγια για τη χρόνια υποτροπιάζουσα και τη χρόνια παγκρεατίτιδα.

Μερικοί άρρωστοι δείχνουν σημεία χρόνιας παγκρεατικής ανεπάρκειας (στεατόρροια και διαβήτης) χωρίς, συνήθως οποιαδήποτε μαρτυρία για άλλες διαταραχές. Αυτοί οι άνθρωποι αντιδρούν καλά στη θεραπεία αποκατάστασης με παγκρεατικά ένζυμα π.χ. COTAZYM, δύο ή τρεις κάψουλες με κάθε κύριο γεύμα. Αυτό το μέτρο ελέγχει συνήθως τη διάρροια, εάν γίνει σύγχρονος περιορισμός της πρόσληψης λίπους. Ένα άλλο ιδιοσκεύασμα, το NUTRIZYM, μπορεί να λαμβάνεται σαν ένα χάπι από το στόμα και έχει το πιθανό πλεονέκτημα ότι προσθέτει πρωτεολυτικά ένζυμα.

Οι οξείες υποτροπές της χρόνιας παγκρεατίτιδας θεραπεύονται με όμοιο τρόπο με εκείνες της οξείας παγκρεατίτιδας. Το οινόπνευμα πρέπει να περιοριστεί, γιατί οι προσβολές ακολουθούν συνήθως μεγάλη λήψη οινοπνευματος. Ο σακχαρώδης διαβήτης, συνήθως ελαφρός πρέπει επίσης να θεραπευτεί. Ένας απωτερος κίνδυνος είναι η πιθανότητα να εθιστεί ο άρρωστος στα ναρκωτικά που παίρνει για την ανακούφιση από τους πόνους.

Μ Ε Ρ Ο Σ Δ Ε Υ Τ Ε Ρ ΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ
ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

- Εισαγωγή
- Εργαστηριακά ευρήματα οξείας παγκρεατιτιδας.
- Θεραπεία οξείας παγκρεατιτιδας.
- Θεραπεία χρόνιας παγκρεατιτιδας.
- Προεγχειρητική ετοιμασία - μετεγχειρητική φροντίδα
- Μετεγχειρητικές δυσχερείες
- Μετεγχειρητικές επιπλοκές
- IV χορήγηση υγρών.

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Η νοσηλευτική είναι επιστημη ξεχωριστή απο την Ιατρικη, με δική της ταυτότητα, δικό της αντικείμενο και δική της μεθοδολογία, που βοηθα τον άρρωστο, απο άλλες πηγες, γνώσεις απο εκεινες της Ιατρικής. Δεν θα παυσει όμως ποτε να πορευεται παράλληλα, στην εξελικτική της πορεία, με την Ιατρική στην ευρήτατη έννοια του όρου.

Το άτομο υγιές, ή άρρωστο, που εχει αναγκη απο τις υπηρεσιες της νοσηλευτικής, είναι μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα με βασικες αναγκες και απο τις τρεις αυτες σφαιρες. Η απειλη της υγείας του, η αρρώστεια και η εισαγωγή του στο Νοσοκομείο, του δημιουργουν προβληματικες καταστάσεις γιατι προκαλούν ανισοζύγιο στις αναγκες του.

Η κύρια ευθυνη της νοσηλευτικής άσκησης αναπτυσσεται εξ' αιτίας των δευτερογενών προβληματων, που προκαλουνται απο την μη δυνατοτητα του αρρώστου να εκτελει τη συνηθισμένη καθημερινή συμπεριφορά του.

Η αδελφή ετοιμαζεται για να βοηθήσει τον αρρωστο, να κανει το σύνολο των απαιτητων προσαρμογών για την υποστηριξη των υποκειμενων φυσιολογικών διεργασιών και για τους συμβιβασμούς στον κόσμο που υπάρχουν.

Η καλή επιστημονική καταρτισή της, οι οξυδερκεις παρατηρήσεις και κυρίως το ενδιαφερον της προς τον άρρωστο, αποτελούν σημαντικούς παραγοντες για την παροχή της δεουσας φροντιδας και θα συμβάλλει έτσι, τόσο στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση, όσο και στην ανακουφιση του αρρωστου απο τα συμπτώματα στην πρόληψη των υποτροπών και στην επιτυχία ποσούμενης εκ-
βασης της νόσου, την ίαση.

Εργαστηριακά ευρήματα οξείας παγκρεατίτιδας (κεφαλαία)

Τα εργαστηριακά ευρήματα περιλαμβάνουν:

1. Αύξηση της αμυλάσης του ορού, ανερχομένη σε τιμές άνω των 1000 μον. 5000 UY/100 ml (Φ.Τ 40 - 150).
2. Αύξηση της λιπάσης του ορού. Η μέθοδος δεν έχει τυχόν ευρείας εφαρμογής.
3. Αύξηση της θρυψίνης του ορού. Φυσιολογικές τιμές περί τα 400 ng/ml.
4. Το σάκχαρο του αίματος. Αύξηση σακχάρου αίματος και παρουσία σακχάρου στα ούρα, φανερώνει βλάβη στην ενδοκρινή μοίρα του παγκρέατος με αποτέλεσμα την ελάττωση της παραγωγής της ινσουλίνης, που ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων.
5. Υποασβεστιαίμια. Παρατηρείται σε ικανό αριθμό περιπτώσεων.
6. Παρακέντηση κοιλίας.

ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

- * Πριν από την παρακέντηση παρακαλείται ο αρρωστος να ουρήσει. Αυτό θα μειώσει τον κίνδυνο της κατα λάθος τρώσης της ουροδοχού κυστεως από τη βελόνη.
- * Ζυγίζεται ο αρρωστος και αναγράφεται το βάρος του σώματος του. Το βάρος στην αρχή της διαδικασίας χρησιμεύει σε βασική γραμμή πληροφοριών.
- * Μετρώνται και αναγράφονται τα ζωτικά σημεία του αρρωστου. Η γνώση των ζωτικών σημείων στην αρχή της παρακέντησης είναι απαραίτητη για σύγκριση των μετεπειτα μεταβολών των ζωτικών σημείων.
- * Τοποθετείται ο αρρωστος σε θέση FOUILER, με υποστηριγμένα την πλάτη, τους βραχίονες και τα πόδια.
- * Τα κλινοσκεπάσματα κατεβάζονται ρεπιδοειδώς προς τα κάτω μέχρι τη μεσότητα των μικρών, καλύπτεται ο θώρακας του αρρωστου και αποκαλύπτεται η κοιλιά. Έτσι μειώνεται η εκθεση του αρρωστου και διατηρείται ο θρασμός.
- * Τοποθετείται δίσκος παρακέντησης στο κομοδίνο .
- * Ενημερώνεται ο αρρωστος για την εξέταση.

ΦΑΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

Η παρακεντηση θεωρείται μικρή χειρουργική επεμβαση και απαιτεί ασηπτες συνθηκες. Πραγματοποιείται απο το γιατρό με τη βοήθεια της αδελφής με το γνωστο τρόπο.

ΦΑΣΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

- * Βοηθείται ο αρρωστος να είναι άνετος μετα την παρακεντηση.
 - * Αναγράφεται το ποσόν και η όψη του υγρού, ο αριθμός των δειγματον που στάλθηκαν στο εργαστήριο και η κατασταση του αρρωστου κατα τη διάρκεια της παρακεντησης.
 - * Παρακολουθείται η αρτηριακή πιεση και τα άλλα ζωτικά σημεια καθε μιση ώρα για τις 2 πρωτες ώρες, καθε ώρα για τις επόμενες 4 ωρες και καθε 4 ωρες το επόμενο 24ωρο.
- Η στενη παρακολούθηση θ' ανιχνεύσει τυχον αναπτυξη SHOCK και πιθανή φτωχή κυκλοφοριακή προσαρμογή.
- * Παρακολουθείται ο αρρωστος για τυχον διαρροή υγρού ή οίδημα οσχέου μετα την παρακεντηση. Είναι καταστασεις που αν διαπιστωθούν πρεπει να ειδοποιηθεί άμέσως ο γιατρός.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η θεραπεία της Ο.Π είναι κυρίως συντηρητική. Εγκαιρη και πρώιμη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται μόνο στις εξής περιπτώσεις: 1. Σε περιπτώσεις αμφιβόλου διαγνώσεως. 2. Σε περιστατικά στα οποία έχουν λαβει χώρα επιπλοκές που απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση και 3. Σε περιστατικά βαρείας προγνώσεως.

Στόχοι της συντηρητικής θεραπείας είναι:

1. Πρώτον η ανακούφιση του αλγους. Αυτή έχει μεγάλη σημασία, το καταλληλότερο παυσίπονο είναι η πεθιδίνη; λόγω του ότι προκαλεί μικρότερο σπασμό απ' ότι η μορφίνη. Εάν δεν αποδώσει, παρα την επανειλημμένη χορήγηση, εφαρμόζεται δια τοπικής αναισθησίας, αποκλεισμός διαφόρων νεύρων.
2. Δεύτερος στόχος είναι η αναταξη του SHOCK. Αυτή επιτυγχάνεται δι' αποκαταστάσεως του όγκου του αίματος και έχει μεγάλη σημασία, δεδομένου ότι η Ο.Π χαρακτηρίζεται απο τεράστια έξοδο υγρών εντος της περιτοναϊκής κοιλότητας και του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.
3. Τρίτος στόχος είναι η διόρθωση της διαταραχής των υγρών και ηλεκτρολυτών. Αυτή επιτυγχάνεται εν μερει με τα μετρα τα οποία λαμβάνονται για τη θεραπεία του SHOCK. Πέρα απ' αυτό είναι δυνατό ν' απαιτηθεί ασβέστιο προς διόρθωση της υπασβαιστιαιμίας καθώς και μικρές δόσεις ινσουλίνης κατα της υπεργλυκαιμίας.
4. Τέταρτος στόχος είναι η ελάτωση της εκκριτικής δραστηριότητας του παγκρέατος. Προς τούτο διακόπτεται η λήψη στερεών τροφών και υγρών απο το στόμα και εφαρμόζεται συνεχής ρινογαστρική αναρρόφηση. Δια της αναρροφήσεως του γαστρικού υγρού, ελαττώνονται τα ερεθίσματα προς έκκριση παγκρεατικού υγρού, δηλαδή η απελευθέρωση σεκρετίνης και παγκρεοζυμίνης η οποία λαμβάνει χώρα όταν το όξινο γαστρικό περιεχόμενο έρχεται σ' επαφή με το βλενογόνο του δωδεκαδακτύλου. Στην προσπάθεια να ελαττωθεί η οξύτητα του περιεχομένου του γαστρικού, διακόπτεται ανα ώρα, η συνεχής αναρρόφηση επι 15λεπτο και εισάγονται δια του καθετήρος αντιόξινα. Περαιτέρω ελάτωση της γαστρικής και της παγκρεατικής εκκρίσεως, μετ' ελατώσεως του τόνου του δωδεκαδακτύλου και του παγκρεατικού πόρου, επιτυγχάνεται δια της χορηγήσεως αντιχολινεργικών φαρμάκων, όπως είναι η βρωμιούχος προπανθελίνη (PROBANTHINE) 15 - 30 ανα δωρο ενδομυϊκώς. Η ατροπίνη δεν χρησιμοποιείται διότι η διάρκεια της είναι 1-2 ώρες και απαιτούνται μεγάλες δόσεις.

5. Πέμπτος στόχος της συντηρητικής αγωγής είναι η υποστήριξη της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, η οποία επιβαρύνεται και δυνατόν να καταστή ανεπαρκής για αυτό απαιτείται συχνή παρακολούθηση. Με την παραμικρή υποψία ανεπαρκείας η μέν καρδια υποστηρίζεται δια κεντρικής καρδιοτονώσεως, η δε αναπνοή δια της ασκήσεως θετικής πίεσεως δι' αναπνευστήρος.

6. Έκτος στόχος, είναι η αποφυγή της επιμολύνσεως, η οποία συνήθως επέρχεται την 2η-3η εβδομάδα. Προς τούτο δικαιολογείται η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών, χρησιμοποιούνται δε ευρέος φάσματος αντιβιοτικά σε θεραπευτικές δόσεις (κεφαλοσπορίνη, ή γενταμυκίνη).

Πέραν των ανωτέρω έχει χρησιμοποιηθεί σημαντικός αριθμός και άλλων θεραπευτικών μεθόδων, κυρίως πειραματικώς και σε μικρότερο βαθμό κλινικώς. Αναφέρουμε μερικές εξ' αυτών:

1. Τα κορτικοστεροειδή.
2. Το TRASYLOL, του οποίου η αποτελεσματικότητα τείνει να καθιερωθεί.
3. Η γλυκαγόνη, η οποία ελλατώνει την παγκρεατική έκκριση ως και την ενδοπαγκρεατική συγκέντρωση των διττανθρακικών.
4. Οι περιτοναϊκές πλύσεις (συνήθως έγχυση 2-3 λίτρων) NaCl 9%/24ωρο.
5. Η ψύξη του στομάχου έχει επίσης χρησιμοποιηθεί καθώς και η χορήγηση ηπαρίνης με αμφίβολα αποτελέσματα.

Όλα τα προαναφερθέντα μέτρα συνεχίζονται κανονικά, μέχρις ότου τα συμπτώματα και σημεία της οξείας φλεγμονής αρχίζουν να υποχωρούν. Αλλ' ενώ η υποχώρηση επέρχεται γρήγορα στους περισσότερους ασθενείς, η πλήρη αποκατάσταση των παθολογικών στοιχείων ιδιαίτερα δε το επίπεδο της αμυλάσης του ορού και των ούρων, δεν επιτυγχάνεται πάντοτε ταχέως. Είναι θέμα επομένως προσωπικής κρίσεως ο χρόνος διακοπής της θεραπευτικής αγωγής.

Γενικά πιστεύεται ότι εάν 12-36 ώρες μετά την έναρξη της συντηρητικής θεραπείας παρατηρείται βελτίωση τότε η μορφή αυτή της θεραπείας θα πρέπει να συνεχιστεί. Εάν η κατάσταση επιδεινώνεται τότε θα πρέπει κανείς να σκεφτεί τη νεκρωτική μορφή της οξείας παγκρεατίτιδας και την αντιμετώπιση της νόσου δια πλέον ριζικών μετρών.

Εάν αντιθετως αποφασιστεί χειρουργική αντιμετώπιση τηρούνται οι ακόλουθοι γενικοί κανόνες:

1. Γίνεται ευρεία παροχέτευση της περιοχής του παγκρεατος, με τοποθέτηση σωλήνων και στην περιτοναϊκή κοιλότητα και στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, εφ' όσον προκειται περι οίδηματώδους μορφής παγκρεατίτιδας.
2. Εάν διαπιστωθεί χολολιθίαση ή συμφόρηση του χοληφόρου δέντρου, εφαρμόζεται χολοκυστοστομία και.
3. Τοποθετούνται ραφές ολικού πάχους κατά τη συγκλείση των κοιλιακών τοιχωμάτων, προς αποφυγή διασπασεως του τραυματος.

Γενικά πιστεύεται ότι μολόνότι δεν γνωρίζομε το κατάλληλο χρόνο, εν τούτοις όσο γρηγορότερα επεμβαίνει κανείς τόσο καλύτερα για τον ασθενή.

Οι ενδείξεις προς χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας είναι: 1. η αδυναμία βελτιώσεως της καταστάσεως μετά πάροδο 36 ωρών από της εφαρμογής της συντηρητικής θεραπείας. 2. η αδυναμία διορθώσεως συντηρητικώς της υποκαλιαιμίας και της οξεώσεως και 3. η εμφάνιση νεφρικής ανεπάρκειας. 4. ελατώσεως της διουρήσεως και 5. αυξήσεως της ουρίας. Επίσης 6. Επι σοβαρών κλινικών υποψιών περί δημιουργίας παγκρεατικού αποστήματος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

1. Το δυσχερέστερο έργο είναι η καταπολέμηση του άλγους. Τα συνηθισμένα παυσίπονα πολλές φορές δεν αρκούν, οπότε προσφεύγουμε αναγκαστικά στα ναρκωτικά με αποτέλεσμα το εθισμό.
2. Η αντιμετώπιση των εκδηλώσεων της παγκρεατικής ανεπάρκειας δεν είναι κατά κανόνα δυσχερής. Αναγράφεται δίαιτα πτωχή σε λίπος και πλούσια σε πρωτεΐνες σε συνδιασμό με βιταμίνες και σκευάσματα περιέχοντα παγκρεατικά ένζυμα σε μεγάλες δόσεις, όπως COTAZYM 2-3 δισκία ανά κύριο γεύμα.
3. Σακχαρώδης διαβήτης σπανίως αποτελεί πρόβλημα, ευχερώς ρυθμιζόμενος δια διαίτης μετά υπογλυκαιμιών δισκίων ή μικρών δόσεων ινσουλίνης.
4. Πλήρης απαγόρευση οινοπνεύματος.

Εάν οι πόνοι είναι αφόρητοι τίθεται το ερώτημα χειρουργικής επεμβάσεως. Η πιο απλή αυτών είναι η σφιγκτηροπλαστική κατά την οποία διευρύνεται ο σφιγκτήρας του ΟDDI. Σε βαρειές περιπτώσεις εκτελείται μερική παγκρεατεκτομία κατά την οποία αφαιρείται η ουρά του παγκρέατος, μετ' επακολούθου αναστομώσεως του κολοβώματος με τη νήστιδα. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις προσφεύγουμε μερικές φορές σε παγκρεατεκτομία.

Οι μέθοδοι αυτές δεον ν' αποφεύγονται, διότι ο ασθενής καθίσταται παγκρεατικώς ανάπηρος, και πρέπει να λαμβάνει εφ' όρου ζωής υποκατάστατα εκχυλισμάτων παγκρέατος και ινσουλίνη.

Επί εκτέρου γίνεται χολοπεπτική αναστόμωση και επι δωδεκαδακτυλικής αποφράξεως βαζοτομή ή γαστρεκτομή με BILLROTH II αναστόμωση. Ανάλογη αγωγή εφαρμόζεται και επι έλκους στομάχου.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

α. Ψυχολογική προετοιμασία. Πολλοί ασθενείς όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανυσηχίες, αλλά και προβλέπουν την αποτυχία της εγχειρήσεως και τότε σκεψεις, που αφορούν την οικογένεια, τα παιδιά κ.λ.π δημιουργούν αισθήματα καταθλίψεως.

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

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της αδελφής: 1. Ν' ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει 2. Να καταλάβει τον ασθενή και να συμμαριστεί τη θέση του.

β. Φυσική προετοιμασία. Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατανθρακες, λευκωματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένα άτομα καθώς και σε άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση ή εγχείρηση κατά την οποία ο ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν τρεφεται από το στομάχι, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κλπ) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών κλπ.)

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της αδελφής είναι αποφασιστική. Ένω ο γιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου η αδελφή παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν κατά τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η αδελφή βοηθάει στη σωματική τόνωση του ασθενούς εάν:

1. Έχει αντιληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
2. Γνωρίζει την επιδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού και
3. Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής. Όλα αυτά βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού καθώς και στην εκλογή τροφών, στις οποίες υπάρχουν τα συστατικά που έχει ανάγκη ο οργανισμός.

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

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς υπολείμματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε απ' το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας. Εάν ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για 6 ώρες να στερηθεί υγρό, του χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.

γ. Ειδικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές).

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

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

2. Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

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

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

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

2. Γενική ούρων.

Το είδος της εγχειρήσεως και η κατάσταση του ασθενούς ρυθμίζουν την ανάγκη συμπληρωματικών εξετάσεων

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος.

Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κλπ.) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Παρενθετικώς σημειώνεται ότι το έργο και η ευθύνη του αναισθησιολόγου περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεως κατά ποσόν ο ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει ναρκωση, τον καθορισμό του είδους της ναρκώσεως και του ναρκωτικού, τη χορήγηση της ναρκώσεως και τέλος την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τελεία αποναρκωση του.

δ.Καθαριότητα του ασθενούς. Αυτή συνίσταται σε:

1.Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα,ο οποίος αποβλέπει:

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντερου πανω στο χειρουργικό κρεβατι.
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως απο το χειρουργό,λόγω μη διατασεως των εντερικών ελίκων και
- Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικες έλικες απο τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Με την χρήση καθαρτικών φαρμακων.Σήμερα δεν συνίσταται η λήψη καθαρτικών γιατι προκαλεί αφυδατωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

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

2.Καθαριότητα του σματος του ασθενούς. Αυτό εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας,το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δερματος,και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραυματος απο το ακάθαρτο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος μην κρυώσει.

Το λουτρό προ της εγχειρήσεως μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαπούνι, τρίφτη και νερό,αλλα να είναι καθαριότητα και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος.

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

ε. Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου πρέπει να είναι αρκετή γύρω από το σημείο της τομής.

ζ. Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία ή τελική προεγχειρητική ετοιμασία η οποία περιλαμβάνει:

***1 Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς.**

Η αδελφή κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλιση τους από τα φυσιολογικά όρια.

Ακόμη προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος.

***2 Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς.** Καταστρώνεται πρόγραμμα σειράς εγχειρήσεων, το οποίο ανακοινώνεται στις νοσηλευτικές μονάδες.

Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φορεύ την κατάλληλη ενδυμασία αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειασει η ουροδόχος κύστη.

Η ενδυμασία του χειρουργίου αποτελείται από τα ποδονάρια (είδος καλτσών) που σκεπάζουν τα κατω άκρα, υποκαμισο (κοινό νυχτικό, ανοιχτό στο πίσω μέρος), σκούφο (για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής). Σκούφος δεν χρησιμοποιείται στους άνδρες.

Η αδελφή φορεύ τα ρούχα αυτά στον αρρωστο, αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων και το νυχτικό ή τις πιτζαμες του ασθενούς. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα (εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο στη βέρα την οποία ασφαλίζει η αδελφή μ' έναν επίδεσμο στον καρπό).

Τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς.

* 3Προνάρκωση. Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται απο τον αναισθησιολόγο γιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάτωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμακων συνιστάται στον ασθενή να μην σηκωθεί απο το κρεβάτι του.

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

Μετα την προνάρκωση εξασφαλίζομε στον ασθενή ένα περιβαλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό .

Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμενα νυχια, ξεβάφονται, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατα την νάρκωση.

Μετά την προνάρκωση, μεταφέρεται αμέσως ο ασθενής στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο.

Εαν είναι δυνατο, η αδελφή παρακολουθεί και την εγχείρηση. Αυτό θα τη βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή.

Τέλος όλες οι βασικές ενεργειες της αδελφής, που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενού, πρέπει ν' αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της αδελφής, η οποία θα συντελέσει:

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

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

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα και τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Την καταλληλή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η καταλληλή θέση του αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση μυών και επιτρέπει τη λειτουργία τυχόν παροχетеυσεων κλπ.
3. Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραυματος και την παρακολούθηση του.
4. Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της αδελφής.
5. Τη σύνδεση των παροχетеυσεων ή του καθετήρα αν ο ασθενής φέρει κάποιο απ' αυτά.

6. Την προφύλαξη και θεραπεία απ' τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
7. Την ανακούφιση του αρρώστου με την καλή νοσηλευτική φροντίδα απο τον πόνο και άλλες δυσκολίες, απο τις οποίες υποφέρει κυρίως τις πρώτες 48 ώρες μετα την εγχείρηση.
8. Τη φροντίδα του τραυματος.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας του ασθενούς, συνιστάται λουτρό καθαριότητας, καθημερινά, συχνή αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού.

Οι πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν, αλλά και προλαβαίνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες (συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές).

Η δίαιτα του χειρουργημένου ασθενους είναι υγρή, βαθμιαία, προχωρεί σε ελαφρες πολτωδεις τροφες και κατοπιν αφηνεται ελευθερη. Όταν δεν επιτρεπεται ο ασθενης να παρει υγρα απ' το στομα ή σε μεγαλη αφυδατωση, λόγω του είδους της εγχειρήσεως ή λόγω ναυτίας και εμετων, τότε χορηγούνται σ' αυτον οροί ενδοφλεβίως.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχερείες είναι:

1. Πόνος. Η αδελφή για ν'ανακουφίσει τον ασθενή απο τον πονο του δίνει θέση η οποία να προκαλεί χαλαρωση μυων, κανει ελαφρα εντριβή στα πιεζομενα μελη του σωματος, προστατευει τον ασθενη κατα το βηχα ή τους εμετους και οταν υπαρχει μεγαλη αναγκη του χορηγεύ αναλγητικα φαρμακα με μορφή ενεσων, το είδος και η δόση των οποίων καθοριζεται απο το γιατρο.

2. Εμετος. Ο εμετος και η ναυτια είναι συνηθισμένα φαινόμενα με-τα απο γενικη ναρκωση και σπανια διαρκουν περαν του 24 ωρου απο την αποναρκωση του ασθενους. Εάν ο ασθενης εχει εμετους, η αδελφη τοποθε-τει τι κεφαλι προς τα πλαγια και του προμηθευει το νεφροειδες, το οποιο αποσυρει αμεσως μετα τον εμετο, διοτι η παραμονή του κοντα στον αρρωστο προκαλει εμπροσθετη ναυτια και έμετο.

Μετα απο καθε εμετο πρεπει το στομα του αρρωστουνα πλενεται με λι-γο νερο και να διατηρουνται καθαρα τα κλινοσκεπασματα. Σε συνεχιζόμε-νους εμετους δυνατο να γινει διασωλήνωση στομαχου απο τη μυτη με σωλη-να LEVIN. Ετσι, απαλλάσσεται ο ασθενης απο τα πλεονάζοντα υγρα του στο-μαχου.

3. Δίψα. Η δίψα παρατηρείται μετα απο γενικη ναρκωση ή ακομη και το-πική αναισθησία. Το αίσθημα της διψας αντιμετωπιζεται με συχνες πλυσεις της στοματικης κοιλοτητας, με υγρανη των χειλέων και της γλωσσας με γαζα ή βαμβακι ποτισμενο με κρυο νερο, και με χορηγηση υγρων δια της πεπ-τικης ή της παρεντερικης οδού.

4.Ανησυχία-δύσπνοια. Σκοπός της αδελφής είναι η καταπολέμηση των συμπτωμάτων και καταβολή προσπάθειας για επαναφορά του ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα. Η αδελφή σ' αυτή τη περίπτωση τοποθετεί τον ασθενή σε αναρροπή θέρση η οποία επιβροηθαι την αναπνοή.Επίσης χορηγείται οξυγόνο για την καταπολέμηση της δύσπνοιας,καθως και βρογχοδιασταλτικων φαρμακων.

5.Διάρταση κοιλιας. Γίνεται έλεγχος της παγκρεατικής εκκρίσης για ανακουφιση του ασθενους απο τα συμπτωματα.

Τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας LEVIN με εντολή γιατρού και εφαρμογή τακτικής αναρρόφησης και παρακολούθησης της λειτουργίας του σωλήνα επειδή υπάρχει κίνδινος αποφραξης. Επίσης γίνεται αναγραφή των υγρών που αποβάλλονται απο το σωληνα LEVIN με τη συνεχή αναρρόφηση για τη σωστή παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες:

- Αιμορραγίες: Παράγοντες που συντελούν σ' αυτή την επιπλοκή είναι:

α) Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού. β) Η μόλυνση του τραύματος αυτή αντιμετωπίζει ο οργανισμός με συρροή αίματος, ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη αιμορραγία γ) Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς. Μ' αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα ή ράμμα με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία και δ) Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος κ.α.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: Ευπείστος, γρήγορος και νηματώδης σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η αδελφή αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής: θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί το γιατρό, για την παροχή βοήθειας. Δεν δίνει στον ασθενή τίποτα από το στόμα, έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει το αίμα, για τον ασθενή. Τον απαλλάσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του, απομακρύνοντας κάθε αίτιο ανησυχίας και εκνευρισμού.

SHOCK ή καταπληξία: Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του

SHOCK είναι:

Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος κ.α. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης, δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του SHOCK είναι: Αφαίρεση μαξιλαριού απ' το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση) για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς, στο ελάχιστο, για μείση των καύσεων του οργανισμού. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή γιατρού. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει.

Η προφύλαξη του ασθενούς απο μετεγχειρητικό SHOCK συνίσταται στην προσπάθεια ν' αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφισή του από τον πόνο, στην αύξηση του όγκου του αίματος προ της εγχείρησης, στη χορήγηση αφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς.

Όλα αυτά αποτελούν βασικά καθήκοντα της αδελφής.

- Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλιάς. Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Αίτια που προκαλούν τον τυμπανισμό είναι:

α) Επίδραση ναρκωτικού β) Ερεθισμός του περιτοναίου κατά την εγχείρηση γ) Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα δ) Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς ε) Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αερία.

Τα συμπτώματα είναι:

- α) Μετεωρισμός (φούσκωμα) κοιλιάς
- β) Κωλικοί πόνοι
- γ) Έγκαιρη αποβολή ναρκωτικού
- δ) Καλή προεγχειρητική καθαριότητα εντερικού σωλήνα
- ε) Έγκαιρο σήκωμα του αρρώστου απ' το κρεβάτι
- ζ) Αποφυγή υγρών που προκαλούν αέρια

Η ανακούφιση του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή περιλαμβάνει:

- Ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια
- Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο, με τον οποίο βοηθείται ο ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα.
- Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο, η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων, καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή των αερίων.
- Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται, εφόσον οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες.

Θρομβοφλεβίτιδες: Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι η του μηρού. Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ ΣΕ:

- Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες
- Εγκαιρο σήκωμα απ'το κρεβάτι
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας
- Αποφυγή εντριβών των άκρων

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ:

- Απόλυτη ακινησία του άκρου, για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος
- Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση, για διευκόλυνση της κυκλοφορίας
- Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεποσμάτων
- Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων, για ανακούφιση του αρρώστου
- κατόπιν εντολής γιατρού
- Εναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή γιατρού

Το σήκωμα του ασθενούς απ'το κρεβάτι καθορίζεται επίσης με εντολή γιατρού.

IV ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ

Ενδοφλεβια έκχυση

Ενδοφλέβια έκχυση είναι η είσοδος δια βελόνας - μεγάλης ποσότητας διαλύματος σε φλέβα.

Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται είναι:

- Η ταχεία απορρόφηση των υγρών.
- Η χορήγηση μεγάλης ποσότητας υγρών.
- Η συνεχής χορήγηση υγρών για πολλές ώρες.
- Η αύξηση του όγκου του αίματος μετά από μια αιμορραγία.

Τα εισαγόμενα στην κυκλοφορία υγρά είναι συνήθως διαλύματα ηλεκτρολυτών ή γλυκόζης, στα οποία - εάν υπάρχει ανάγκη - δυνατό να προστεθούν διάφορα φάρμακα, πάντα με ιδιαίτερη προσοχή σχετικά με τη δόση και τη συμβατότητα του διαλύματος.

Νοσηλευτικές αρχές κατά την ενδοφλέβια έκχυση υγρών

1) Το είδος, το ποσό και η ροή των χορηγούμενων υγρών προγραμματίζεται ημερησίως από τον γιατρό.

2) Η συνηθισμένη ταχύτητα ροής του ορού ρυθμίζεται σε 25-60 σταγόνες κατά 1 λεπτό της ώρας

3) Κατά τη χορήγηση υγρών από τη φλέβα παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα υπερφορτώσεως της κυκλοφορίας (βήχας, δύσπνοια, δυσφορία)

4) Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών παρακολουθείται η ροή του υγρού και το σημείο εφαρμογής της βελόνας (υποδόρια έκχυση).

5) Ορός που περιέχει κάλιο χορηγείται πολύ αργά, διότι το Κάλιο επιβραδύνει την καρδιακή λειτουργία

6) Ορός που περιέχει αμινοξέα ή τοξικά φάρμακα πρέπει να χορηγείται αργά

7) Εμπλουτισμός ενός ορού με βιταμίνες ή άλλα φάρμακα γίνεται πάντοτε μετά από εντολή γιατρού.

8) Ορός που εμπλουτίστηκε πρέπει να χρησιμοποιηθεί μέσα σε χρόνο 4 ωρών, διαφορετικά αχρηστεύεται. Η φιάλη πρέπει να έχει στην ετικέττα ένδειξη με το φάρμακο που προστέθηκε.

Από την είσοδο στην κυκλοφορία μεγάλης ποσότητας ορού μπορεί να προκληθεί αντίδραση. Ακόμη είναι δυνατό να εμφανιστεί αντίδραση σε περίπτωση που δεν έχουν αποστειρωθεί καλά τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν (λάστιχο ορού, σύριγγα, βελόνα κ.λ.π.) καθώς και από το διάλυμα που χρησιμοποιήθηκε.

Η αντίδραση γίνεται αντιληπτή από ενοχλήματα όπως πόνος στη μέση, ρίγος που ακολουθείται από υψηλό πυρετό.

Σε εμφάνιση αντιδράσεως, διακόπτεται η ροή του ορού και ειδοποιείται η προϊσταμένη ή ο γιατρός. Σε έντονη αντίδραση συνιστάται από τον ιατρό η αφαίρεση του ορού και η εκτέλεση αντισταμινικής ενέσεως.

Στην εμφάνιση ρίγους ανακουφίζουμε τον ασθενή, θερμαίνοντάς τον (θερμοφόρα στα πόδια, επιπρόσθετα μάλλινη κουβέρτα).

Όταν σταματήσει το ρίγος, θερμομετρείται ο ασθενής και σημειώνεται η θερμοκρασία με το ενδεικτικό σημάδι του ρίγους στο διάγραμμά του.

Απαραίτητα μέσα για μια ενδοφλέβια έγχυση είναι:

1. Το διάλυμα για την έγχυση, κατάλληλα συσκευασμένο σε γυάλι-
νες ή πλαστικές φιάλες, περιεκτικότητας 250, 500 ή 1000 κ.εκ.
2. Στατό., (στήριγμα) για την ανάρτηση (κρέμασμα) της φιάλης
που περιέχει το διάλυμα.
3. Συσκευή εκχύσεως. Αποτελείται από σταγονοθάλαμο, σωλήνα
λεπτό μήκους 1,5 μέτρων περίπου, πίεστρο για τη ρύθμιση της ταχύτη-
τας ροής του υγρού, μπέκ και βελόνα. Η συσκευή εκχύσεως είναι απο-
στειρωμένη μέσα σε θήκη από πλαστική ύλη.
4. Τετράγωνο αδιάβροχο, τετράγωνο αλλαγών, νάρθηκας, λευκοπλάστ,
φαλίδι, επίδεσμος, γάζες αποστειρωμένες.
5. Τροχήλατοι ενέσεων στο οποίο τοποθετούνται τα πιο πάνω εκ-
τός απ' το στατό.

Προκειμένου να γίνει η έγχυση από την αδελφή, καθορίζεται από
τον θεράποντα γιατρό γραπτώς η φύση, το ποσό και η ταχύτητα της εγ-
χύσεως του διαλύματος.

Μ Ε Ρ Ο Σ Τ Ρ Ι Τ Ο

- Περιγραφή Χαρακτηριστικών περιστατικών
- Συμπεράσματα
- Βιβλιογραφία

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Τα περιστατικά που παραθέτω στη συνέχεια της εργασίας μου πάρθηκαν από την Παθολογική και χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μου.

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 57

Ημ.εισόδου: 16-9-91 (16-9-91)

Ημ. εξόδου: 4-10-91 (4-10-91)

Διάγνωση: Παγκρεατίτιδα.

Η ασθενής προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία, αιτιώμενη από 48ωρο, επίμονο πόνο στο επιγάστριο, τύπου κολικού, με αντανάκλαση στο θώρακα, με εμέτους, τροφώδεις στην αρχή, κατόπιν χολώδεις. Επίσης αναφέρεται ικτερική χρειά το τελευταίο 24ωρο.

Από γενόμενο εργαστηριακό έλεγχο ευρέθησαν:

Λευκά αίματος: 15.000 με τύπο πολυμορφοκυτταρικό Τ.Κ.Ε.: 60 κμ Ηg

Χολυστερίνη: ολική 2,5 κμ %

με άμεσο 2 κμ%. Η τιμή αυτή σημαίνει ότι έχουμε απόφραξη.

Διαστάσεις ορού αίματος: 3.000 μονάδες το 1^ο 24ωρο

Διαστάσεις ούρων: 20.000 μονάδες το 1^ο 24ωρο

Τρανσαμινάσες: SGOT =60

SGPT =50

(οι φυσιολογικές τιμές είναι μέχρι 20)

Αλκαλική φωσφατάση: 150

Η ασθενής ετέθη υπο περιορισμένης λήψεως γεύματος.

Τοποθετήθηκε LEVIN με καθημερινή μέτρηση γαστρικών υγρών.

Ενυδατώθηκε καθημερινά με 3 Kgr ορού με ανάλογους ηλεκτρολύτες (Na⁺, K⁺), με τη σχετική αντιβίωση (κεφαλοσπορίνη 4 gr ημερησίως IV) και σπασμωλιτικά επί πόνου (BUSCOPAN ή ROMIDON).

Σε γενόμενο υπερηχογράφημα χοληδόχου ευρέθησαν χολόλιθοι. Η ως άνω πάθηση θεωρήθηκε επιπλοκή της ήδη υπάρχουσας χολολιθίασης.

Η πορεία της νόσου υπήρξε ομαλή με βελτίωση στα επόμενα 24ωρα. Οι διαστάσεις ούρων ελλατώθηκαν σημαντικά μετά την 5^η ημέρα (150 μονάδες)

Η χολερυθρίνη ορού ολική 1,2mm%

με άμεσο 0,9mm%

με άμεσο 0,3mm%

Κατόπιν τούτου διακόπηκαν οι οροί και της χορηγήθηκε άλιπος δίαιτα.

Μετά την πάροδο μιας εβδομάδας η ασθενής εξήλθε με οδηγίες όπως αντιμετωπισθεί χειρουργικά μετά από 1 μήνα (χολοκυστεκτομή).

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
I Έντονο επιγαστρικό άλγος κ' άλγος δεξιού υποχονδρίου	Καταπολέμηση του άλγους κ' ανακούφιση της ασθενούς	-Χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων - Τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση	Χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων για τη μείωση του πόνου CAROTEL -Η ασθενής έχει το σώμα της σηκωμένο προς τα εμπρός ενώ συνεχώς φέρει τους μηρούς προς τη κοιλιά. (Η θέση αυτή ανακουφίζει επειδή προκαλεί μείωση της δραστηριότητας των μυών της περιοχής γύρω από το πάγκρεας).	-Ο πόνος δεν υποχώρησε τελείως - Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα, αλλά δεν μπορεί να παραμείνει για πολύ στην ίδια θέση.
II Ναυτία, έμετος και διάταση της κοιλίας	Έλεγχος της παγκρεατικής έκκρισης για ανακούφιση της ασθενούς απ' τα συμπτώματα	-Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα LEVIN, με εντολή γιατρού.	- Εφαρμογή διαλλείπουσας αναρρόφησης. - Συχνή παρακολούθηση της λειτουργίας του σωλήνα LEVIN επειδή υπάρχει κίνδυνος απόφραξης αυτού. - Διατήρηση της συσκευής κλειστής και καθαρής για αποφυγή κακοσμίας και εστίας μόλυνσης του περιβάλλοντος. - Αναγραφή των υγρών που αποβάλλονται απ' το σωλήνα LEVIN με τη συνεχή αναρρόφηση για τη σωστή παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών.	-Ανακούφιση της ασθενούς από τους εμέτους και τη διάταση κοιλίας -Αριστη λειτουργία ρινογαστρικού σωλήνα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
III Κατακράτηση ούρων	-Εκκένωση της ουροδόχου κύστεως και ανακούφισης ασθενούς.	-Δεν χορηγείται στον ασθενή τίποτα απ' το στόμα. -Τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστεως με άσηπτη τεχνική.	- Έλεγχος της λειτουργίας του καθετήρα επειδή υπάρχει κίνδυνος απόφραξης αυτού από άλατα. -Μέτρηση και αναγραφή των ούρων που αποβάλλονται για τη συχνή παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών της ασθενούς.	- Μείωση της παγκρεατικής έκκρισης -Η ουροδόχος κύστη εκκενούται κανονικά.
IV Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	-Εξασφάλιση ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών.	-Παρεντερική χορήγηση υγρών	-Η ασθενής έπαιρνε τους εξής ορούς: DEXTROSE 5% 1000 και SODIUM CHLORIDE 1000 . Τις δυο πρώτες μέρες της νοσηλείας της η ασθενής πήρε αυτούς τους ορούς, ενώ λοιπές εμπλουτισμένους γιατί παρουσίασε επιπρόσθετα προβλήματα. - Ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών της ασθενούς καθημερινά.	- Ικανοποιητική διόρθωση του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών. Στη συνέχεια αφαιρέθηκε ο σωλήνας LEVIN της ασθενούς ήταν βελτιωμένη. - Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σταμάτησε. Η ασθενής σιτίζεται με ανάλογη τροφή.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
VII Χαμηλή τιμή Η†	-Διατήρηση σταθερού του όγκου του αίματος.	-Χορήγηση μιας μονάδας συμπιεσμένων ερυθρών κάτω από άσηπτες συνθήκες τεχνικής.	- Παρακολούθηση της ασθενούς για τυχόν εμφάνιση αντιδράσεων που οφείλονται στη χορήγηση αίματος. - Συχνή λήψη και αναγραφή της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, οι τιμές των οποίων τείνουν να επανέλθουν στα φυσιολογικά όρια. - Συνεχής παρακολούθηση της πηκτικότητας του αίματος της ασθενούς.	- Η ασθενής δεν παρουσίασε καμιά αντίδραση κατά τη χορήγηση αίματος.

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 70

Ημ. εισόδου: 2-12-91

Ημ.εξόδου: 11-12-91

Διάγνωση: Οξεία παγκρεατίτιδα

Πρόκειται για μια ασθενή, συνταξιούχο του ΙΚΑ, η οποία προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου με επιγαστρικό άλγος και δεξιού υποχονδρίου.

Το πρόβλημα της ασθενούς αρχίζει από διμήνου, όταν αυτή αιστάνθηκε έντονο επιγαστρικό άλγος δεξιού υποχονδρίου με αντανάκλαση στην σσφύ και τη δεξιά ωμοπλάτη. Κατά την παρούσα εξέταση αναφέρει τα ίδια συμπτώματα με εμετό (3 φορές), ναυτία, και ικτερική χροιά των επιπεφυκότων.

Εμφανίζει ευαισθησία σ' όλη την κοιλιά η οποία είναι διατεταμένη. Η δακτυλική εξέταση είναι χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στο ατομικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρεται ρήξη εξωμητρίου κύησης και εγχείρηση στη μήτρα ενώ το οικογενειακό ιστορικό αυτής είναι ελεύθερο.

Έγινε U/S δεξιού υποχονδρίου το οποίο έδειξε χολολιθίαση χωρίς διάταση του χοληδόχου πόρου.

Εγιναν επίσης εργαστηριακές εξετάσεις αίματος με τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Λευκά αιμοσφαίρια:	13.500 /ML	(ουδετερόφιλα 75
		ραβδοπύρηνα 5
		λεμφοκύτταρα 20)

Αιματοκρίτης: 36%

Σάκχαρο: 129 ΜG/DL

Νάτριο: 146 ΜG/DL

Κάλιο: 3,4 ΜG/DL

Αμυλάση: 380 IU

Αλκαλική φωσφοτάση: 760 IU

Η ασθενής εισάγεται στη χειρουργική κλινική για αντιμετώπιση ενώ βρίσκεται σε σχετικά καλή κατάσταση.

I Επύμνος πόνος στο επιγάστριο

-Καταπολέμηση του πόνου και ανακούφιση του ασθενούς.
 -Χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων για ελάτωση του πόνου
 - Χορήγηση ναρκωτικών φαρμάκων

-Χορηγήθηκε 1 αμπ PETHIDINE IM
 -Ενίσχυση του ηθικού της ασθενούς, αποφυγή ερεθισμάτων που της προκαλούν συγκίνηση επειδή ως γνωστό ο ψυχικός παράγοντας επηρεάζει την ένταση των φυσικών ενοχλημάτων.

-Προκλήθηκε αναλγησία



II Εμέτους τροφώ-δεις και στη συνέχεια χολώ-δεις.

-Έλεγχος της παγκρεατικής έκκρισης για ανακούφιση απο τα συμπτώματα.

-Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα LEVIN με εντολή γιατρού.

50

-Ανακούφιση απ' τους εμέτους

-Συνεχή αναρρόφιση του σωλήνα LEVIN
 -Παρακολούθηση κ' αναγραφή αποβαλλόμενων υγρών.

-Δεν δίνεται στον ασθενή τίποτα απ' το στόμα.

IV Ικτερική χροιά.

- Εξετάζονται το δέρμα και ο σκληρός χιτώνας του οφθαλμού για τη διαπίστωση του ικτερικού χρώματος που προκαλείται απο την απόφραξη του χοληδόχου πόρου του 12/δακτύλου ή του πύλωρου από λίθο ή οίδημα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
----------------------	-------------------------------	--	---------------------------------	------------------------

VI Έλεγχος υπεργλυκαιμίας

-Έγκαιρη αναγνώριση και σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης

-TEST ούρων ανα δωρο σ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς για έγκαιρη αναγνώριση τυχόν σακχαρουρίας.

-Καθημερινή λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και για τον έλεγχο της τιμής του σακχάρου του αίματος.

-Η ασθενής δεν παρουσίασε υπεργλυκαιμία. Οι τιμές του σακχάρου ήταν φυσιολογικές .

51

VII Παρακολούθηση για εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας.

-Πρόληψη: Έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση.

-Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβράδυνση της κυκλοφορίας.

-Τοποθέτηση των άκρων σε ανάρτηση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

-Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής με εντολή γιατρού.

-Η ασθενής έπαιρνε HEPARINE CALCIUM AMP 5000 IV, 1x3

-Η ασθενής δεν εμφάνισε θρομβοφλεβίτιδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά απ'όσα αναφέρθηκαν σχετικά με το θέμα "Παγκρεατίτιδα", γενικά, διαπιστώνεται ότι είναι ανάμεσα στους παράγοντες που απειλούν τη ζωή των ανθρώπων.

Από τα είδη της η αλκοολική παγκρεατίτιδα καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τ'άλλα είδη.

Όσον αφορά την θνησιμότητα το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα, περίπου το 50% των πασχόντων καταλήγουν σε θάνατο.

Υπάρχει έλλειψη καλά ειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη νόσο αυτή.

Η αντιμετώπιση του αρρώστου με παγκρεατίτιδα σταματά δυστυχώς μόνο μέσα στο νοσοκομείο, γιατί δεν υπάρχουν σ'όλες τις περιοχές ειδικά κέντρα που θα διαφωτίσουν, θα παρακολουθήσουν και θα υποστηρίξουν ανάλογα τα άτομα.

Για το λόγο αυτό παρατηρείται μεγάλο ποσοστό ατόμων οι οποίοι λόγω άγνοιας που έχουν, όσον αφορά τον έλεγχο της υγείας τους, δεν γνωρίζουν την πάθησή τους και δεν την αντιμετωπίζουν κατάλληλα.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΒΑΣΩΝΗΣ. Δ. "Επίτομη Χειρουργική". Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. κ. Παρισιάνος. Έκδοση 5^η Αθήνα 1987
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Χ.Δ. "Ειδική Νοσολογία", Τόμος Α', Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. κ. Παρισιάνος, Έκδοση 4^η Αθήνα 1984.
- CHATTON "Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική".
Μετάφραση: Κρικέλης, Ι - Μοντικαλάκης, Φερτάκης,
τόμοι Ι, ΙΙ Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. κ. Παρισιάνος,
Αθήνα 1978
- GANONG F.W. "Ιατρική Φυσιολογία". Μετάφραση:
Βαγγέλη Σπανού, τόμος ΙΙ, Επιστημονικές εκδόσεις
Γρ. κ. Παρισιάνος, Έκδοση ΧΙ. Αθήνα 1985
- GOYTON "Φυσιολογία του ανθρώπου". Μετάφραση: Δ. Ευαγγέλου
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Τρίτη έκδοση, Αθήνα 1984
- ΚΑΝΑΚΗΣ Κ. "Στοιχεία Φαρμακολογίας και Συνταγολογίας".
Τόμος ΙΙ. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.
Αθήνα 1984
- ΚΑΤΡΙΒΕΣΗΣ Ε. και ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν. "Μαθήματα Ανατομικής του ανθρώπου".
Τόμοι Ι ΙΙ, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: Χειρουργική και Παθολογική
Νοσηλευτική., Τόμος Α' Εκδοτικός Οίκος Ταβίθα
Αθήνα 1987
- ΜΠΑΤΡΙΝΟΥ Π.Ν. "Σύγχρονη Ενδοκρινολογία". Τόμος Ι, Εκδόσεις
STUDIO PRESS Α.Ε. Αθήνα 1982
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική". Τόμος Α', Εκδόσεις "ΒΗΤΑ".
MEDICAL ARTS Αθήνα 1984

