

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ
ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ"

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΠΑΤΕΝΙΔΟΥ ΔΟΜΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	6408
----------------------	------



ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Η εργασία αυτή αφιερώνεται σ'όλους
όσους ασχολούνται με τα επαγγέλματα
υγείας και στους γονείς μου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν στη προσπάθειά μου αυτή.

Ιδιαίτερα θέλω να ευχαριστήσω, την καθηγήτριά μου Παπαδημητρίου Μαρία, για τις γνώσεις και την αγάπη που μου μετέδωσε για την Νοσηλευτική.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά τους γονείς μου για την υλική και ηθική συμπαράστασή τους όλα αυτά τα χρόνια.

Πρόλογος

Θέμα της εργασίας αυτής είναι η Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με οξεία περιτονίτιδα που προσβάλλει άτομα ανεξάρτητα ηλικίας και φύλου και χρειάζεται άμεση χειρουργική επέμβαση.

Σ' αυτήν την εργασία γίνεται μία προσπάθεια προσέγγισης του θέματος ειδικότερα με την αιτιολογία, την συμπτωματολογία, τη θεραπεία της ασθένειας στο γενικό μέρος, και με την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς στο ειδικό μέρος της εργασίας.

Η βαρύτητα της εργασίας δίνεται περισσότερο στο β' μέρος, εξηγώντας πως μπορεί η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής να χρησιμοποιήσει καλύτερα τις γνώσεις τους κατά την άσκηση του έργου τους, για τις ειδικές ανάγκες των πασχόντων και τα ενδεικνυόμενα νοσηλευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των ενοχλημάτων ή των επιπλοκών που θα παρουσιάσει ο ασθενής που έχει υποβληθεί σε εγχείρηση περιτοναίου.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Αφιέρωση

Ευχαριστίες

Πρόλογος

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1ο

- Εισαγωγή
- Ανατομία-Φυσιολογία Περιτοναίου
- Παθοφυσιολογία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΜΟΡΦΕΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ

1. Πρωτοπαθής περιτονίτιδα

- Διαφορική διάγνωση
- Θεραπεία

2. Δευτεροπαθής περιτονίτιδα

- Αιτιολογία
- Συμπτωματολογία
- Κλινική εξέταση
- Παρακλινική διερεύνηση
- Διαφορική διάγνωση
- Επιπλοκές (ενδοκοιλιακά αποστήματα)
- Θεραπεία
- Προεγχειρητική προετοιμασία
- Χειρουργική επέμβαση
- Χολοπεριτόναιο
- Πνευμοπεριτόναιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΣΠΑΝΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ

1. Φυματιώδης περιτονίτιδα

2. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΕΙΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΕΣ

- α) Σαρκοείδωση του περιτοναίου
- β) Νόσος του CROHN του περιτοναίου
- γ) Περιτονίτιδα απο τάλκ ή άμυλο
- 3. Οικογενής παροξυσμική περιτονίτιδα
- 4. Αγγυΐτιδες του περιτοναίου
- 5. Ηωσινοφιλική περιτονίτιδα
- 6. Σκληροντική περιτονίτιδα

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

- Νοσηλευτική φροντίδα περιτονίτιδα
- Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με περιτονίτιδα με την μέθοδο νοσηλευτικής διεργασίας.
- Κλινική περίπτωση 1η
- Κλινική περίπτωση 2η
- Συμπεράσματα-Προτάσεις
- Βιβλιογραφία

Γ Ε Ν Ι Κ Ο

Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περιτοναϊκή κοιλότητα είναι κλειστή και σοίρα μικροβίων. Αν με οποιοδήποτε τρόπο εισχωρήσουν σ'αυτήν μικρόβια τότε θα αναπτυχθή φλεγμονή.

Περιτονίτιδα, λοιπόν, καλύπτει η μικροβιακή ή η άσηπτη φλεγμονή του περιτοναίου που μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια.

Η νόσος είναι σε μεγάλη αναλογία θανατηφόρος, η βαρύτητά της οφείλεται στο ότι το περιτόναιο ευνοεί την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων. Η αντιμετώπιση της πρέπει να είναι άμεση.

Οι περιτονίτιδες διακρίνονται σε οξείες ή χρόνιες, πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς, σηπτικές ή άσηπτες.

Πρωτοπαθείς, θεωρούνται οι περιτονίτιδες εκείνες στις οποίες η φλεγμονή αρχίζει από το ίδιο το περιτόναιο.

Δευτεροπαθείς, θεωρούνται, οι περιτονίτιδες εκείνες στις οποίες η φλεγμονή οφείλεται σε επέκταση φλεγμονής στο περιτόναιο, κάποιου πάσχοντος ενδοκοιλιακού οργάνου.

Σηπτικές θεωρούνται οι περιτονίτιδες που οφείλονται σε μικρόβια και άσηπτες αυτές που οφείλονται σε μη μικροβιακούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα, το παγκρεατικό υγρό η λέμφος κ.α.

Ανάλογα με την έκταση της περιτοναϊκής φλεγμονής διακρίνονται σε εντοπισμένες και διάχυτες.

Από όλες τις περιτονίτιδες οι δευτεροπαθείς περιτονίτιδες είναι οι συχνότερες και οφείλονται είτε σε φλεγμονή των ενδοκοιλιακών οργάνων, είτε σε ερεθισμό του περιτοναίου από διάφορα υγρά όπως το αίμα, τα ούρα, η λέμφος

η χολή κ.α. Όσο πιο ερεθιστικά είναι τα υγρά τόσο πιο έντονη είναι και η περιτονίτιδα. Η διαβάθμιση των υγρών του ανθρώπινου σώματος απο τα λιγότερο ερεθιστικά στα περισσότερα ερεθιστικά έχει ως εξής: λέμφος, αίμα, ούρα, χολή, πύον, παγκρεατικό υγρό, εντερικό υγρό, γαστρικό υγρό, εντερικό υγρό, γαστρικό υγρό.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ

Το περιτόναιο είναι μια λεία και ημιδιαφανής μεμβράνη, που η ολική επιφάνειά του είναι περίπου $2M^2$, όση δηλ. και η επιφάνεια του σώματος.

Αποτελείται απο μεσοθηλιακά κύτταρα τα οποία επικαθονται σε μία βασική μεμβράνη και ένα υπορογόνιο στρώμα συνδετικού ιστού, που έχει πλούσια αγγείωση.

Το περιτόναιο καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια των κοιλιακών τοιχωμάτων (τοιχωματικό πέταλο του περιτοναίου και στη συνέχεια ανακάπτει και καλύπτει τα ενδοκοιλιακά σπλάχνα, (σπλαχνικό πέταλο του περιτοναίου).

Μεταξύ των δύο αυτών πετάλων αφήνεται μια σχισμοειδής κοιλότητα, η περιτοναϊκή κοιλότητα. Πρόκειται, πραγματικά για κλειστό χώρο, μόνο στις γυναίκες επικοινωνεί με τον έξω κόσμο, μέσω των σαλπίνγων. Η περιτοναϊκή κοιλότητα διακρίνεται στον μείζονα και ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο. Πρόκειται για δύο χώρους που επικοινωνούν με το τμήμα του WINSLOW.

Με την αυστηρή έννοια του όρου, η περιτοναϊκή κοιλότητα δεν περιέχει όργανα, αλλά ολόκληρο το γαστρεντερικό σύστημα βρίσκεται οποσοπεριτοναϊκά. Έχει όμως επικρατήσει να θεωρούνται όλα τα όργανα που καλύπτονται τελείως απο

περιτόναιο, σαν ενδοπεριτοναϊκά.

Η λειτουργικά χρήσιμη επιφάνεια του περιτοναίου είναι μικρότερη απο 1 M^2 , λόγω της μεταβολής στην παροχή αίματος στα αγγεία που βρίσκονται κάτω απ' αυτό.

Το περιτόναιο συμπεριφέρεται σαν ημιδιαπερατή μεμβράνη στη διάχυση του νερού και των διαφόρων ουσιών προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση.

Φυσιολογικά η περιτοναϊκή κοιλότητα περιέχει λίγα CM^3 διαυγούς υγρού (περιτοναϊκό υγρό) που λειτουργεί σαν λιπαντικό της μεμβράνης. Το περιτοναϊκό υγρό περιέχει 2.000-2.500 κύτταρα/ MM^3 (κυρίως λεμφοκύτταρα 50% μακροφάγα 40% μαστοκύτταρα, πωσινόφιλα και μεσοθηλιακά κύτταρα. Μικρόβια δεν υπάρχουν.

Η διακίνηση του περιτοναϊκού υγρού γίνεται με τα λεμφαγγεία που βρίσκονται κυρίως στο διάφραγμα.

Στην περιοχή αυτή υπάρχουν μικρά στόμια μεταξύ της περιτοναϊκής κοιλότητας και των διαφραγματικών λεμφαγγείων. Τα στόμια αυτά μεταβάλλουν το μεγεθός τους ανάλογα με τις κινήσεις του διαφράγματος. Έτσι το υγρό της περιτοναϊκής κοιλότητας, φέρεται, δια μέσου των τομιών, στα λεμφαγγεία, του διαφράγματος και απο εκεί, με τα οπισθοστερνικά λεμφαγγεία και τα λεμφαγγεία του πρόσθιου μεσοθωρακίου στον μείζονα και ελάσσονα θωρακικό πόρο.

Με τον ίδιο μηχανισμό διηθούνται και τα κύτταρα που βρίσκονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η προς το διάφραγμα διακίνηση του περιτοναϊκού υγρού και των μικροβίων, ερμηνεύει και το γεγονός της συχνής εμφάνισης υποδιαφραγματικών αποστημάτων μετά απο σηπτικές καταστάσεις της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Η γνώση της νεύρωσης του περιτοναίου έχει μεγάλη κλινική σημασία. Το τοιχωματικό περιτόναιο, και ιδιαίτερα το τμήμα που αντιστοιχεί στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, δέχεται πλούσια νεύρωση από τα κατώτερα έξι θωρακικά νεύρα. Λόγω της πλούσιας νεύρωσης, όταν ερεθιστεί το τοιχωματικό περιτόναιο, ο άρρωστος μπορεί να προσδιορίσει με μεγάλη ακρίβεια τον χαρακτήρα και την εντόπιση του πόνου.

Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο και για το σπλαχνικό περιτόναιο, που αν και δέχεται νευρικές ίνες από τα ίδια νευροτόμια, όπως και το τοιχωματικό, η νεύρωσή του υπολείπεται σημαντικά. Έτσι ο ερεθισμός του προκαλεί ένα βύθιο, διάχυτο και ακαθόριστο κοιλιακό άλγος που ο άρρωστος δεν μπορεί να εντοπίσει.

Το ίδιο παρατηρείται και στο πνευλικό και οπίσθιο περιτόναιο.

Τα μεσοθηλιακά κύτταρα έχουν μεγάλη αναγεννητική ικανότητα. Αυτό σημαίνει ότι τα ελλείματα του περιτοναίου που δημιουργούνται στη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων, καλύπτονται ταχύτατα από τα γύρω άθικτα τμήματά του.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ανεξάρτητα από το αίτιο της περιτονίτιδας η αντίδραση του περιτοναίου είναι η ίδια. Απλώς διαφέρει ποιοτικά και ποσοτικά. Η φλεγμονή του περιτοναίου παρομοιάζεται παθοφυσιολογικά με εκτεταμένο έγκαυμα του δέρματος σε ότι αφορά την απώλεια υγρών, λευκωμάτων και την απορρόφηση τοξινών ή και μικροοργανισμών.

Η φλεγμονή είναι δυνατό να αφορά ολόκληρο το περιτόναιο (γενικευμένη περιτονίτιδα), ή να περιορισθεί, με τη δημιουργία ινικής και συγκολλήσεως των σπλάχνων, σε

μία μόνο περιοχή (τοπική περιτονίτιδα). Η εξέλιξη ή όχι μιας ενδοκοιλιακής φλεγμονής σε τοπική ή γενικευμένη περιτονίτιδα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι οι τοπικές συνθήκες μόλυνσης του περιτοναίου, το είδος και η τοξικότητα του μικροβιακού παράγοντα καθώς και η κατάσταση της τοπικής άμυνας του περιτοναίου και της ανοσολογικής επάρκειας του οργανισμού γενικότερα.

Οι μικροοργανισμοί προέρχονται κυρίως από το γαστρεντερικό σωλήνα μετά από φλεγμονή, ισχαιμία ή διάτρηση καθώς και από μόλυνση εκ των έξω, μετά από ανοικτή κάκωση της κοιλιάς ή χειρουργική επέμβαση.

Μέσα σε 2-3 ώρες από την φλεγμονώδη επιφάνεια του περιτοναίου εξέρχεται αρχικά διϊδρωματικό υγρό, χαμηλού Ε.Β., που στη συνέχεια γίνεται θολερό, γιατί αυξάνεται ο αριθμός των λευκοκυττάρων, των πρωτεϊνικών μορίων και της ινικής που περιέχονται σ' αυτό. Αν η αντίδραση του περιτοναίου είναι έντονη τότε εξέρχονται και ερυθρά αιμοσφαίρια με συνέπεια το υγρό να γίνεται αιμοραγικό.

Το ποσό και η σύνθεση του υγρού που παράγεται στις διάφορες μορφές περιτονίτιδας ποικίλει εξαρτώμενο από το αίτιο. π.χ. στην στρεπτοκοκκική περιτονίτιδα το υγρό είναι λεπτόρευστο και ελαφρά θολερό, ενώ στη σταφυλοκοκκική περιτονίτιδα είναι πυώδες και παχύρευστο.

Όταν το υγρό είναι παχύρευστο, η ινική που περιέχει συμβάλλει στην συγκόλληση των ελίκων του λεπτού εντέρου (περιχαράκωση φλεγμονής). Αν η περιτονίτιδα περιοχέ της περιτοναϊκής κοιλότητας, συναθροίζονται πυώδη υγρά, που τελικά οδηγούν στην ανάπτυξη ενδοκοιλιακού αποστήματος.

Στη δευτεροπαθή περιτονίτιδα προεξάρχουν τα GRAM αρνητικά μικρόβια και συνήθως η φλεγμονή είναι πολυμικροβιακή με αερόβιους και αναερόβιους μικροοργανισμούς που παρουσιάζουν μάλιστα συνέργεια μεταξύ τους.

Η ύπαρξη ξένων σωμάτων στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή ερεθιστικών βιολογικών υγρών επιβαρύνουν τη φλεγμονή ερεθιστικών βιολογικών υγρών επιβαρύνουν τη φλεγμονή όταν συμβεί και επιμόλυνση με μικροοργανισμούς. Ορισμένα βιολογικά υγρά όπως είναι το αίμα, η λέμφος, ή μεμονομένα το παγκρεατικό υγρό και η χολή είναι ελάχιστα ερεθιστικά στην περιτοναϊκή κοιλότητα τις πρώτες ώρες. Ο συνδυασμός όμως γαστρικού υγρού, χολής και παγκρεατικού υγρού, όπως συμβαίνει στη διάτρηση γαστροδωδεκτυλικού έλκους, προκαλεί απο την αρχή έντονο ερεθισμό με αποτέλεσμα έντονη χημική φλεγμονή στο περιτόναιο μεγάλη έξοδο υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα και καταπληξία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΜΟΡΦΕΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ

1. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ Η ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ

Η πρωτοπαθής περιτονίτιδα είναι αρκετά σπάνια σε σχέση με τη δευτεροπαθή και συναντάται συνήθως σε νεογνά κορίτσια ηλικίας 5-6 ετών, σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος και νεφρική ανεπάρκεια, καθώς και σε ασθενείς με ερυθηματώδη λύκο. Ο εντοπισμός των μικροβίων στην περιτοναϊκή κοιλότητα γίνεται με την κυκλοφορία του αίματος αν και πιστεύεται ότι στα μικρά κορίτσια η λοίμωξη μπορεί να είναι ανιούσα μέσα απο τις σάλπιγγες. Η πυελοπεριτονίτιδα που αναπτύσσεται σε ενήλικες γυναίκες ύστερα απο μικροβιακές

φλεγμονές των έσω γεννητικών οργάνων (πυοσάλπιγγα) ή γυναικολογικές επεμβάσεις (απόξεση μήτρας) δεν θα πρέπει να θεωρείται πρωτοπαθής.

Οι μικροοργανισμοί που προεξάρχουν στην πρωτοπαθή περιτονίτιδα της παιδικής ηλικίας είναι ο γονόκοκκος, ο αιμολυτικός στρεπτόκοκκος και ο πνευμονιόκοκκος.

Σε κίρρωτικούς ή νεφρωτικούς ασθενείς, η πρωτοπαθής περιτονίτιδα οφείλεται συνήθως σε GRAM βακτηρίδια ή ακόμη και σε μύκητες. Σε ένα μικρό ποσοστό απομονώνονται και αναερόβιοι μικροοργανισμοί.

Αρκετές φορές στο ιστορικό των ασθενών αναφέρεται ότι λίγες μέρες πριν την εμφάνιση της περιτονίτιδας προηγήθηκε λοίμωξη του ανώτερου ή κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, όπως φαρυγγοαμυγδαλίτιδα ή πνευμονία. Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι οξεία, με κοιλιακό άλγος πυρετό, ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλίας, απουσία εντερικών ήχων και σημεία υποογκαιμίας ή σηπτικής καταπληξίας. Η λευκοκυττάρωση $20.000-40.000 \text{ K/MM}^3$ με πολυμορφοπυρήνωση είναι σχεδόν σταθερό εργαστηριακό εύρημα. Σε ορισμένες περιπτώσεις και ιδίως στην γονοκοκκική περιτονίτιδα η γενική κατάσταση και όψη του ασθενούς δεν δείχνουν τη βαρύτητα της καταστάσεως. Η πρωτοπαθής περιτονίτιδα, σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος, μπορεί να οδηγήσει σε ταχεία έκπτωση της ηπατικής λειτουργίας, με εμφάνιση και ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από την δευτεροπαθή περιτονίτιδα. Μας βοηθούν σημαντικά το ιστορικό του αρρώστου και η αντικειμενική εξέταση.

Τα στοιχεία που συνηγορούν για την πρωτοπαθή περιτονίτιδα είναι:

1. Άρρωστος με ασκίτη, κίρρωση και πυλαία υπέρταση με ανεξήγητο υψηλό πυρετό και σημεία απο την κοιλιά.
2. Άρρωστοι με δυνητικές εστίες μικροβιαϊμίας (π.χ. καθετήρες) ή πάχοντες απο λοιμώξεις των πνευμόνων, του ουροποιητικού και των χοληφόρων.
3. Άρρωστοι με μείωμένες αμυντικές ικανότητες.
4. Άτομα που πάχουν απο συστηματικό ερυθματώδη λύκο και λαμβάνουν κορτικοστεροειδή.
5. Άρρωστοι που εμφανίζουν αντικειμενικά ευρήματα απο την κοιλιά (δηλ. ευρήματα διάχυτης περιτονίτιδας) πολύ πιο έντονα απ'αυτά που θα περίμενε κανείς απο τη χρονική διάρκεια που πέρασε απο την έναρξη των ενοχλημάτων.

Θεραπεία

Εφ'όσον διαγνωσθεί πρωτοπαθής περιτονίτιδα το άτομο λαμβάνει τα κατάλληλα αντιβιοτικά, ενώ ρυθμίζονται οι ανγάκες του σε νερό και ηλεκτρολύτες. Πάντοτε τοποθετούμε ρινογαστρικό καθετήρα (LEVINE) για την αποσυμφορηση του στομάχου. Εάν έχουμε αμφιβολίες για την διάγνωση προχωρούμε σε ερευνητική λαπαροτομία.

Θεωρητικά η παρακέντηση της κοιλίας και η άμεση χρώση του υλικού κατά GRAM θα μπορούσε να θέσει τη διάγνωση της πρωτοπαθούς περιτονίτιδας (παρουσία ενός μόνο μικροβιακού στελέχους GRAM θέτει τη διάγνωση, ενώ η παρουσία ενός μικροβιακού στελέχους GRAM δεν αποκλείει μία χειρουργικά ιάσιμη πάθηση). Για πρακτικούς όμως λόγους η τακτική δεν ακολουθείται, γιατί όταν υπάρχουν αμφιβολίες προχωρούμε σε λαπαροτομία η οποία άλλωστε δεν επιβαρύνει σημαντικά το άτομο. Όμως η παρακέντηση της κοιλίας πρέ-

πει να εφαρμόζεται σε δύο κατηγορίες αρρώστων τους οποίους η εγχείρηση μπορεί να επιβαρύνει, δηλ. στα νεογνά και στα παιδιά με νεφρωσικό σύνδρομο.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Η δευτεροπαθής περιτονίτιδα συνήθως αρχίζει σαν τοπική φλεγμονή που η περιορίζεται και αφορίζεται, ή εξελίσσεται σε γενικευμένη περιτονίτιδα. Η αιτία και ο μηχανισμός προκλήσεως δευτεροπαθούς περιτονίτιδας μπορεί να ανήκει σε μία απο τις ακόλουθες κατηγορίες.

- α) Ανοικτή ή κλειστή κάκωση της κοιλίας.
- β) Αυτόματη διάτρηση κοίλου σπλάχνου.
- γ) φλεγμονή-επέκταση (ρήξη εμπυήματος ή ενδοκοιλιακού αποστήματος).
- δ) Ισχαιμία-νέκρωση κοίλου σπλάχνου.
- ε) Μετεγχειρητική περιτονίτιδα.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

α) Διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Η έναρξη του άλγους είναι αιφνίδια και μέσα σε λίγα λεπτά επεκτείνεται σε όλη τηςν κοιλία. Ο κανόνας είναι η εμφάνιση σανιδώδους κοιλίας και η εγκατάσταση εντερικής σιγής απο τον έντονο ερεθισμό του περιτοναίου. Η χημική περιτονίτιδα σε 6-8 Η μεταπίπτει σε μικροβιακή.

β. ΟΞεία χολοκυστίτιδα: Ενσφήνωση λίθου στον αυχένα της χοληδόχου κύστεως θα οδηγήσει σε εμπύημα ή ρήξη της χοληδόχου κύστεως που θα έχει ως αποτέλεσμα το σχηματισμό περιχολοκυστικού-υψηπατικού αποστήματος ή γενικευμένης περιτονίτιδας.

γ) ΟΞεία εκκολπωματίτιδα: Η έναρξη του πόνου είναι βαθμιαία και η εντόπιση στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Πυρετός και

δυσκοιλιότητα είναι συνοδά ευρήματα. Η ρήξη εκκολπώματος οδηγεί σε γενικευμένη περιτονίτιδα.

δ) Οξεία σκωληκοειδίτιδα: Παραμένει η συχνότερη αιτία ενδοκοιλιακής σπιτικής καταστάσεως. Η διαπήδηση μικροβίων μέσα από το τοίχωμα της φλεγμαίνουσας σκωληκοειδούς αποφύσεως ή η διαφυγή πύον μετά τη ρήξη εμπυήματος μπορεί να οδηγήσει σε ετοπισμένη ή γενικευμένη περιτονίτιδα.

ε) Διάτρηση εντέρου. Το λεπτό έντερο παρουσιάζει από μονήρες μηϊδικό έλκος, από λέμφωμα, ξένο σώμα φλεγμονή της μέκκελίου αποφύσεως ή σε κοιλιακό τύφο. Στο παχύ έντερο συχνά αίτια διάτρησης είναι τα αποφρακτικά νεοπλάσματα και η ελκώδης κολίτιδα. Η κοπρανώδης περιτονίτιδα που ακολουθεί έχει υψηλό βαθμό θνητότητας, που ξεπερνά το 75%. Η περιτονίτιδα από διάτρηση του λεπτού εντέρου έχει μικρότερο βαθμό θνητότητας 15-20% λόγω του μειωμένου αριθμού μικροβίων.

στο. Οξεία σαλπγγίτιδα: Οξύ υπογαστρικό άλγος σε γυναίκα παραγωγικής ηλικίας, που συνοδεύεται από πυρετό και σημεία κολπίτιδας, συνηγορεί για οξεία σαλπγγίτιδα που εξελίσσεται σε πνελοπεριτονίτιδα. Την ίδια κλινική εικόνα μπορεί να δώσει η συστροφή κύστεως, ωσθήκης.

ζ) Συστροφή ή στραγγαλισμός του εντέρου. Η συστροφή τμημάτων του εντέρου οδηγεί γρήγορα σε ισχαιμία και νέκρωση του εντέρου με διάτρηση.

Η μετάπτωση του κολικού πόνου σε συνεχή και η εγκατάσταση ταχυσφυγμίας και κοιλιακής συσπάσεως υποδηλώνουν την εγκατάσταση περιτονίτιδας.

η) Οξεία απόφραξη των άνω μεσεντέριων αγγείων. Χαρακτηρίζεται αρχικά από αιφνίδιο οξύ καυστικό κοιλιακό άλγος, εξαφάνιση του εντερικού περισταλτισμού και εικόνα καταπλη-

ξίας. Οι αιμοραγικές κενώσεις ή το αιμοραγικό υγρό απο τη ρινογαστρική αναρρόφηση μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση.

θ) Παγκρεατίτιδα. Στην οξεία παγκρεατίτιδα, αρχικά τα έντονα υποκειμενικά ενοχλήματα δεν συμβαδίζουν μετά τα ήπια τοπικά ευρήματα στην εξέταση της κοιλίας. Η εισβολή και η εγκατάσταση των ενοχλημάτων είναι βαθμιαία και ο ερεθισμός του τοιχωματικού περιτοναίου σε βαριές μορφές εμφανίζεται ύστερα απο αρκετές ώρες.

ι) Κακώσεις κοιλίας. Συχνή αιτία περιτονίτιδας και τις περισσότερες φορές το ιστορικό και η διάγνωση είναι ξεκάθαρα. Η παρουσία ξένων σωμάτων στην περιτοναϊκή κοιλότητα, στις ανοικτές κακώσεις επιδεινώνει την κατάσταση.

κ) Μετεγχειρητική περιτονίτιδα. Είναι απο τις συχνότερες μορφές περιτονίτιδας με θνητότητα που κυμαίνεται μεταξύ 50-70%. Αυτό οφείλεται αφ'ενός μεν στην πτώση της άμυνας του περιτοναίου απο τους εγχειρητικούς χειρισμούς και την πιθανή παρουσία ξένων σωμάτων (παροχετεύσεις-ράμματα) αφ'ετέρου δε στην καθυστερημένη διάγνωση και αντιμετώπιση, λόγω του ότι η κλινική εικόνα της περιτονίτιδας επικαλύπτεται απο μετεγχειρητικό πόνο, ή τη χορήγηση φαρμάκων (αναλγητικά, κορτιζόνη). Συνηθέστερη αιτία μετεγχειρητικής περιτονίτιδας είναι η διάσπαση αναστομών στο χασπρεντερικό σωλήνα. Η κακή τεχνική και η χαλαρότητα γύρω απο τους κανόνες ασηψίας-αντισηψίας ενοχοποιούνται επίσης.

λ) Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Ορισμένες λοιμώξεις όπως η πυελονεφρίτιδα, η αποφρακτική ουροπάθεια και η εκκολπωματίτιδα της ουροδόχου κύστεως είναι δυνατόν, σε σπάνιες περιπτώσεις να εξελιχθούν σε ενδοπεριτοναϊκή

φλεγμονή.

Είδη μικροβίων που συνήθως απομονώνονται απο ενδοπεριτοναϊκές φλεγμονές ανάλογα με το ύψος της βλάβης.

Όργανο	Αερόβια	Αναερόβια
Οισοφάγος	Στρεπτόκοκκοι	Πεπτοστρεπτόκοκκοι Βακτηριοειδή του στόματος
Στόμαχος	Κλεμψιέλλες Εντεροβακτήρια Στρεπτόκοκκος	Λεπτοστρεπτόκοκκος Βακτηριοειδή του στόματος. Βακτηριοειδές MELANINOGENICUS
Εγγύς τμήμα λεπτού εντέρου	Κλεμψιέλλες Εντεροβακτηριοειδή Στρεπτόκοκκος	Πεπτοστρεπτόκοκκος Βακτηριοειδές του στόματος. Βακτηριοειδές του MELANINOGENICUS.
Τελικό τμήμα ειλεού	Κολοβακτηρίδιο Κλεμψιέλλα	Βακτηριοειδές το εύθραυστο. Κλωστηρίδια.
Παχύ έντερο	Κολοβακτηρίδιο Κλεμψιέλλα Εντεροβακτηριοειδές	Πεπτό στρεπτόκοκκοι

Συμπτωματολογία - Κλινική εικόνα.

Αρχικά εμφανίζονται τα κλινικά φαινόμενα της πρωταρχικής παθήσεως, ενώ στη συνέχεια αυτά επικαλύπτονται απο την εικόνα της οξείας περιτονίτιδας. Άσχετα με την αιτιοπαθογένεια και την έναρξη των συμπτωμάτων υπάρχουν ορισμένα κοινά κλινικά χαρακτηριστικά σε όλες τις περιπτώσεις περιτονίτιδας.

α) Πόνος: Είναι κυρίαρχο σύμπτωμα, που οι χαρακτήρες του εξαρτώνται αρχικά από την γενεσιουργό αιτία. Η έναρξη οξείας πόνου από την άνω κοιλία συνήθως σημαίνει διάτρηση έλκους, οξεία παγκρεατίτιδα ή οξεία χολοκυστίτιδα. Αν ο πόνος ξεκινά από την κάτω κοιλία, μπορεί να οφείλεται σε κάποια γυναικολογική πάθηση, ή πάθηση του παχέος εντέρου. Γενικά ο πόνος της περιτονίτιδας είναι συνεχής, καυστικός, και επιδεινώνεται από τις διάφορες κινήσεις ή το βήχα. Αντανάκλαση προς τις ωμοπλάτες σημαίνει φλεγμονή και του διαφραγματικού περιτοναίου.

Η κλινική εικόνα είναι δυνατό, να αλλοιωθεί αν ο ασθενής βρίσκεται υπό θεραπεία με αντιβιοτικά, αναλγητικά ή ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

β) Ναυτία-έμετος: Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις περιτονίτιδας ο πόνος συνοδεύεται από ναυτία και εμέτους, που άλλοτε είναι αντανάκλαστικοί και άλλοτε οφείλονται σε εντερική απόφραξη ή παραλυτικά ειλεό.

γ) Πυρετός: Η θερμοκρασία του ασθενούς είναι δυνατό στην αρχή να παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα, όπως στη διάτρηση έλκους ή να υποκρύπτεται κάτω από το υγρό και ψυχρό δέρμα στις περισσότερες όμως μορφές μικροβιακής περιτονίτιδας υπάρχει πυρετός. Η εμφάνιση υποθερμίας είναι κακό προγνωστικό σημείο και σημαίνει μη αναστρέψιμη καταπληξία. Η πυρεξία συνοδεύεται από ταχυκαρδία και ταχύπνοια.

δ) Καταπληξία εμφανίζεται είτε στη χημική είτε στη μικροβιακή περιτονίτιδα και είναι υπογκαιμική ή σηπτική.

Κλινική εξέταση.

Ο ασθενής, λόγω του έντονου πόνου από τον ερεθισμό του περιτοναίου, παραμένει ακίνητο με κεκαμένους τους μηρούς

ώστε να χαλαρώνουν οι κοιλιακοί μύες. Η κοιλιακή αναπνοή είναι καταργημένη και ο πόνος επειδεινώνεται αν παραγγείλουμε στον ασθενή να βήξει. Κατά την ψηλάφηση υπάρχει διάχυτη ευαισθησία ή εντοπισμένη σ'ένα τεταρτημόριο ανάλογα με την πρωταρχική πάθηση. Στη χημική γενικευμένη περιτονίτιδα υπάρχει αρχικά καθολική σανιδώδης σύσπαση, που σε μερικές ώρες υποχωρεί και εγκαθίσταται μετωρισμός. Η σανιδώδης σύσπαση της κοιλίας (σκαφοσιδής κοιλία) εμφανίζεται χαρακτηριστικά μόνο στη διάτρηση έλκους ή τον τέτανο, σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλείται και απο πνευμονία των κάτω λοβών των πνευμόνων.

Η πρόκληση άλγους απο την απότομη άρση της πιέσεως κατά την ψηλάφηση είναι το πιο χαρακτηριστικό σημείο του περιτοναϊκού ερεθισμού και θα πρέπει πάντα να αναζητείται. Ακόμη πιο χαρακτηριστικό σημείο είναι η πρόκληση άλγους κατά την επίκρουση της κοιλίας.

Κατά την ακρόαση της κοιλίας υπάρχει ελάττωση του εντερικού περισταλτισμού ή εντερική σιγή που ογείλεται στην επίδραση των μικροβιακών τοξινών. Η παθητική μετακίνηση υγρού και αέρα μέσα στις διατεταγμένες έλικες προκαλεί χαρακτηριστικούς μεταλλικούς ήχους.

Παρακλινική διερεύνηση της οξείας περιτονίτιδας

α) Αιματολογικές εξετάσεις:

Η αύξηση των λευκοκυττάρων και των πολυμορφοπύρηνων στην οξεία μικροβιακή περιτονίτιδα είναι χαρακτηριστική. Ο ασθενής παρουσιάζει υψηλή τιμή αιματουρίτη και αυξημένη τιμή ουρίας. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές εγκαθίστανται συντομότατα. Η ανάλυση των αερίων δείχνει συνήθως σοβαρή μεταβολική

οξέωση ή και αναπνευστική αλκάλωση. Η καλλιέργεια αίματος σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να απομονώσει μικροοργανισμούς, (σηψαιμία).

β) Ακτινολογικές εξετάσεις.

Η α/α κοιλίας σε όρθια και ύπτια θέση είναι απο τις σημαντικότερες παρακλινικές εξετάσεις για τη διάγνωση της περιτονίτιδας. Η ύπαρξη ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και κυρίως κάτω απο τα διαφράγματα ή γύρω απο το δρεπανοειδή σύνδεσμο, και μεταξύ των εντερικών ελίκων, στα αρχικά στάδια σημαίνει διάτρηση κοίλου οργάνου. Σε προχωρημένες καταστάσεις η ύπαρξη ελεύθερου αέρα μπορεί να οφείλεται σε αναερόβια λοίμωξη και έναρξη σχηματισμού περι-χαρακωμένης συλλογής.

γ) Ηλεκτρονική αξονική τομογραφία

Έχει υψηλού βαθμού διαγνωστική ακρίβεια.

δ) Παρακέντηση περιτοναϊκής κοιλότητας.

Η λήψη περιτοναϊκού υγρού για μακροσκοπική, μικροσκοπική, βιοχημική και μικροβιολογική εξέταση, ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου η διάγνωση της μικροβιακής περιτονίτιδας είναι αμφίβολη.

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της οξείας περιτονίτιδας πρέπει να γίνει απο τις παθήσεις εκείνες που προκαλούν περιτοναϊσμό, δηλαδή απο:

- α) την πλευροπνευμονία
- β) το έμφραγμα του μυοκαρδίου
- γ) του κολικούς
- δ) την εντερική απόφραξη
- ε) την κρίση δρεπανοκυτταρικής αναιμίας ή την πορφυρία
- στ) τον μεσογειακό πυρετό

- ζ) την εσωτερική αιμοραγία, και
- η) απο ορισμένα νευροψυχιατρικά νοσήματα (υστερία κλπ)

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της περιτονίτιδας είναι σοβαρές και αυξάνουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα, τόσο άμεσα όσο και μακρολιακά αποστήματα, ο παραλυτικός ειλεός και η ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων είναι μερικές απο τις πιο σοβαρές πρώιμες επιπλοκές. Η διάσπαση του εγχειρητικού τραύματος στη μετεγχειρητική περιτονίτιδα είναι ένα ενδεχόμενο επίσης. Ο σχηματισμός συμφύσεων και ο ειλεός είναι απο τις πιο προβληματικές απώτερες επιπλοκές.

Ενδοκοιλιακά αποστήματα

Τα ενδοκοιλιακά αποστήματα είναι εντοπισμένες συλλογές πύου ως επακόλουθο γενικευμένης ή τοπικής περιτονίτιδας ή ακόμα ως αποτέλεσμα μετεγχειρητικής επιπλοκής ή και εξωτερικού τραύματος. Επειδή τα αποστήματα αυτά χωρίς θεραπεία παρουσιάζουν υψηλού βαθμού νοσηρότητα και θνητότητα είναι βασικής σημασίας, για τη διάγνωση του ασθενούς, η ακριβής εντόπιση και η άμεση παροχέτευσή τους.

Παθογένεια

Όλες οι παθήσεις που προκαλούν δευτεροπαθή περιτονίτιδα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε σχηματισμό εντοπισμένων ενδοκοιλιακών συλλογών.

Η ύπαρξη ξένου σώματος, το είδος και η ποικιλία των μικροοργανισμών, καθώς και η επάρκεια της τοπικής και γενικής άμυνας του ασθενούς είναι παράγοντες που προδικάζουν την εξέλιξη μιας ενδοκοιλιακής συλλογής.

Το είδος των μικροοργανισμών που ανευρίσκονται σε μία κοιλότητα ενδοκοιλιακού αποστήματος εξαρτάται από την πρωτοπαθή εστία διασποράς. Στα αποστήματα που προέρχονται από παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα προεξάρχουν τα GRAM βακτηρίδια, τα κολοβακτηρίδια, τα βακτηριοειδή, ο στρεπτόκοκκος των κοπράνων και τα κλωστηρίδια.

Εντις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει πολύ μικροβιακός παράγοντας και αυτό είναι ένα στοιχείο που θα μπορούσε να εξηγήσει τη διαφορετική κάθε φορά συμπεριφορά και ανταπόκριση της ενδοκοιλιακής σηπτικής καταστάσεως στην τυφλή αντιβιοτική θεραπεία.

Στο ποσοστό 75% των ενδοκοιλιακών αποστημάτων απομονώνονται αερόβια και αναερόβια μικρόβια, ενώ μόνο 15% και 10% οφείλονται καθαρά σε αναερόβια ή αερόβια μικρόβια, αντίστοιχα.

Θεραπεία

Η θεραπεία των ενδοκοιλιακών αποστημάτων βασίζεται στην έγκαιρη και αποτελεσματική παροχέτευση. Η χορήγηση αντιβιοτικών από μόνη της ελάχιστα προσφέρει ή πολλές φορές υποκρύπτει τη βαρύτητα της καταστάσεως. Αν τα αποστήματα αφεθούν χωρίς παροχέτευση, συνοδεύονται από θνητότητα που ξεπερνάει το 90%. Η καθυστέρηση επίσης της παροχέτευσης ή η ατελής εκκένωση του αποστήματος έχει ως αποτέλεσμα την παραμονή της νοσηρότητας και θνητότητας σε πολύ υψηλά επίπεδα, λόγω αναπτύξεως ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων.

Η παροχέτευση των ενδοκοιλιακών αποστημάτων μπορεί να γίνει με εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση, με διαπεριτοναϊκή προσπέλαση ή με διαδερμική παρακέντηση.

Τα τελευταία χρόνια, η διαδερμική παροχέτευση των ενδοκοιλιακών αποστημάτων κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος.

αφού παρουσιάζει εμφανή πλεονεκτήματα απέναντι στην ανοικτή παροχέτευση. Απο τα σπουδαιότερα πλεονεκτήματα είναι η μη χρησιμοποίηση γενικής αναισθησίας, η αποφυγή του κίνδυνου μιάς μεγάλης επεμβάσεως κι η μηδαμινή απώλεια αίματος. Προϋποθέσεις είναι η μη παρεμβολή εντερικών ελίκων μεταξύ σημείου παρακεντήσεως και αποστήματος και η έλλειψη διαφραγμάτων στην αποστηματική κοιλότητα. Η καθοδήγηση της βελόνας παρακεντήσεως γίνεται με τη βοήθεια των υπερήχων ή του ηλεκτρονικού τομογράφου και μετά την αναρρόφηση του πύου είναι δυνατόν να προωθηθεί λεπτός πολύτρητος καθετήρας για τη συνέχιση της παροχετεύσεως. Ο ίδιος καθετήρας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ενστάλλαξη αντιβιοτικού ή για τον υπολογισμό της υπολλειματικής κοιλότητας. Η λήψη πύου σε όλες τις περιπτώσεις για καλλιέργεια και ευαισθησία δεν θα πρέπει να παραλείπεται.

Η χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού μετεγχειρητικά βοηθάει στη μείωση των σηπτικών επιπλοκών.

Ακόμη και σήμερα, η θνητότητα απο ενδοκοιλιακό απόστημα κυμαίνεται απο 17-30%. Μετά την εμφάνιση ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων, η θνητότητα φθάνει το 100%.

Θεραπεία δευτεροπαθούς περιτονίτιδας

Η δευτεροπαθής περιτονίτιδα είναι απο τις πιο επείγουσες και σοβαρές χειρουργικές καταστάσεις και απαιτεί ταχεία αντιμετώπιση. Η σωστή εκτίμηση των συστηματικών διαταραχών και η γρήγορη διόρθωσή τους θα επιτρέψουν την ασφαλέστερη εκτέλεση της χειρουργικής επεμβάσεως και την ταχύτερη και ανεμπόδιστη ανάρρωση του ασθενούς.

Προεγχειρητική προετοιμασία.

Η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

- Την εξασφάλιση φλεβικής γραμμής
- Την αποσυμφόρηση του στομάχου με τη βοήθεια ρινογαστρικού καθετήρα (LEVINE)
- Τη χορήγηση αναγκαίων ποσοτήτων υγρών και ηλεκτρολυτών για την αντιμετώπιση της ολιγαιμίας.
- Παρακολούθηση Κ.Φ.Π. και ωριαίας διούρησης.
- Χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος. Αρχικά ο συνδυασμός μιας κεφαλοσπορίνης με ένα αντιβιοτικό δραστικό στα αναερόβια μικρόβια όπως είναι η μετρονιδαζόλη είναι μια σωστή τακτική, αλλά τα αντιβιοτικά μπορούν να αλλάξουν μόλις υπάρξουν αποτελέσματα από την καλλιέργεια του περιτοναϊκού υγρού. Μερικές φορές, η γνώση της αιτίας που προκάλεσε την περιτονίτιδα βοηθάει προεγχειρητικά για την εκλογή του αντιβιοτικού π.χ. στις περιπτώσεις διατήσεως γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους δεν είναι απαραίτητη η αντιβιοτική κάλυψη για αναερόβια μικρόβια, κάτι όμως που επιβάλλεται στη διάτρηση του παχέος εντέρου. Σε βαριές περιπτώσεις περιτονίτιδας, ο τυφλός συνδυασμός αμπικιλλίνης-χενταμικίνης και μετρονιδαζόλης προφέρει αρκετή ασφάλεια.

Αναλγητικά χορηγούνται μέχρι να οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο. Μικρές και συχνές ενδοφλέβιες δόσεις πετιδίνης βοηθούν τον ασθενή ώστε να αισθάνεται λιγότερη δυσφορία.

Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε καταπληξία η ενδομυϊκή χορήγηση ναρκωτικών αναλγητικών θα πρέπει να αποφεύγεται

αφ' ενός γιατί δεν αποδίδουν άμεσα, αφ' ετέρου δε γιατί στη συνέχεια, όταν αποκατασταθεί η κυκλοφορία, μπορεί να έχουν αθροιστική δράση.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από την γενική κατάσταση του ασθενούς, την ηλικία την πιθανή διάγνωση και τη σοβαρότητα της περιτονίτιδας. Η βραχύχρονη παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας θα βοηθήσει στην εδραίωση της απόφασης για την αναγκαιότητα ή όχι της χειρουργικής επεμβάσεως.

Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση επιβάλλεται σε όλες τις περιπτώσεις γενικευμένης μικροβιακής περιτονίτιδας, εκτός αν η διάγνωση της πρωτοπαθούς περιτονίτιδας είναι βέβαιη, οπότε η συντηρητική θεραπεία με χορήγηση παρεντερικά υγρών και αντιβιοτικών είναι αρκετή. Σε ορισμένες περιπτώσεις τοπικής περιτονίτιδας από χολοκυστίτιδα, σαλπγγίτιδα, εκκολπωματίτιδα, ή περιχαρακωμένη σκωληκοειδίτιδα, η άμεση χειρουργική επέμβαση ("εν θερμώ") μπορεί να αποφευχθεί εφόσον ο ασθενής βρίσκεται σε στενή παρακολούθηση και η κατάστασή του είναι σταθερή ή βελτιώνεται.

Η χειρουργική προσπέλαση σε γενικευμένη περιτονίτιδα θα πρέπει πάντα να διενεργείται με μέση υπερυπομφάλιο λαπαροτομία, ώστε να γίνει πλήρης έλεγχος των ενδοκοιλιακών οργάνων. Η λήψη περιτοναϊκού υγρού για μικροβιακό έλεγχο πριν από κάθε άλλο χειρισμό δεν θα πρέπει ποτέ να παραλείπεται. Μετά την αντιμετώπιση της εστίας μικροβιακής διασποράς ο καλός χειρουργικός καθαρισμός και η

έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας με άφθονο φυσιολογικό ορό είναι βασικής σημασίας για την αποφυγή δημιουργίας μετεγχειρητικά αποστημάτων ή συμφύσεων. Η προσθήκη αντιβιοτικών (τετρακυκλίνη) στο υγρό εκπλύσεως, παρόλο που είναι αμφιλεγόμενη, υποστηρίζεται ότι προσφέρει στη μείωση της μικροβιακής χλωρίδας στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Πάντως, δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι είναι επιβλαβής η προσθήκη αντιβιοτικών στο υγρό της εκπλύσεως.

Η τοποθέτηση τεσσάρων καθετήρων στην περιτοναϊκή κοιλότητα για τη συνέχιση της περιτοναϊκής εκπλύσεως μετεγχειρητικά, είναι μια τακτική που συνιστάται σε σοβαρές μορφές περιτονίτιδας, όπως στην περίπτωση της κοπρανώδους περιτονίτιδας.

Η χρησιμοποίηση παροχετεύσεων στην περιτοναϊκή κοιλότητα δεν συνιστάται, γιατί αφ'ενός δεν προσφέρουν τίποτα, αφ'ετέρου μειώνουν την αντίσταση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις όταν υπάρχει ή αναμένεται διαφυγή χολής, παγκρεατικού ή δωδεκαδακτυλικού υγρού ή υπάρχει ήδη σχηματισμένη αποστηματική κοιλότητα, η τοποθέτηση παροχετεύσεων επιβάλλεται.

Μετεγχειρητικά, η επάνοδος της εντερικής λειτουργίας (ακρόαση εντερικού περισταλτισμού, αποβολή αερίων, μείωση της ρινογαστρικής αναρρόφησης) είναι δείκτης της καλής πορείας του ασθενούς οπότε αποφασίζεται η σταδιακή αφαίρεση του ρινογαστρικού καθετήρα, η έναρξη εντερικής σίτισης και η μείωση της παρεντερικής χορηγήσεως υγρών. Σε σοβαρές περιπτώσεις, όπου η εντερική λειτουργία καθυστερεί περισσότερο από μία εβδομάδα μετά την επέμβαση, η ολική παρεντερική σίτιση θα πρέπει να αποφασισθεί.

Χολοπεριτόναιο

Αιτιολογία-Παθογένεια

Η διαφυγή χολής προς την περιτοναϊκή κοιλότητα μπορεί να συμβεί σε διάφορες καταστάσεις, όπως είναι οι κλειστές ή ανοικτές κακώσεις της κοιλιάς, η αυτόματη ρήξη των χοληφόρων οδών ιδίως σε παιδιά και οι ιατρογενείς κακώσεις. Στους ενήλικες, συχνή αιτία είναι και η γαγγραινώδης χολοκυστίτιδα. Η διαδερμική παρακέντηση του ήπατος για χολαγγειογραφία, η λήψη βιοψίας ή η παροχέτευση αποστημάτων προκαλεί συνήθως μικρή διαφυγή χολής χωρίς σοβαρά επακόλουθα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, όταν υπάρχει απόφραξη των εξωηπατικών χοληφόρων οδών, η διαρροή χολής μπορεί να συνεχισθεί και να εμφανισθεί συλλογή μεγάλης ποσότητας στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Με τους ενδοσκοπικούς διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς χειρισμούς (ERCP) πολύ σπάνια αναφέρεται ως επιπλοκή το περιτόναιο (1%). Συχνότερη πάντως αιτία χολοπεριτοναίου είναι η μετεγχειρητική διαφυγή χολής, ύστερα από επεμβάσεις στα χοληφόρα, το ήπαρ ή σε παρακείμενα όργανα.

Μετά από χολοκυστεκτομή, συχνά παρατηρούνται μικρή διαφυγή χολής από την κοίτη της χοληδόχου κύστεως, χωρίς όμως δυσάρεστα επακόλουθα εφόσον υπάρχει υπηπατική παροχέτευση. Η διαφυγή της απολινώσεως του κυστικού πόρου και η ατελής τεχνικά πρωτογενής συρραφή του χοληδόχου πόρου, καθώς και η πρόωρη αφαίρεση του σωλήνα KELY πριν σχηματισθούν συμφύσεις και συρίγγιες πόροι είναι επίσης άλλα πιθανά αιτία χολοπεριτοναίου.

Η ύπαρξη άσπτης χολής στην περιτοναϊκή κοιλότητα ελάχιστα ενοχλήματα προκαλεί. Αρχικά προκαλεί ερεθισμό του περιτοναίου και συλλογή αντιδραστικού υγρού (χολώδης αστικής). Ο κοιλιακός πόνος είναι ακαθόριστος και μπορεί να υπάρχει αντανάκλαση προς τους ώμους, απο ερεθισμό του διαφραγματικού περιτοναίου.

Στην ψηλάφηση της κοιλίας υπάρχει μέτρια ευαισθησία και μυϊκή αντίσταση. Σε συλλογή μεγάλης ποσότητας χολής είναι δυνατόν να παρατηρηθεί πράσινη απόχρωση περιτοναϊκά, στις πλάγιες κοιλιακές χώρες ή στις βουβωνικές χώρες και το όσχεο.

Η απορρόφηση χολερυθρίνης απο το περιτόναιο έχει ως αποτέλεσμα την υπικτερική χροιά του ασθενούς. Ταχυκαρδία πυρέτιο και λευκοκυττάρωση υπάρχουν επίσης στις περισσότερες περιπτώσεις.

Ο ερεθισμός και η φλεγμονή του τοιχώματος του εντέρου έχει ως αποτέλεσμα τη διείσδυση μικροβίων στην περιτοναϊκή κοιλότητα και μετατροπή του χολοπεριτοναίου σε σηπτική περιτονίτιδα με επιβάρυνση της τοπικής και γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Στις περιπτώσεις που η χολή είναι μικροβιοφόρος, η περιτονίτιδα είναι απο την αρχή σηπτική.

Διάγνωση-αντιμετώπιση

Το ιστορικό, η κλινική εξέταση και κυρίως η παρακέντηση της κοιλίας θα βοηθήσει στη διάγνωση. Σε όλες τις περιπτώσεις απαιτείται λαπαροτομία για την ανεύρεση του σημείου διαφυγής της χολής και διόρθωση.

Η χολοκυστεκτομή σε γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα, η επανοποθέτηση της απολινώσεως του κυστικού πόρου, η συρραφή της κοίτης της χοληδόχου κύστεως, η τοποθέτηση σωλήνα KELIV

σε κακώσεις του χοληδόχου πόρου ή οι παρακαμπτήριες επεμβάσεις σε αποφράξεις του περιφερικού χοληδόχου πόρου, είναι μερικοί απο τους εγχειρητικούς χειρισμούς που μπορεί να απαιτηθούν. Η καλή έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας και η υφηπατική παροχέτευση είναι επίσης βασικής σημασίας. Σε περιπτώσεις σοβαρών κακώσεων του εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος, η δημιουργία καταρχάς κατευθυνόμενου συριγγίου είναι μία εναλλακτική λύση.

Πνευμοπεριτόναιο

Η ύπαρξη ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι συνήθως αποτέλεσμα διατήσεως του γαστρεντερικού σωλήνα σε ένα ποσοστό 90% οπότε υπάρχουν κλινικά σημεία περιτονίτιδας. Παρόλα αυτά όμως υπάρχουν και διάφορες άλλες αιτίες υπάρξεως ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, που μπορεί να εμφανισθεί αυτόματα ή ύστερα απο ιατρική παρέμβαση και να δημιουργήσει διαγνωστικό πρόβλημα.

Συνηθέστερη αιτία πνευμοπεριτοναίου μετά τη διάτρηση του γαστρεντερικού σωλήνα φαίνεται ότι είναι ο πνευμοθώρακας και το πνευμομεσοθωράκιο.

Μία άλλη συχνή αιτία αυτόματου πνευμοπεριτοναίου είναι η κυστική πνευμάτωση του εντέρου. Σε αυτήν την περίπτωση υπάρχουν φυσαλίδες αέρα στο τοίχωμα του λεπτού, αλλά μερικές φορές και του παχέος εντέρου, οπότε η ρήξη τους προκαλεί εικόνα ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα χωρίς όμως σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Η παθογένεια της νόσου είναι άγνωστη. Η ύπαρξη φυσαλίδων αέρα στο τοίχωμα του εντέρου, στον απλό ακτινολογικό έλεγχο, βοηθάει στη διάγνωση αλλά δε θα πρέπει να συγχέεται με άλλες κα-

ταστάσεις, όπως είναι η νεκρωτική εντεροκολίτιδα στα νεογνά ή σε άλλες περιπτώσεις η ισχαιμική νέκρωση του εντέρου στους ενήλικες. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο κίνδυνος περιτονίτιδας απο νέκρωση και διάτρηση του εντέρου είναι άμεσος και η απόφαση για χειρουργική επέμβαση δεν θα πρέπει να καθυστερεί.

Άλλες αιτίες ιατρογενούς πνευμοπεριτοναίου είναι η διαγνωστική παρακέντηση της κοιλίας η λαπαροσκόπηση, η περιτοναϊκή διύλιση και η λαπαροτομία, όπου ο αέρας εισέρχεται απο έξω.

Η είσοδος αέρα απο το γυναικείο κόλπο και τις σάλπιγγες μπορεί να είναι μία άλλη αιτία πνευμοπεριτοναίου.

Η ύπαρξη μικρής ποσότητας αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα χωρίς περιτονίτιδα ελάχιστο ερεθισμό προκαλεί. Η διάταση όμως της κοιλίας απο υπερβολική ποσότητα ελεύθερου αέρα προκαλεί κατ'αρχάς ερεθισμό του διαφραγματικού περιτοναίου και πόνο που αντανακλά στους ώμους. Υπάρχει εμφανής διάταση της κοιλίας προς τα πλάγια κυρίως και τυμπανικότητα στην επίκρουση. Φυσικά, στο πνευμοπεριτόναιο απο διάτρηση κοίλου σπλάχνου η εικόνα περιτονίτιδας είναι χαρακτηριστική.

Ο ελεύθερος αέρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα απορροφάται γρηγορότερα στα παιδιά (12H) και αργότερα στους ενήλικες. Το πνευμοπεριτόναιο μετά λαπαροτομία μπορεί να διαρκέσει απο μερικά 24ωρα μέχρι 3-4 εβδομάδες. Η παραμονή αέρα σ'αυτές τις περιπτώσεις πιστεύεται ότι επηρεάζει δυσμενώς την αντίσταση του περιτοναίου στη λοίμωξη.

Το πνευμοπεριτόναιο που δεν συνοδεύεται απο σημεία περιτονίτιδας αποτελεί μόνο διαγνωστικό πρόβλημα και καμιά δε-

ραπευτική παρέμβαση δεν απαιτείται.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΣΠΑΝΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ

1. ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Πρόκειται για σπάνια μορφή φυματίωσης. Απαντάται σε ποσοστό 0,5% του φυματικού πληθυσμού. Προσβάλλονται όλες οι ηλικίες και των δύο φύλων. Συνήθως αφορά γυναίκες 20-40 ετών. Περίπου τα 97% των αρρώστων με φυματιώδη περιτονίτιδα εμφανίζουν συγχρόνως και κάποια άλλη φυματική εστία ενώ τα 6% απ' αυτούς εμφανίζουν πνευμονική εντόπιση και τα 32% υγρή πλευρίτιδα.

Η φυματιώδης περιτονίτιδα είναι σήμερα τόσο σπάνια, στις ανεπτυγμένες χώρες, ώστε όταν παρουσιασθεί αποτελεί διαγνωστικό πρόβλημα. Ο ασθενής συνήθως εμφανίζει χρόνια κοιλιακό άλγος ή δυσφορία, διάταση της κοιλίας αποανάπτυξη ασκίτικού υγρού, ανορεξία, απώλεια βάρους και πυρετό. Σε ορισμένες περιπτώσεις η νόσος μπορεί να έχει οξεία διαδρομή. Σε ορισμένες περιπτώσεις η νόσος μπορεί να έχει οξεία διαδρομή, με έντονο κοιλιακό άλγος ή εικόνα εντερικής αποφράξεως.

Η εγκατάσταση του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στην περιτοναϊκή κοιλότητα συνήθως γίνεται αιματογενώς απο μία άλλη εστία, όπως είναι η πνευμονική φυματίωση. Η επέκταση όμως απο μία άλλη ενδοκοιλιακή εστία φυματίωσης, όπως είναι η φυματίωση του τυφλού, η φυματιώδης μεσεντέριος λεμφαδενίτιδα και η φυματιώδης σαλπγγίτιδα, είναι επίσης συχνή. Στο τοιχωματικό και σπλαχνικό περιτόναιο αναπτύσσονται

μικρά οξείδια που κατά τόπους συρρέουν και εμφανίζουν τυροειδή νέκρωση, το δε επιπλέον είναι δυνατό να μετατραπεί σε μία σκληρή πολυοζώδη μάζα. Το ασκитικό υγρό αναπτύσσεται σε μεγάλες ποσότητες, είναι αχυρόχρουν και στη βιοχημική εξέταση περιέχει λεύκωμα περισσότερο απο 3G/DL. Οι καλλιέργειες του υγρού είναι σε ένα μεγάλο ποσοστό θετικές για μυκοβακτηρίδιο. Μερικές φορές δημιουργούνται συμφύσεις μεταξύ των εντερικών ελίκων και αυτό μπορεί να έχει ως επακόλουθο την εγκύστωση του ασκитικού υγρού ή και την εντερική απόφραξη. Είναι δυνατόν επίσης να δημιουργηθούν εντερικά συρίγγια.

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα, την κλινική εξέταση και οπωσδήποτε στην υπόνοια της νόσου.

Η λήψη περιτοναϊκού υγρού για καλλιέργεια ή περιτοναίου για βιοψία μπορεί να επισφραγίσει τη διάγνωση.

Απο την αιματολογική εξέταση χαρακτηριστική είναι η λευκοπενία και η αναστροφή των λευκειμάτων.

Η κλασική αντιφυματική θεραπεία ή σε περίπτωση αντιστάσεως του μυκοβακτηριδίου η χρησιμοποίηση των νεότερων αντιφυματικών φαρμάκων δίνει άριστα αποτελέσματα. Σε σπάνιες περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική επέμβαση για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, για τη λύση αποφράξεως του εντέρου, ή για την αφαίρεση μιας πρωτοπαθούς εστίας όπως είναι η φυματιώδης πυσάλλιγγα. Σε γενικές γραμμές, η πρόγνωση της φυματιώδους περιτονίτιδας είναι αρκετά καλή αφού φυσικά τεθεί η διάγνωση και γίνει έγκαιρη έναρξη της θεραπείας.

2. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΕΙΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΕΣ

α. Σαρκοείδωση του περιτοναίου

Η σαρκοείδωση του περιτοναίου σπάνια εμφανίζεται και προκαλεί τη δημιουργία κοκκιωματώδους περιτονίτιδας και

ασκίτη. Η διάγνωση μπαίνει μετά τον αποκλεισμό της φυματίωσης του περιτοναίου και με θετική τη θερματική δοκιμασία ΚΝΕΙΜ.

Η θεραπεία είναι φαρμακευτική. Χορηγούνται κορτικοστεροειδή.

β. Νόσος του GROHN του περιτοναίου

Σπανιότατο μπορεί η νόσος του GROHN να εντοπίζεται στο περιτόναιο. Στην επισκόπηση το περιτόναιο φαίνεται καλυμμένο με πολλαπλά "φυμάτια" που δεν εμφανίζουν τυροειδοποίηση ενώ υπάρχουν μικρές αλλοιώσεις του εντερικού τοιχώματος. Η όλη εικόνα μοιάζει με εικόνα φυματιώδους περιτονίτιδας. Το νεαρό της ηλικίας του αρρώστου και η γρήγορη εξαφάνιση των αλλοιώσεων του περιτοναίου, φανερώνουν ότι η πάθηση αποτελεί ένα πρόσκαιρο πρώιμο στάδιο της νόσου του GROHN.

γ. Περιτονίτιδα απο ταλκ ή άμυλο

Πρόκειται για μορφή σπάνιας κοκκιωματώδους περιτονίτιδας που οφείλεται στον ερεθισμό του περιτοναίου απο σκόνη τάλκ, ή αμύλου που υπάρχει στα γάντια των χειρουργών.

Οφείλεται σ τη συνάθροιση των φαγοκυττάρων που προσπαθούν να φαγοκυτταρώσουν τα κοκκία του ταλκ ή του αμύλου. Έχει αποδειχθεί, ότι όταν τα μακροφάγα δεν μπορούν να διασπάσουν το υλικό που έχει φαγοκυτταρωθεί, παραμένουν στο σημείο φαγοκυττάρωσης. Στη συνέχεια απελευθερώνουν διάφορους χημειοτακτικούς παράγοντες που όχι μόνο έλκουν μεσεγχεματικά κύτταρα, αλλά και τα αναγκάζουν να διαφοροποιηθούν σε ινοβλάστες. Οι ινοβλάστες παράγουν κολλαγόνες ίνες

που περιβάλλουν τα κοκκία του ταλκ ή του αμύλου.

Η κοκκιωματώδης περιτονίτιδα απο ταλκ ή άμυλο αναπτύσσεται 2-5 εβδομάδες μετά την εγχείρηση ή και ακόμη και μετά απο 4 μήνες. Το άτομο παρουσιάζεται με συμπτώματα και σημεία περιτονίτιδας ή εντερικής απόφραξης, δηλαδή με πόνο στην κοιλιά, ευαισθησία στην κοιλιά, πυρετό, ναυτία, εμέτους ασκίτη ή διάταση κοιλίας. Σε ποσοστό 25% αναπτύσσεται εικόνα αποφρακτικού ειλεού.

Αν τα συμπτώματα αυτά αναπτυχθούν στην μετεγχειρητική περίοδο, θέτουν την υποψία περιτονίτιδας που έχει σχέση με την εγχείρηση ή ότι έχει σχηματισθεί κάποια ενδοκοιλιακή συλλογή. Όμως, οι άρρωστοι δεν φαίνεται να πάσχουν σοβαρά. Η διάγνωση μπαίνει όταν μετά την παρακέντηση της κοιλίας το περιτοναϊκό υγρό που εξέρχεται περιέχει κόκκους αμύλου. Πρέπει να αποφεύγεται η χειρουργική επέμβαση, εκτός κι αν δεν μπορούν να αποκλεισθούν άλλα αίτια περιτονίτιδας.

Στην εγχείρηση παρατηρούμε ότι το περιτόναιο καλύπτεται απο χιλιάδες κοκκία και συμφύσεις, ενώ στην περιτοναϊκή κοιλότητα υπάρχει ασκίτικό υγρό.

Ιστολογικά έχουμε εικόνα χρόνιου κοκκιώματος, δηλαδή γύρω απο τα κοκκία του αμύλου ή του ταλκ υπάρχουν επιθηλοειδή κύτταρα γιγαντοκύτταρα και πολλά μονοπύρρηνα.

Θεραπεία: Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση κορτικοστεροειδών και ινδομεθακίνης.

3. ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Πρόκειται για πάθηση που χαρακτηρίζεται απο επαναλαμβανόμενα επεισόδια οξείας ορογονίτιδας, κυρίως οξείας περιτονίτιδας. Απαντάται κυρίως σε κατοίκους της Μεσογείου.

Η νόσηση συνήθως αρχίζει στην παιδική ηλικία αν και σε ποσοστό 20-30% αρχίζει μετά τα 20 έτη. Το 60% των ασθενών είναι άνδρες.

Η πάθηση αρχίζει απότομα σαν ορογονίτιδα 55% σαν περιτονίτιδα, 25% σαν αθρίτιδα, και 5% σαν πλευρίτιδα. Στη διάρκεια της προσβολής τα 95% των αρρώστων αναπτύσσουν τελικά περιτονίτιδα, ενώ η νόσος εκδηλώνεται μόνο σαν περιτονίτιδα στα 30% των περιπτώσεων.

Ο άρρωστος εμφανίζει υψηλό πυρετό, διάχυτο ή εντοπισμένο κοιλιακό άλγος, ευαισθησία στην κοιλιά με την ψηλάφηση, ενώ οι κοιλιακοί μυς εμφανίζουν σύσπαση στα 25% των αρρώστων.

Λευκοκυττάρωση παρατηρείται στα 90% των περιπτώσεων. Μετά απο 12 ώρες τα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν, ενώ ο άρρωστος μέσα σε 48H είναι τελείως καλά.

Θεραπεία: χορηγείται κολχικιλίνη σε δόσεις 0,6MGX2-3 φορές την ημέρα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων στην οξεία φάση της νόσου.

Πρόγνωση: Είναι θαυμάσια παρά τις επανηλειμένες εξάρσεις της νόσου στην οξεία φάση.

4. ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ

Τα αγγεία του περιτοναίου μπορούν να προσβληθούν στη διαδρομή των διαφόρων αυτοανοσολογικών παθήσεων, όπως του διάχυτου ερυθματώδη, λύκου, της οξώδους πολυαρτηρίτιδας, σκληροδερμίας, κλπ. Αμιγής περιτονίτιδας απ'αυτές τις αιτίες απαντάται μόνο στο 1% των περιπτώσεων αν και το 20% των αρρώστων που πάσχουν απο τις παθήσεις που αναφέρθηκαν αναπτύσσουν οξείες ενδοκοιλιακές καταστάσεις, όπως έλκος αιμοραγία, διάτρηση απόφραξη εντέρου.

Η κλινική εικόνα των αγγειΐτιδων του περιτοναίου είναι η ίδια με περιτονίτιδα, δηλαδή πυρετός, κοιλιακό άλγος και ασκίτης.

Θεραπεία: Κορτικοστεριοειδή.

5. ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Πρόκειται για πάθηση με κλινική εικόνα περιτονίτιδας με ασκίτη. Το ασκιτικό υγρό περιέχει μεγάλο αριθμό ηωσινόφιλων (πάνω από 50% των κυττάρων είναι ηωσινόφιλα). Επίσης ηωσινόφιλα υπάρχουν και στο περιφερικό αίμα.

Θεραπεία: Κορτικοστεριοειδή.

6. ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Πρόκειται για ασυνήθιστη μορφή περιτονίτιδας, που οφείλεται στη χορήγηση προκτολόλης. Οι άρρωστοι παρουσιάζονται με εικόνα αποφρακτικού ειλεού, ενώ κατά την εγχείρηση παρατηρούνται παχύνσεις τόσο του σπλαχνικού όσο και του τοιχωματικού περιτοναίου.

Το αίτιο της πάθησης είναι άγνωστο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΜΕ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΑ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ασθενής με οξεία περιτονίτιδα είναι πολύ σοβαρά και χρειάζεται άμεση, ακριβή και λεπτομερή φροντίδα.

Οι αντικειμενικοί σκοποί, τόσο της θεραπευτικής αγωγής όσο και της νοσηλευτικής φροντίδας, αποβλέπουν στον περιορισμό της λοίμωξης, στη μείωση των αιτιών που προκαλούν την περιτονίτιδα και ανακούφιση του ασθενούς από τον έντονο πόνο.

Τα συμπτώματα που παρατηρούνται στον άρρωστο με περιτονίτιδα μεταβάλλονται απότομα και η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι προετοιμασμένη και σε κατάσταση ετοιμότητας. Πρέπει να είναι ικανή να εκτιμά σωστά την φυσική κατάσταση του ασθενούς και να απαντά και να σημειώνει πληροφορίες όπως:

- Ιστορικό υγείας του ασθενούς

α) Ηλικία β) Φύλο γ) Τρόπος εμφάνισης της κατάστασης
δ) Προηγούμενες επεμβάσεις, νόσοι, φάρμακα, (ειδικά ασπιρίνη αλκοόλ, κορτικοστεροειδή) ε) Ιστορικό αλλεργιών, στ) Αιμοραγικές διαθέσεις.

- Εκτίμηση φυσικής κατάστασης του ασθενούς

α) Πόνος, ποιός είναι ο χαρακτήρας του. Μπορεί να τον περιγράψει ο ασθενής. Σε ποίο σημείο εντοπίζεται ο ισχυρότερος πόνος. Ποιά η διάρκεια του πόνου;

Γενικός κανόνας: Οι περισσότερες περιπτώσεις έντονου πόνου που διαρκεί πάνω από 6 ώρες σε άρρωστο, που ως την στιγμή της εμφάνισής του ήταν καλά, προκαλούνται από καταστάσεις που απαιτούν χειρουργική θεραπεία.

β) Είναι τα κοιλιακά τοιχώματα περισσότερο τεταμένα και συσπασμένα ή η κατάσταση παραμένει στάσιμη;

γ) Διατηρεί το έντερο την λειτουργικότητά του; (μειωμένοι εντερικοί ήχουν δηλώνουν την παρουσία γενικευμένης περιτονίτιδας).

δ) Έμετοι, ποιός είναι ο τύπος, η σύσταση και η ποιότητά τους;

Η νοσηλεύτρια εκτός απο την φυσική κατάσταση του αρρώστου θα πρέπει να εντοπίσει και τα προβλήματα του αρρώστου με περιτονίτιδα που μπορεί να είναι:

1. Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου (πόνος και SHOCK αν υπάρχει)
2. Ανισοζύγιο νερού, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικά
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (έμετοι, κακή λειτουργία εντέρου)
4. Ενεργειακό ανισοζύγιο
5. Μείωση δραστηριοτήτων
6. Φόβος, αγωνία
7. ~~Πιθανή χειρουργική επέμβαση.~~

Επίσης, να αποκταστήσει και να διατηρήσει

- α) Την αναπνευστική λειτουργία
- β) Την ισορροπία νερού, ηλεκτρολυτών, ΡΗ αίματος (χορήγηση πολυϊοντικών διαλυμάτων).
- γ) Της καρδιαγγειακής λειτουργία αν έχει επηρεασθεί.
- δ) Απαλλαγή του αρρώστου απο τον πόνο με χορήγηση παυσίπονου.
- ε) Αντιμετώπιση SHOCK, εάν εμφανισθεί
- στ) Εφαρμογή ρινογαστρικού καθετήρα και φλεβικής γραμμής
- ζ) Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης στον άρρωστο και στην οικογένειά του.

Η πιο κατάλληλη θέση για τον χειρουργημένο ασθενή είναι η "ύπτια" με το κεφάλι στραμένο προς τα πλάγια για την αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων σε περίπτωση που

προκληθεί έμετος. Πρέπει να γίνεται σε συχνά διαστήματα περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γιατί ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα απο το στόμα, έχει υψηλό πυρετό, και κάνει εμέτους ή έχει τοποθετηθεί σωλήνας LEVIN.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την καλή λειτουργία του σωλήνα LEVIN και καταγράφει το ποσόν και τον χαρακτήρα των υγρών που αποβάλλονται. Επίσης παρακολουθεί την παρεντερική χορήγηση των υγρών και σημειώνει με ακρίβεια τα υγρά που παίρνει ο ασθενής καθώς και αυτά που αποβάλλει (ούρα, έμετοι, κλπ). Δίνει με ακρίβεια στη σωστή δόση και χρόνο τα θεραπευτικά φάρμακα που καθορίστηκαν απο τον ιατρό.

Διαγνωστικές εξετάσεις.

Η νοσηλεύτρια για κάθε εξέταση να γνωρίζει:

- Τον σκοπό για τον οποίο ο άρρωστος υποβάλλεται στην εξέταση αυτή.

- Τον τόπο που θα γίνει η εξέταση.
- Τα αντικείμενα που είναι απαραίτητα ή τα όργανα που θα χρησιμοποιηθούν.
- Τον τρόπο λήψεως του δείγματος καθώς και τον κατάλληλο χρόνο αποστολής του.
- Τις μονάδες μετρήσεως με τις οποίες εκφράζονται τα αποτελέσματα των εξετάσεων καθώς επίσης και τις φυσιολογικές τιμές των κυριότερων εξετάσεων και τις επιπτώσεις των παρεκλίσεων απο τα φυσιολογικά όρια.

Οι γνώσεις αυτές βοηθούν την νοσηλεύτρια στην καλύτερη οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή.

Επίσης θα πρέπει πολύ απλά και κατανοητά να εξηγήσει στον ασθενή τον σκοπό της εξέτασης και να τον ενημερώσει για την προετοιμασία του. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής

θα συνεργασθεί για την επιτυχία της εξετάσεως.

Οι εξετάσεις που θα πρέπει να υποβληθεί ο ασθενής πριν οδηγηθεί στο χειρουργείο είναι οι ακόλουθες:

- α) Γενική αίματος
- β) Γενική ούρων
- γ) α/α σε ύπτια και ορθή θέση
- δ) Ουρία αίματος
- ε) Πιθανή παρακέντηση κοιλίας
- στ) Αμυλάση ορού
- ζ) Ηλεκτρολύτες ορού, ΡΗ αίματος
- η) Ομάδα αίματος-Διασταύρωση
- θ) Πιθανή λήψη σειράς ακτινογραφιών

Παρακέντηση κοιλίας

Η παρακέντηση κοιλίας αποβλέπει στη λήψη περιτοναϊκού υγρού για μικροβιολογική εξέταση (διαγνωστική παρακέντηση). Απαραίτητα αντικείμενα στο SET παρακεντήσεως είναι: σύριγγες περιεκτικότητας 10-20 κ.εκ. και βελόνα με μήκος ανάλογο προς το πάχος του κοιλιακού τοιχώματος, βελόνες τοπικής αναισθησίας, δοκιμαστικά σωληνάρια, βαμβάκι και γάζες, τετράγωνο κοινό και σχιστό, γάντια και λαβίδα.

Ακόμη χρειάζεται και το τροχήλατο των ενέσεων στο οποίο προσθέτουμε αναισθητικό, αδιάβροχο τετράγωνο και αλλαγών λευκοπλάστ και ψαλίδι, πιεσόμετρο.

Η παρακέντηση γίνεται στο έξω ήμισυ της νοητής γραμμής που ενώνει τον ομφαλό με την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα.

Η παρακέντηση μπορεί να γίνει τόσο δεξιά της γραμμής όσο και αριστερά. Προτιμάται η αριστερή πλευρά, διότι συχνά δεν είναι εύκολος ο καθορισμός των ορίων του τυχόν διογκωμένου ήπατος. Αλλά και πάλι πρέπει να αποκλεισθεί

η ύπαρξη της διογκωμένης σπλήνας. Ακόμη η παρακέντηση της κοιλιάς μπορεί να γίνει ακριβώς πάνω στη μέση γραμμή, μεταξύ ομφαλού και ηβικής συμφύσεως, διότι αριστερά και δεξιά απ' αυτήν περνούν κλάδοι της επιγάστριας αρτηρίας.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπ' όψιν της ότι πριν γίνει η παρακέντηση θα πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος και να παρθούν μέτρα προστασίας του ιματισμού, απολύμανση του δέρματος και αναισθησία. Μετράται η αρτηριακή πίεση και πρέπει απαραίτητα να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην ψυχολογική υποστήριξη από την νοσηλεύτρια, του ασθενούς τόσο πριν από την παρακέντηση όσο και κατά τη διάρκεια αυτής ο άρρωστος θα πρέπει να είναι ήρεμος, χαλαρός και χωρίς STRESS.

Μετά την επέμβαση η πληγή καλύπτεται από άσηπτη γάζα βουτηγμένη σε κολλόδιο και συγκρατείται με λευκοπλάστ.

Κίνδυνοι τους οποίους αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της παρακέντησεως είναι η μόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας, το σπάσιμο της βελόνας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, τραυματισμός της ουροδόχου κύστεως, ιδίως σε παρακέντηση που γίνεται πάνω στη μέση γραμμή, τραυματισμός του εντέρου αν και είναι πολύ σπάνιος γιατί το έντερο γλιστρά μπροστά από τη βελόνα.

Το υγρό που προέρχεται απ' αυτή τη παρακέντηση σε περίπτωση φλεγμονής του περιτοναίου είναι εξίδρωμα, πυώδες σε περιτονίτιδες που οφείλονται σε πυογόνους παράγοντες χολώδες όταν οφείλεται σε ρήξη χοληδόχου κύστης.

Η νοσηλεύτρια κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς

Πρίν απο κάθε κλινική εξέταση η νοσηλεύτρια εξηγεί στον ασθενή τι πρόκειται να γίνει, το σκοπό της εξετάσεως, τι θα περιλάβει η εξέταση, αυτή, καθώς και πως ο ίδιος μπορεί να βοηθήσει κατά την εξέταση. Η νοσηλεύτρια ζητά απο τον ασθενή λεπτομερή περιγραφή των συμπτωμάτων του και την ακριβή απάντηση στις ερωτήσεις του ιατρού. Παρακαλείται ακόμη ο ασθενής να διατηρήσει χαλαρό το μυϊκό και νευρικό του σύστημα. Πρίν απο την εξέταση η αδελφή βεβαιώνεται ότι ο ασθενής είναι καθαρός και τον βοηθεί να αφαιρέσει ορισμένα ενδύματα. Ακόμη βοηθάει σε σύντομη και ακριβή διάγνωση της ασθένειας γνωστοποιώντας στον ιατρό συμπτώματα υποκειμενικά και αντικειμενικά που έπεσαν στην αντίληψή της.

Το δωμάτιο όπου γίνεται η εξέταση πρέπει να φωτίζεται ικανοποιητικά. Κατά την εξέταση η αδελφή βοηθεί τον ιατρό τοποθετώντας τον ασθενή στην κατάλληλη θέση στην προκειμένη περίπτωση: ο ασθενής τοποθετείται ανάσκελα μ' ένα μαξιλάρι και τα χέρια παράλληλα με το σώμα. Τα σκεπάσματα κατεβάζονται μέχρι τη ηβική σύμφυση. Εξηγούμε στον ασθενή να λυγίσει τα γόνατα προς την κοιλιά για να χαλαρώσουν οι μυς και να διευκολυνθή η εξέταση. Ανεβάζουμε το νυχτικό και ελευθερώνουμε την κοιλιά, το κεφάλι του αρώστου είναι πάντα στραμμένο προς το μέρος της αδελφής.

Η εξέταση γίνεται με ψηλάφηση, επίκρουση ακρόαση και επισκοπίση.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Εξ' αιτίας της επείγουσας μορφής του περιστατικού η προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου περιορίζεται στην τόνωση του ηθικού του που είναι πολύ βασική για την μετεγχειρητική του πορεία και την προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.

Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξεως της καταστάσεως του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Η αδελφή με τη λεπιότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Τόνωση του ηθικού: Όπως αναφέρεται και πιο πάνω η τόνωση του ηθικού του ασθενούς είναι βασικής σημασίας. Έχει διαπιστωθεί ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλίψεως παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως το SHOCK κ.α.

Η νοσηλεύτρια θα επιτύχει καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την τόνωση του ηθικού αν προσπαθήσει να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει, επίσης να προσπαθήσει να καταλάβει τον ασθενή και να συμμερισθεί τη θέση του.

Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου. Προετοιμασία δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στη καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε

να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Ενδυμασία χειρουργείου. Αποκλείεται από τα ποδονάρια (είδος καλτσών) σκεπάζουν τα κάτω άκρα, υποκάμισο (κοινό νυχτικό, ανοιχτό στο πίσω μέρος) σκούφο για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής.

Η νοσηλεύτρια φορεί τα ρούχα στον άρρωστο, αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων και το νυχτικό ή τις πυτζάμες του ασθενούς. Αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα, τοποθετούνται σ' ένα φάκελο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος. Εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο στη "βέρα" η οποία ασφαρίζεται μ' έναν επίδεσμο στον καρπό. Επίσης γίνεται ένας τελευταίος έλεγχος για την καθαριότητα του σώματος του ασθενούς και υπενθύμιση για μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων και αναπνευστικών μυών κλπ.

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

Κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει την κατάλληλη δόση φαρμάκου στην καθορισμένη ώρα και να συστήσει στον ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι του. Οι επισκέπτες απομακρύνονται από τον θάλαμο.

Η σωστή εκτίμηση των συστηματικών διαταραχών και η γρήγορη διόρθωσή τους θα επιτρέψουν την ασφαλέστερη της χειρουργικής επέμβασης και την ταχύτερη και ανεμπόδιστη ανάρρωση του ασθενούς.

Ακόμη η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς με δευτεροπαθή περιτονίτιδα περιλαμβάνει:

- Την εξασφάλιση της φλεβικής γραμμής.
- Την αποσυμφόρηση του στομάχου με τη βοήθεια ρινογαστρικού καθετήρα (LEVIN)
- Χορήγηση των αναγκαίων ποσοτήτων υγρών και ηλεκτρολυτών για την αντιμετώπιση της ολιγαυμίας.
- Παρακολούθηση Κ.Φ.Π. και ωριαίας διούρησης.
- Χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, αναλγητικών ώσπου να οδηγηθεί ο άρρωστος στο χειρουργείο. Συχνές μικρές δόσεις πεθιδίνης συνήθως βοηθούν τον ασθενή να ηρεμήσει και να αισθάνεται λιγότερη δυσφορία.

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

Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς

Απο τη στιγμή που ο ασθενής θα μπει στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίσει για την ετοιμασία της κλίνης και του θαλάμου του.

Το κρεβάτι που θα δεχθεί τον χειρουργημένο ασθενή ο οποίος έχει πάρει γενική νάρκωση πρέπει να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου απο ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες. Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού. Στο πάνω κιγκκλίδωμα του κρεβατιού τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι για να προστατεύεται ο ασθενής απο χτυπήματα κατά τις τυχόν διεγέρσεις του κατά την διάρκεια της απονάρκωσης. Το κρεβάτι

πρέπει να είναι ανοικτό απ'όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς απο το φορείο. Επίσης θα πρέπει να προστατευτεί, το πάνω μέρος των κλινσοκεπασμάτων, απο ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο επάνω χείλος του στρώματος τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα για την αποφυγή θορύβων απο τα αντικείμενα που θα τοποθετηθούν πάνω σ'αυτό όπως κνεφροειδές, κάμα με πολύπια βάμβακος και χαρτοβάμβακος, ποτήρι με δροσερό νερό, PERT COTTON. Το κομοδίνο πρέπει να απομακρύνεται λίγο απο το κρεβάτι για να προφυλάσσεται ο άρρωστος σε περίπτωση διεγέρσεων.

Η ετοιμασία του θαλάμου συμπληρώνεται με σκούπισμα σφουγγάρισμα και υγρό Ξεσκόνισμα επίπλων απο τη βοηθό θαλάμου.

Ο φωτισμός του θαλάμου δεν θα πρέπει να είναι έντονος έτσι ώστε να διατηρείται ο ασθενής ήρεμος.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς με οξεία περιτονίτιδα, περιλαμβάνει τη νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς που γυρίζει απο το χειρουργείο, αφού πήρε γενική νάρκωση, με παροχέτευση τραύματος, σωλήνα LEVIN, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και καθετήρα ουροδόχου κύστεως.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει τη στιγμή που ο ασθενής θα βγει απο το χειρουργείο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή πρέπει να γίνει απο έμπειρη

και επιδέξια νοσηλεύτρια η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του χειρουργημένου ασθενούς και περιλαμβάνει:

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

Παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνιση του.

Τοποθέτηση του αρρώστου στην κατάλληλη θέση "ύπτια" με το κεφάλι στραμμένο προς τα πλάγια. Η θέση αυτή βοηθάει τον ασθενή να χαλαρώσει και επιτρέπει την καλή λειτουργία του ρινογαστρικού καθετήρα.

Προ ύλαξη απο μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

Πόνος: Κάθε ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο απο την εγχείρηση.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να απαλλαγεί απο τον πόνο δίνοντάς του θέση κατάλληλη για χαλάρωση των μυών, να προστατεύει τον ασθενή κατά τον βήχα ή τους εμμέτους και να χορηγεί αναλγητικά όταν υπάρχει ανάγκη, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται απο τον ιατρό.

Δίψα: Παρατηρείται μετά απο γενική νάρκωση ή ακόμα και τοπική αναισθησία. Προκαλείται απο την ένεση ατροπίνης, η οποία ελεττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και απο τη μείωση του οργανισμού σε υγρά.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό, και με

χορήγηση υγρών δια της πεπτικής οδού ή παρεντερικά.

Έμετος: Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά απο γενική νάρκωση και σπάνια δρουν πέρα απο 24 ώρες απο την απονάρκωση του ασθενούς. Εάν ο ασθενής έχει εμέτους, η αδελφή τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο γιατί η παραμονή του προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

Σε συνεχιζόμενους εμέτους είναι δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου με ρινογαστρικό καθετήρα. Μετά απο κάθε έμετο το στόμα του αρρώστου πλένεται με λίγο νερό.

Το ποσό, η συχνότητα, ο χαρακτήρας των εμεσμάτων πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίου του ασθενούς.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

Αιμοραγίες. Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Μερικά απο τα αίτια που τις προκαλούν είναι η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων, η μόλυνση του τραύματος, οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς, η μη καλή πήκτικότητα του αίματος κ.α.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της αιμορραγίας που είναι, γρήγορος νηματοειδής 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.

Ο ασθενής πρέπει να μείνει ακίνητος και να ειδοποιηθεί ο ιατρός. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική τοποθετείται πιεστικός επίδεσμος στο σημείο που αιμορραγεί. Σε εσωτερική αιμορραγία ο ασθενής δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα. Ο δίσκος των ενέσεων πρέπει να είναι έτοιμος με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού, ειδοποιείται η τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για τον ασθενή.

SHOCK η καταπληξία

Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ο ισχυρός πόνος συντελούν στην εμφάνιση του SHOCK. Τα συμπτώματα που παρατηρούνται είναι σφυγμός μικρός συχνός και μόλις αισθητός, αναπνοή επιπόλαια και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλεννογόνοσ ωχροί, άκρα ψυχρά, ψυχροί ιδρώτες. Ο ασθενής εμφανίζει μείωση της κινητικότητας και τη αισθητικότητας.

Ανυψώνουμε το κρεβάτι του ασθενούς και αφαιρούμε το μαξιλάρι για καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Θερμαίνουμε τον ασθενή και περιορίζουμε τις κινήσεις του στο ελάχιστο. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος. Ενθάρρυνση του ασθενούς.

Για να προφυλαχθεί ο ασθενής από μετεγχειρητικό SHOCK πρέπει να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, να τον ανακουφίσουμε από τον έντονο πόνο, να χορηγήσουμε αίμα και άφθονα υγρά μετεγχειρητικά και να τονώσουμε το ηθικό του.

Πνευμονία, ατελακτασία: Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από βλενώδης εκκρίσεις κατά την απονάρκωση. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Η πρόληψή τους περιλαμβάνει την στενή παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την απονάρκωση, υποδοχή του ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι, έγκαιρη τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση και συχνή αλλαγή θέσεως, ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές και να κάνει κινήσεις των άκρων, αντισηψία ρινοφάρυγγα και περιποίηση στόματος.

Πνευμονική εμβολή: Αυτοί στη μετακίνηση δρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου που αιματώνει τον πνεύονα. Τα συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι, απροσδόκητος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής είναι οι ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο, έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, αποφυγή στενής επιδέσεως του θώρακος και της κοιλιάς για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος. Η επιπλοκή αντιμετωπίζεται με μορφίνη και αντιπηκτικά φάρμακα.

Ασφυξία: Μπορεί να προκληθεί από εισρόφηση εμεσμάτων πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και φράζει με την επιγλωτίδα τον λάρυγγα, και τέλος από την επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο αναπνοής.

Εκδηλώνεται με παραλλαγή του ρθμού της αναπνοής και κυάνωση που φανερώνει έλλειψη O₂.

Για την προφύλαξη του ασθενούς η νοσηλεύτρια παίρνει τα ακόλουθα μέτρα.

Τοποθετεί το κεφάλι του αρρώστου σε πλάγια θέση, καθαρίζει τακτικά το στόμα του με βαμβάκι υγρό. Σε περίπτωση προς τα πάνω και προσπαθεί να ανοίξει το στόμα και να τραβήξει τη γλώσσα έξω. Συνιστά στον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για τη γρήγορη απονάρκωσή του, χορήγηση O₂.

Θρομβοφλεβίτιδες: Η πιο συχνή θρόμβωση είναι του μηρού.

Τα αίτια που προκαλούν θρομβοφλεβίτιδα είναι ίδια με τις πνευμονικής εμβολής καθώς και η μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων λόγω πύεσης των αγγείων.

Εμφανίζεται πυρετός, οίδημα και πόνος στην περιοχή.

Η πρόληψη συνίσταται στην αποφυγή πύεσης στις κνήμες, έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι, ασκήσεις των κάτω άκρων πρέπει να αποφεύγεται η εντριβή των άκρων.

Παρωτίτιδα: Εμφανίζεται 4-5 ημέρες μετά την εγχείρηση και είναι φλεγμονή των παρώτιων αδένων. Οφείλεται σε έλλειψη καθαριότητας του στόματος, αφυδάτωση, μείωση των μασητικών κινήσεων. Τα συμπτώματα είναι πυρετός, οίδημα, πόνος.

Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας και επάρκεια του οργανισμού σε υγρά βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής.

Διάταση του στομάχου: Εμφανίζεται λόγω της μείωσης της ανοιχτής φυσιολογικής λειτουργίας του στομάχου, λόγω υγρής διατροφής του ασθενούς, υποτονίας μυών στομάχου λόγω επιδράσεως ναρκωτικού, μείωσης της κινητικότητας του ασθενούς, και σε ελλιπή προεγχειρητική καθαριότητα του εντέρου.

Τα συμπτώματα είναι μετεωρισμός κοιλιάς, δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο, λόξυγκας, δύσπνοια λόγω πύεσης του διαφράγματος, έμετοι αραιού χρώματος πρασινόφαιου ή μαύρου με δυσάρ στη οσμή.

Μετεωρισμός της κοιλιάς ή τυμπανισμός: είναι η συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο. Τα αίτια που τον προκαλούν είναι επίδραση του ναρκωτικού που προκαλεί αδράνεια του εντέρου, ανεπαρκής καθαριότητα εντερικού σωλήνα, ερεθισμός του περιτοναίου κατά την εγχείρηση. Τα συμπτώματα είναι μετεωρισμός (φούσκωμα της κοιλιάς) κωλικοί πόνοι.

Η προφύλαξη του ασθενούς συνίσταται στην έγκαιρη αποβολή του ναρκωτικού, στην αποφυγή λήψης υγρών που προκαλούν αέρια, καλή προεγχειρητική καθαριότητα του εντέρου έγκαιρο σήκωμα του ασθενούς απο το κρεβάτι.

Η ανακούφιση του ασθενούς περιλαμβάνει την τοποθέτηση σωλήνα αερίων, τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο, χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα του εντέρου.

Παραλυτικός ειλεός: Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου, ένεκα συγκενρώσεως σ'αυτά υγρών και αερίων. Είναι δυνατόν να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα. Τα αίτια που προκαλούν τον παραλυτικό ειλεό είναι ίδια μ'αυτά του μετεωρισμού μόνο που αργότερα προστίθενται και δύσοσμοι έμετοι.

Ουραιμία: Είναι τοξική κατάσταση και οφείλεται στην κατακράτηση απο τον οργανισμό άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού των λευκομάτων. Οφείλεται σε βλάβη του ουροποιητικού ή σε μεγάλη αφυδάτωση με αποτέλεσμα την αύξηση της ουρίας στο αίμα.

Τα συμπτώματα είναι κεφαλαλγία, καταβολή δυνάμεων ναυτία και έμετοι, ολιγουρία, ξηρότητα δέρματος, δύσπνοια διεγέρσεις, κώμα.

Η αντιμετώπιση συνίσταται στη διόρθωση του αιτίου.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα.

1.- Μόλυνση τραύματος: τα τοπικά συμπτώματα της μόλυνσεως είναι: πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

Η πρόληψη της μόλυνσεως του τραύματος συνίσταται στην προσπάθεια της νοσηλεύτριας για την επιτέλεση μιάς άσηπτης, όσο το δυνατό περιποιήσεως τραύματος.

Η μόλυνση του τραύματος μπορεί να προέλθει απο τη σκόνη του θαλάμου, απο μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν απο το στόμα και τη μύτη του ιατρού ή της αδελφής, απο τα χέρια όταν δεν είναι απόλυτα καθαρά, απο επισκέπτες μικροβιοφορείς, απο της χρησιμοποίηση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων.

Ρήξη τραύματος: Αυτή συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκο άτομα αλλά και σε υπερήλικες και άτομα που έχουν βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ο ασθενής προφυλάσσεται απο τη ρήξη του τραύματος με την υποστήριξη του τραύματος με χειρουργική ζώνη, καταστολή του εμέτου και του βήχα. Διδάσκεται να συγρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα όταν βήχει.

Σε περίπτωση ρήξη τραύματος υπάρχει η πιθανότητα προβολής τμήματος του εντέρου. Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια καλύπτει με αποστειρωμένο τετράγωνο το σημείο εκείνο το οποίο είναι βρεγμένο με φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο άρρωστος.

Περιποίηση του χειρουργικού τραύματος

Η φροντίδα της τραυματικής χώρας συνίσταται στην καθαριότητα και απολύμανση του τραύματος καθώς και στην εφαρ-

μογή πάνω σ' αυτό θεραπευτικών μέσων ή φαρμάκων.

Κατά την καθαριότητα του τραύματος απομακρύνονται νεκρωμένοι ιστοί, παροχετεύεται συγκέντρωση πύου ή άλλων υγρών απο το τραύμα και καθαρίζεται με φυσιολογικό ορό. Οι κινήσεις για τον καθαρισμό του τραύματος γίνονται πάντα απο το κέντρο προς την περιφέρεια.

Μετά τον καθαρισμό γίνεται επίδεση του τραύματος για να το προφυλάσσει απο μολύνσεις, να γίνεται απορρόφηση των εκκρίσεων. Όταν η επίδεση είναι πιεστική συμβάλλει στην αιμόσταση και τον περιορισμό των κινήσεων που αναστέλλουν την επούλωσή του.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να θυμάται ότι αν και για αυτήν και τον ιατρό η περιποίηση του τραύματος είναι καθημερινή ενασχόληση δεν συμβαίνει το ίδιο και με τον ασθενή. Για το λόγο αυτό ο ασθενής θα πρέπει να προφυλάσσεται απο τα βλέματα τρίτων με τη χρήση παραβάν, απο τη θέα του τραύματος και τους πόνους που προκαλούνται κατά την διάρκεια της περιποίησης.

Τέλος η προσοχή της νοσηλεύτρια πρέπει να στραφεί πάλι στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς αλλά και των συγγενών του. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν απο την εγχείρηση προλαβαίνει συνήθως άλλη μία επιπλοκή που ονομάζεται μεταγχειρητική ψύχωση. Τα αίτια που προκαλούν την κατάσταση αυτή δεν είναι ακόμη γνωστά. Οι παράγοντες όμως που συντελούν στην εμφάνισή της είναι η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Σε περίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικής ψυχώσεως προφυλάσσεται τόσο ο ίδιος ο ασθενής όσο και το περιβάλλον του. Συνιστάται η παρακολούθηση του ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή απο ψυχίατρο.

Πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα ότι η συνειδητή συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπεία είναι σπουδαίο στοιχείο για την καλύτερευση της υγείας του.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να συμβάλλει σημαντικά ώστε να μην δημιουργηθούν νευρωτικές καταστάσεις στον ασθενή βάζοντας σαν στόχο: την λεπτομερή πληροφόρηση του ασθενούς προφορικά ή μέσω εντύπων.

Την απάντηση όλων των ερωτημάτων και τη συζήτηση μιλώντας απλά και κατανοητά, αποφεύγοντας την χρήση ιατρικής ορολογίας.

Την στενή παρουσία και συχνή επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.

ΕΞΟΔΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η μέρα αποχώρησης του ασθενούς από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φθάνει χωρίς να έχει ειδοποιηθεί ο ίδιος ο άρρωστος καθώς και τα πρόσωπα του περιβάλλοντός του.

Τα αισθήματα που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο δεν είναι παρά αισθήματα χαράς και ικανοποίησης. Παράλληλα όμως ανησυχεί κι αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του, να της θέσει ερωτήσεις και απορίες, εκδηλώνοντας έτσι το ενδιαφέρον της γι' αυτόν.

Ο ασθενής ο οποίος θα συνεχίσει τη λήψη φαρμάκων και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψεώς τους. Οι οδηγίες για τον τρόπο που πρέπει να ληφθούν τα φάρμακα καθώς και η δόση τους πρέπει να γράφονται λεπτομερώς

πάνω στο φιαλίδιο ή στο κουρί των φαρμάκων.

Όταν κριθεί ότι ο ασθενής είναι έτοιμος να φύγει από το νοσοκομείο πρέπει να ειδοποιούνται οι συγγενείς του και να δίνονται οι ιατρικές και νοσηλευτικές συμβουλές στον άρρωστο.

Αφού γίνει η έκδοση του εξιτηρίου η νοσηλεύτρια θα βοηθήσει τον ασθενή να ντυθεί και να ετοιμαστεί για την έξοδό του, θα τον χαιρετήσει και θα του ευχηθεί πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας έχει δώσει την δυνατότητα στην νοσηλεύτρια, τον νοσηλευτή η και ολόκληρη τη νοσηλευτική ομάδα να αντιμετωπίσουν τον ασθενή σαν άτομο μοναδικό και ξεχωριστό το οποίο βρίσκεται μέσα σ'ένα κοινωνικό πλαίσιο που επιδρά επάνω του και τον διαμορφώνει.

Ο ασθενής δεν είναι μια μηχανή που έχει χάσει την λειτουργικότητάς εξ'αιτίας κάποιου προβλήματος που παρουσιάστηκε. Είναι μια προσωπικότητα μοναδική που έχει διαμορφώσει ένα συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς μέσα από τα βιώματά του και τις κοινωνικές επιρροές.

Η νοσηλεύτρια της θα πρέπει να έχει την ικανότητα να προσδίδει έννοια στην συμπεριφορά του ασθενούς για να πετύχει την εκπλήρωση του ρόλου της.

Η ολοκληρωμένη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς απαιτεί γνώσεις, παρατηρητικότητα και ικανότητα κρίσης και αξιολόγησης από τον νοσηλευτή ή την νοσηλεύτρια που θα εφαρμόσει τις φάσεις της νοσηλευτικής διεργασίας.

Φάσεις νοσηλευτικής διεργασίας

Σαν πρώτη φάση νοσηλευτικής διεργασίας αναφέρεται η συλλογή υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων από τη νοσηλεύτρια που πρέπει να είναι βασισμένη στην παρατήρηση, την σωστή λήψη του ιστορικού του ασθενούς, την φυσική εξέταση, τις διαγνωστικές εξετάσεις κλπ.

Στην δεύτερη φάση αφού γίνει η συλλογή δεδομένων πρέπει να ορισθεί το πρόβλημα. Να γίνει δηλαδή διαπίστωση αλλά και διατύπωση του νοσηλευτικού προβλήματος.

Αφού έχει ορισθεί το πρόβλημα θα πρέπει να γίνει ένας σχεδιασμός (τρίτη φάση) για τον τρόπο με τον οποίο θα παρέμβει και θα διατυπωθούν οι σκοποί της παρέμβασης αυτής κατά προτεραιότητα.

Στην τέταρτη φάση και αφού έχει σχεδιαστεί σωστά η νοσηλευτική παρέμβαση τίθεται σε εφαρμογή το σχέδιο της φροντίδας του ασθενούς.

Στην τελευταία φάση και αφού έχει εφαρμοσθεί η παρέμβαση η νοσηλεύτρια καλείται να αξιολογήσει τη παρέμβαση αυτή, να εκτιμήσει το αποτέλεσμα και αν χρειαστεί να επανεκτιμή και να αναθεωρήσει τον αρχικό σχεδιασμό.

Σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

Η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ασθενούς, η πρόληψη της ασθένειας, η προαγωγή της ανάρρωσης, η αποκατάσταση της ευεξίας και του μέγιστου βαθμού λειτουργικό-

τητας.

Κλινική περίπτωση 1η

Ιστορικό υγείας ασθενούς. Ασθενής 42 ετών, γυναίκα προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία παραπονούμενη για έντονο πόνο στο επιγάστριο και τον δεξιό λαγώνιο βόθρο που στη συνέχεια έγινε διάχυτος.

Τα συμπτώματα που παρουσίαζε απο τα διάφορα συστήματα ήταν η επιγαστραλγία, έμετοι (τρεις στον αριθμό, τροφώδεις έμετοι), βήχα, δύσπνοια, συχνοουρία, νευρικήτητα και ανησυχία που ήταν ιδιαίτερα έντονη και προερχόταν τόσο απο τα συμπτώματα αλλά πολύ περισσότερο απο το γεγονός ότι βρέθηκε μόνη της στο περιβάλλον του νοσοκομείου, με έντονο πρόβλημα υγείας χωρίς να έχει δίπλα της κάποιο συγγενικό ή φιλικό της πρόσωπο. Η μόνιμη κατοικία της ήταν στο εξωτερικό και ταξίδεψε μόνη στη χώρα μας.

Τα συμπτώματα μας ανέφερε ότι άρχισαν πριν απο 16 ώρες.

Προηγούμενο ιστορικό: Η ασθενής ανέφερε ότι δεν πάσχει απο άλλα νοσήματα και δεν παίρνει καθόλου φάρμακα.

Όταν ρωτήθηκε για προηγούμενες επεμβάσεις μας ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε υστερεκτομή το Δεκέμβριο του 1990 και αφαίρεση 04-03 μεσοσπονδύλιου δίσκου το 1977.

Οικογενειακό ιστορικό: Το μόνο που ανέφερε όταν ρωτήθηκε για το οικογενειακό ιστορικό της είναι ότι ο πατέρας της απεβίωσε 30 ετών απο άγνωστη αιτία.

Κλινική εξέταση: Διάχυτη ευαισθησία στην ψηλάφηση σ'όλη την κοιλιά και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγώνιο βόθρο. Δεν παρουσίαζε όμως απουσία εντερικών ήχων που είναι σημάδι

γενικευμένης περιτονίτιδας. Της έγινε δακτυλική εξέταση απο το ορθό ευαισθησία δουλγασίου.

Η ασθενής εισέρχεται για παραπέρα έρευνα και θεραπεία.

Παρακλινικές εξετάσεις: Σε α/α που της έγινε βρέθηκαν πολλαπλά υδραερικά επίπεδα λεπτού (ειλειού) και παχέος.

Οι έλικες του ειλεού βρέθηκαν διατεταμένες. Αύξηση ακτινοσκιερότητας ελλάσσονος πυέλου στην όρθια θέση λόγω ύπαρξης περιτού υγρού.

Αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις.

Λευκά 9.000 Αιματοκρίτης ΗΤ: 35 Ομάδα αίματος Α⁺

Να⁺ 133 Κ⁺ 4,9 Σάκχαρο 150 Αμυλάση 16 Ουρία 46

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ γενικευμένη περιτονίτιδα

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ Εμπύημα σκωληκοειδούς απόφυσης-Γενικευμένη περιτονίτιδα

Θεραπεία: Σκολ/μή- Έκπλυση περιτοναϊκής κοιλότητας.

Προτεινόμενη θεραπεία πρώτου 24ώρου

1. Οροί 3 LIT (20/W 58 - 1 RINGERS)

2. Αναλγητικά PETLITINE X 4

3. Αντιβιοτικά MEFOXIE, FLAGYE 1X3, 500X3, ZINACEF 1X3.

Η ασθενής δεν πρέπει να πάρει τίποτε απο το στόμα.

Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα LEVIN και φλεβικού καθετήρα. Τρίωρη θερμομέτρηση.

Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία και είχε:

Α.Π. 80-120 MMHG

Σφύξης: 80-88 / MIN

Θερμοκρασία: 36,8 37,8°C

Οδηγήθηκε στο χειρουργείο μία μέρα μετά την εισαγωγή της στις 25/2. Έγινε η σολ/μή και πλύσεις της περιτοναϊκής

κοιλότητας-Πλήρης ανάνηψη.

Ζωτικά σημεία. Α.Π.: 70/125 MMHG

Σφύξεις: 85/MIN

Θερμοκρασία: 36,9°C

Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής έχει καλή γενική κατάσταση. Διακόπτεται το MEFOXIL και συνεχίζει αγωγή με ZINACEF, FLAGYL. Η ανησυχία της για την έκβαση της κατάστασής της είναι πολύ έντονη.

Την 5η μετεγχειρητική ημέρα η κατάσταση της ασθενούς είναι καλή Διακόπτεται το FLAGYL και συνεχίζει αγωγή μόνο με ZINACEF 1X3.

Η κατάσταση της ασθενούς εξελίχθηκε καλά μέχρι την ημέρα της εξαγωγής της στις 3/3 χωρίς σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟ- ΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ- ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Αίσθημα μοναξιάς	Εξάλειψη του δυσάρε- στου αυτού συναίσθη- ματος.	Συμπαράσταση εκ μέ- ρους του νοσηλευτι- κού προσωπικού και ψυχολογική ποστήρι- ξη της ασθενούς.	Το νοσηλευτικό προ- σωπικό προσπάθησε να ανεβάσει το ηθι- κό της ασθενούς δείχ- νοντάς της αγάπη και φροντίδα.	Μετά απο ειλικρινή προσπάθεια του νο- σηλευτικού προσωπι- κού και την συνεχή παρουσία του κοντά στην ασθενή το αί- σθημα μοναξιάς μει- ώθηκε αρκετά.
Πόνος απο το χει- ρουργικό τραύμα	Ανακούφιση της ασθε- νούς απο το αίσθημα του πόνου.	Έλεγχος κατάστασης τραύματος τοποθέτη- ση της ασθενούς σε πιο αναπαυτική θέση έτσι ώστε να χαλαρώ- σουν οι μυς. Ελαφρά εντριβή απαπιεζόμε- να μέλη. Εξάλειψη της συναισθηματικής υπερέντασης και εξα- σφάλιση ήρεμου περι- βάλλοντος. Χορήγηση αναλγητικού.	Το τραύμα δεν παρου- σίαζε σημείο φλεγμο- νής τοποθετήθηκε η σθενής σε πιο αναπαυ- τική θέση γι' αυτή. Της έγινε ελαφρά εντριβή στα μέλη. Μέσω της συζήτησης της δόθηκε η ευκαι- ρία της. Απομακρύν- θηκαν οι επισκέπτες απο το θάλαμο χορη- γήθ. PETHTINE.	Σταδιακή μείωση του πόνου και εξάλειψή του.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟ- ΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ- ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
--	--	---	--------------------------------------	-----------------------------

Έμετος	Καταστολή του εμέτου	Τοποθέτηση το κεφάλι του αρρώστου πλάγια. Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα. Απομάκρυνση νεφροειδούς αμέσως μετά τον έμετο. Χορήγηση αντιεμετικού.	Τοποθετήθηκε το κεφάλι του αρρώστου πλάγια για την αποφυγή εισρρόφησης των εμεσμάτων. Τοποθετήθηκε LEVIN. Απομάκρυνση του νεφροειδούς αμέσως μετά τον έμετο για αποφυγή επιπρόσθετης ναυτίας.	Καταστολή του εμέτου μετά την λήψη των μέτρων.
Πυρετός	Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	Τρίωρη θερμομέτρηση ψυχρά επιθέματα χορήγηση αντιπυρετικού και αντιβιοτικών χορήγηση υγρών.	Τέθηκε η ασθενής σε τρίωρη θερμομέτρηση χορηγήθηκε APOTEL 1/2 AMP, MEFOXIL, FLAGUL. Χορήγηση υγρών. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα.	Επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΚΟΣ ΣΚΟ- ΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ- ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Διαταραχή του ισο- ζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Αποκατάσταση του ισο- ζυγίου υγρών και ηλεκ- τρολυτών.	Χορήγηση υγρών παρεν- τερικώς μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανό- μενων και αποβαλλό- μενων υγρών.	Χορηγήθηκαν υγρά παρεντερικώς. RINGERS & D/W 5% Έγινε μέτρηση ούρων, υπολογισ- μός του ποσού των εμέτων και ιδρώτα.	Αποκατάσταση ισο- ζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
Ανορεξία	Βελτίωση της όρεξης διατήρηση καλής θρέ- ψης.	Προσφορά τροφής της αρεσκείας της. Ωραίο σερβίρισμα.	Προσφέρθηκε τροφή που άρεσε στην ασθε- νή, ωραία σερβιρι- σμένα.	Βελτίωση σταδιακά της όρεξης.
Μείωση των δρασ- τηριοτήτων της ασθενούς εύκολη, κόπωση και κατά- θληψη.	Αύξηση της μετεγχειρη- τικής δραστηριότητας της ασθενούς και κί- νησης για αποφυγή κα- τακλίσεων και άλλων δυσάρεστων επιπλοκών.	Προτροπή της ασθενούς για δραστηριότητες που κινούν το ενδια- φέρον της. Απασχόληση με στιδή- ποτε την ευχαριστεί και μπορεί να το κά- νει.	Σηκώθηκε η ασθενής απο το κρεβάτι και κινούνταν αρκετά μέ- σα στο θάλαμό της. της προσφέρθηκαν βιβλία που της άρε- σαν.	Αποφυγή δυσάρεστων επιπλοκών. Δραστηριοποιήθηκε η ασθενής.

Κλινική περίπτωση 2η

ΟΝΟΜ/ΜΟ: Ζ.Γ.

ΗΛΙΚΙΑ: 66 ετών

ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: Ο⁺

ΔΙΑΓΝΩΣΗ εισόδου: Χολολιθίαση-Χολοκυστίτις-Οξεία κοιλία

ΔΙΑΓΝΩΣΗ εξόδου: Ρήξη χοληδόχου κύστης-Χολοπεριτόναιο
υποδιαφραγματικό απόστημα.

Η ασθενής διακομίζεται απο Β.Π. με άλγος που επεκτείνεται στο επιγάστριο. Έκανε κρίσεις πυρετού. Ίκτερος Υπέρχροια στα ούρα. Τα παραπάνω σημεία ξεκίνησαν απο 8ημέρου και ο ασθενής εισήλθε για έλεγχο.

Κλινικά ευρήματα: Εντός της χοληδόχου κύστης CT ίδια ευρήματα. Διενέργεια Χ/Ε (ρήξη χοληδόχου κύστης-χολοπεριτόναιο). Δέκα μέρες αργότερα άλγος δεξιάς μασχαλιαίας. Πυρετικά επεισόδια.

Παρακλινικές εξετάσεις. Σε ΕCHO Δε υποχονδρίου αναφέρεται μικρή παχυτοιχωματική χοληδόχος κύστη με ηχογενή μορφώματα. Τα ενδοηπατικά χολαγγεία απεικονίζονται φυσιολογικά. Έγινε ακόμη CT άνω κοιλίας με τα ίδια ευρήματα.

Πρακτικό εγχείρησης. Τομή ΚΟΗΕΡ δεξιά. Κατά την διανοίξη της περιτοναϊκής κοιλότητας και αντίστοιχα με το πρόσθιο χείλος του ήπατος εξέρχεται πύο απο το οποίο λαμβάνεται καλλιέργεια. Παρασκευάζεται η άνω επιφάνεια του ήπατος, όπου υπάρχουν αρκετές ψευδομεμβράνες και χολαρές συμφύσεις και ανευρίσκεται ένα μεγάλο, εγκεκυστωμένο στην άνω και έξω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος, υποδιαφραγματικό απόστημα το οποίο βρίσκεται σε επικοινωνία με μικρότερο που αντιστοιχεί στη χοληδόχο κύστη.

Το περιεχόμενό του είναι ζελατινώδες με κιτρινοπράσινο χρώμα. Ακόμα υπάρχει δεύτερο υποδιαφραγματικό απόστημα που απέχει 5-6CM και βρίσκεται στην πίσω επιφάνεια του ήπατος και έχει τους ίδιους χαρακτήρες με το προηγούμενο. Τα ευρήματα συμφωνούν με το αποτέλεσμα της προηγούμενης αξονικής τομογραφίας. Καθαρίζονται επιμελώς οι ψευδομεμβράνες και το περιεχόμενο των αποστημάτων και γίνεται έκπλυση του υποδιαφραγματικού και υπηπατικού χώρου με άφθονη ποσότητα φυσιολογικού ορού.

Τίθεται υπο 2 υποδιαφραγματικές και 1 υπηπατική παροχέτευση. Χορήγηση 600 CC αίματος ευχερής ανάνηψη στο χειρουργείο.

Βρίσκεται σε αγωγή με MEFOXIL

PAUCORAN

NETRAMYCIN

SANDOGLOBULIN

ZANTAC

FRAZIPARINE

Στις παροχετεύσεις παρατηρ. I ίχνη οροαιματηρών

II " "

III ίχνη αίματος

Οι καλλιέργειες που πάρθηκαν απο τις παροχετεύσεις στις 24/2 έδωσαν αρνητικό αποτέλεσμα.

Έγινε αφαίρεση LEVIN. Η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι ικανοποιητική.

Ο ασθενής εξήλθε με δίαιτα χολ/θούς

Επανελέγχος σε 10 ημέρες

Αγωγή με PAUCORAN-AMPICILLINE 1X1.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
ΣΚΟΠΟΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-
ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Φόβος και ανησυχία
για την εγχείρηση

Να φθάσει ο ασθενής
στο χειρουργείο ήρε-
μος.

Ηθική τόνωση του ασθε-
νούς χορήγηση ηρεμιστι-
κών.

Εγινε ηθική τόνωση Έπαψε να ανησυ-
του ασθενούς. χεί πείσθηκε για
Χορήγηση ηρεμιστι- την ομαλή μετε-
κών. γχειρητική του
πορεία.

Υπερέκκριση γασ-
τρικών υγρών.

Παροχέτευση των γασ-
τρικών υγρών και απο-
φυγή εμέτου.

Τοποθέτηση ρινογαστρικού
καθετήρα LEVIN.

Τοποθετήθηκε LEVIN Ικανοποιητική
παρακολούθηση για λειτουργία καλυ-
καλή λειτουργία τέρευση της κατά-
του. στασης του ασθε-
νούς.

Πόνος

Ανακούφιση του ασθε-
νούς απο το αίσθημα
του πόνου.

Χορήγηση παυσίπωνων.
Τοποθέτηση του αρρώ-
στου σε αναπαυτική
θέση.
Εφασφάλιση ήρεμου πε-
ριβάλλοντος.

Χορηγήθηκε κατό- Σταδιακή μείωση
πιν ιατρικής εντο- του πόνου και εξά-
λής. PETHITINE X4. λειψή του.
Τοποθετήθηκε ο άρ-
ρωστος σε αναπαυ-
τική γι' αυτόν θέ-
ση.
Εξασφάλιση ήρεμου
περιβάλλοντος με
την απομάκρυνση
των επισκεπτών.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
ΣΚΟΠΟΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-
ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Έμετος	Καταστολή του εμέτου.	Χορήγηση αντιεμετικών Τοποθέτηση LEVIN.	Χορήγηση αντιεμε- τικού (PRIMPERAN) Τοποθέτηση LEVIN.	Καταστολή εμέτου μετά τη λήψη των μέτρων.
Πυρετός	Ρύθμιση θερμοκρασίας επαναφορά στα φυσιολογικά επίπεδα.	Χορήγηση αντιπυρετι- κών και αντιβιοτικών Τριώρη θερμομέτρηση Χορήγηση υγρών. Ψυχρά επιθέματα.	Χορηγήθηκε αντιπυ- ρετικό και αντι- βίωση (MEFOXIL- NETRAMYCIN). Χορη- γήθηκαν υγρά και τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα.	Πτώση της θερμοκ- ρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.
Δημιουργία θρομβώσεως λόγω αιμηνσίας.	Εξάλειψη της θρομβώσεως	Χορήγηση αντιθρομβοτι- κού. Διδασκαλία για ασκήσεις των άκρων.	Χορηγήθηκε FLAXIPA- RINE AMARX) κατόπιν ιατρικής εντολής Έγινε υπενθύμιση στον άρρωστο για άσκηση των κάτω άκ- ρων.	Αποφυγή κινδύνου πινθρόμβωσης. ιατρικής εντολής Έγινε υπενθύμιση στον άρρωστο για άσκηση των κάτω άκ- ρων.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
ΕΚΘΟΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-
ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Διαταραχή ισοζυγίου
υγρών και ηλεκτρο-
λυτών.

Αποκατάσταση ισοζυγίου
υγρών και ηλεκτρολυτών.

Χορήγηση υγρών παρεντε-
ρικός. Μέτρηση η καταγραφή
προσλαμβανόμενων και απο-
βαλλόμενων υγρών.

Χορηγήθηκαν υγρά
παρεντερικώς RINGERS,
D/W 5% KADALEX.

Αποκατάσταση
ισοζυγίου υγρών
και ηλεκτρολυ-
τών.

Έγινε μέτρηση και
καταγραφή προσλαμ-
βανόμενων και απο-
βαλλόμενων υγρών.

Δίψα.

Εξάλειψη της δίψας.

Εφύγραση του στόματος
και των χειλέων και επά-
λειψη με βαζελίνη.

Έγινε εφύγραση του
στόματος και των
χειλέων με δροσερό
νερό και PORT-COT-
TON επάλειψη με
βαζελίνη.

Ανακούφιση του
ασθενούς απο
το αίσθημα της
δίψας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-
ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Ανάγκη στοργής, ασ-
φάλειας και κατα-
νόησης.

Απομάκρυνση όλων των
άσχημων συναισθημάτων.
Δημιουργία ζεστού
φιλικού κλίματος.
Αίσθημα εμπιστοσύνης
και ασφάλειας.

Διάλογος με την νοσηλεύ-
τρια και τον ιατρό.
Ακρόαση των ερωτήσεων
και των αποριών του
ασθενούς.
Εξασφάλιση ήρεμου και
φιλικού περιβάλλοντος.

Εξήγηση της γενικής
κατάστασης του ασθε-
νούς με απλά λόγια,
αποφεύγοντας να χρη-
σιμοποιήσουμε ιατρι-
κή ορολογία.
Εξασφάλιση ήρεμου
περιβάλλοντος.

Ο ασθενής τελικό
άρχισε να νοιώ-
θει ασφάλεια
και εμπιστοσύ-
νη.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Μετά την ανάλυση του θέματος της οξείας περιτονίτιδας βλέπουμε ότι είναι μία κατάσταση που μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά και είναι πολύ επώδυνη στον άρρωστο ο οποίος είναι φοβερά αγχωμένος και ανήσυχος τόσο απο την χειρουργική επέμβαση που έχει να αντιμετωπίσει όσο και απο τα συμπτώματα που είναι έντονα και επώδυνα.

Πρέπει να τονισθεί για άλλη μια φορά η σημασία της ψυχολογικής στήριξης του ασθενούς απο την νοσηλεύτρια τόσο κατά την είσοδο του ασθενούς στο Νοσοκομείο όσο και κατά την παραμονή του σ' αυτό.

Η συμπεριφορά και αντιμετώπιση απο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητο να δημιουργήσουν ένα κλίμα εμπιστοσύνης και άνεσης που θα επιτρέψει στον άρρωστο να εκφράση τους φόβους και τις ανησυχίες του και έτσι να απαλλαγεί απο την συναισθηματική πίεση που υφίσταται εκείνη απο την συναισθηματική πίεση που υφίσταται εκείνη τη στιγμή.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, εκτός απο τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας και ενημέρωσης και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου.

Οι νοσηλευτικοί στόχοι λοιπόν πρέπει να επικεντρώνονται όχι μόνο γύρω απο τη φυσική αποκατάσταση του αρρώστου αλλά κυρίως στην ψυχική και συναισθηματική υποστήριξη του που θα οδηγήσει σε πιο γρήγορη και ασφαλή ανάρρωση.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΓΑΡΔΙΚΑ, Κ: Ειδική Νοσολογία, επίτομος, έκδοση 3η, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, εγχειρίδιο Χειρουργικής και Παθολογίας, Τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, Αθήνα 1985.
- ΚΑΗΛΕ, W.-LEONARDT H- PLATZER, W. Μετάφραση επιμέλεια: Παπαδόπουλος Ν.: Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, τόμος Β'-Εσωτερικά Όργανα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Σ.: Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α', έκδοση 9η, εκδόσεις Ιεραποστολικής ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1987.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος Β', μέρος 2ο, πρωτότυπη έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.
- ΤΟΥΝΤΑ, Κ., Επίτομος Χειρουργική, τόμος Γ, μέρος 8ο ανατύπωση επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975.

