

Τ.Ε.Ι. : ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Νεφρολιθίαση και Νοσηλευτική
φροντίδα ασθενούς με
νεφρολιθίαση"

Υπεύθυνη Καθηγήτρια
Δίδα Νάνου Κυριακή

Σπουδάστρια
Τσιαμάρη Βάγια

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ
31.1.92



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ανατομία Νεφρών.....	1
Φυσιολογία Νεφρών.....	4
Παθολογία.....	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Κλινικές Εκδηλώσεις - Συμπτώματα.....	12
Διάγνωση - Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	14
Θεραπεία.....	17

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	19
---------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με νεφρολιθίαση.....	20
Νοσηλευτική αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς.....	20
Συμπτώματα και Νοσηλευτική Αντιμετάπιση.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Θεραπεία και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	26
Μετευχειρητηκή φροντίδα.....	29
Μετευχειρητηκές επιπλοκές.....	31
ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Νοσηλευτική Διεργασία.....	
1ο Περιστατικό.....	34
2ο Περιστατικό.....	38

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ	634 ⁹³
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η λιθίαση του ουροποιητικού συστήματος είναι γνωστή από τους αρχαίους χρόνους στην Αίγυπτο, Κίνα, Ινδίες και Ελλάδα.

Σε Αιγυπτιακές μούμιες βρέθηκαν λίθοι του νεφρού και της ουροδόχου κύστεως.

Στο Μεσαίωνα οι έμπειροι χειρουργοί αφαιρούσαν τους λίθους της ουροδόχου κύστεως με επάδυνη επέμβαση από το περίνεο.

Μέχρι και τον προηγούμενο αιώνα στην Δ. Ευρώπη υπήρχε σχεδόν αποκλειστικά η λιθίαση της ουροδόχου κύστεως. Η εμφάνισή της ήταν συχνή στις φτωχότερες κοινωνικές τάξεις και οι λίθοι περιείχαν συνήθως ουρικό οξύ. Σήμερα, η λιθίαση της ουροδόχου κύστεως δεν παρατηρείται στην Δ. Ευρώπη και Β. Αμερική με εξαίρεση αυτή που οφείλεται σε απόφραξη (π.χ. υπερτροφία προστάτη) και λομύξεις. Είναι συχνή όμως σε υποανάπτυκτες περιοχές (Νοτιοανατολική Ασία, Τουρκία, Αίγυπτο κ.ά.).

Λεπτομερείς μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση της λιθίασης της ουροδόχου κύστεως με το χαμηλό βιοτικό επίπεδο και κυρίως της κακής διατροφής. Σήμερα στις προηγμένες χώρες συναντάται η λιθίαση του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος (νεφρολιθίαση) Προσβάλλει συνήθως ενήλικες, υποτροπιάζει συχνά και παρουσιάζει συνήθως ασβετούχους λίθους (περίπου 90%).

Η εργασία μου αυτή αποτελείται από 5 κεφάλαια. Το Κεφάλαιο I αποτελείται από στοιχεία ανατομίας και παθοφυσιολογίας.

Το Κεφάλαιο II από τις κλινικές εκδηλώσεις, Διαγνωστικό έλεγχο και θεραπεία. Το Κεφάλαιο III αναφέρεται στην Ν.Φ. του ασθενούς κατά την εισαγωγή και την παραμονή του στο Νοσοκομείο. Το Κεφάλαιο V αναφέρεται στη Νοσηλευτική Διεργασία δύο περιπτώσεων ασθενών.

Ένα μεγάλο ευχαριστών στην Δίδα Νάνου Κ. για τη βοήθεια της για την αποπεράτωση της εργασίας αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Ανατομία Νεφρών

Τα άχρηστα και επιβλαβή προϊόντα που παράγονται από την ανταλλαγή της ύλης παραλαμβάνονται από το αίμα και μεταφέρονται σε όργανα που είναι ικανά να τα αποβάλουν από τον οργανισμό. Στα όργανα αυτά υπάρχουν κυρίως οι νεφροί οι οποίοι ανήκουν στο ουροποιητικό σύστημα.

Το ουροποιητικό σύστημα έχει 2 μέρη : την εκκριτική που αποτελείται από 2 νεφρούς και με την οποία γίνεται η απέκκριση των ούρων έξω από τον οργανισμό.

Τα όργανα που αποτελούν την αποχετευτική μοίρα του συστήματος είναι δεξιά και αριστερά α) νεφρικοί κάλυκες β) η νεφρική πύελος και γ) ο ουροτήρας, ακόμη η ουροδόχος κύστης, η οποία είναι μια και η ουρήθρα η οποία αρχίζει από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως.

Οι νεφροί έχουν σχήμα φασολιού, βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, εκατέρωθεν της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο νεφρός έχει βάρος 120,300gr μήκος 10 - 12cm, πλάτος 5 - 6cm και πάχος γύρω στα 4mg. Εμφανίζει δύο επιφάνειες την πρόσθια και την οπίσθια, δύο χείλη εσω και έξω και δύο άκρα ή πόλους τον άνω και τον κάτω. Στο έσω χείλος παρουσιάζει ένα άνοιγμα την πύλη του νεφρού από την οποία εισέρχονται οι κλάδοι της νεφρικής αρτηρίας και εξέρχονται οι κλάδοι της φλεβικής φλέβας και η πύελος. Ο άνω πόλος φτάνει μέχρι το άνω χείλος της 12ης πλευράς και ο κάτω πόλος μέχρι τον 3ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Η πύλη κάθε νεφρού βρίσκεται στο ύψος του 1ου οσφυϊκού σπόνδυλου. Ο νεφρός περιβάλλεται από την ινώδη κάψα η οποία στην πύλη συνδέεται στενά με τα αγγεία του νεφρού τα οποία πορεύονται σ' ένα κοίλωμα, την νεφρική κοιλία.

Σχέση του νεφρού με άλλα όργανα

Οι νεφροί βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και χωρίζονται από τον πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα με διάφορα σπλάχνα. Η πρόσθια επιφάνεια του δεξιού νεφρού έρχεται σε σχέση προς τα άνω με το ήπαρ και προς τα κάτω με τη δεξιά κοιλιακή καμπή. Η πρόσθια επιφάνεια του αριστερού νεφρού, έρχεται σε σχέση προς τα πάνω με το στομάχι και τη σπλήνα, στο μέσο με το σώμα του παγκρέατος προς τα κάτω και μέσα και έξω με την αρχή του κατιόντος κόλου και με την αριστερή κολική καμπύλη. Η οπίσθια επιφάνεια κάθε νεφρού έρχεται σε σχέση με την 12η πλευρά. Ο άνω πόλος κάθε νεφρού καλύπτεται από το σύστοιχο επινεφρίδιο.

Η λεπτή κατασκευή του νεφρού

Παρέλχυμα νεφρού : Μετά την αφαίρεση της ινώδους κάψας και των στοιχείων της νεφρικής κοιλίας (αγγεία νεύρα, νεφρική πύελος και λίπος)

παραμένει το παρέγχυμα η σάμα του νεφρού. Ο νεφρός στηρίζεται στη θέση του περιβαλλόμενος από την νεφρική περιτονία και το περινεφρικό λίπος (λιπάδης κάψα).

Σε εγκάρσια διατομή του σώματος του νεφρού το παρέγχυμα παρουσιάζει δύο ζώνες. Τη φλοιώδη εξωτερικά και τη μυελώδη εσωτερικά. Η μυελώδης ζώνη αποτελείται από 11 - 12 μεγάλες πυραμίδες που σχηματίζονται από τα αθροιστικά σωληνάρια συγκλίνουν και εκβάλλουν στους ελάσσονες κάλυκες. Οι κορυφές των πυραμίδων, που ονομάζονται θηλές στρέφονται προς τη νεφρική κοιλία. Η φλοιώδης ζώνη βρίσκεται μέσα απ' την ινώδη κάψα. Μεταξύ των πυραμίδων της μυελώδους ζώνης βρίσκεται μπαίνουν μέρη της φλοιώδους ζώνης που ονομάζονται νεφρικοί στύλοι του BEZTINI.

Η λειτουργική μονάδα του νεφρού είναι ο νεφράνας. Ο κάθε νεφράνας αποτελείται από το νεφρικό σωματίο και το ουροφόρο σωληνάριο. Το νεφρικό σωματίο αποτελείται από το αγγειώδες σπείραμα και την κάψα του BOWMAN. Κάθε νεφρικό σωληνάριο έχει μήκος 5 cm περίπου και αποτελείται από τα εξής τμήματα α) το εγγύς σπειραμένο σωληνάριο κοντά στο αγγειώδες σπείραμα β) την αγγύλη του HENLE που αποτελείται από ένα κατιόν και ένα ανιόν σκέλος 3) το άπω σπειραμένο σωληνάριο δ) το αθροιστικό σωληνάριο.

Νεφρικοί κάλυκες : Οι ελάσσονες κάλυκες που είναι περίπου 8 - 12 ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν 2 ή 3 μείζονες κάλυκες που εκβάλλουν στην νεφρική πύελο.

Νεφρική πύελος : Το σχήμα της νεφρικής πύελου διαφέρει από άτομο σε άτομο και ίσως καμιά φορά και από νεφρό σε νεφρό. Η νεφρική πύελος μπορεί να είναι ολόκληρη ενδονεφρική ή να παρουσιάζει δύο μοίρες την ενδονεφρική ή ακόμη να είναι ολόκληρη εξωνεφρική. Από το μέσο και προς τα κάτω ή νεφρική πύελος συνεχώς στενεύει και μεταπίπτει στον ουρητήρα.

Όσον αφορά την αιμάτωση του νεφρού υπάρχει μία νεφρική αρτηρία η οποία ξεκινάει από την κοιλιακή αορτή. Μπαίνει στις πύλες του νεφρού μεταξύ της νεφρικής πύελου και της νεφρικής φλέβας. Η νεφρική αρτηρία μπορεί να διακλαδίζεται κοντά στο νεφρό σε δύο ή περισσότερους κλάδους (μεσολόβιες τοξοειδείς, μεσολοβίδιες αρτηρίες, προσαγωγά και απαγωγά αρτηρίδια. Οι νεφρικές φλέβες είναι αντίστοιχες με τις νεφρικές αρτηρίες.

Ουρητήρας : Ο ουρητήρας είναι ένας ινομυώδης σωλήνας διαμέτρου 4-7cm και μήκους 30cm περίπου. Πορεύεται οπισθοπεριτοναϊκώς, περνά στην ελάσσονα πύελο και πάντα πίσω από το περιτόναιο φθάνει στην ουροδόχο κύστη όπου μπαίνει. Η πορεία του μέσα στο τοίχωμα της κύστης είναι λοξή και χρησιμεύει λειτουργώντας σαν βαλβίδα να μην επιτρέπει στα ούρα να ξαναγυρνούν από την ουροδόχο κύστη στον ουρητήρα. Η πορεία του μέσα στο τοίχωμα της κύστης είναι λοξή και χρησιμεύει λειτουργώντας σαν βαλβίδα να μην επιτρέπει στα ούρα να ξαναγυρνούν από την ουροδόχο κύστη στον ουρητήρα.

Τα ούρα μεταφέρονται από τον ουρητήρα προς την κύστη διαρκώς. Εκεί μαζεύονται και αποβάλλονται με την ούρηση σε χρόνους ελεγχόμενους. Το τοίχωμα του ουρητήρα έχει ένα εξωτερικό ινώδες περίβλημα, μία μυϊκή στοιβάδα στη μέση και βλεννογόνο με μεταβατικό επιθήλιο χωρίς αδένες στο εσωτερικό.

Ουροδόχος κύστη : Η ουροδόχος κύστη βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση. Αποτελείται από την κορυφή, το σώμα και τον πυθμένα. Οι δύο ουρητήρες εισέρχονται στην ουροδόχο κύστη από το πίσω μέρος του πυθμένα της και η ουρήθρα, ξεκινάει από το πρόσθιο μέρος του πυθμένα.

Η ουρήθρα: Είναι ινομυώδης σωλήνας, συνέχεια της αποχετευτικής μοίρας του συστήματος χρησιμεύει στην αποβολή των ούρων στο περιβάλλον. Είναι διαφορετική στην γυναίκα και στον άνδρα.

Η γυναικεία ουρήθρα : Έχει μήκος περίπου 4 εκ. και είναι αμιγής ουροσωλήνας. Αρχίζει από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης με το έσω στομιά της και καταλήγει με το έξω στομιά της ανάμεσα στα μικρά χείλη του αιδοίου, ακολουθώντας ευθεία πορεία.

Η ανδρική ουρήθρα : Έχει μήκος περίπου 20 εκ. είναι μικτός ουρογεννητικός σωλήνας αφού εξυπηρετεί και την εκσπερμάτωση. Αμέσως μετά την εξοδό της από την ουροδόχο κύστη περνά μέσα από τον προστάτη αδένα, όπου δέχεται τις εκβολές των εκσπερματικών πόρων. Μετα περνά στα σηραγγώδη σώματα του πέρους και ταλήγει στη βάλανο με το έξω στόμιά της. Η πρώτη μοίρα της λέγεται προστατική. Η δεύτερη ιμενώδης και η τρίτη σηραγγώδης.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Οι κυριότερες λειτουργίες των νεφρών είναι α) απέκκριση των περισσοτέρων από τα τελικά προϊόντα του μεταβολισμού και β) ο έλεγχος των συγκεντρώσεων των περισσότερων από τα συστατικά των υγρών του σώματος.

Βασική λειτουργία του νεφρώνος είναι η "απαλλαγή" του πλάσματος του αίματος από τα τελικά προϊόντα του μεταβολισμού, όπως η ουρία, η κρεατίνη, το ουρικό οξύ και τα ουρικά άλατα.

Αποστολή του νεφρώνα επίσης είναι η κάθαρση του πλάσματος απ' την περίσσεια ουσιών, όπως ιόντα νατρίου, καλίου, χλωρίου και υδρογόνου - ο κύριος μηχανισμός με τον οποίο ο νεφρώνας καθαρίζει το πλάσμα από τις ανεπιθύμητες ουσίες είναι 1) Διηθεί μεγάλη αναλογία πλάσματος, περίπου το 1/5 από τη σπειραματική μεμβράνη στα σκληνάρια του 2) Μετά καθώς αυτό το διήθημα περνά από τα σκληνάρια, οι ανεπιθύμητες ουσίες δεν επαναρροφούνται, ενώ όσες χρειάζονται και ειδικά το νερό και πολλοί ηλεκτρολύτες επαναρροφούνται στο πλάσμα των περισκληνάριακών τριχοειδών. Έτσι οι επιθυμητές ποσότητες του υγρού των σκληνάριακών ξαναγυρίζουν στο αίμα και οι ανεπιθύμητες περνούν στα ούρα.

Σπειραματική Διήθηση και Σπειραματικό Διήθημα

Σπειραματικό Διήθημα : Ονομάζεται το υγρό που διηθείται από το σπείραμα μέσα στο έλυτρο του BOWMAN. Η μεμβράνη των τριχοειδών του σπείραματος λέγεται σπειραματική μεμβράνη. Η διαπερατότητα της σπειραματικής μεμβράνης είναι 100 - 1000 φορές μεγαλύτερη από την μεμβράνη του συνηθισμένου τριχοειδούς.

Σύσταση του σπειραματικού διηθήματος : Το διήθημα έχει σύσταση σχεδόν ίδια με το υγρό που διηθείται από τα αρτηριακά άκρα των τριχοειδών στο διάμεσο υγρό. Δεν περιέχει ερυθροκύτταρα και η συγκέντρωση των πρωτεϊνών σ' αυτά είναι περίπου 0,03%. Η συγκέντρωση των ηλεκτρολυτών σ' αυτό και άλλων διαλυτών ουσιών στο διήθημα είναι επίσης παρόμοια με του διαμέσου υγρού. PLASMA CLEARANCE ή πλάσματοκάθαρση. Η κύρια λειτουργία των νεφρών είναι η απέκκριση διαφόρων ουσιών από το πλάσμα. Για να προσδιοριστεί η απεκκριτή ικανότητα των νεφρών επινοήθηκε η έννοια της πλάσματοκάθαρσης.

Πλάσματοκάθαρση μιάς ουσίας είναι το ποσό του πλάσματος σε κυβικά εκατοστά στο οποίο περιεχόταν η ουσία αυτή που υποβλήθηκε στα ούρα σε ένα λεπτό ή το ποσό του πλάσματος το οποίο θεωρητικά καθαρίζεται τελείως από την ουσία αυτή σ' ένα λεπτό. Η ποσότητα διηθήματος που διηθείται κάθε λεπτό σε όλους τους νεφρώνες και των δύο νεφρών λέγεται ρυθμός σπειραματικής διήθησης.

Λειτουργίες του εγγύς εσπειραμένου σπληναρίου

Η λειτουργία των κυττάρων του εγγύς εσπειραμένου σπληναρίου είναι η επαναρρόφηση ορισμένων συστατικών και νερού από το διήθημα προς το αίμα και η απέκκριση ορισμένων ουσιών από το αίμα προς το διήθημα. Ουσίες που επαναρροφούνται είναι η γλυκόζη, τα αμινοξέα, τα λευκάματα, το ουρικό οξύ, η ουρία, η κρεατινίνη η SO_4 , η PO_4 , το NA^+ , η HCO_3 , το K^+ , το CA^{++} και το νερό.

Η επαναρρόφηση του νερού στο άπυ εσπειραμένο και στο αδραστικό σπληνάριο είναι ανάλογη των αναγκών του οργανισμού σε νερό γι' αυτό λέγεται δυνητική απορρόφηση. Η επαναρρόφηση του νερού στις περιοχές αυτές ρυθμίζεται με την αντιδιουρητική ορμόνη (πιτρεσσίνη). Η αντιδιουρητική ορμόνη αυξάνει τη διαβατότητα του άπυ εσπειραμένου και του αθροιστικού σπληναρίου ως προς το νερό. Σε περίπτωση που ελαττώνεται το νερό του οργανισμού εξαιτίας στερήσεως του νερού ή εξαιτίας απώλειας του νερού από (εμέτους, διάρροιες, εφιδρώσεις κ.λ.π.) εκρίνεται αββόνη αντιδιουρητική ορμόνη. Η ορμόνη αυτή θα αυξήσει τη διαβατότητα του άπυ εσπειραμένου και του αθροιστικού σπληναρίου ως προς το νερό οπότε θα επαναρροφηθεί μέχρι το 14,5% του νερού που θα επαναρροφηθεί από ολόκληρο τον νεφρόνα φθάνει το 99,5% και έτσι θα αποβληθούν ελάχιστα ούρα.

Αποχέτευση των ούρων : Τα ούρα από τη νεφρική πύελο φέρονται δια των ουροτήρων προς την ουροδόχο κύστη. Η προώθηση των ούρων κατά μήκος των ουροτήρων οφείλονται σε περισταλτικά κύματα τα οποία αρχίζουν από το πνευλικό άκρο των ουροτήρων και φέρονται προς το κυστικό. Τα περισταλτικά αυτά κύματα εμποδίζουν επίσης την επιστροφή των ούρων και των άλλων έμμορφων στοιχείων και έτσι τα ούρα αποκτούν αλκαλική αντίδραση. δ. Η μακρά παραμονή των ούρων μέσα στο δοχείο, όταν αυτά έχουν χαμηλό ειδικό βάρος προκαλεί αιμόλυση και καταστροφή των τυχόν υπάρχοντων ερυθρών αιμοσφαιρίων οπότε τα αποτελέσματα της εξέτασης είναι αναληθή. Προσφέρονται επίσης για μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση.

Η μακροσκοπική εξέταση αναφέρεται στα εξής :

1. Την εξέταση των γενικών χαρακτηριστικών τους, δηλαδή της όψης, της χροιάς και της οσμής τους.
2. Τον προσδιορισμό του ΡΗ που άλλοτε είναι όξινο (ουρική λιθύαση) και άλλοτε αλκαλικό (φωσφορικός λίθος) και του ειδικού βάρους τους.
3. Την ποιοτική ανίχνευση και τον ποσοτικό προσδιορισμό διαφόρων ουσιών μέσα στα ούρα όπως λευκάμα, γλυκόζη, ουρία σαν δείκτη της νεφρικής λειτουργίας ουρικό οξύ για τυχόν ύπαρξη μεταβολικής διαταραχής, αιμοσφαιρίνη, χολοχρωστικές.

Η μικροσκοπική εξέταση αναφέρεται : στην αναζήτηση ερυθρών αιμοσφαιρίων, λευκοκυττάρων, πυοσφαιρίων, επιθηλιακών κυττάρων, κυλίνδρων, κρυστάλλων (όπως οξαλικού ασβεστίου, ουρικού οξέως και φωσφορικών αλάτων) διαφόρων ουσιών και μικροοργανισμών (καλλιέργεια ούρων και αντιβιογράμμα).

Η ούρηση πρέπει να γίνεται σε καθαρά δοχεία για να αποφεύγονται ξένες προσμίξεις που μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στον εργαστηριακό κατά την μικροσκοπική εξέταση του ιζήματος ή να προκαλέσουν ταχεία αποσύνθεση και αλκαλοποίηση της αντιδράσεως των ούρων, αποτέλεσμα της οποίας είναι συνήθως η καταστροφή των υπάρχοντων κυλίνδρων.

2. Εξέταση αίματος : Αυτή περιλαμβάνει :

α. Την μελέτη της μεταβολικής διαταραχής : ουρικό οξύ που μπορεί να είναι αυξημένο ή όχι στην ουρική λιθίαση, ασβέστιο και φώσφορο αίματος για τη διάγνωση υπερπαραθυροειδισμού και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Επίσης, γενική αίματος, σάκχαρο αίματος και ΤΚΕ.

Ο ακτινολογικός έλεγχος περιλαμβάνει : την απλή ακτινογραφία, ενδοφλέβια ουρογραφία και ανιούσα πυελογραφία.

1. Απλή ακτινογραφία Ν.Ο.Κ. : περιλαμβάνει την περιοχή από το διάφραγμα μέχρι την ηβική σύμφυση. Αυτή πληροφορεί για θέση, το σχήμα και το μέγεθος των νεφρών για την ύπαρξη σκιάς, πέτρας καθώς και για την ύπαρξη αμφοτερόπλευρης λιθίασης. Πρέπει όμως να τονισθούν τα παρακάτω :

α. Ακτινογραφία αρνητική για λίθο δεν αποκλείει τη λιθίαση, γιατί υπάρχουν λίθοι που δεν φαίνονται, όπως είναι οι λίθοι από ουρικό οξύ (εκτός αν είναι ενωμένο με ασβέστιο οπότε φαίνονται σαν σκιές και κυστίνη ή λίθοι που προβάλλονται στα οστά.

β. Υπάρχουν λιθιασικές σκιές παραπλανητικές που δεν είναι λίθοι. Αυτές είναι είτε αποκυανωμένοι λεμφαδένες είτε φλεβόλιθοι, είτε λίθοι της χοληδόχου κύστης κ.λ.π. Εδώ πρέπει να σημειωθεί η χρησιμότητα της πλάγια ακτινογραφίας. Στην απλή ακτινογραφία φαίνονται οι φωσφορικοί λίθοι.

2. Ενδοφλέβια ουρογραφία : αποτελεί τη βασική εξέταση του ουροποιητικού συστήματος, εφ' όσον ο άρρωστος δεν εμφανίζει αύξηση ουρίας του αίματος και προϋποθέτει πάντοτε τη λήψη απλής ακτινογραφίας. Είναι εξέταση που πρέπει να γίνεται συστηματικά, γιατί μας δίνει πολύτιμες πληροφορίες όπως είναι οι παρακάτω :

α. Αποκλείει την ύπαρξη σκιάς μη λιθιασικής, που βρίσκεται έξω από το ουροποιητικό σύστημα.

β. Αποκαλύπτει λίθους που δεν φαίνονται στην απλή ακτινογραφία (ελλειμματική εικόνα).

γ. Εντοπίζει τη θέση του λίθου (κάλυκας, πύελος) και την ύπαρξη αμφοτερόπλευρης λιθίασης.

δ. Προσδιορίζει τον τύπο λιθίασης, δηλαδή αν είναι μικρός λίθος, κάλυκα, λίθος πύελου ή λίθος που καταλαμβάνει την πύελο και τους κάλυκες (κοραλλιοειδής).

ε. Καθορίζει το πάχος παρεγχύματος και αν υπάρχει ή όχι στάση.

στ. Αποκαλύπτει τη συνύπαρξη άλλων παθήσεων, όπως είναι η φυματίωση και οι ανωμαλίες της αποχετευτικής μοίρας (υδρονέφρωση, στενώματα ουρητήρα).

3. Ανιούσα πνελογραφία : αυτή αποβλέπει στην αποτύπωση νεφρικών κοιλοτήτων πάνω στην ακτινογραφική πλάκα μετά από έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Η σκιερή ουσία εισάγεται στην πύελο και τους ουρητήρες με τη βοήθεια ουρητηρικού καθετηριασμού. Χρησιμοποιείται όταν ο νεφρός παρουσιάζει μειωμένη απέκκριση ή δεν σκιαγραφείται καθόλου.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Ο νεφρός όπως είδαμε, είναι ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος, που με τη σωστή λειτουργία του παίζει σημαντικό ρόλο στον οργανισμό πολλές φορές όπως συμβαίνει και με άλλα όργανα δημιουργούνται παράγοντες που δυσκολεύουν τη λειτουργία του ή τη σταματούν τελείως, δημιουργώντας παθήσεις στο νεφρό και επομένως προβλήματα στον οργανισμό, που θέλουν άμεση αντιμετώπιση.

Παρακάτω θα δούμε τις σπουδαιότερες ασθένειες από τις οποίες προσβάλλεται ο νεφρός. Μιά από αυτές είναι και η νεφρολιθίαση, με την οποία θα ασχοληθούμε ιδιαίτερα.

- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
- Νεφρίτιδα (σπειραματονεφρίτιδα)
- Νεφρωτικό Σύνδρομο
- Πυελίτιδα - πυελονεφρίτιδα
- Υδρονέφρωση
- Φυματίωση του Νεφρού
- Πολυκυστικός Νεφρός
- Νεφρολιθίαση

Νεφρολιθίαση : Είναι ο σχηματισμός λίθων μέσα στην πύελο του νεφρού, που οφείλεται στο σύμπλεγμα και στην καθίζηση διαλυτών ουσιών που βρίσκονται στα ούρα σε φυσιολογικές ή πλεονάζουσες ποσότητες.

Συχνότητα και διάταξη της νόσου : Είναι πολύ συχνή στον ενήλικα και σπάνια στα παιδιά (1% των περιπτώσεων, σε ηλικία κάτω των 10 ετών). Οι πρώτες εκδηλώσεις εμφανίζονται συνήθως μεταξύ 15 - 20 ετών αλλά ουσιαστικά αρχίζει στα 20 - 25 χρόνια. Ακόμα η λιθίαση είναι πιο συχνή στον άνδρα με μια σχέση μεταξύ άνδρα γυναίκα 4 προς 3. Η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο κυρίως στη λιθίαση από ουρικό οξύ και σ'

εκείνη από κυστίνη. Είναι πολύ σπάνια στη νεφρική φυλή. Μεταξύ των λευκών, στην Ευρώπη η Ολλανδία και οι Σκανδιναβικές χώρες παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα ενώ είναι σπάνια αρρώστια για την Ελβετία. Επίσης συχνή είναι η εμφάνισή της στην Ασία και την Άπω Ανατολή.

Αιτιολογία : Η αιτιολογία των νεφρών είναι πλήν υρισμένων εξαιρέσεων άγνωστη. Οι κυριότεροι παράγοντες που προδιαθέτουν σ' αυτή είναι :

α. Παθολογικές καταστάσεις που οδηγούν σε αυξημένη αποβολή ασβεστίου στα ούρα δηλαδή υπερασβεστουρία (υπερπαραθυρεοειδισμός, λήψη τροφών πλούσιων σε ασβέστιο).

β. Παθολογικές καταστάσεις που οδηγούν σε αυξημένη αποβολή ουρικού οξέως από τα ούρα (ουρική αρθρίτιδα, λευχαιμία).

γ. Στάση των ούρων και εξ' αυτής μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος

δ. Συγγενείς ανωμαλίες των ουροφόρων σωληναρίων, διαταραχές άλλες του μεταβολισμού, κυστινουρία, ιδιοπαθής υπεροξαλουρία κ.λ.π.

Σύμφωνα όμως με τα παραπάνω, υπάρχουν δύο συστηματικές κατηγορίες ανάλογα με την αιτιολογία της λιθίασης.

1. Λιθίαση του οργάνου : Μ' αυτό τον όρο εννοούμε το σχηματισμό λίθων στο νεφρό, λόγω τοπικών παθολογικών παραγόντων, όπως το λίμνασμα των ούρων, ανατομικές αλλοιώσεις του νεφρού και καλύκων, ή τη σύγχρονη παρουσία περισσότερων του ενός παραγόντων. Η στάση των ούρων από μόνη της όπως αποδεικνύεται πειραματικά, είναι σε θέση να προξενήσει το σχηματισμό λίθων, στις διαμαρτίες των νεφρών και των ουροποιητικών οδών λόγω στένωσης της ουρήθρας ή των ουροποιητικών οδών, γενικά στην υπερτροφία η διόγκωση του προστάτη. Οι συγγενείς διαμαρτίες, όπως ο κυστικός νεφρός σε σχήμα πετάλου, σφουγγαριού, οι διαμαρτίες του ουρητήρα, η παλινδρόμηση των ούρων από την ουροδόχο κύστη στον ουρητήρα, τα φλεγμονώδη χρόνια, όπως η φυματίωση, οι ουρολοιμύξεις, αποτελούν άλλους παράγοντες για τον σχηματισμό λίθων. Το μεγαλύτερο μέρος των λίθων οργάνου αποτελούνται από φωσφορικό ασβέστιο και δεν διαφέρουν από αυτήν την άποψη από την ασβεστική λιθίαση που θα εξετάσουμε παρακάτω.

2. Λιθίαση του οργανισμού : Είναι επακόλουθο μιας γενικής μεταβολικής αλλοίωσης που επιφέρει η υπερβολική απώλεια, δια μέσου των ούρων, ουσιών παραγομένων από τον οργανισμό και οι οποίες καθιζάνουν στα ούρα.

Έτσι έχουμε τους εξής τύπους λιθίασης :

α. Ασβεστική λιθίαση : Σ' αυτόν τον τύπο λιθίασης οι λίθοι αποτελούνται από φώσφορο ή οξαλικό ασβέστιο και συχνά είναι μεικτοί. Σ' αυτή την κατηγορία έχουμε τις δευτερογενείς λιθιάσεις από υπερασβεστινουρία (το αποβαλλόμενο προσό ασβεστίου στα ούρα 24ωρου ξεπερνά τα 250 MGR στις γυναίκες και 400 MGR στους άνδρες (φυσιολογική τιμή 200 MGR (24ωρου) δηλαδή την αύξηση του ασβεστίου στα ούρα, συνοδευόμενες η μη από αύξηση του

ασβεστίου στο αίμα, όπως ο υπερπαραθυρεοειδισμός, οφειλόμενος σε καλοήθη όγκο των παραθυρεοειδών αδένων. Η υπερασβεστιουρία είναι δυνατόν να είναι οστικής, πεπτικής και νεφρικής προέλευσης.

β. Οξαλική λιθίαση : Οι λίθοι αποτελούνται από οξαλικό ασβέστιο. Η αιτία είναι δύσκολο να βρεθεί. Φαίνεται ότι παίζει ρόλο ένας κληρονομικός παράγοντας, που επιφέρει μία αλλοίωση του μεταβολισμού, η οποία οδηγεί σε μία υπερβολική παραγωγή οξαλικού οξέως και στη συνέχεια σε μία συμπύκνωσή του στα ούρα και στην καθίζηση του υπό μορφή κρυστάλλων. Η οξαλική λιθίαση έχει μια σοβαρής μορφής εξέλιξη και επιφέρει μία εκτεταμένη αποθήκευση οξαλικού ασβεστίου στο νεφρό.

γ. Ουρική λιθίαση : Διευκολύνεται από την αύξηση του ουρικού οξέως στο αίμα παρατηρείται όμως και σε φυσιολογικές τιμές. Η αποβολή με τα ούρα αυξημένων ποσών ουρικού οξέως οφείλεται :

1. Σε διαταραχές του μεταβολισμού των πυρινοπριτεϊνών.
2. Σε διαταραχές έκκρισης και απέκκρισης του ουρικού οξέως στο ουροφόρο σμηναρίο.
3. Σε δευτεροπαθείς διαταραχές από θεραπεία με χημειοθεραπευτικά.

Είναι δυνατό να διαλυθούν με αλκαλοποίηση των ούρων (το όξινο Ρ11 συντελεί στο σχηματισμό ουρικών λίθων) και με άφθονη χορήγηση υγρών. Θεωρείται ότι υπάρχει υπερουρικοζουρία, όταν το αποβαλλόμενο ουρικό οξύ στα ούρα του 24ωρου ξεπερνά τα 750 - 800 MGR. Φυσιολογική τιμή 600 - 800 MGR/24ωρου.

δ. Φωσφορική λιθίαση : Θεωρούμε υπεροφωσφατουρία την κατάσταση στην οποία τα φωσφορικά των ούρων ξεπερνούν τα 1200 M GR ανά 24ωρο. Φυσιολογική τιμή 1000-1200 MGR/24ωρου.

Συνήθως οφείλεται σε παρεμπόδιση της επαναρρόφησης των φωσφορικών αλάτων στο επίπεδο των ουροφόρων σμηναρίων. Κυριότερη αιτία είναι ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η υπερφωσφατουρία είναι μεταβολική εκδήλωση σοβαρών σμηναριοπαιδειών. Συχνά η υπερφωσφατουρία συνοδεύεται από αύξηση του ασβεστίου και του ουρικού οξέως στα

ε. Λιθίαση από κυστίνη : Εκδηλώνεται σε άτομα που αποβάλλουν την κυστίνη στα ούρα σε ποσότητες πολύ υψηλές. Επομένως αποτελεί πιθανή επιπλοκή μιας ήδη ανάμαλης κατάστασης, της λεγόμενης κυστινουρίας. Αυτή η ανωμαλία που υπάρχει στο 2 - 3% του πληθυσμού, είναι μια συγγενής πάθηση, δηλαδή ήδη παρούσα στη γέννηση και οφείλεται σε νεφρική ανεπάρκεια στο επίπεδο των νεφρικών σμηναρίων. Η κυστίνη αποβαλλόμενη φυσιολογικά από το σπείραμα, δεν απορροφάται όπως στο φυσιολογικό άτομο, από τα νεφρικά σμηναρία και επομένως εμφανίζεται στα ούρα σε διάφορες ποσότητες. Η κυστινουρία επομένως, είναι μια πάθηση του νεφρικού σμηναρίου και όχι μια μεταβολική ανωμαλία.

Στις μοναδικές περιπτώσεις που δίνει εμφανείς εκδηλώσεις είναι σε εκείνες όπου σχηματίζονται λίθοι κυστίνης στις ουροποιητικές οδούς και αυτό συμβαίνει στο 10% των ατόμων που έχουν κυστινουρία.

στ. Φλεγμονώδης λιθίαση : Ορισμένα μικρόβια από αυτά που προκαλούν ουρο-λοιμύξεις παράγουν ουρίαση η οποία προκαλεί τη διάσπαση ουρίας των ούρων σε αμμωνία.

Πέρα από τις διαταραχές του μεταβολισμού και τα κλύματα στην αποχέτευση των ούρων στο σχηματισμό λίθων παίζουν ρόλο και οι παρακάτω παράγοντες :

1. Η ελαττωμένη διούρηση (ιδρώτας, ξηρά κλίματα)

2. Το ΡΗ των ούρων. Το όξινο ΡΗ διευκολύνει το σχηματισμό λίθων φωσφορσβεστίου. Στην οξαλική λιθίαση το ΡΗ των ούρων δεν φαίνεται να έχει σημασία.

3. Η παρουσία μικροοργανισμών και ραμμάτων στην αποχετευτική μοίρα που αποτελούν λιθογόνο πυρήνα.

4. Η έλλειψη ορισμένων προστατευτικών ουσιών στα ούρα που προκαλεί καθίζηση κρυστάλλων. Έχουν επίσης θεωρηθεί υπεύθυνες οι πλάκες του RAMDALL που σχηματίζονται οι νεφρικές θηλές και ο κάτω κάλυκας, όπου κατά προτίμηση συσσωρεύονται οι κρύσταλλοι. Γι' αυτό υποστηρίζεται ότι η εκτομή του κάτω κάλυκα, δηλαδή η μερική νεφρεκτομή, μετριάζει τη συχνότητα της υποτροπής.

Η ακινητοποίηση του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα ιδιαίτερα για οστικές παθήσεις στις οποίες αυξάνει η κινητικότητα του σβεστίου από τα οστά.

Η λιθίαση του κάτω κάλυκα είναι περισσότερο συνηθισμένη από τον μέσω και άνω κάλυκα. Ο λίθος του κάτω κάλυκα είναι δυνατόν να παραμείνει μέσα σ' αυτόν η να προχωρήσει προς την πύελο να παραμείνει μέσα σ' αυτήν ή να προχωρήσει προς τον ουρητήρα ή την κύστη.

Η ύπαρξη λίθου μέσα στον κάτω κάλυκα ή την πύελο προκαλεί καταστροφή του επιθηλίου, εξελκώσεως και μεταπλασία. Όταν συνυπάρχει και φλεγμονή είναι δυνατόν να σχηματισθούν και μικροαποστήματα. Ο αμιγής οξαλικός λίθος σε αντίθεση με τους υπόλοιπους αναπτύσσεται αργά. Ο λίθος της πύελου στην αρχή είναι κινητός με σχήμα κοειδές με την πάροδο όμως του χρόνου παίρνει το σχήμα της πύελου. Σε προχωρημένες καταστάσεις είναι δυνατόν ολόκληρη η πύελος και οι κάλυκες να πληρωθούν από λίθους μονήρεις ή πολλαπλούς.

Οι επιπτώσεις της λιθίασης στα νεφρά εμφανίζονται κυρίως όταν ο λίθος αυξηθεί σε μέγεθος. Η βαρύτητα αυτών των επιπτώσεων εξαρτάται αφ' ενός από το βαθμό της προκαλούμενης απόφραξης και αφ' ετέρου από τη συνύπαρξη ή όχι φλεγμονής. Η φλεγμονή αναπτύσσεται και εξαιτίας της στάσεως, την οποία προκαλεί η λιθίαση. Η παρουσία του λίθου σαν ξένο σώμα ελαττώνει την τοπική αντίσταση και διευκολύνει την ανάπτυξη αιματογενούς λοίμωξης. Η τοπική επίσης ισχαιμία λόγω πίεσης από μεγάλους λίθους προκαλεί προοδευτικά καταστροφή του νεφρού.

Χαρακτηριστικά λίθων

Όγκος και σχήμα : Ο όγκος των συμπλεγμάτων των λίθων, παρουσιάζεται διαφορετικοποιημένος από περίπτωση σε περίπτωση, μερικές φορές οι λίθοι είναι όπως οι κόκκοι άμμου και τότε μιλάμε για "νεφρική άμμο" όταν αυτοί οι κόκκοι άμμου είναι λίγο μεγάλοι μιλάμε για "ψαμμίση", τέλος στα πιο ογκώδη συμπλέγματα μιλάμε για "λίθους". Τα συμπλέγματα αυτά αρχίζουν από τις διαστάσεις του κόκκου φακής, είναι δυνατόν δε να φτάσουν το μέγεθος πορτοκαλιού και περισσότερο.

Το σχήμα των λίθων είναι κι αυτό διάφορο, γενικά είναι στρογγυλό, μικρών διαστάσεων και γίνεται σχεδόν κυβικό με διάφορες κοιλότητες όταν οι λίθοι είναι πολλοί και πιέζονται μεταξύ τους. Τέλος σε λίθους πολύ ογκώδεις το σχήμα μπορεί να καθοριστεί από τα τοιχώματα της κοιλότητας που τους περιέχει, έτσι, έχουμε διακλαδιζόμενους λίθους στην πύελο και στους κάλυκες "λίθοι κοραλλοειδείς που επεκτείνονται στον ουρητήρα και στην ουρήθρα.

Αριθμός και βάρος : Όσον αφορά τον αριθμό, μπορούμε να συναντήσουμε μονήρεις λίθους, σημαντικών διαστάσεων, ή πολλαπλούς, μέχρι μια δεκάδα και μικρότερων διαστάσεων. Το βάρος αλλάζει ανάλογα με τη χημική σύνθεση σχεδόν ποτέ οι λίθοι δεν αποτελούνται από μια μόνο ουσία, συνήθως γύρω από τον κεντρικό πυρήνα βρίσκεται ένα εξωτερικό περίβλημα. Ο κεντρικός πυρήνας η μήτρα αποτελείται κατ' εξοχήν από λευκωματώδεις ουσίες. Σύμφωνα με το κυρίαρχο συστατικό του λίθου, και με τα παραπάνω μπορούμε να τους διαχωρίσουμε σε :

- α. Λίθους ουρικού οξέως
- β. Οξαλικούς λίθους
- γ. Φωσφορικούς λίθους
- δ. Λίθους κυστίνης
- ε. Λίθους ανθρακικού ασβεστίου
- στ. Λίθους ξανθίνης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η συμπτωματολογία της νεφρολιθίασης έχει άμεση σχέση με το μέγεθος του λίθου και την απόφραξη ή μη της αποχετευτικής μούρας. Μικροί λίθοι που εύκολα μπορούν να μετακινηθούν είναι δυνατόν να προκαλέσουν αιματουρία ή οξεία απόφραξη του κωλικού.

Αντίθετα οι μεγάλοι λίθοι παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα ή μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματική και να διαγνωσθούν τυχαία από μια ακτινολογική εξέταση. Οι κυριότερες εκδηλώσεις της νεφρολιθίασης είναι :

1. Αιματουρία : Εμφανίζεται συνήθως ύστερα από κωλικό, σωματική κόπωση ή μετακίνηση. Μπορεί να είναι ανάδυσνη μικρής διάρκειας ή μόνο μικροσκοπική.
2. Λοίμωξη : Άλλοτε είναι εμπύρετη λοίμωξη, χωρίς πόνο, με σηπτικό πυρετό και άλλοτε απλή πυουρία ή μικροβιουρία.
3. Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια : Είναι δυνατό να είναι η πρώτη εκδήλωση αμφοτερόπλευρης λιθίασης που εξελίσσεται αθόρυβα, χωρίς πόνους ή οσφυαλγίες. Παρατηρείται συχνά σε κοραλλιοειδείς λιθιάσεις.
4. Ανουρία : Οφείλεται στην απόφραξη των δύο ουρητηρίων ή ενός μονήρους νεφρού. Η απόφραξη αυτή άλλοτε είναι επάδυσνη και άλλοτε είναι ανάδυσνη. Αποτελεί μερικές φορές την πρώτη εκδήλωση μιάς λιθίασης, σε έναν άρρωστο χωρίς λιθασιακό παρελθόν. Συνήθως πρόκειται για ουρική λιθίαση και η απόφραξη οφείλεται σε λίθο, σε λιθιασικό ή σε "ουρική λάσπη".
5. Συχνουρία : Εκδηλώνεται εάν ο λίθος περάσει στην κύστη ή μολυνθούν τα ούρα αποτελεί την κυριότερη επιπλοκή μίας λιθίασης.
6. Πόνος : Είτε σαν τυπικός κολικός του νεφρού που είναι η πιό συχνή κλινική εκδήλωση της νεφρολιθίασης, είτε σαν διάχυτος οσφυϊκός πόνος που μοιάζει με τον πόνο της σπονδυλοαρθρίτιδας, της οσφυαλγίας κ.λ.π. Η σημαντικότερη κατηγορία συμπτωμάτων δίνεται από εκδηλώσεις που διαφέρουν ανάλογα με το γεγονός του αν ο λίθος είναι σταθερός ή κινούμενος.

Στην πρώτη εκδήλωση, οι πόνοι είναι υπόκυφοι, ελαφροί ένα είδος βάρους στην οσφυϊκή χώρα, λίγο ή περισσότερο συνεχείς, συνήθως προκαλούνται και επιδεινώνονται από τις κινήσεις (περπάτημα, τρέξιμο, ταξίδι, ιππασία κ.λ.π.) που στη συνέχεια καταπραΰνονται ή σταματούν με την ανάπαυση. Εντοπίζονται στην οσφυϊκή χώρα, αλλά διαχέονται και σε μακρινή απόσταση, συνήθως κατά μήκος του ουρητήρα μέχρι την ουροδόχο κύστη, στα γεννητικά όργανα και στους μηρούς, ο πόνος μπορεί να φτάσει μέχρι το επιγαστριο ή μέχρι τον άμο. Οποιαδήποτε κι αν είναι η εντόπιση και ο τύπος αυτών χαρακτηρίζονται πάντα από το γεγονός ότι εμφανίζονται μετά από απότομες κινήσεις. Επίσης χαρακτηρίζονται από τη μονόπλευρη εντοπισή της ή από το ξαφνικό σταμάτημα.

7. Νεφρικός κυλικός : Στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων το 89% περίπου, οι χαρακτηριστικές και αρχικές εκδηλώσεις της λιθίασης είναι ο κυλικός του νεφρού. Συνήθως οφείλεται στη διεύδυση του λίθου από την πύελο στον ουρητήρα. Αρχίζει τις περισσότερες φορές με απότομο τρόπο, χωρίς εμφανή αίτιο ή πιο συχνά μετά από : μία απότομη κίνηση, η μετά από φυσική κούραση, ή μετά από πλούσιο γεύμα, με ένα οσφυϊκό πόνο, που διαχέεται κατά μήκος του ουρητήρα μέχρι τη λαγύνια πτυχή, την ουροδόχο κύστη, τα γεννητικά όργανα, τους μηρούς ή πιο σπάνια προς την αμοπλάτη ή προς το επιγάστριο.

Ο πόνος είναι αφόρητος και αντίθετα από ότι συμβαίνει με τον κυλικό του ήπατος, όπου ο πόνος προξενεί ακινησία, ο κυλικός του νεφρού προκαλεί μία κατάσταση εκνευρισμού και άγχους, που δεν αφήνει το άτομο να μείνει ήσυχο ούτε μιά στιγμή. Μπορεί να υπάρξει επίσης εμπύρετη κατάσταση. Η αποβολή ούρων δηλαδή η ούρηση, συχνά είναι επάδυνη, συνοδευόμενη από αίσθημα καύσου. Σπάνια μπορεί να έχουμε ανουρία και αυτό αποτελεί μια επικίνδυνη επιπλοκή. Αυτή η συμπτωματολογία με εναλλαγές ανακούφισης, ή επιδείνωσης, διαρκεί γενικά μερικές ώρες, σπάνια μερικές μέρες ο πόνος εξαφανίζεται απότομα με μεγάλη ανακούφιση του ασθενή ή ελαττώνεται βαθμιαία.

Το τέλος του κυλικού δείχνει ότι ο λίθος κατέβηκε στην κύστη, ή ανέβηκε και πάλι στην πύελο, εάν αντίθετα έμεινε στον ουρητήρα ο πόνος δεν σταματάει εντελώς αλλά παραμένει υπόκωφος και με αίσθημα πίεσης, έτοιμος να οξυνθεί και να δώσει έναν καινούργιο κυλικό στην πρώτη ευκαιρία. Μετά τον κυλικό αν ο λίθος έμεινε στην πύελο ο άρρωστος μπορεί να μείνει έτσι για χρόνια μέχρις ότου σε μια καινούργια μετακίνηση του λίθου να ξαναεμφανισθούν τα προαναφερόμενα συμπτώματα. Και στην περίπτωση του μετακινούμενου λίθου με το σχετικό νεφρικό κυλικό και στην περίπτωση του σταθερού λίθου, ο πόνος μπορεί να εμφανίζεται όχι μόνο από την πάσχουσα πλευρά αλλά και από την υγιή πλευρά και μάλιστα μερικές φορές μόνο σ' αυτή την τελευταία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Τα συμπτώματα που δίνουν την υποψία για νεφρική λιθίαση είναι ο κωλικός, η ορατή παρουσία αίματος στα ούρα (μακροσκοπική αιματουρία) η μη ορατή με γυμνό οφθαλμό αλλά μόνο με το μικροσκόπιο (μικροσκοπική αιματουρία) κυστικά ενοχλήματα κ.λ.π.

Όταν μετά τον κωλικό του νεφρού αποβάλλεται ένας λίθος ή όταν ο ίδιος ο κωλικός εμφανίζεται με προηγούμενα επεισόδια λιθίασης (αποβολή λίθων σε προηγούμενη πιο μακρινή περίοδο) πρέπει να επικυρωθεί η υποψία της λιθίασης.

Αφού μας δόθηκε η υποψία της λιθίασης είναι απαραίτητο να γίνει η πλήρης κλινική εξέταση, εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος.

Η εξέταση του αρρώστου αρχίζει με τη λήψη του ιστορικού, στοιχεία που προέρχονται από το κληρονομικό το ατομικό αναμνηστικό και την παρούσα νόσο.

Αρχίζοντας από το κύριο σύμπτωμα που απασχολεί τον άρρωστο, η λήψη του ιστορικού συνεχίζεται με ερωτήσεις που αφορούν την διάρκεια της παρουσίας του τον τρόπο της εμφάνισής του και την ύπαρξη συνοδευτικών συμπτωμάτων.

Στη συνέχεια εξετάζεται το αναμνηστικό του αρρώστου το οποίο μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση αν σ' αυτό αναφέρονται παθήσεις, οι αιτίες σχετικές με την ταρινή του πάθηση. Στο κληρονομικό ιστορικό αναζητείται η ύπαρξη της νόσου σε άλλα μέλη της οικογενείας.

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση στις οσφυϊκές χώρες για την ανεύρεση διογκωμένου ή επώδυνου νεφρού, την ψηλάφηση κατά μήκος των ουρητήρων και του υπογαστρίου. Δεν πρέπει να παραλείπεται η δακτυλική εξέταση. Η κλινική εξέταση είναι συνήθως φτωχή σε ευρήματα.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει την εξέταση των ούρων και του αίματος.

1. Εξέταση ούρων : Είναι η σπουδαιότερη εργαστηριακή εξέταση επειδή προσανατολίζει το γιατρό πρὸς ένα μεγάλο αριθμό παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος και στη συγκεκριμένη πάθηση δίνει δύο πληροφορίες. Την ύπαρξη ή όχι λοιμώξεως και το είδος της λιθιάσεως.

Η εξέταση συνήθως γίνεται από τα πρωϊνά ούρα που πλεονεκτούν γιατί :

α. Τα πρωϊνά ούρα είναι πυκνότερα, επομένως ο εργαστηριακός έλεγχος έχει περισσότερες πιθανότητες να εντοπίσει στο οίζημα τα υπάρχοντα παθολογικά στοιχεία.

β. Η πυκνότητα των ούρων, το υψηλό ειδικό βάρος, το οποίο πρέπει κατά κανόνα να έχουν, θα βοηθήσει τον κλινικό να οδηγηθεί σε συμπεράσματα περί της λειτουργικής αρτιότητας των ουροφόρων σωληναρίων.

γ. Η παραμονή των ούρων, ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες, μέσα στα δοχεία που χρησιμοποιούνται για τη συγκεντρωσή τους, προκαλεί αποσύνθεση των ούρων και καταστροφή των κυλίνδρων από την κύστη πρὸς τους ουρητήρες

διελαύνουν λοξά στο τοίχωμα της κύστης γεγονός που λειτουργεί σαν βαλβίδα.

Σύσταση των ούρων : Το ποσό των ούρων ανέρχεται σε 1.200- 1.500 κ. εκ. το 24ωρο. Είναι υδατικό διάλυμα ανόργανων και οργανικών συστατικών.

Ανόργανα συστατικά των ούρων είναι : το νάτριο, το κάλιο, το ασβέστιο, το μαγνήσιο, η αμμωνία, το θείο και η ΡΟ₄. Οργανικά συστατικά είναι : η ουρία ίχνη ελάχιστων αμινοξέων και λευκώματος, ουρικό οξύ, ιππουρικό οξύ, κρεατινίνη και μικρά ποσά γαλακτικού και οξαλικού οξέως.

Το ειδικό βάρος των ούρων κυμαίνεται μεταξύ 1,017, 1,020, το χρώμα τους είναι ασθενές κίτρινο μέχρι βαθύ κίτρινο. Χρωστικές των ούρων είναι τα ουρόχρωμα Α και Β, η ουροερυθρίνη, η χολερυθρίνη, η ουροχολίνη κ.λ.π. Τα ούρα συνήθως είναι υπέρτονα μπορεί όμως να γίνουν υπότονα ή ισότονα ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού. Το ΡΗ των ούρων εξαρτάται από το είδος της τροφής. Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 5 - 5,6.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κατά την κλινική εξέταση πρέπει να δίνεται προσοχή, γιατί τα συμπτώματα της νεφρολιθίαςσης μπορεί να είναι τα ίδια με κάποια άλλη πάθηση των οργάνων της κοιλιάς. Γι' αυτό πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση μεταξύ της νεφρολιθίαςσης με :

- α. χολολιθίαση (κυλίκος της χολής)
- β. Σκωληκοειδίτιδα που δεν κάνει έντονο πόνο ώστε να χαρακτηριστεί σαν κυλίκος, κάνει όμως πυρετό.
- γ. Παγκρεατίτιδα στην οποία υπάρχουν ακατάστατοι έμετοι και εργαστηριακά βρίσκουμε αυξημένα τα παγκρεατικά ένζυμα.
- δ. Δρεπανοκυτταρική αναιμία σε κρίση της οποίας έχουμε έντονο πόνο στην κοιλιά.
- ε. Διάτρηση οποιουδήποτε οργάνου της κοιλιάς.

Στα περισσότερα από αυτά έχουμε συνήθως αρνητικά STICK ούρων, σε αντίθεση με τη νεφρολιθίαση που τις περισσότερες φορές είναι θετικά.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αποβλέπει στο να άρει τους παράγοντες που προκαλούν τη λιθίαση, σε μια συγκεκριμένη όμως λιθίαση, στο να καταστρέψει το σχηματισμένο λίθο ώστε να αποβληθεί αν γίνεται, αυτόματα ή διαφορετικά να αφαιρεθεί ο λίθος με χειρουργική επέμβαση δηλαδή η θεραπεία διακρίνεται σε συντηρητικά που είναι η πιο συχνή και χειρουργική που ακολουθείται σε περίπτωση που έχουμε αποτύχει συντηρητικά ή που έχουν προκληθεί βλάβες που δεν επιτρέπουν να χαθεί χρόνος για συντηρητική αγωγή.

Αν και κάθε τύπος λιθίασης έχει τις δικές του θεραπευτικές ενδείξεις πρέπει να πούμε ότι υπάρχει μια κοινή αντιμετώπιση σε όλους τους τύπους λιθίασης.

Τα βασικά θεραπευτικά μέτρα είναι :

- α. Η άφθονη χορήγηση υγρών ολόκληρο το 24ωρο είναι ίσως η πιο σημαντική ένδειξη για όλους τους τύπους λιθίασης κατά μέσο όρο θα πρέπει να παίρνονται από 2 - 3 λίτρα το 24ωρο.
- β. Η διόρθωση κάθε μεταβολικής διαταραχής.
- γ. Η ρύθμιση των ΡΗ των ούρων.
- δ. Η αντιμετώπιση κάθε κυλύματος της αποχετευτικής μοίρας.
- ε. Η αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων. Η αγωγή της νεφρολιθίασης με λοίμωξη αποτελεί ένα δύσκολο πρόβλημα. Πράγματι από τη μια μεριά η λιθίαση προδιαθέτει για λοιμώξεις που δεν θα θεραπευτούν ή θα υποτροπιάσουν, για όσο διάστημα οι λίθοι παραμένουν στις ουροφόρες οδούς και από την άλλη η λοίμωξη μπορεί να επιδεινώσει τη λιθίαση διευκολύνοντας την αποθήκευση καινούργιων συμπλεγμάτων λίθων στους ήδη υπάρχοντες λίθους.

Σύγχρονες τεχνολογικές εξελίξεις στην αντιμετώπιση της λιθίασης του ουροποιητικού συστήματος

Τελευταία έχουν προστεθεί νέες τεχνικές στην αντιμετώπιση της λιθίασης όπως είναι :

1. Η εξωσωματική λιθοτριψία : με τη χρησιμοποίηση κυμάτων κρούσης ειδικών δηλαδή κυμάτων τα οποία εκπέμπονται από μια πηγή και σκοπεύουν το λίθο του νεφρού ενώ ο άρρωστος ευρίσκεται μέσα σ' ένα υδάτινο λουτρό. Έτσι χωρίς καμιά χειρουργική τομή ο λίθος κορνιορτοποιείται και αποβάλλεται από την αποχετευτική οδό.

Η μέθοδος αυτή είναι πραγματικά επαναστατική. Βασική προϋπόθεση για τη χρησιμοποίησή της είναι το να είναι ελεύθερη η αποχετευτική οδός για να μπορούν έτσι ακάλυτα να αποβληθούν τα μικρά λιθιασικά συγκρίματα. Αντενδείκνυται κατά συνέπεια η τεχνική αυτή σε περίπτωση που υπάρχει απόφραξη

της αποχετευτικής μούρας (στενώματα ή συγγενείς ανωμαλίες).

2. Διαθερμική λιθοτριψία : Σ' αυτή την περίπτωση κάτω από συνεχή ακτινογραφικό έλεγχο γίνεται μια μικρή τομή και μέσα από αυτή γίνεται μια νεφροστομία. Μπαίνει δηλαδή ένας μικρός σιλήνας και αφού φτάσει ο σιλήνας αυτός στο σημείο του λίθου και με τη βοήθεια του νεφροσκοπίου μπορούμε ή να σπάσουμε το λίθο με τους υπέρηχους ή με τον ειδικό λιθοτρίπτη.

Αποφεύγεται με τον τρόπο αυτό η μεγάλη τομή και η κλασσική χειρουργική επέμβαση. Μπορεί όμως μ' αυτή την τεχνική να παρουσιαστούν επιπλοκές όπως παρεγχυματικές ανωμαλίες. Επί πλέον ο χειρουργός εκτίθεται σε ακτινοβολία για πολύ χρονικό διάστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος είναι έργο μεγάλης ευθύνης. Η νοσηλεύτρια που δίνει αυτή τη φροντίδα, πρέπει να είναι εφοδιασμένη με πολλές γνώσεις παθολογικής και χειρουργικής νοσηλευτικής εμπειρίας.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνονται σε :

α. ΑΜΕΣΟΥΣ

β. ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΥΣ

α. ΑΜΕΣΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

- Προσφορά βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς κατά τη διαγνωστική περίοδο.
- Προετοιμασία του αρρώστου για τη θεραπεία που επιλέχθηκε.
- Συμπτωματική απαλλαγή από κολικό νεφρού ή ουρητήρα.
- Απαλλαγή από τον πόνο και ελάττωση της αγωνίας.

β. ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

- Αναγνώριση αιτίας σχηματισμού λίθων
- Πρόληψη σχηματισμού νέων λίθων

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου που πάσχει από νεφρολιθίαση εξαρτάται και από την εκτίμηση της καταστάσεως του αρρώστου που πάσχει. Η αξιολόγηση αυτή στηρίζεται στις πληροφορίες, που θα συγκεντρώσει από διάφορες πηγές και στη συνθετική ικανότητα που έχει για αξιοποίηση των πληροφοριών αυτών σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα του αρρώστου.

Η νοσηλευτική αξιολόγηση της καταστάσεως του ασθενούς πραγματοποιείται από :

- α. Τις πηγές των πληροφοριών
- β. Το ιστορικό υγείας του αρρώστου
- γ. Την φυσική εκτίμησή του και
- δ. Τις διαγνωστικές εξετάσεις

α) Πηγές πληροφοριών είναι :

- Ο ίδιος ο άρρωστος με τον οποίο η νοσηλεύτρια έρχεται σε επαφή.
 - Τα μέλη της οικογένειας του ή άλλα γνωστά άτομα.
 - Ο Ιατρικός φάκελλος σε περίπτωση που ο άρρωστος αναφέρει σε προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο.
- β) Στο ατομικό ιστορικό του αρρώστου περιλαμβάνονται :
- Ηλικία, βάρος, ύψος
 - Επάγγελμα
 - Γραμματικές Γνώσεις και μορφωτικό επίπεδο
 - Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
 - Τρόποι ζωής (επαγγελματικές δραστηριότητες, συνήθειες ύπνου, αναπνεύσεως, ψυχαγωγίας κ.λ.π.)
 - Δομή της οικογένειας του αρρώστου
 - Παιδικά νοσήματα που ο άρρωστος τυχόν έχει περάσει
 - Άλλα νοσήματα από τα οποία στο παρελθόν ο άρρωστος έχει αρρωστήσει όπως σακχαρώδης διαβήτης, ουρική αρθρίτιδα κ.λ.π.
 - Προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο, αίτια εισαγωγής, διάρκεια νοσηλείας, τυχόν χειρουργικές επεμβάσεις που έκανε, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία κ.λ.π.
 - Εάν είναι αλλεργικό άτομο και σε τι είναι ευαίσθητο
 - Παρελθούσες λιθιάσεις και είδος θεραπείας

γ) ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- Οξύς πόνος που ακτινοβολεί στη βουβωνική χώρα και στους όρχεις ή στα μεγάλα χείλη
- ευαισθησία της χώρας πάνω από τον πύσχοντα νεφρό ή τον ουρητήρα, κατά την ψηλάφηση.

δ) ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

α. Μικροσκοπική εξέταση ούρων - ειδικά ενδιαφέρει το ΡΗ, η λευκωματουρία και η αιματουρία

1. Αλκαλικά ούρα έχουν σχέση με τους λίθους του ασβεστίου

2. Όξινα ούρα έχουν σχέση με τους ουρικούς λίθους και λίθους κυστίνης

β. Καλλιέργεια και ευαισθησία ούρων

γ. Δοκιμασία SKIKOWITCH για ασβέστιο (θετική)

δ. Ούρα 24ωρου για ασβέστιο και ουρικό οξύ

ε. Εξετάσεις αίματος για ασβέστιο, φώσφορο, ουρικό οξύ ορού αίματος

στ. Δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας : ουρία, κρεατινίνη ορού, καθαρός κρεατινίνης.

ζ. Ακτινολογικές εξετάσεις : ενδοφλέβια πνευλογραφία, κυστεογραφία, κυστεοσκόπηση με ανιούσα πνευλογραφία (οι λίθοι ουρικού οξέως δεν είναι σκιεροί στην ακτινοβολία Χ).

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

α. Γενική ούρων

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας ότι η συμβολή της στην εξέταση ούρων είναι μεγάλη :

- Συλλέγει και αποστέλλει για εξέταση μόνο τα πρωινά ούρα
- Συστήνει στον ασθενή να γίνεται καθαρισμός των γεννητικών οργάνων πριν από την ούρηση με άφθονο νερό και σαπούνι. Η περιοχή πρέπει να σκουπίζεται με καθαρή πετσέτα ώστε να είναι στεγνή όταν αρχίσει η ούρηση.
- Στον άνδρα όταν υπάρχει υποψία φλεγμονής της ουρήθρας ή του προστάτη, η συλλογή των ούρων πρέπει να γίνεται σε δύο δοχεία. Στο πρώτο δοχείο συλλέγονται τα αρχικά ούρα και στο δεύτερο της υπόλοιπης ουρήσεως. Η εξέταση των δοχείων γίνεται χωριστά.
- Στην γυναίκα η αρχική ποσότητα των ούρων απορρίπτεται και η συλλογή τους αρχίζει από το μέσο της ούρησης.
- Το αποστελλόμενο δείγμα ούρων δεν πρέπει να είναι λιγότερο από 100 κ.εκ. ώστε να είναι δυνατή η μέτρησή του.

β. Ακτινολογικός έλεγχος

Περιλαμβάνει την απλή ακτινογραφία νεφρών, την ενδοφλέβια ουρογραφία και την ανιούσα πνευμογραφία.

Η νοσηλεύτρια στην απλή ακτινογραφία πρέπει να γνωρίζει ότι η προετοιμασία του αρρώστου ποικίλει αναφορικά με την κένωση του εντερικού σωλήνα, που πρέπει να απαλλαγεί από τον αέρα. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος είναι η χορήγηση ελαιούχου καθαρτικού από το στόμα. Αυτό όμως έχει μερικές φορές δυσμενείς επιπτώσεις στους αρρώστους και σε πολλούς από αυτούς η λήψη του δεν είναι δυνατή.

Παράλληλα συνιστάται στον άρρωστο :

- Να περιορίσει το δείπνο σε ένα ρόφημα (τσάι ή χαμομήλι) με μία ή δύο φρυγανιές
- Να αποφύγει σε περίπτωση δίψας τα ζαχαρούχα ποτά, επειδή αυτά συμβάλλουν στην δημιουργία αερίων.

Το πρωί της εκτελέσεως της ακτινογραφίας ο άρρωστος πηγαίνει στο ακτινολογικό εργαστήριο νηστικός.

Στην ενδοφλέβια ουρογραφία, η νοσηλεύτρια εκτός εκείνων που έχουν σχέση με την απλή ακτινογραφία των νεφρών, πρέπει επιπρόσθετα να γνωρίζει ότι είναι απαραίτητο να προηγηθεί TEST ευαισθησίας του σκευάσματος που θα χρησιμοποιηθεί επειδή ενδέχεται να εμφανίσει ο άρρωστος αναφυλακτικά συμπτώματα κατά ή μετά την χορήγηση ώστε να αποφευχθούν ταλαιπωρίες ή και αναβολές από έλλειψη προνοητικότητας. Να προσπαθήσει ώστε καθ' όλη

τη διάρκεια της λήψεως των ακτινογραφιών να βρίσκεται κοντά στον άρρωστο για την ηθική του τόνωση και για την πρόληψη τυχόν παρενεργειών. Περιορίζει τα υγρά που πίνει στο ελάχιστο εφόσον η ουρία του αίματος είναι φυσιολογική. Η στέρηση υγρών στον άρρωστο από την προηγούμενη ημέρα συμβάλλει στην περισσότερο πραγματική σκιαγράφιση των νεφρών. Αν ο άρρωστος έχει πει πολλά υγρά, θα έχει πολλά ούρα και η σκιερή ουσία θα αποβληθεί αραιωμένη μ' αποτέλεσμα ασθενή σκιαγράφιση που δεν θ' ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Στην ανιούσα πνελογραφία η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψιν της όσα έχουν σχέση με την απλή ακτινογραφία των νεφρών και επιπρόσθετα ότι προκειμένου να εισαχθεί ουρητηρικός καθετήρας στο στόμιο του ουρητήρα ο άρρωστος υποβάλλεται σε κυστεοσκόπηση.

Ο ουρητηρικός καθετήρας που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει να έχει ελεχθεί πλήρως ώστε να είναι εξασφαλισμένη η λειτουργικότητά του (ομαλό τοίχωμα πλήρης βατότητα).

Να έχει απολυμανθεί καλά για την αποφυγή μολύνσεων, επειδή είναι αυξημένες οι πιθανότητες εισαγωγής μικροβίων από έξω με αποτέλεσμα την εμφάνιση πνελονεφρίτιδας.

Πρέπει να έχει εξηγηθεί στον άρρωστο πως πρέπει να συνεργαστεί με το γιατρό στη διάρκεια της εξέτασης.

Να έχει γίνει πρόβλεψη για την έγκαιρη προμήθεια ουρητηρικού καθετήρα καθώς και σκιερής ουσίας.

Σήμερα χρησιμοποιούνται ουρητηρικοί καθετήρες μιάς χρήσεως οπότε ο κίνδυνος εισαγωγής μικροβίων απ' έξω μειώνεται. Επειδή όμως η εισαγωγή και αυτού της μίας χρήσεως καθετήρα θα γίνει δια μέσου κυστεοσκόπησης, η νοσηλεύτρια οφείλει να τηρεί αρχές χειρουργικής ασηψίας κατά τη διάρκεια της εξέτασης αυτής.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τα κύρια συμπτώματα της νεφρολιθίασης είναι ο ουρητικός ή νεφρικός πόνος, η συχνουρία, η ανουρία, η αιματουρία, η λοίμωξη.

ΟΥΡΗΤΙΚΟΣ Η ΝΕΦΡΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο ουρητηρικός πόνος είναι κατά κανόνα έντονος και εκδηλώνεται σαν ουρητηρικός κολικός. Ο κολικός του ουρητήρα, ή όπως συνήθως ονομάζεται, κολικός του νεφρού, οφείλεται σε μια ξαφνική αύξηση της υδροστατικής πίεσεως μέσα στη νεφρική πύελο και στο νεφρό, που προκαλείται από απότομη και πλήρη απόφραξη κάποιου σημείου του αποχετευτικού συστήματος (πύελος, ουρητήρες). Μια τέτοια απόφραξη μπορεί να γίνει από λίθο, άμμο ή λάσπη ή και από πήγματα αίματος και πιο σπάνια από εξωτερική πίεση.

Ο αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η μείωση ή τέλεια εξάλειψη του πόνου, υσότου ανακαλυφθεί και αφαιρεθεί το γενεσιουργό αίτιο.

Σπασμολυτικές ενέσεις, όπως BUSCOPAN, ακόμη και ισχυρές αναλγητικές ενέσεις, όπως μορφίνη, η πεθιδίνη γίνονται μόνο μετά από εντολή γιατρού και αποσκοπούν στη χαλάρωση των συσπασθισών λείων μυϊκών ινών και κατ' επέκταση στη λύση του κολικού.

Θερμά επιθέματα (θερμοφόρες) τοποθετούνται στη νεφρική χώρα και έτσι ο πόνος περιορίζεται. Εάν ο άρρωστος δεν έχει εμέτους συνιστώνται άφθονα υγρά τα οποία τείνουν να αυξήσουν την υδροστατική πίεση πίσω από την πέτρα που έχει σχηματιστεί και έτσι συμβάλλουν στην μετακίνηση και αποβολή της. Ενισχύεται να κινείται βαδίζει κ.λ.π. επειδή αυτό βοηθεί στη μετακίνηση και αποβολή της πέτρας.

Πρέπει να γίνεται συνεχής έλεγχος των χαρακτηριστικών των ούρων σε κάθε ούρηση, επειδή η αιματουρία είτε ως μακροσκοπική, είτε ως μικροσκοπική είναι συνόδo σύμπτωμα του κολικού.

Ειδικότερα για επιθέματα πρέπει να τονίσουμε τα εξής :

Εφαρμόζονται για ανακουφιστικό σκοπό, τοποθετούνται στην οσφυϊκή χώρα όπου εντοπίζονται συνήθως ο πόνος προσέχουμε ώστε να μην δημιουργηθούν εγκαύματα στην περιοχή καθώς και τη θερμοκρασία η οποία δεν πρέπει να υπερβαίνει για τα επιθέματα τους 40° - 45° C.

ΣΥΧΝΟΥΡΙΑ

Σ' αυτήν ο αριθμός των ουρήσεων φθάνει 8, 10, 20 και περισσότερες ημερησίως, χωρίς να αυξάνεται αντίστοιχα και το ποσό των ούρων. Οι άρρωστοι παραπονούνται ότι αισθάνονται συχνή τάση για ούρηση, κάθε μισή ώρα ή και συχνότερα ακόμη. Αυτή μπορεί να οφείλεται σε ερεθισμό της ουροδόχου κύστεως, σε μείωση της χωρητικότητάς της ή σε αύξηση του

ποσού των παραγόμενων ούρων (πολυουρία). Η ανακούφιση του αρρώστου από τη συχνουρία είναι συνάρτηση της θεραπείας του αιτίου που την προκαλεί. Προς αυτή πρέπει η νοσηλεύτρια να έχει συγκεντρωμένη όλη της την προσοχή. Ο άρρωστος πρέπει να ενισχύεται να παίρνει πολλά υγρά επειδή εξαιτίας της συχνουρίας έχει την τάση να τα μειώνει. Η νοσηλεύτρια τηρεί διάγραμμα των υγρών που παίρνει και αποβάλλει ο άρρωστος και αναγράφει τον αριθμό των ουρήσεων καθώς και το ποσόν κάθε ουρήσεως με συνέπεια. Ελέγχει συνεχώς τη σύσταση των ούρων.

ΑΝΟΥΡΙΑ

Ανουρία είναι η κατάσταση, στην οποία το ποσό των ούρων, που παράγεται από τους νεφρούς στο 24ωρο, είναι μικρότερο από 100 κ. εκ.

Η ανουρία κλινικά χαρακτηρίζεται από έλλειψη ούρων, που όμως δε συνοδεύεται από καμία επιθυμία για ούρηση, πράγμα που σημαίνει ότι η κύστη του ανουρικού αρρώστου είναι άδειο από ούρα.

ΠΥΡΕΤΟΣ

Αυτός παρατηρείται σε λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος.

Ο πυρετός εισβάλλει απότομα με ρίγιοις, συνοδεύεται από ευαισθησία στην περιοχή των νεφρών, κεφαλαλγίες, καταβολή δυνάμεων κ.λ.π.

Η νοσηλευτική αντιμετάπιση είναι συνάρτηση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν τον πυρετό και γίνεται ακριβής λήψη και καταγραφή του πυρετού σε διάγραμμα ανά τρίωρο.

Εάν υπάρχει ρίγος, προστατεύεται ο άρρωστος για να μη κρυώνει με επιπρόσθετα μάλλινα κλινοσκεπάσματα ή με τοποθέτηση θερμοφώρας, πάντοτε με προσοχή και παρακολούθηση για την αποφυγή εγκαύματος. Γίνεται ακριβής χορήγηση των αντιβιοτικών ή άλλων φαρμάκων που καθόρισε ο γιατρός. Ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει υγρά για να αποφύγει την αφυδάτωση εξαιτίας των εφιδρώσεων και των αυξημένων καύσεων.

Ενισχύεται η διατροφή του αρρώστου στα διαστήματα που ο πυρετός πέφτει, ώστε να διατηρείται η άμυνα του οργανισμού σε υψηλό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

**Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αντικειμενικές σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου είναι η εξασφάλιση της καλής κατάστασης του οργανισμού του για την επέμβαση.

Διακρίνεται σε Γενική, Τοπική και Τελική.

Η Γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

- α. Μείωση αγωνίας και φόβου με εγκαθίδρυση θετικών διαπροσωπικών σχέσεων
 1. Ενθάνθυρρυνση της υποστήριξης του αρρώστου από την οικογένειά του
 2. Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης για να μπορέσει ο άρρωστος να λύσει απορίες, να ενημερωθεί και να εκφράσει τα συναισθηματά του.
- β. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του αρρώστου
Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλισμών και αν είναι αρνητικά, ενημερώνει την προϊσταμένη του τμήματος ή τον γιατρό. Η εκτέλεση υποκλισμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής γιατρού.
- γ. Διαιτητική Αγωγή
 1. Η νοσηλεύτρια χορηγεί στον άρρωστο την διαιτητική αγωγή που καθόρισε ο γιατρός.
 2. Την προηγούμενη ημέρα της εγχείρησης, ο άρρωστος τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς υπολείμματα).
 3. Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση, δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας.
 4. Εάν ο άρρωστος δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται αυτά παρεντερικά.
- δ. Καθαριότητα του Αρρώστου
Αυτή συνίσταται σε :
 1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα
Ο καθαρισμός του εντέρου αποβλέπει :
 - Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
 - Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους.Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται :
 - Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δεν συνίσταται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένιση του οργανισμού, καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

- Με καθαρτικό υποκλισμό : Συνήθως γίνονται δύο υποκλισμοί. Ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης. Μ' αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλισμών και αν είναι αρνητικά, ενημερώνει την προϊσταμένη του τμήματος ή τον γιατρό. Η εκτέλεση υποκλισμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής γιατρού.

1. Καθαριότητα του σώματος.

Η νοσηλεύτρια δίνει οδηγίες στον άρρωστο να κάνει λουτρό καθαριότητας. Αυτό αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεων του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων.

ε. Διδασκαλία του αρρώστου για τη συμμετοχή του στην μετεγχειρητική του πορεία

Εξηγήσεις και πληροφορίες δίνονται στον άρρωστο σχετικά με :

- Την ρουτίνα του βήχα και των βαθιών αναπνοών.
- Τους σωλήνες και τις φιάλες παροχέτευσης.
- Τον μόνιμο καθετήρα και την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.
- Μονάδα εντατικής θεραπείας (αν χρειαστεί βέβαια).

Αυτό γίνεται για να μην ανησυχήσει ο ασθενής, όταν κατά την αύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον και εξοπλισμένο με πολλά και περίεργα γι' αυτόν μηχανήματα.

στ. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να είναι έντονα και να διέχνουν τον ύπνο. Η αύπνια και η κόπωση, προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών. Για την αποφυγή αύπνιας χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχείρησης ηρεμιστικό και υπνωτικό. Μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή να μείνει στο κρεβάτι του και αν χρειασθεί να σηκωθεί πρέπει να ζητήσει βοήθεια γιατί υπάρχει κίνδυνος να ζαλιστεί επειδή βρίσκεται σε ουχτυτική κατάσταση.

Η Τοπική Προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος εγχειρητικού πεδίου, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος για μολύνσεις. Η ξυριστική μηχανή που χρησιμοποιείται, πρέπει να είναι ατομικής χρήσεως και αποστειρωμένη

(για πρόληψη μετάδοσης λοιμωδών νόσων). Υπερβολική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται ώστε κατά την ώρα του ξυρίσματος να μη μικροτραυματιστεί το δέρμα γιατί υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης των τραυματιών αυτών. Σε μερικά νοσοκομεία το εγχειρητικό πεδίο γίνεται από το προσωπικό του χειρουργείου.

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

Η νοσηλεύτρια πριν από την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο :

1. Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα
2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη
3. Αφαιρεί δαχτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης
5. Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από το συγκεκριμένο άρρωστο και αποβλέπουν στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος την ελάττωση έκκρισης του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει το κατάλληλο φάρμακο την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα. Εξασφαλίζεται ήσυχο περιβάλλον χωρίς έντονο φωτισμό και συνιστάται να μη σηκωθεί από το κρεβάτι χωρίς συνοδό λόγω δράσεως των φαρμάκων.

Μπορεί να παρατηρηθούν μεταβολές των ζυγικών σημείων πράγμα που οφείλεται στην επίδραση της προνάρκωσης και είναι παροδικές, παρόλα αυτά πληροφορείται ο γιατρός.

6. Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

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

Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική του πορεία. Ο φόβος και η αγωνία του αρρώστου για την χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη του άγχους από την προεγχειρητική περίοδο.

II ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αντικειμενικός σκοπός της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η αποκατάσταση της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας, η πρόληψη και η αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Αυτή περιλαμβάνει :

α. Διατήρηση συνεχούς Νοσηλευτικής Επίβλεψης του αρρώστου

1. Λήψη και εκτίμηση ζωτικών σημείων
2. Αξιολόγηση χαρακτήρα αναπνοών και χρώματος ασθενούς
3. Παρακολούθηση της τομής για σημεία μόλυνσης
4. Διατήρηση των γαζών στεγνών, με λήψη των απαραίτητων μέτρων
5. Σχολαστική φροντίδα του δέρματος με χρησιμοποίηση προστατευτικών ουσιών.

β. Επίβλεψη και συνεχή παρακολούθηση της φυσικής λειτουργίας των παροχετεύσεων

1. Γίνεται έλεγχος των αποβαλλομένων υγρών (αιματηρά, οροαιματηρά, ποσότητα)
2. Πρέπει να γίνεται υποστήριξη του σωλήνα παροχέτευσης όταν τοποθετείται ο άρρωστος στο κρεβάτι για αποφυγή αναδίπλωσης

γ. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών

1. Χορήγηση των ενδοφλέβιων υγρών μετά από εντολή του γιατρού
2. Προσδιορισμός και εκτίμηση των ηλεκτρολυτών του πλάσματος

δ. Εξασφάλιση διαφόρων μέσων απαλλαγής από τον πόνο

1. Χορήγηση των ναρκωτικών αναλγητικών
2. Εντριβή και μασσάζ της ράχης ως μέτρο ανακούφισης από τον πόνο.
3. Εκτίμηση αποτελεσματικότητας της παρέμβασης

ε. Εξασφάλιση εντατικής αναπνευστικής φροντίδας

Η νοσηλεύτρια υπενθυμίζει στον άρρωστο αυτό που του έμαθε πριν από την επέμβαση, δηλαδή να παίρνει βαθιές εισπνοές, να βήχει, να γυρίζει κάθε δύο ώρες να κάνει ενεργητικές και παθητικές κινήσεις των ατόμων, για να αποβάλλει το συντομότερο το αναισθητικό και τις εκκρίσεις που πιθανόν εμποδίζουν την αναπνευστική οδό και να εξασφαλισθεί η πλήρης οξυγόνωση των ιστών.

στ. Ενθάρρυνση έγκαιρης κίνησης

1. Εκτέλεση παθητικών και αναπνευστικών κινήσεων πλήρους τροχιιάς
2. Έγερση 24ωρες μετά την επέμβαση
3. Χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών.

- ζ. Παρακολούθηση για σημεία μόλυνσης και χορήγηση αντιβιοτικών για πρόβλημα μόλυνσης
- η. Φροντίδα σελήνα νεφροστομίας
 1. Διατήρηση επαρκούς παροχέτευσης των ούρων
 2. Εξασφάλιση βατότητας του σελήνα νεφροστομίας
 3. Υποστήριξη του σελήνα όταν τοποθετείται ο άρρωστος στο κρεβάτι για αποφυγή αναδίπλωσης.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, είναι η παρακολούθηση και η παρατηρησή του. Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα αποτελεί συνέχεια της εγχείρησης η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτελεσμά της για να προσαρμόσει τη φροντίδα της στις ειδικές του ανάγκες και να κάνει έγκαιρα τις παρατηρήσεις της.

Η μέτρηση των ζυτικών σημείων και η παρατήρηση του χρώματος του αρρώστου, καθώς και η παρακολούθηση των τυχόν εμετών (ποιόν, ποσόν) και των ούρων (ποσό, χρώμα κ.λ.π.) βοηθούν στην εκτίμηση της κατάστασής του. Βασικό καθήκον αποτελεί η προφύλαξη του αρρώστου, από ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας, οι κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας, οι συχνές και επιμελημένες πλύσεις στόματος, για πρόληψη παρωτίτιδας και στοματίτιδας, η παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής καταστάσεως του αρρώστου.

Παρ' όλες όμως τις παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας, ο άρρωστος μπορεί να αντιμετωπίσει την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων που επιβραδύνουν την αναρρωσή του. Η γνώση των παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών και στην προφύλαξη από αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των επιπλοκών, βοηθά στην πρόληψη η έγκαιρη διαγνωσή τους.

Οι κυριότερες επιπλοκές σε χειρουργημένο από νεφρολιθίαση άρρωστο είναι

1. Αντανεκλαστικός παραλυτικός ειλεός : Για την πρόληψη του οποίου η νοσηλεύτρια πρέπει να παρατηρήσει αν υπάρξει κανονική και γρήγορη αποκατάσταση της λειτουργίας του εντέρου καθώς και για μετεωρισμό.
2. Αιμορραγία : Για την οποία είπαμε ότι ελέγχεται συνεχώς το τραύμα και τα ζυτικά σημεία, επίσης παρατηρούμε την παροχέτευση και τον καθετήρα.
3. Πυελονεφρίτιδα : Για την οποία πρέπει να κρατούνται συνθήκες ασηψίας κατά τον καθετηριασμό, για την αποφυγή ανιούσας ουρολοιμώξεως, αλλά χρειάζεται προσοχή και στο χειρουργείο.
4. Σηπτικό SHOCK : Για το οποίο πρέπει να γίνονται με προσοχή οι αλλαγές του τραύματος και παρατηρείται συνεχώς ο άρρωστος για τυχόν εμφάνιση των συμπτωμάτων του (γρήγορος σφυγμός, ταχυσφυγμία, πτώση πίεσης, υχρότητα, ψυχρό και υγρό δέρμα κ.λ.π.)

5. Μόλυνση του τραύματος : Για την οποία είναι υπεύθυνη η νοσηλεύτρια γιατί πρέπει να τηρεί τους όρους καθαριότητας και ασηψίας στην περιοχή του τραύματος κατά τις αλλαγές που γίνονται συχνά.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η σωστή Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα θα κάνει τον άρρωστο να αναρρώσει γρήγορα. Όταν κριθεί από το γιατρό ότι μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, ενημερώνεται έγκαιρα και του δίνονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες και συμβουλές. Ο άρρωστος ο οποίος πρέπει να συνεχίσει τη λήψη φαρμάκων και μετά την εξοδό του από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με τη λήψη και τον τρόπο λήψη τους. Αναφέρονται επίσης οι παρενέργειες και σημεία τοξικότητας αν υπάρχουν.

Δίνονται σ' αυτόν διαιτητικές συμβουλές (οι οποίες προσαρμόζονται στις προτιμήσεις του) σύμφωνα με τη σχηματική ανάλυση του λίθου. Επισημαίνεται επίσης ότι πρέπει να συνεχιστεί η λήψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών (2.500 - 3.000 το 24ωρο) εκτός αν δεν επιτρέπεται εξ αιτίας συνύπαρξης άλλης παθολογικής κατάστασης. Η νοσηλεύτρια του εξηγεί ότι πρέπει να τηρήσει αυτά τα τελευταία για ν' αποφύγει τον επανασχηματισμό λίθων.

Πρέπει σε συχνά χρονικά διαστήματα να επισκέπτεται το γιατρό για εξετάσεις και να ενημερωθεί για τα πρώιμα συμπτώματα τυχόν ουρολοιμώξης. Επίσης να αποφεύγει μεγάλα διαστήματα ακινησίας.

Όλες αυτές οι οδηγίες και συμβουλές δίνονται από το γιατρό. Όμως η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να του εξηγήσει ότι απορίες έχει και να του τονίσει πάλι τι πρέπει να προσέχει ιδιαίτερα ώστε να μην έχει στο μέλλον τα ίδια προβλήματα. Μετά από αυτά ο ασθενής παίρνει το εξιτηριό του και αποχωρεί με ευχές για πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Η αποκατάσταση της υγείας του θα είναι πλήρης. Αυτό ισχύει τουλάχιστον στις περισσότερες περιπτώσεις. Όμως εξαρτάται και από τον ίδιο τον άρρωστο, αν τηρεί τις οδηγίες που του δόθηκαν και από τον τρόπο γενικά διατροφής του αλλά και από την κληρονομικότητα και την προδιάθεση του οργανισμού του. Όλα αυτά επηρεάζουν και είναι θετικοί παράγοντες για τη δημιουργία της λιθίασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

7ο Περιστατικό λιθιάσεως με Νοσηλευτική Διεργασία

Νέος ασθενής ετών 50 εισήλθε στην ουρολογική κλινική του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών "Άγιος Ανδρέας" στις 11.30 το πρωί της 22ης.6.91 και εξήλθε στις 27.6.91.

Αιτία εισόδου : εισήλθε με επίμονο κολικό του δεξιού νεφρού με υψηλό πυρετό και έντονο ρίγος. Είχε επίσης ανησυχία και τάση για έμετο, τα οποία συμπτώματα συνεχίστηκαν κατά τις πρώτες ημέρες της παραμονής του στο νοσοκομείο.

Ιστορικό υγείας : Τον Μάιο του 1990 ο ασθενής για πρώτη φορά επισκέφθηκε το κέντρο υγείας της περιοχής του, όπου του έγινε η απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα και ο απαραίτητος διαγνωστικός έλεγχος και διαπιστώθηκε λιθίαση της πύελου του αριστερού νεφρού. Εφαρμόσθηκε συντηρητική αγωγή που περιλάμβανε άφθονη λήψη υγρών, χορήγηση αναλγητικών. Μετά από απόφαση του γιατρού μετέβη στην Αθήνα για λιθοτριψία και από τότε ακολούθησε φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή, με αποφυγή λιπαρών ουσιών και μεγάλης ποσότητας γαλακτοκομικών προϊόντων. Η λιθοτριψία επαναλήφθηκε 5 μήνες αργότερα.

Τον Δεκέμβριο του 1990 εισήλθε στο Νοσοκομείο των Πατρών με κολικό δεξιού νεφρού. Έγιναν διαγνωστικές εξετάσεις και έδειξαν λίθο μετρίου μεγέθους στην πύελο του δεξιού νεφρού. Έμεινε 3 ημέρες στο νοσοκομείο.

Η τρίτη φορά που μπήκε στην κλινική ήταν στις 22.6.91 όπου νοσηλεύτηκε 5 ημέρες στο νοσοκομείο.

Παρούσα διαγνώση : την επόμενη ημέρα της εισαγωγής του έμεινε νηστικός για εργαστηριακό έλεγχο.

Έγινε απλή ακτινογραφία και ενδοφλέβια πνευμογραφία όπου και έδειξε και πάλι λιθίαση της πύελου του δεξιού νεφρού.

Στον παρακάτω πίνακα θα δούμε τα προβλήματα του συγκεκριμένου αρρώστου και τις νοσηλευτικές ενέργειες που έγιναν με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Προβλήματα του ασθενούς	Αίτια	Σκοπός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
1. Ο ασθενής παρουσίασε έντονο κολικό	Οφείλεται σε μία ξαφνική αύξηση της υδροστατικής πίεσης μέσα στη νεφρική πύελο και στο νεφρό που προκαλείται από απότομη και πλήρη απόφραξη κάποιου σημείου του αποχετευτικού συστήματος	Εξάλειψη ή μείωση του πόνου ώστε να ανακαλυφθεί το γενεσιουργό αίτιο	Ο άρρωστος τοποθετείται σε ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι. Χορήγηση αναλγητικών (BUSCOPAN) ενέσεων μετά από εντολή γιατρού	Επιτεύχθηκε χαλάρωση των συσπασμένων λείων μυϊκών ινών και κατ' επέκταση λύση του κολικού
2. Ο ασθενής παρουσίασε ναυτία και έμετο	Οφείλεται στην εμφάνιση του πόνου και του πυρετού	Έλεγχος και αντιμετώπιση των εμετών	Μετά από ιατρική εντολή, χρήση αντιεμετικού (PRIMPERAN) καθαρισμός στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο. Σε συνεχιζόμενους εμέτους τυχόν να γίνει τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα Ενημερώνουμε τη λογοδοσία σχετικά με τους εμέτους (ποϊόν, ποσόν)	Οι έμετοι αρχικά περιόριστηκαν ώσπου τελικά εξαλείφθηκαν

Προβλήματα του ασθενούς	Αίτια	Σκοπός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
3. ο ασθενής παρουσίασε πυρετό με ρίγη	Οφείλεται ή σε λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος ή σε φλεγμονή λόγω της υπάρξεως του λίθου	Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά πλαίσια. Χορήγηση υγρών και λήψη αίματος για αιματοκαλλιέργεια.	Τρίωρες θερμομετρήσεις ακριβής τήρηση και εφαρμογή των καθορισμένων από το γιατρό αντιπυρετικών και αντιβιοτικών. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Στην περίπτωση ρίγους πρόσθετη προστασία με μάλλινα κλινοσκεπάσματα.	Ο πυρετός στην αρχή μειώθηκε ώσπου επανήλθε τελικά στα φυσιολογικά πλαίσια
4. φόβος, αγωνία	Οφείλεται στην αβεβαιότητα της εξελίξεως της ασθένειας και στο καινούργιο περιβάλλον του νοσοκομείου	Μείωση αγωνίας και προαγωγή ψυχολογικής άνεσης του ασθενούς.	Εξασφάλιση ήσυχου και ασφαλούς περιβάλλοντος. Διάλογος μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή έτσι ώστε να τονωθεί το ηθικό του. Απαραίτητο είναι να πεισθεί ο άρρωστος πως πρέπει να συνεργαστεί ως προς τις διάφορες νοσηλευτικές ενέργειες	Μετά τη συζήτηση ο ασθενής αισθάνεται άνετα και πιο φιλικά απέναντι στο χώρο του νοσοκομείου και γενικά είναι πιο συνεργάσιμος στις νοσηλευτικές ενέργειες.

Προβλήματα του ασθενούς	Αίτια	Σκοπός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
5. ο ασθενής παρουσίασε διαταραχές του ισοζυγίου των υγρών.	Οφείλεται στην εμφάνιση των εμετών και της πολυουρίας.	Ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών, ενυδάτωση του ασθενούς.	Παρεντερική χορήγηση (DEXTROSE 5% 300ML/24 ωρο). Σχολαστική μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.	Επιτεύχθηκε η ρύθμιση του ισοζυγίου των υγρών.
6. Ο ασθενής παρουσίασε ανορεξία.	Οφείλεται στην εμφάνιση του πόνου και την γενική διαταραχή του οργανισμού του ασθενούς.	Προαγωγή επαρκούς και σωστής θρέψης.	Συνεργασία με το διαιτολόγο, περιορισμός στις λιπαρές ουσίες και σε μεγάλη ποσότητα γαλακτομικών προϊόντων.	Οι διατροφικοί περιορισμοί συνέβαλαν σημαντικά στην καταπολέμηση της λιθίαςσης.

2ο Περιστατικό λιθιάσεως με Νοσηλευτική Διεργασία

Νέα ασθενής η Λ.Α. 40 ετών εισήλθε στην ουρολογική κλινική, του Νοσοκομείου Πατρών.

Αιτία Εισόδου : Κολικός του νεφρού, πυρετός, αιματουρία, και ελήφθησαν εργαστηριακά και βρέθηκαν οι εξής τιμές :

K⁺ : 5,1

Na⁺ : 140

ουρία : 39

κρεατινίνη : 1,0

γλυκόζη 91

Ιστορικό υγείας : Πρίν ενάμιση χρόνο εμφάνισε τα πρώτα σημάδια λιθιάσεως σε ελαφρά μορφή και όλο αυτό το διάστημα έκανε θεραπείες σε ιατρεία και νοσοκομεία με ορούς και αντιβιώσεις στη διάρκεια των οποίων έπεφταν οι λίθοι (μικρού μεγάλους) και δημιουργούσαν τραύματα εσωτερικά στην πύελο και τους ουρητήρες με υψηλό πυρετό και συνεχείς ουρολοιμύξεις. Πρίν ημέρες τα συμπτώματα αυτά έγιναν πιό έντονα και η λιθίαση που παρουσίασε ήταν μεγάλη.

Έγινε λιθοτριψία η οποία δεν μπόρεσε ν' αποβάλλει το λίθο.

Παρούσα διάγνωση : Κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο έγινε ενδοφλέβια πνευλογραφία και διαπιστώθηκε λιθίαση του άνω τριτημορίου του δεξιού ουρητήρα.

Η νοσηλευτική παρέμβαση εντοπίσθηκε απ' την άρα της εισαγωγής στα παρακάτω.

Προβλήματα του ασθενούς	Αίτια	Σκοπός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
1. Ο ασθενής παρουσίασε κολικό του νεφρού	Προκαλείται από απότομη και πλήρη απόφραξη κάποιου σημείου του αποχετευτικού συστήματος.	Ανακούφιση - απαλλαγή από τον πόνο	Χορήγηση αναλγητικών (μορφίνη, πεθινίνη) ή σπασμολυτικών ενέσεων (BUSCOPAN) μετά από εντολή του γιατρού. Ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι.	Μειώθηκε ο πόνος στο ελάχιστο.
2. Ο ασθενής παρουσίασε πυρετό - κίνδυνος λοίμωξης.	Οφείλεται σε λοίμωξη του ουροποιητικού.	Καταπολέμηση της λοίμωξης, ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά πλαίσια.	Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Τρίωρες θερμομετρήσεις και χρήση αντιπυρετικών και αντιβιοτικών κατόπιν ιατρικής εντολής.	Τα αντιβιοτικά και τα αντιπυρετικά συνέβαλλαν σημαντικά στην καταπολέμηση της λοίμωξης και πτώση του πυρετού.
3. Ο ασθενής παρουσίασε διαταραχές των ζυτικών σημείων.	Οφείλονται στην εμφάνιση του πυρετού και του πόνου.	Επαναφορά των ζυτικών σημείων στα φυσιολογικά πλαίσια.	Συνεχής μέτρηση και εκτίμηση των ζυτικών σημείων κάθε 3 ώρες στην οξεία φάση και αργότερα 2 - 3 φορές το 24ωρο και ενημέρωση του διαγράμματος	Με τη συνεχή παρακολούθηση και έλεγχο των ζυτικών σημείων. Προλάβαμε τυχόν δυσλειτουργικές καταστάσεις του αρρώστου.

Προβλήματα του ασθενούς	Αίτια	Σκοπός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων
<p>4. Ο ασθενής παρουσίασε ανουρία.</p>	<p>Οφείλεται σε μη φυσιολογική ενυδάτωση του ασθενή</p>	<p>Επαναφορά της ποσότητας των ούρων στο φυσιολογικό.</p>	<p>Δεν χορηγούνται ηλεκτρολύτες επειδή δεν αποβάλλονται ούρα. Μέτρηση του ποσού των ούρων. Ακριβής τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Τα αποβαλλόμενα ούρα είναι πάνω από 100 κκ. εκ.</p>
<p>5. Ο ασθενής παρουσίασε αιματουρία.</p>	<p>Οφείλεται στην ύπαρξη του λίθου και των μικροτραυματισμών.</p>	<p>Καταπολέμηση της αιματουρίας.</p>	<p>Παρακολούθηση της χροιάς των ούρων. Εξετάσεις μικροσκοπικές των ούρων και προσπάθεια αντιμετώπισης με την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής.</p>	<p>Η τελευταία μικροσκοπική εξέταση έδειξε παρουσία ελάχιστων ερυθρών αιμοσφαιρίων.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας το θέμα "Νεφρολιθίαση" θα ήθελα να αναφερθώ στην τεράστια προσφορά της τεχνολογίας στη διαγνωστική - θεραπευτική και προληπτική Ιατρική.

Η εξέλιξη της Ιατρικής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με αυτήν της τεχνολογίας. Διάφορα μηχανήματα που μαζί με την ιατρική έρευνα και κλινική παρατήρηση, έδωσαν λύση σε πολλά προβλήματα που αφορούσαν την διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων.

Ειδικά στον τομέα της ουρολογίας οι ενδοσκοπικές μέθοδοι με τη χρήση ειδικών οργάνων βοήθησαν πολύ στη διάγνωση πρόληψη, θεραπεία των ουρολογικών παθήσεων. Η αντικατάσταση σε όλο και μεγαλύτερο ποσοστό της ανοικτής χειρουργικής επέμβασης με την εξωσωματική λιθοτριψία για τη θεραπεία της νεφρολιθίασης, αποδεικνύει πόσο πολύτιμη στάθηκε η τεχνολογική εξέλιξη για τα ιατρικά πράγματα.

Ο άνθρωπος όμως και πολύ περισσότερο αν είναι ασθενής εκτός από τα μηχανήματα που ομολογουμένως έχουν βελτιώσει την ποιότητα της ζωής σε πολλούς τομείς χρειάζεται τον άνθρωπο.

Τα άψυχα αντικείμενα προσφέρουν αυτό για το οποίο κατασκευάστηκαν. Χρειάζεται όμως και την ανθρώπινη συμπάρασταση στον πόνο και στην αγωνία του κάθε ασθενή. Αυτό δεν πρέπει να το ξεχνάμε και τότε σίγουρα η τεχνολογία μαζί με τα ανθρωπιστικά μας αισθήματα θα φέρουν το καλύτερο αποτέλεσμα στο σώμα και στην ψυχή του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία", Έκδοση 3η
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1981
- ΔΕΛΑΚΑΣ Δ.Σ. "Η συμβολή της εξωσωματικής λιθοτριψίας στον
κατακερματισμό των νεφρικών λίθων" (διδακτορική διατριβή) Αθήνα 1989
- HARRISON R "Εσωτερική Παθολογία" Τόμος Γ', Εκδόσεις Γρηγόριος
Παρισιάνος, Αθήνα 1987
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική
Χειρουργική" Τόμος Α', Έκδοση 9, Εκδόσεις Ιεραποστολής Ενώσεως
Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1986
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική
Χειρουργική" Τόμος Γ', Έκδοση 9, Εκδόσεις Ιεραποστολής Ενώσεως
Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1988
- ΠΕΤΡΟΥ "Σημειώσεις Ανατομίας Νοσηλευτικής Σχολής ΤΕΙ
Πάτρας" 1986
- ΡΑΓΙΑ ΧΡ. Α. "Βασική Νοσηλευτική" Εκδόσεις "Αδελφότητα ΕΥΝΙΚΗ"
Αθήνα 1987
- ΣΑΚΚΑ Ι "Διαγνωστική και Θεραπευτική Ουρολογία" Εκδόσεις Γρηγόριος
Παρισιάνος, Αθήνα 1982
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ "Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική,
Νοσηλευτικές διαδικασίες", Τόμος 1ος, Εκδόσεις Βήτα, 1985
- ΥΓΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ "Λιθίαση" Τόμος 5ος Εκδόσεις Δομική,
Ο.Ε. 1986

