

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ  
ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΠΟ ΤΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΑΣΟΥΛΑ ΑΝΝΑ  
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ: ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ  
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ: ΒΟΥΤΣΙΝΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ



Π Α Τ Ρ Α 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

434

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία που ακολουθεί, έχει σαν θέμα την οξεία σκωληκοειδίτιδα και την φροντίδα ασθενούς, με σκωληκοειδεκτομή.

Γίνεται μια μικρή αναφορά στην ανατομία και τη φυσιολογία του λεπτού και του παχέως εντέρου.

Στη συνέχεια γίνεται λόγος για: την παθογένεια, θνητότητα, επιδημιολογία, διαφοροδιάγνωση της σκωληκοειδίτιδας, από άλλες παθήσεις, που έχουν την ίδια κλινική εικόνα μ' αυτήν και για τη χειρουργική θεραπεία αυτής.

Συνεχίζοντας αναφέρεται η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με σκωληκοειδεκτομή.

Κλείνοντας την εργασία αυτή, γίνεται νοσηλευτική δι-εργασία σε δύο περιπτώσεις ασθενών με σκωληκοειδεκτομή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ  
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελίδα :

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Εισαγωγή.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Ανατομία και Φυσιολογία λεπτού και παχέως εντέρου....	4
Σκωληκοειδής Απόφυση.....	8
Θέση σκωληκοειδούς.....	10
Αυλός και Υφή σκωληκοειδούς αποφύσεως.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ	
Επιδημιολογία και Θνητότητα.....	12
Αιτιολογία και Παθογένεια.....	13
Κλινική Εικόνα και Διάγνωση.....	14
Οξεία Σκωληκοειδίτιδα κατά τη Διάρκεια της Κύησης....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Διαφορική Διάγνωση.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
Θεραπεία Οξείας Σκωληκοειδίτιδας.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
Επιπλοκές Οξείας Σκωληκοειδίτιδας.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
Χρόνια Σκωληκοειδίτιδα.....	32
Αντιμετώπιση Παραμελημένης Σκωληκοειδίτιδας.....	33
Σπάνια Νοσήματα της Σκωληκοειδούς Αποφύσεως.....	34

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Προεγχειρητική Ετοιμασία Ασθενούς.....	36
Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία.....	42
Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία.....	42
Προετοιμασία Κλίνης και Θαλάμου.....	44
Μετεγχειρητική Φροντίδα Ασθενούς.....	46
Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες.....	48
Μεταγχειρητικές Επιπλοκές.....	49
Πρόληψη Μολύνσεων.....	52

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX

### Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς , με Σκωληκοειδεκτομή, με τη Μέθοδο της Νοσηλευ- τικής Διεργασίας

Περίπτωση 1η.....	55
Περίπτωση 2η.....	62
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	67
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι  
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χειρουργική σαν ειδικότητα της ιατρικής είναι η πιο παλιά και η πιο σημαντική ίσως, γιατί πολλά νοσήματα θεραπεύονται μόνο χειρουργικά, όπως και η οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Η εξέλιξη της χειρουργικής συμβαδίζει και υποστηρίζεται με την εξέλιξη της τεχνολογίας της εποχής μας και ένα απλό παράδειγμα είναι η χρήση των λέιζερ.

Επίσης το επίπεδο γνώσεων των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σε υψηλό βαθμό και σε συνάρτηση με τον τεχνολογικό εξοπλισμό των θεραπευτικών ιδρυμάτων, δίνεται η δυνατότητα ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας και θεραπείας.

Η νοσηλευτική είναι μια ξεχωριστή επιστήμη από την ιατρική και βοηθάει τον ασθενή με δικές της μεθόδους.

Ο ασθενής τώρα αντιμετωπίζεται σαν μια ολοκληρωμένη οντότητα κι έτσι επιτυγχάνεται η εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

#### ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ:

Είναι ένας σωλήνας κυλινδρικός που εκτείνεται από τον πυλωρό ως την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Έχει μήκος 6,5 μ κατά μέσο όρο και βρίσκεται κατά το μεγαλύτερο μέρος στην κάτω κοιλία και περιβάλλεται από το παχύ έντερο με τη μορφή ατελούς στεφάνης.

Το λεπτό έντερο αποτελείται από δύο μέρη:

A. Το δωδεκαδάκτυλο που είναι 25-30CM.

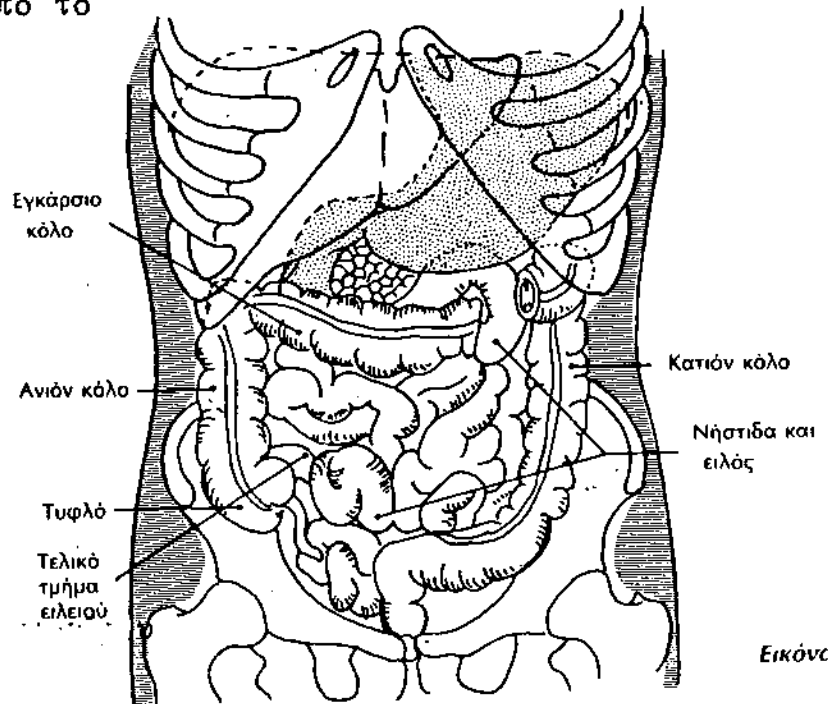
B. Το ελικώδες έντερο που αποτελείται από τη Νήστη (2,5 μέτρα) και τον ειλεό (3,5 μέτρα).

Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου και ενώνει τον πυλωρό με τη νήστη. Είναι το ευρύτερο, βραχύτερο και το πλέον ακίνητο τμήμα του λεπτού εντέρου.

Αποτελέεται από τέσσερις μοίρες: Η πρώτη βρίσκεται ανάμεσα στο ήπαρ μπροστά και το πάγκρεας πίσω.

Στη μέση της δεύτερης μοίρας περίπου εκβάλλουν: Ο κοινός χοληδόχος πόρος από το ήπαρ και ο μέζων από το πάγκρεας (φύμα του VATER)

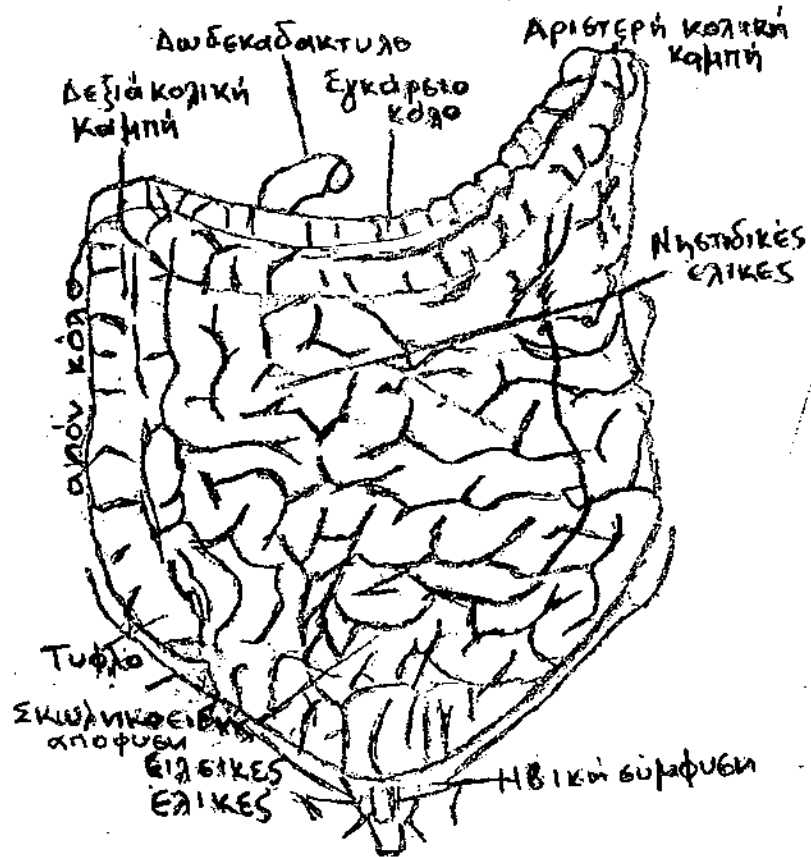
Το ελικώδες έντερο αποτελεί τη συνέχεια του δωδεκαδάκτυλου (νηστιδωδεκαδακτυλική καμπή). Η μετάβαση από την αρχική μοίρα του ελικώδους εντέρου (νήστη) στη τελική μοίρα του (ειλεός) γίνεται βαθμιαία.



Εικόνα 1

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ  
ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

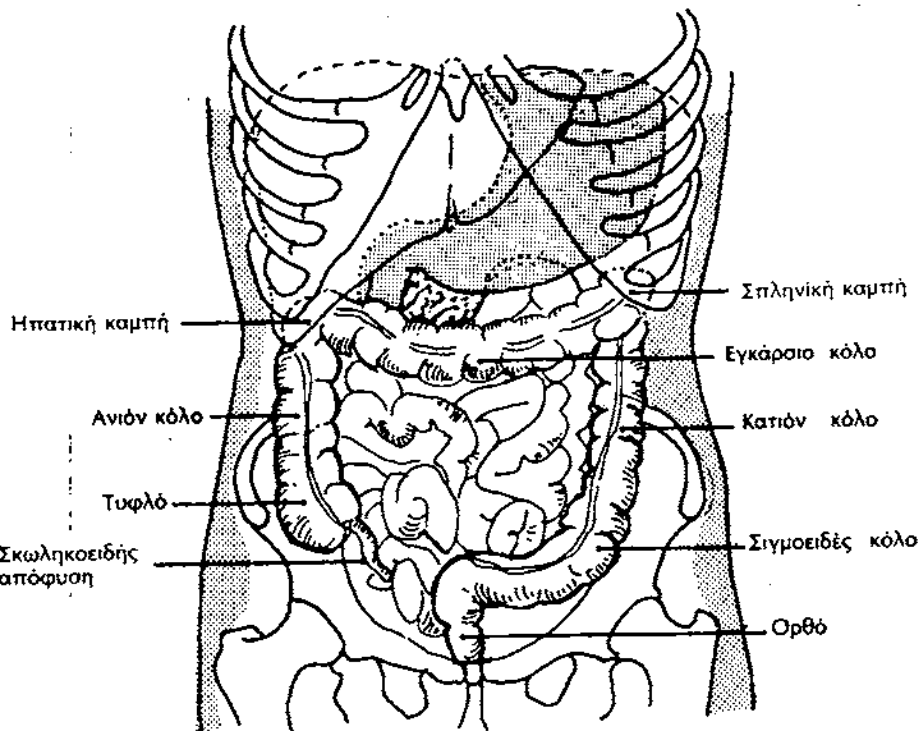
Το λεπτό έντερο



Η λειτουργία του λεπτού εντέρου είναι η πέψη των τροφών με την επίδραση του παγκρεατικού υγρού, της χολής και η απορρόφηση των προϊόντων της πέψης, από το βλεννογόνο του.



Π Α Χ Υ Ε Ν Τ Ε Ρ Ο



Εικόνα 5.6. Η θέση του παχέος εντέρου μέσα στην κοιλιά.

Αποτελεί συνέχεια του λεπτού εντέρου και είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Έχει μήκος 1,5μ περίπου και διακρίνεται στα εξής μέρη:

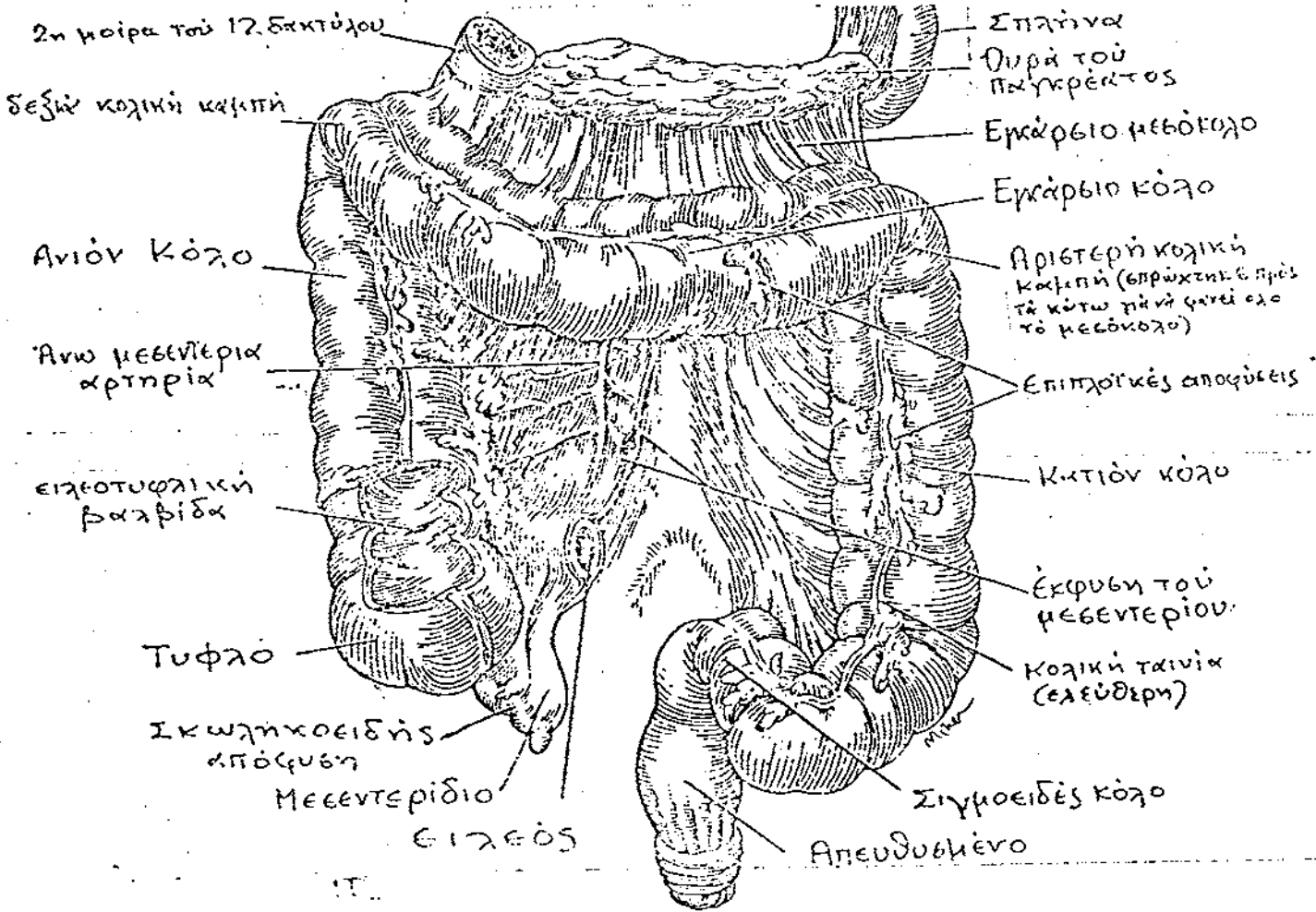
- Α. Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση.
- Β. Κόλο (αιόν, εγκάρσιο, κατόν, σιγμοειδές).
- Γ. Απευθυσμένο ή Ορθό.

Το παχύ έντερο διακρίνεται εύκολα από το λεπτό, λόγω της ύπαρξης:

α) Των εγκολπομάτων τα οποία είναι σακκοειδή ανευρίσματα του τοιχώματος του παχέος εντέρου που χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφίξεις.

β) Με τις κολικές ταινίες που σχηματίζονται από παχύνσεις της επιμήκου μυϊκής στιβάδας και διακρίνουμε τρεις:

Την ελεύθερη κολική ταινία, την επιπλοϊκή ταινία και την μεσοκολική ταινία.



Τ ο π α χ ύ έ ν τ ε ρ ο

### ΤΥΦΛΟ;

Παριστάνει θύλακο μήκους 7-8 CM και έχει χωρητικότητα 100-150GR.

Σ' αυτό γίνεται η συμπλήρωση της πέψης των τροφών όπου παραμένοντας εδώ υφίστανται ζύμωση και διάσπαση της κυτταρίνης με την επίδραση βακτηριδίων που διαβιούν σ' αυτό το τμήμα του εντέρου.

Το τυφλό καταλαμβάνει το δεξιό λαγόνιο βόθρο και περιβάλλεται συνήθως εξ ολοκλήρου από το περιτόναιο, ενώ σπάνια η οπισθια επιφάνειά του παραμένει ακάλυπτη από το περιτόναιο. Στο άνω μέρος όπου αρχίζει το ανιόν κόλο και στο τέλος του ειλεού σχηματίζεται η ειλεοκολική βαλβίδα, η οποία παριστάνει το όριο τυφλού και κόλου.

Το τυφλό συνήθως βρίσκεται μέσα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και πίσω από το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Είναι δυνατόν ασκώντας πίεση με το χέρι να παρεκτοπισθεί.

Το κινητό ή μη του τυφλού εξαρτάται κυρίως από τον τρόπο πρόσφυσης της ρίζας του μεσεντερίου.

Η βαθιά θέση του τυφλού μέσα στην ελάσσονα πύελο παρατηρείται συνήθως στις γυναίκες. Προς τα μπροστά το τυφλό εμφανίζει τοπογραφικές σχέσεις με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα συνήθως χωρίς παρεμβολή των εντερικών ελίκων προς τα πίσω μετά του λαγονίου μυός, από τον οποίο όμως χωρίζεται με το περιτόναιο και τη λαγόνια περιτόνια.

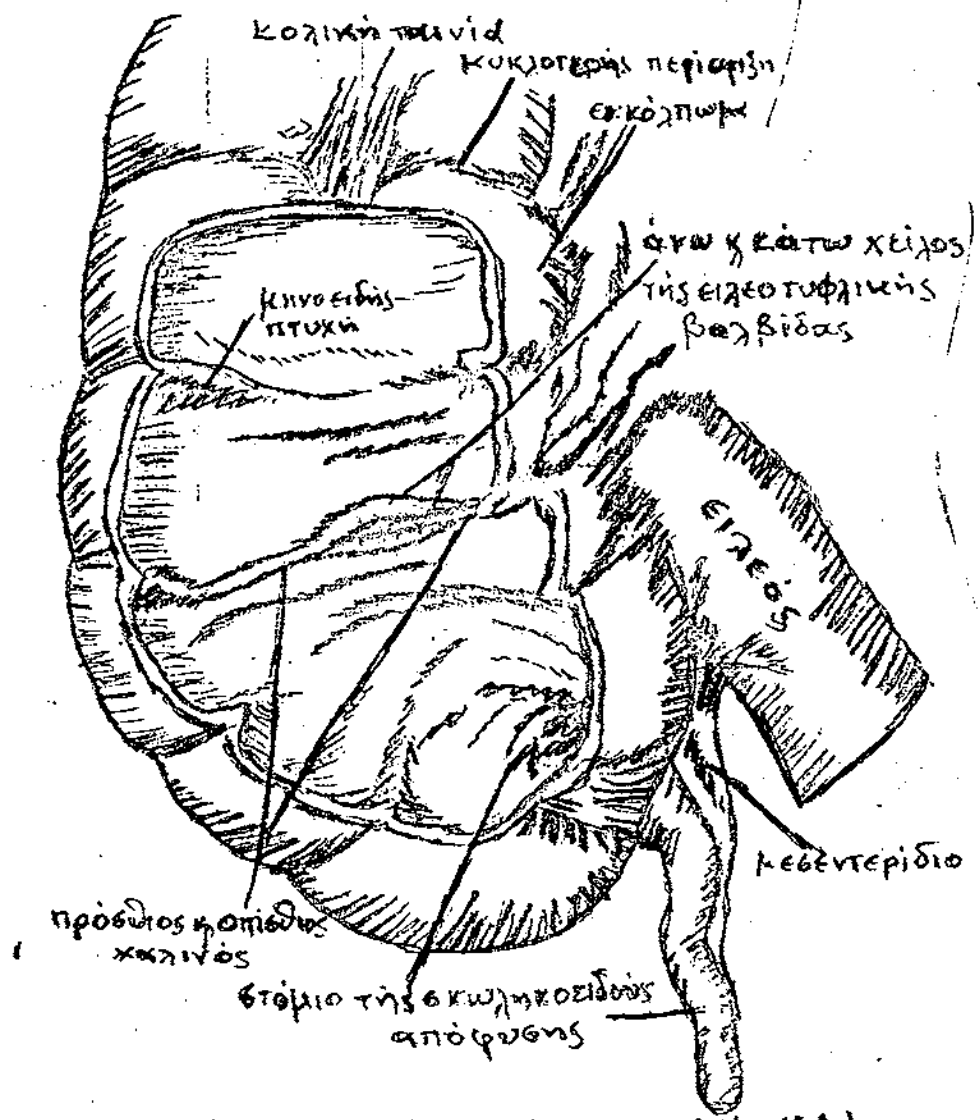
Η ανατομική αυτή σχέση του τυφλού έχει πρακτική σημασία.

### ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ

Εκφύεται από το τυφλό στο όριο μεταξύ του έσω και του οπισθίου τοιχώματος του τυφλού.

Το σχήμα της σκωληκοειδούς απόφυσης καθώς και το μέγεθός της ποικίλουν.

Το μήκος της μπορεί να κυμαίνεται από 2CM έως 20CM και η διάμετρος της από 0,5-1 εκατοστά.

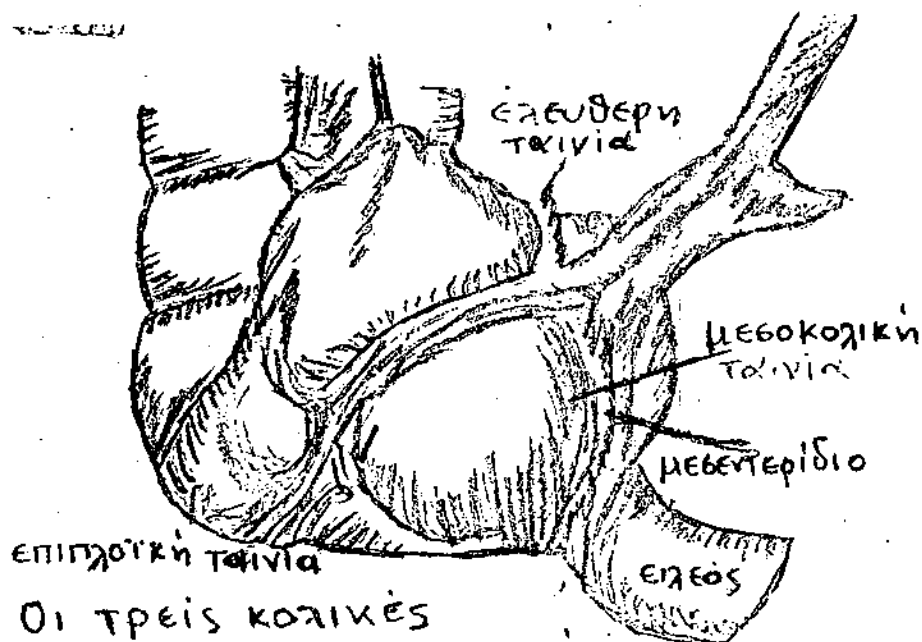


ΤΥΦΛΟ, ΕΙΛΕΟΚΟΛΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ  
ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ

Το τοίχωμά της αποτελείται, από την έσω κυκλοτερή μυική στοιβάδα και την έξω επιμήκη, που σχηματίζεται από τις μυϊκές ίνες των κολικών ταινιών του παχέως εντέρου.

Το μεσεντερίδιο της σκωληκοειδούς, αποτελεί συνέχεια του μεσεντέριου του λεπτού εντέρου και περιέχει την αρτηρία και τη φλέβα της σκωληκοειδούς, που πορεύονται πρῶς από το τέλος του ειλεού.

## ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΣΩΣ



Οι τρεις κοιλικές ταινίες συναντώνται στη βάση της σκωληκοειδούς.

Η θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης σε σχέση με την πυέλο, το έντερο και το περιτόναιο, εμφανίζει διάφορες παραλλαγές.

Συνήθως είναι "λαγονοπυελική" 43,7%, σ' αυτή τη θέση η απόφυση φέρεται κατιούσα, εντός της ελάσσονος πυέλου, χυαζόμενη με τα έξω λαγόνια αγγεία.

Μπορεί να βρίσκεται πίσω από το τυφλό "Οπισθοτυφλική" 23,1% ή μπροστά απ' αυτό, σε αναλογία 1%, πίσω από το τέλος του ειλεού 19,6%, ή στο λαγόνιο βόθρο χαμηλότερα απ' το τυφλό 7,9%, ή να έχει ανώμαλη θέση 3,2%

#### ΑΥΛΟΣ:

Συνήθως φράσσεται κατά διαστήματα, σπάνια ολόκληρος. Στον αυλό της σκωληκοειδούς βρίσκονται συχνά κυτταρικά υπολείματα και υπολείματα του περιεχομένου του εντέρου.

#### ΥΦΗ:

Είναι παρόμοια μ' αυτήν του παχέως εντέρου. Αξιοσημείωτο είναι ότι το χόριο του βλεννογόνου της σκωληκοειδούς εκτός από άφθονα λευκοκύτταρα, εμφανίζει πολλά λεμφοκύτταρα, ιδίως στα μικρά παιδιά.

#### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ:

Δεν είναι γνωστό πώς είναι η ακριβής λειτουργία της σκωληκοειδούς αποψύσεως. Δεν χρησιμεύει για την πέψη και την απορρόφηση των τροφών.

Αποτελεί μέρος του ανοσολογικού συστήματος και συχνά κατά της φλεγμονής η σκωληκοειδής απόφυση αντιδρά με τρόπο βίαιο και υπερβολικό και με κίνδυνο διαπύσης και ρίξης του τοιχώματός της.

Πολλές φορές αποκαλείται η " αμυγδαλή της κοιλιάς "

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

##### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η συχνότερη φλεγμονώδης χειρουργική νόσος της κοιλίας.

Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες, αλλά συχνότερα προσβάλλει άτομα ηλικίας 20-45 ετών.

Μεγάλη θνητότητα παρουσιάζει η σκωληκοειδίτιδα όταν συμβαίνει κατά την βρεφική, παιδική και γεροντική ηλικία, ακόμα και όταν εφαρμόζεται έγκαιρα και σωστά η θεραπευτική αγωγή.

Η αιτία της αυξημένης θνησιμότητας σ' αυτές τις ηλικίες είναι ότι στα βρέφη και τους γερόντους γίνεται πιο συχνά διάτρηση της σκωληκοειδούς αποφύσεως.

Η θνητότητα σήμερα κυμαίνεται σε ποσοστό 1-5 %, παρά τη μεγάλη βελτίωση της θεραπευτικής αγωγής τα τελευταία 20-30 έτη.

Στις αρχές του αιώνα η θνητότητα ήταν πάρα πολύ αυξημένη, γιατί όλες οι περιπτώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδας θεραπεύονταν συντηρητικά με δίαιτα, ηουχία και την εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων και τη χρήση οπιούχων φαρμάκων.

Έτσι οι ελαφριές περιπτώσεις, θεραπεύονταν αυτόματα και οι περιτονίτιδες κατέληγαν κακώς.

Το 1934 ο SPRENGEL μελέτησε όλες τις παλιές στατιστικές για την θνησιμότητα της οξείας σκωληκοειδίτιδας και κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι κυμαίνονταν σε ποσοστό 10-13%

Η ελάττωση της θνησιμότητας τα τελευταία χρόνια οφείλεται στα εξής:

1. Στην καλύτερη γνώση της νόσου από όλους τους γιατρούς και όχι μόνο από τους χειρουργούς.

2. Στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.
3. Στην καλή και ακίνδυνη νάρκωση.
4. Στην ευρεία χρήση των αντιβιοτικών και των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
5. Στην ενημέρωση του πληθυσμού για τον σοβαρότατο κίνδυνο που προκαλεί ο " απλός κοιλόπυλός " και στην αποφυγή χρήσης καθαρτικών φαρμάκων ή την εφαρμογή θερμών επιθεμάτων στην κοιλιά, τις παραδοσιακές μεθόδους αντιμετώπισης αναλόγων καταστάσεων.

#### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ:

Η σκωληκοειδίτιδα μπορεί ν' αναπτυχθεί με δύο τρόπους:

##### 1. Αιματογενώς

Η μόλυνση της σκωληκοειδούς αποφύσεως γίνεται από μικρόβια συνήθως στρεπτόκοκκους ή σταφυλόκοκκους που μεταφέρονται εκεί με την κυκλοφορία του αίματος.

2. Κατ'έκταση από τον εντερικό αυλό, δηλαδή με τη μεταφορά μικροβίων από το έντερο. Σ' αυτή την περίπτωση τα μικρόβια είναι κυρίως κολοβακτηρίδια ή άλλα μικρόβια της εντερικής χλωρίδας.

#### ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Η σκωληκοειδής απόφυση όταν φλεγμαίνει εμφανίζει όλες τις διαβαθμίσεις της φλεγμονής, που είναι οι εξής:

1. ΟΡΩΔΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗ με οίδημα, διεύρυνση των αγγείων και ερυθρότητα.

2. ΠΥΩΔΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗ με επέκταση του οιδήματος, συλλογή πύου με κίτρινη χροιά.

3. ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗ με νέκρωση, διάτρηση του τοιχώματος και μελανή χροιά.



## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα εισβάλλει αιφνίδια με κοιλιακούς πόνους, οι οποίοι στην αρχή είναι μέτριοι και εντοπίζονται συχνά στη στομαχική περιοχή ή σ' ολόκληρη την κοιλιά.

Αργότερα περιορίζονται μόνο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Ισχυρούς πόνους έχουμε σε βαριές γαγγραινώδεις μορφές, σ' άλλες περιπτώσεις οι πόνοι είναι συνήθως ανεκτοί.

Τα κύρια συμπτώματα τα οποία μας οδηγούν στη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι ο πόνος κατά την πίεση στην περιοχή του τυφλού και στις κάπως πιο βαριές μορφές η τοπική σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος.

Όταν πρόκειται για τυπικό παροξυσμό η διάγνωση είναι εύκολη και δεν υπάρχει καμμία αμφιβολία από τον εξετάζοντα γιατρό, αλλά συχνά η οξεία σκωληκοειδίτιδα υποδέεται οποιοδήποτε κοιλιακό σύνδρομο γι' αυτό συχνά εκλαμβάνεται σαν άλλη πύθια κατάσταση που μπορεί να έχει καταστρεπτικά αποτελέσματα για τον πάσχοντα.

Τα διαγνωστικά λάθη συμβαίνουν κυρίως όταν η σκωληκοειδίτις δεν βρίσκεται στην τυπική της θέση ή όταν ένα άλλο ενδοκοιλιακό νόσημα εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι τα εξής:

### ΠΟΝΟΣ

Είναι οδηγό σημείο για τη βαρύτητα και την εξέλιξη της νόσου.

Στην αρχή μπορεί να είναι διάχυτος σ' όλη την κοιλιά ή να εντοπίζεται στη στομαχική περιοχή. Ίδως στα παιδιά αρχίζει συνήθως από την περιοχή του ομφαλού, αλλά γρήγορα εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Η ένταση του πόνου είναι ανάλογη με τον βαθμό της φλεγμονής και την θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Η οπισθοτυφλική θέση για παράδειγμα δεν προκαλεί μεγάλο πόνο.

Η απότομη αύξηση του πόνου συνηγορεί για διάτρηση της αποφύσεως. Οπότε σύντομα εμφανίζονται τα συμπτώματα τοπικής ή γενικευμένης περιτονίτιδας και επιβαρύνεται η κατάσταση του αρρώστου.

Απαγορεύεται η καταστολή του πόνου με αναλγητικά φάρμακα, γιατί μπορεί να έχει σοβαρή επίπτωση στην εξέλιξη της νόσου.

#### ΣΥΣΠΑΣΗ

Σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων εγκαθίσταται μέσα σε 12-24 ώρες και εντοπίζεται κυρίως στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Ανάλογα με την ένταση της φλεγμονής και τη θέση της σκωληκοειδούς η σύσπαση μπορεί να είναι μικρή ή να μην υπάρχει καθόλου, όπως στην οπισθοτυφλική θέση.

Όταν όμως το σύμπτωμα είναι γενικό, πρόκειται περί διατρήσεως της σκωληκοειδούς απόφυσης και αρχομένης διαχύ- του περιτονίτιδας. Σ' αυτή την περίπτωση η σύσπαση είναι πολύ μεγάλη (σαν ιδώδες σιληρά της κοιλίας)

#### ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Είναι ένα συχνό σύμπτωμα και παρατηρείται κυρίως στους ενήλικες, στα παιδιά είναι λιγότερο συχνή.

#### ΝΑΥΤΙΑ-ΕΜΕΤΟΙ

Είναι συνήθη αρχικά συμπτώματα. Η ναυτία είναι πιο συχνή από τον έμετο που υπάρχει κυρίως στα παιδιά και τις νεαρές ηλικίες.

Ο έμετος συνήθως εμφανίζεται μετά την ανορεξία και τον πόνο.

### ΠΥΡΕΤΟΣ

Συνήθως παρατηρείται μια πολύ μικρή αύξηση της θερμοκρασίας 37,2 - 37,8 C, πολύ σπάνια η θερμοκρασία του αρρώστου ξεπερνά τους 38 C.

Όταν η αρχική θερμοκρασία του αρρώστου είναι πολύ υψηλή 39-40 C οφείλεται στην ύπαρξη κάποιας άλλης νόσου, όπως αμυγδαλίτιδα, μηνιγγίτιδα ή πνευμονία.

### ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Είναι ένα συχνό σύμπτωμα ιδίως το καλοκαίρι και εξ αιτίας της μπορεί να διαγνωσθεί η σκωληκοειδίτιδα σαν τροφική δηλητηρίαση. Γι' αυτό κάθε διαρροϊκό σύνδρομο ιδίως το καλοκαίρι πρέπει να θεωρείται σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα μέχρι που να αποδειχθεί το αντίθετο.

### ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Το σύμπτωμα αυτό το συναντάται κυρίως στους ενήλικες και συχνά αναφέρουν ότι παρουσιάζουν πρόσκαιρη υποχώρηση του πόνου μετά από εικένωση.

### ΤΑΧΥΣΦΥΓΜΙΑ

Δεν αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα της σκωληκοειδίτιδας, συνήθως οι σφύξεις παρουσιάζουν μια μικρή αύξηση και πιο σπάνια κυμαίνονται από 120-160 το λεπτό.

### ΓΛΩΣΣΑ ΑΚΑΘΑΡΤΗ ΚΑΙ ΞΕΡΗ

### ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας γίνεται κυρίως με την κλινική εξέταση και τα εργαστηριακά ευρήματα χρησιμοποιούνται για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Οι εξετάσεις που γίνονται είναι κυρίως αιματολογικές. Μια γενική αίματος μας δείχνει αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, η οποία κυμαίνεται από 10.000-20.000 και ο τύπος των λευκών αιμοσφαιρίων εμφανίζει πολύμορφο πυρήνωση.

Ο συνολικός αριθμός όμως των λευκών αιμοσφαιρίων, καθώς και ο αριθμός των πολύμορφο πυρήνων, να μην μας δείχνουν τη σοβαρότητα της φλεγμονής. Είναι δυνατόν βαρείες νεκρωτικές σκωληκοειδίτιδες να έχουν μικρό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων.

### ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ

Αυτή είναι συνήθως φυσιολογική, χρησιμεύει κυρίως για διαφορική διάγνωση από παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.

### ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

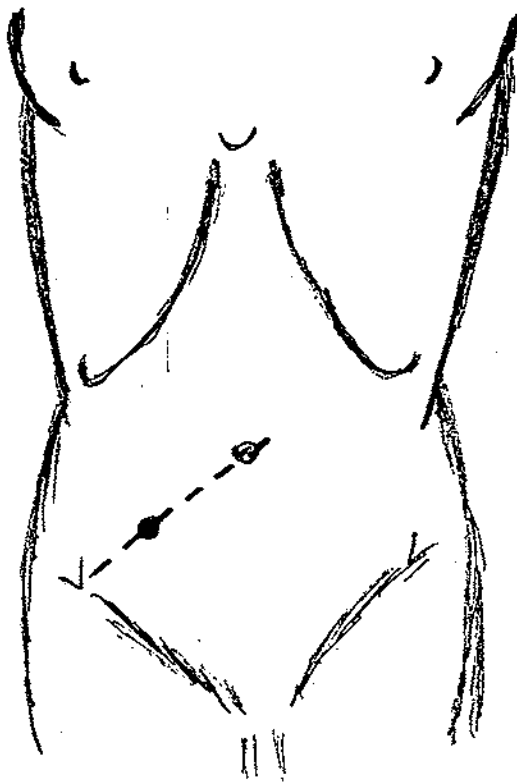
Η ακτινολογική εξέταση της κοιλιάς δεν έχει καμιά αξία στη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας, ενώ μια ακτινογραφία θώρακος θα βοηθούσε στη διαφορική διάγνωση, από μια πνευμονία των βάσεων.

Μια απλή ακτινογραφία κοιλιάς πιθανόν να δείξει κάποιο κοπρόλιθο στη σκωληκοειδή απόφυση ή ακόμη μπορεί να φανούν φυσαλίδες αέρα γύρω από το τυφλό, οι οποίες υποδηλώνουν ρήξη της σκωληκοειδούς.

Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας, όταν η σκωληκοειδής έχει την τυπική της θέση, γίνεται με την εν τω βάθει

ψηλάφηση στο σημείο MC BURNEY, που είναι το όριο έσω-έξω τριτημορίου της νοητής γραμμής μεταξύ άνω λαγόνιου ακρολοφίας και ομφαλού. Με την εξέταση αυτή όταν υπάρχει φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης, ο άρρωστος πονάει.

Ακόμα μπορεί να γίνει για τη διάγνωση της σκωληκοει-



ΣΗΜΕΙΟ MC BURNEY

δίτιδας και δακτυλική εξέταση από το ορθό.

Όταν η νόσος βρίσκεται στα αρχικά στάδια με αυτήν την εξέταση δεν θα υπάρχουν ευρήματα. Σε περίπτωση όμως που η σκωληκοειδής έχει ενδοπυελική θέση, με την δακτυλική εξέταση και τη ψηλάφηση του δουγλάσειου χώρου, ο άρρωστος αναφέρει ότι πονάει στο υπογάστριο.

Η δακτυλική εξέταση χρησιμεύει επίσης για να γίνει διαφορετική διάγνωση από άλλες παθήσεις.

ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ  
ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ευτυχώς είναι σπάνια η περίπτωση να παρουσιασθεί σκωληκοειδίτιδα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, που διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά αποτελεί ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα της μαιευτικής.

Διαγνωστικώς η εντόπιση του πόνου μετακινείται με την μετακίνηση του τυφλού, από τον πυθμένα της εγκύμονος μήτρας με το μήνα της κύησης. Από την συμπτωματολογία της οξείας σκωληκοειδίτιδος γνωρίζουμε ότι κατά το δεξιό λαγόνιο βόθρο υπάρχει άλγος και σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Στην κύηση όμως το άλγος δύναται ν' ανέλθει μέχρι και της χοληδόχου ή και του νεφρού, οπότε καταλαμβάνει κανείς τι διαγνωστική δυσχέρεια προσθέτει.

Η διάγνωση της σκωληκοειδίτιδος στηρίζεται επίσης και στην αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, που κατά την κύηση υπάρχει φυσιολογικά αυτή η αύξηση, οπότε είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί σαν κριτήριο, όπως και τ' άλλα συμπτώματα από το πεπτικό, η δυσκοιλιότητα ή ο έμετος που αποτελούν φυσικά φαινόμενα της κύησης.

Η φλεγμονή που συγγενεύει με την εγκύμονα μήτρα, μπορεί να δραματοποιήσει την κύηση, κατά την προσπάθεια της σκωληκοειδέκτομης. Δραματική είναι η κατάσταση σε περίπτωση ρήξης της σκωληκοειδούς ή της περιτονίτιδας και μάλιστα σε προχωρημένη κύηση.

Η χειρουργική θεραπεία ανβάλλεται όσο γίνεται με φαρμακευτική θεραπεία. Αν η κρίση της σκωληκοειδούς συμβεί κατά το τέλος της κύησης το επεισόδιο μπορεί να θεωρηθεί σαν έναρξη τοκετού, αν και δεν αποκλείεται η σκωληκοειδίτιδα να είναι αιτία πρόωρου τοκετού, οπότε μετά τον τοκετό περιμένει η εγκαταλελειμμένη σκωληκοειδίτιδα με τις επιπλοκές της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα μπορεί να υποδυθεί οποιοδήποτε κοιλιακό σύνδρομο, γιατί τα συμπτώματα που παρουσιάζονται δεν είναι συμπτώματα της συγκεκριμένης νόσου, αλλά παρουσιάζεται διαταραχή μιας συγκεκριμένης λειτουργίας.

Τα περισσότερα διαγνωστικά λάθη συμβαίνουν όταν η σκωληκοειδής απόφυση δεν βρίσκεται στην τυπική της θέση, αλλά σε κάποια άλλη θέση ή όταν κάποιο άλλο ενδοκοιλιακό νόσημα εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Τα νοσήματα που προκαλούν κοιλιακό άλγος και μπορεί να γίνει διαφορική διάγνωση από την οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι πάρα πολλά.

Οι περισσότερες από αυτές τις παθήσεις δεν επιβαρύνουν συνήθως την κατάσταση του ασθενούς.

Επιβαρύνεται η κατάσταση του αρρώστου σε περιπτώσεις όπου πρόκειται για πνευμονία των βάσεων ή για παγκρεατίτιδα.

Η έγκαιρη και σωστή διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας έχει σημασία για την εξέλιξη της κατάστασης του αρρώστου, γιατί η καθυστέρηση μερικές φορές μπορεί να συνοδεύεται από διάτρηση, η οποία έχει αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Η διαφορική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας εξαρτάται από την ηλικία του αρρώστου και το φύλλο, όπως για παράδειγμα η δεξιά σαλπγγίτιδα μπορεί να παρουσιάσει κλινική εικόνα, που δύσκολα μπορεί να διακριθεί από αυτήν της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Επίσης στα μικρά παιδιά είναι δυσχερές η διάκριση μεταξύ της οξείας σκωληκοειδίτιδας και της οξείας πνευμονιοκοκκικής περιτονίτιδας.

Γίνεται διαφορική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας από παθήσεις όπως:

### Εγκολεσμός του παχέως εντέρου

Η διαφορική διάγνωση στην περίπτωση αυτή έχει σημασία για την θεραπεία του αρρώστου.

Ο ιδιοπαθής εγκολεασμός συμβαίνει συνήθως σε παιδιά ηλικίας από 2 ετών και κάτω και αυτός είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την διαφορική διάγνωση από την οξεία σκωληκοειδίτιδα, η οποία στην ηλικία αυτή συμβαίνει σπάνια.

Η πάθηση παρουσιάζεται με έντονο κοιλιακό άλγος και μεσοδιαστήματα κατά τα οποία ο ασθενής είναι ήσυχος και δεν υπάρχουν κλινικά ευρήματα.

Επίσης μπορεί να ψηλαφάται μαλακή ευπύεστη μάζα στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς.

Η θεραπεία όταν δεν υπάρχει κίνδυνος περιτονίτιδος γίνεται με βαριούχο υποκλυσμό.

### Εντερίτιδα CROHN

Συχνά γίνεται σύγχυση με την οξεία σκωληκοειδίτιδα και πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση.

Επίσης όταν η πρώτη εκδήλωση της νόσου είναι μάζα που ψηλαφάται κατά το δεξιό λαγόνιο βόθρο, θα πρέπει να γίνεται διάκριση από περισκωληκοειδικό απόστημα.

Η νόσος αρχίζει συνήθως με πόνο στο δεξιό ήμισυ της κοιλιάς. Ο πόνος αυτός μπορεί να είναι έντονος και να συνοδεύεται από πυρετό και τοπική ευαισθησία.

Συχνά εκδηλώνονται και διαρροϊκές κενώσεις.

Η πάθηση έχει και άλλες εκδηλώσεις, αλλά τα παραπάνω συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της σκωληκοειδίτιδας.

Η θεραπεία είναι συνήθως συντηρητική και μόνο σε προχωρημένες μορφές ενδείκνυται η χειρουργική επέμβαση.



### Μεκέλειος απόφυση

Η μεκέλειος απόφυση απαντάται στο 2 % του πληθυσμού. Αποτελεί τυφλή απόφυση του λεπτού εντέρου, σε απόσταση 40-50 CM από της ειλεοτυφλικής βαλβίδος, μήκους 2-7CM και συχνά αποφράσσεται από εντερικό περιεχόμενο.

Μπορεί να γίνει σύγχυση μεταξύ της οξείας σκωληκοειδίτιδας και της εκκολπωματίτιδας του MECVBL, αλλά η διαφορική διάγνωση δεν έχει μεγάλη σημασία, γιατί και στις δύο περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική επέμβαση.

### Οξεία γαστρεντερίτιδα

Μπορεί να εκδηλωθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα, αλλά η διαφορική διάγνωση της γίνεται σχετικά εύκολα.

Η οξεία γαστρεντερίτιδα μπορεί να οφείλεται σε ιούς σαλμονέλλα ή τυφοειδή πυρετό

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από το αίτιο που την προκαλεί και τα συμπτώματα άλλοτε είναι εντονα και άλλοτε πιο ήπια. Συνήθως χαρακτηρίζεται από ναυτίες, έμμετους, διαρροϊκές κενώσεις και κοιλιακή άλγη.

### Διάτρηση έλκους του δωδεκαδακτύλου

Μετά από διάτρηση έλκους του δωδεκαδακτύλου ή του στομάχου, πολύ συχνά βρίσκουμε τον εντονότερο πόνο κατά την πίεση του δεξιού λαγόνιου βόθρου, επειδή το περιεχόμενο του στομάχου κατέρχεται έξωθεν του ανιόντος κόλου στην περιοχή του τυφλού και εκεί εντοπίζονται οι πρώτες αλλοιώσεις περιτονίτιδας.

Η διάγνωση θα γίνει με ακτινολογικό έλεγχο και βάση του ιστορικού του αρρώστου.

### Οξεία χολοκυστίτιδα

Μπορεί να γίνει σύγχυση στη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας με την οξεία σκωληκοειδίτιδα κυρίως όταν η θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι σπισθοτυφλική.

Η κλινική εικόνα αρχίζει με έντονο πόνο με τη μορφή κωλικού κατά το επιγάστριο, ο οποίος ακτινοβολεί προς το δεξιό υποχόνδριο και τη ράχη. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει πυρετός 39-39,5 C, καθώς και σε ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων ψηλαφείται μάζα κατά το δεξιό υποχόνδριο η οποία αντιστοιχεί στη διατεταμένη χοληδόχο κύστη.

Η θεραπεία συνίσταται στην καταπολέμηση του πόνου και με την υποχώρηση της φλεγμονής γίνεται χειρουργική επέμβαση. Σε περίπτωση επιπλοκών η εγχείρηση γίνεται αμέσως.

### Σαλπινγίτις

Από την ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας είναι φανερό ότι υπάρχει επικοινωνία με την περιτοναϊκή κοιλότητα και λοιμώξεις όπως η σαλπινγίτις, μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα όμοια με της οξείας σκωληκοειδίτιδας και θα πρέπει να γίνει διαφοροδιάγνωση.

Συχνά η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί σ' ολόκληρο την ελλάσσονα πύελο, οπότε μιλάμε για πυελοπεριτονίτιδα, κατά την οποία εκτός των άλλων συμπτωμάτων υπάρχει και σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

### Ρήξη δεξιάς εξωμητρίου κυήσεως

Μερικές φορές η διαφορική διάγνωση της ρήξης εξωμητρίου κυήσεως από την οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι αρκετά δύσκολη.

Η έγκαιρη διάγνωση της καθώς και η έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπισή της έχει μεγάλη σημασία για την εξέλιξη της κατάστασης της γυναίκας.

Συνήθως υπάρχει πόνος και ψηλαφάται η μάζα.

Μετά την χειρουργική επέμβαση η υγεία της γυναίκας αποκαθίσταται αμέσως.

### Κωλικός του δεξιού νεφρού

Κωλικός του δεξιού νεφρού που προέρχονται από λίθο έχουν πολλές φορές την ίδια συμπτωματολογία μ' αυτήν της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Επίσης σύγχυση στη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας μπορούν να προκαλέσουν παθήσεις όπως η υδρονέφρωση ακόμα και η οξεία πυελίτις.

Στη διαφορική διάγνωση αυτών των παθήσεων βοηθούν πολύ οι εργαστηριακές εξετάσεις, όπως οι γενικές ούρων και οι αιματολογικές εξετάσεις καθώς επίσης ο ακτινολογικός έλεγχος και τα υπερηχογραφήματα.

### Πνευμονία του δεξιού κάτω λοβού

Μεγάλη συζήτηση έχει γίνει για την αρχόμενη πνευμονία του δεξιού κάτω λοβού ή δεξιάς πλευρίτιδος η οποία στην αρχή μπορεί να δώσει την εντύπωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας, από τους πόνους που προκαλεί κατά το δεξιό λαγόνιο βόθρο και την σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων που

παρατηρείται.

Οι πόνοι αυτοί οφείλονται σε ερεθισμό των μεσο-πλευριων νευρων και αντανακλώνται στα οσφυϊκά.

Ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά τα οποία αισθάνονται πόνους κατά το δέξιό λαγόνιο βόθρο, πρέπει να εξετάζονται λεπτομερώς και στους πνεύμονες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

Η αντιμετώπιση της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι μόνο εγχειρητική.

Σε ήπιες μορφές ή σε καταστάσεις που λείπουν οι κατάλληλες συνθήκες, είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί συντηρητικά δηλαδή με:

Κατάκλιση, χορήγηση αντιβιοτικών, παρεντερική χορήγηση υγρών και την εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Αν όμως παρόλα αυτά η κατάσταση του αρρώστου βελτιώνεται ή επιδεινώνεται, τότε πρέπει να γίνει αμέσως εγχείρηση.

Πρώτος ο αμερικανός FITZ, στα τέλη του περασμένου αιώνα και στις αρχές του 20ου, συνέστησε την εν θερμώ εγχείρηση, προς αφαίρεση της σκωληκοειδούς απόφυσης, εάν μετά τις πρώτες 24 ώρες, η περιτονίτιδα επεκτείνεται και η κατάσταση του αρρώστου είναι βαρεία.

Με την έγκαιρη διάγνωση και τη χειρουργική επέμβαση η σκωληκοειδίτιδα καθίσταται, ένα σχεδόν ακίνδυνο νόσημα.

Πολύ σπάνια η χειρουργική επέμβαση θα βλάψη τον άρρωστο, ακόμα κι όταν πρόκειται για κάποιο άλλο νόσημα, το οποίο διαγνώσθηκε ως οξεία σκωληκοειδίτιδα, γιατί συνήθως και στα νοσήματα αυτά υπάρχει ανάγκη άμεσης εγχειρήσεως, όπως για παράδειγμα στη διάτρηση έλκους στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου την οξεία παγκρεατίτιδα και τον εγχολεασμό του εντέρου.

Η εγχείρηση γίνεται συνήθως με τομή λοξή στο σημείο MC BURNEY, μετά τη διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων, ελευθερώνεται η σκωληκοειδής απόφυση, στη συνέχεια γίνεται απολίνωση του μεσεντεριδίου αυτής, κατόπιν απολίνωση της σκωληκοειδούς και ενταφιασμός του κολοβώματος.

Μετά την αφαίρεση της φλεγμαίνουσας σκωληκοειδούς  
κλείνεται η τομή με μια ραφή, που ονομάζεται "σακκίδιο  
καπνού" ( A BORSA DI TABACCO).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

Οι επιπλοκές είναι συχνές κυρίως στην οξεία μορφή της σκωληκοειδίτιδας και είναι κυρίως οι εξής:

#### Περιτονίτιδα

Η οξεία περιτονίτις οφείλεται σε πάρα πολλά αίτια που έχουν σαν αποτέλεσμα την εγχυση πύου στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τα αίτια που την προκαλούν είναι:

α) Διάτρηση κόλλου κοιλιακού οργάνου, όπως στόμαχος, χοληδόχος κύστης.

β) Επέκταση φλεγμονής εκ φλεγμαίνοντος οργάνου, όπως στην σκωληκοειδίτιδα, εκκολπωματίτιδα, σαλπινγίτιδα.

γ) Απόφραξη μεσεντερίου αρτηρίας ή συστροφής εντέρου.

δ) Αιματογενής μόλυνση και

ε) Περιτονίτιδα επισυμβαίνει επίσης κατόπιν εγχειρήσεως της κοιλίας, όπου αφαιρείται όργανο που φλεγμαίνει, ή κατόπιν ρήξεως αναστομώσεως, οπότε περιεχόμενο του πεπτικού σωλήνα εκχέεται στο περιτόναιο.

Τοπική περιτονίτιδα: Σε πολλές περιπτώσεις το πύον περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη περιοχή της περιτοναϊκής κοιλότητας, με την μορφή αποστήματος.

Οι θέσεις όπου εντοπίζεται το κυρίως περιτοναϊκό απόστημα είναι:

α) Ο δεξιός λαγόνιος βόθρος

β) Δουγλάσιος χώρος

γ) Δεξιός υποδιαφραγματικός χώρος

Κλινική εικόνα περιτονίτιδας: Χαρακτηρίζεται από έντονο κοιλιακό άλγος, το οποίο επιτείνεται με κάθε κίνηση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Ο ασθενής αναπνέει επιπόλαια και παραμένει ακίνητος.

Υπάρχουν συνήθως και έμετοι, παύση εξόδου αερίων και κοπράνων, λόγω της εντερικής παραλύσεως, πυρετός και μετεωρισμός.

Κατά την ψηλάφηση διαπιστώνεται επώδυνη σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων με ευαισθησία κατά την άρση της πίεσεως.

Κατά την ακρόαση της κοιλίας, εντερικοί ήχοι δεν ακούγονται και πάντα υπάρχει λευκοκυττάρωση.

Μπορεί αργότερα να εμφανισθεί και η εικόνα του ολιγαϊμικού SHOCK.

Θεραπεία: Είναι πάντα χειρουργική και συνίσταται στην άρση του αιτίου που την προκαλεί και στη παροχέτευση της περιτοναϊκής κοιλότητας.

### Πυλαιοφλεβίτις

Είναι η πυώδης φλεγμονή της πυλαίας φλεβός. Συμβαίνει σπάνια, αλλά είναι συχνά θανατηφόρος επιπλοκή.

Μπορεί να εμφανισθεί, από τις πρώτες ημέρες της νόσου και αναγνωρίζεται, από την καθημερινή αύξηση της θερμοκρασίας, η οποία συνοδεύεται από ισχυρό ρίγος.

Αργότερα όταν αρχίζουν εμβολαί μολυσματικών θρόμβων στο ήπαρ και σχηματίζονται αποστήματα, μέσα σ' αυτό προστίθεται και ίκτερος.

Η ψηλάφηση της χώρας της σκωληκοειδούς δεν δείχνει συνήθως σοβαρές αλλοιώσεις, ούτε σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος, ούτε όγκος αξίος λόγου παρατηρείται και είναι δυνατόν η νόσος να παραταθεί εβδομάδες.

Αργότερα ψηλαφάται το μεγενθυσμένο ήπαρ.

Η έκβαση της είναι σχεδόν πάντοτε κακή.



### Κοπρόχοο - συρίγγιο

Είναι βαριά επιπλοκή και οφείλεται σε τραυματισμό του τυφλού στην εγχείρηση, ή διάνοιξη του κολοβώματος της σκωληκοειδούς.

Όταν κατορθώνεται να αποτραπεί η περιτονίτιδα, η οποία οδηγεί στο θάνατο και το συρίγγιο παραμένει ενεργό για 4-6 εβδομάδες ή και περισσότερο, επιβάλλεται να γίνει εγχείρηση.

Γίνεται παράκαμψη του τυφλού και του ανιδόντος κόλου με ειλεογκαρσία αναστόμωση.

### Μηχανικός ειλεός

Αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα περισφίξεως ή γωνιώσεως του εντέρου από την απόφυση ή τις αναπτυσσόμενες συμφύσεις.

Κλινική εικόνα: Ο ασθενής έχει έντονο πόνο στην κοιλιά, διάταση, βορβορυγμούς, εμέτους, έλλειψη κενώσεων και αποβολή αερίων. Ο πόνος εμφανίζεται κατά κύματα. Στην απόφραξη του εντέρου ο πόνος γίνεται πολύ έντονος και συνεχής. Οι έμετοι αρχικά είναι τροφώδεις ή χολώδεις και στη συνέχεια μελανοϊκά, δύσοσμοι, δίνοντας την εντύπωση κοπρανώδους υλικού.

Στην εξέταση βρίσκεται έντονος μετεωρισμός της κοιλιάς, ξερή γλώσσα και πτώση της αρτηριακής πίεσεως.

Η απλή ακτινογραφία της κοιλιάς επιβεβαιώνει την κλινική διάγνωση, όταν διαγραφούν τα χαρακτηριστικά υδραερικά επίπεδα.

Θεραπεία: Γίνεται με έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση, ειδικότερα όταν οφείλεται σε περίσφυξη του εντέρου.

Η συνεχής αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου και του εντέρου και η ρύθμιση του ισοζυγίου νερού και ηλεκτρολυτών, μπορεί να ανακουφίσουν τον άρρωστο από τα σοβαρά ενοχλήματά του.

Πνευμονική εμβολή

Οφείλεται σε απόφραξη της πνευμονικής αρτηρίας ή ενός κλάδου αυτής, από θρόμβο, ο οποίος αποσπάσθηκε από μια εστία θρομβώσεως των φλεβών των κάτω άκρων.

Συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι: Απρόσδοκτος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος

Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται με παροχή μορφίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

### ΧΡΟΝΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Ως χρόνια σκωληκοειδίτιδα χαρακτηρίζεται γενικώς κλινικό σύνδρομο με ασαφή συνήθως συμπτώματα, τα οποία φαίνεται να οφείλονται στην σκωληκοειδή απόφωση, χωρίς όμως να έχουν προηγηθεί παροξυσμοί οξείας σκωληκοειδίτιδας.

#### Συμπτώματα της χρόνιας σκωληκοειδίτιδας:

Είναι συνήθως εντοπισμένα στην θέση της σκωληκοειδούς, πρόκειται δηλαδή για πόνο μικρής συνήθως διάρκειας κατά το δεξιό λαγόνιο βόθρο. Οι πόνοι αυτοί επαναλαμβάνονται συχνά και άλλοτε μπορεί να είναι συνεχείς και να αντανakλώνται προς το δεξιό μηρό.

Οι ενοχλήσεις αυτές μπορεί να παρατείνονται για μήνες ή και έτη.

Άλλοτε τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο σαφή και δεν εντοπίζονται στην περιοχή της σκωληκοειδούς αποφύσεως. Πρόκειται κυρίως για περιπτώσεις νέων γυναικών οι οποίες παραπονούνται για διάφορες δυσπεπτικές ενοχλήσεις, ανορεξία, βάρος κατά τον στόμαχον, δυσκοιλιότητα, αλλά και γενική αδιαθεσία. Πολλές φορές μπορεί να υπάρχει και μικρή ύψωση της θερμοκρασίας.

Κατά την εξέταση της κοιλιάς βρίσκουμε στους αρρώστους αυτούς εντοπισμένο πόνο κατά την πίεση στο σημείο MAC-BURNEY και σ' αυτό συνήθως στηρίζεται η διάγνωση της χρόνιας σκωληκοειδίτιδας.

Στη διάγνωση της χρόνιας σκωληκοειδίτιδας βοηθάει και η ακτινογραφία της κοιλιάς, όπου με βαριούχο υποκλυσμό μπορεί να μην σκιαγραφηθεί η σκωληκοειδής.

Θεραπεία: Η θεραπεία της χρόνιας σκωληκοειδίτιδας είναι χειρουργική, αφού πρώτα διαπιστωθεί ότι πρόκειται για χρόνια σκωληκοειδίτιδα και μετά την επέμβαση οι περισσότεροι ασθενείς ανακουφίζονται μόνιμως από τα ενοχλήματα

#### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

##### PLASTRON

Συχνά ο άρρωστος προσέρχεται στο νοσοκομείο μερικές ημέρες μετά την έναρξη της νόσου με μια περιγεγραμμένη πυώδη συλλογή (PLASTRON).

Επίσης ο ασθενής έχει πυρετό και η γενική του κατάσταση επιβαρύνεται και υπάρχει λευκοκυττάρωση.

Θεραπεία: Στις περιπτώσεις αυτές η αντιμετώπιση είναι δύσκολη και διάφορη από τη συνήθη.

Το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα είναι το εξής:

α) Κατάκλιση και ανάρροπη θέση για την αποφυγή σχηματισμού υποδιαφραγματικού αποστήματος.

β) Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων κάθε ώρα ή δύο.

γ) Συνεχής αναρρόφηση των στομαχικών και εντερικών υγρών

δ) Νηστεία τις πρώτες ημέρες με προοδευτική επανασίτιση

ε) Ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών με την χορήγηση των κατάλληλων διαλυμάτων.

στ) Εγχείρηση, εφόσον δεν αποδέδει η αγωγή ή η κατάσταση εμφανίζει επιδείνωση..

Κατά την εγχείρηση εκκενώνεται μόνο η συλλογή του πύου, διότι η σκωληκοειδεκτομή είναι επικίνδυνη, επειδή οι συμφύσεις καλύπτουν τα πάντα, οι ιστοί είναι εύρωστοι και ο κίνδυνος διατήρησης του εντέρου από τους χειρισμούς και γενικής περιτονίτιδας είναι μεγάλος.

Η σκωληκοειδεκτομή γίνεται μετά 2-3 μήνες, όταν τα τοπικά φαινόμενα έχουν υποχωρήσει. Αν κατά τη διάρκεια της αναμονής παρουσιασθεί παρόξυνση της νόσου, επιβάλλεται η άμεση εγχείρηση.

### Σπάνια νοσήματα της σκωληκοειδούς αποφύσεως

Σε περίπτωση μεγάλης στένωσης της απόφραξης του αυλού της σκωληκοειδούς, από προηγηθείσα φλεγμονή, το βλεννώδες περιεχόμενο της σκωληκοειδούς δεν μπορεί να εκρεύσει προς το τυφλό, οπότε συναθροίζεται μέσα στην απόφυση και μετατρέπεται σε κύστη (Υδρωψ της σκωληκοειδούς αποφύσεως).

Η απόφυση δύναται να μετατραπεί σε κυστικό όγκο μεγάλου μεγέθους, μέχρι πυγμής και πλέον με υγρό τελείως διαυγές, άχρωμο και ελαφρώς βλεννώδη.

Η κύστη αυτή μπορεί να ραγί, οπότε αναπτύσσεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα, εκτεταμένες μυξωματώδης μάζες (ψευδομύξωμα του περιτοναίου).

Με την εξαίρεση της διαρραγείσης αποφύσεως και τον καθαρισμό του περιτοναίου, από τις μυξωματώδεις μάζες, επέρχεται συνήθως ίασις.

Η φυματίωση της σκωληκοειδούς αποφύσεως, ως μόνος εντοπισμός της νόσου, σπανίως παρατηρείται. Αντίθετα όμως σε περιπτώσεις φυματίωσης του τυφλού συμμετέχει συνήθως και η σκωληκοειδής απόφυση χωρίς να προκαλεί ίδια συμπτώματα.

Στις περιπτώσεις όγκων της σκωληκοειδούς αποφύσεως πρακτική σημασία έχουν μόνο τα καρκινοειδή ογκίδια.

Πρόκειται για μικρούς σκληρούς όγκους, κοντά στην κορυφή της αποφύσεως, μεγέθους ρεβυθιού, ως μικρού καρυδιού. Η ιστολογική εξέταση αποδεικνύει την υφή καρκινώματος.

Αυτά συνήθως είναι τυχαία ευρήματα σε εγχειρήσεις που γίνονται για χρόνια σκωληκοειδίτιδα και παρατηρούνται κυρίως σε νεαρά άτομα 20 με 30 ετών.

. // .

Κλινικώς πρόκειται περί καλοηθών νεοπλασμάτων, τα οποία ούτε μεταστάσεις προκαλούν, ούτε υποτροπιάζουν μετά την αφαίρεσή τους.

Εντός των όγκων αυτών σπανιώτατα περιγράφησαν άλλοι όγκοι όπως ινώματα, λιπώματα, μυξώματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με οξεία σκωληκοειδίτιδα, δεν απαιτεί κάποια ιδιαίτερη φροντίδα, περιλαμβάνει ότι και η φροντίδα κάθε χειρουργημένου αρρώστου και διακρίνεται σε:

1. Προεγχειρητική φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει:

- α) Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- β) Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- γ) Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

2. Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς, η οποία περιλαμβάνει:

- α) Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών.
- β) Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- γ) Φροντίδα χειρουργικού τραύματος.

#### 1. Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Οι περισσότεροι ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο, κατέχονται από συναισθήματα ανησυχίας, φόβου και ανασφάλειας. Τα συναισθήματα αυτά είναι πολύ πιο έντονα στους αρρώστους που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.

Οι ασθενείς αυτοί έχουν την ανάγκη υποστήριξης της αδελφής, η οποία πρέπει να τους προετοιμάσει κυρίως ψυχολογικά για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αυτή και η θεραπεία τους να είναι πιο αποτελεσματική.

Τον άρρωστο καλούνται να βοηθήσουν να ξεπεράσει τα αρνητικά του συναισθήματα, όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής, αλλά και η ιατρική ομάδα.

Τον κύριο ρόλο όμως έχει η νοσηλεύτρια που βρίσκεται πιο κοντά στον ασθενή, λόγω των καθηκόντων της και μπορεί να διακρίνει τις ανησυχίες του και μπορεί να τον παροτρύνει να τις εξωτερικεύσει.

Πρέπει πάντοτε να τον πλησιάζει με λεπτότητα και ευγένεια και κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της να δείχνει κατανόηση και ευσυνειδησία.

Για να βοηθηθεί ο άρρωστος από την νοσηλεύτρια, πρώτα απ' όλα πρέπει να τον κάνει να νιώσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι φόβοι και οι ανησυχίες του αρρώστου μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, αδόμη και σε παρανόηση και επηρεασμό για το άγνωστο της μετεγχειρητικής κατάστασής του, ή ακόμη για τα οικονομικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει κατά την διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο.

Όπως είναι φυσικό ο άρρωστος θα έχει πάρα πολλά ερωτήματα και απορίες, γι' αυτό η αδελφή οφείλει να είναι προετοιμασμένη για να μπορεί να απαντήσει στον άρρωστο, να του δώσει επεξηγήσεις για ορισμένες νοσηλείες, αλλά πάντα θα πρέπει να είναι προσεκτική για να μην επέμβει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων.

Αυτό δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης και συντελεί στην μείωση ή και την εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας για το άγνωστο.

Η νοσηλεύτρια αν δεν μπορεί μόνη της να βοηθήσει τον άρρωστο, μπορεί να ζητήσει την βοήθεια του ιερέα του ιδρύματος ή ακόμη και της κοινωνικής υπηρεσίας που υπάρχει σ' αυτό.



Ανησυχίες και φόβο δεν έχουν μόνο οι ασθενείς, αλλά και οι οικογένειές τους.

Η αδελφή περιοριζόμενη στα καθήκοντά της, οφείλει να πλησιάζει τους συγγενείς και να απαντήσει στα πολλά ερωτήματά τους και να τους καθησυχάσει.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος της επέμβασης και την γενική κατάσταση του αρρώστου. Τα εξασθενημένα άτομα, ακόμη κι αν πρόκειται να αντιμετωπίσουν μικρές επεμβάσεις, έχουν ανάγκη προετοιμασίας, για να τις υποστούν χωρίς κίνδυνο.

Για να γίνει κάθε χειρουργική επέμβαση, είναι απαραίτητο να υπάρχει η γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου ή των οικείων, γιατί υπάρχει κίνδυνος να προκύψουν νομικά προβλήματα.

Σε περιπτώσεις που ο άρρωστος δεν συνοδεύεται από οικείους του, απαραίτητως η αδελφή πρέπει να τους ειδοποιήσει.

#### A. Προεγχειρητική ετοιμασία

Τόνωση του ηθικού: Όπως προαναφέρθηκε οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο, έχουν συνήθως συναισθήματα φόβου και ανησυχίας, αλλά ορισμένοι εκτός από αυτά τα συναισθήματα προβλέπουν την αποτυχία της εγχείρησης και αποκτούν συναισθήματα καταθλίψεως από τις σκέψεις τους, οι οποίες αφορούν την οικογένειά τους και τα παιδιά τους.

Οι ασθενείς με έντονα συναισθήματα φόβου, ανησυχίας και καταθλίψεως, κινδυνεύουν πιο πολύ από μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως για παράδειγμα να πάθουν καταπληξία.

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς, επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της αδελφής να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του αρρώστου, να τις ικανοποιήσει και να συμμεριστεί τη θέση του.

### Τόνωση σωματική

Η συμβολή της αδελφής στην καλή θρέψη του αρρώστου είναι αποφασιστική, γιατί παρακολουθεί τη διατροφή του και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η σωματική τόνωση του αρρώστου επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.

Σε εξασθενημένα άτομα ή άτομα που θα υποστούν κάποια μεγάλη επέμβαση ή εγχείρηση, κατά την οποία ο ασθενής δεν θα τρέφεται από το στόμα, γίνεται παράλληλα και παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών, όπως λευκομάτων και βιταμινών ή άλλων στοιχείων του οργανισμού, όπως αίματος και ηλεκτρολυτών.

Η αδελφή μπορεί να βοηθήσει την σωματική τόνωση του αρρώστου αν:

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

Κατά την προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου, μεγάλη σημασία δίνεται στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά γιατί κατά τις εγχειρήσεις χάνονται υγρά από την απώλεια αίματος, ιδρώτα και από τους έμετους που υπάρχουν.

Έτσι βοηθείται ο ασθενής στην πρόληψη των μετεγχειρητικών δυσχερειών, όπως το SHOCK, ναυτία και δίψα.

Την προηγούμενη μέρα της εγχειρήσεως ο ασθενής τρέφεται ελαφρά με τροφές κυρίως που δεν αφήνουν πολλά υπολείματα. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα, αν όμως έστω και αυτές τις έξι ώρες δεν πρέπει να στερηθεί υγρά, τότε αυτά θα του χορηγηθούν παρεντερικά.

### Ιατρικές εξετάσεις

Στην προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνεται και η εξέτασή του από χειρουργό, για να γίνει η εκτίμηση της κατάστασής του, η λήψη ιστορικού, καθώς και η επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Επίσης θα εξετασθεί και από παθολόγο, για να γίνει παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων του οργανισμού του.

Σε περίπτωση που παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα, καλείται ο ειδικός ιατρός για το σύστημα αυτό, για να γίνει σωστότερη μελέτη και αντιμετώπιση.

### Εργαστηριακές εξετάσεις

Πριν από κάθε εγχείρηση γίνονται οι ακόλουθες εξετάσεις:

#### 1. Εξέταση αίματος

Γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHESUW αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος.

#### 2. Γενική ούρων

Ανάλογα με την εγχείρηση που θα γίνει και με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς μπορεί να γίνουν και άλλες συμπληρωματικές εξετάσεις.

Αφού έχει αποφασισθεί να γίνει η εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος για να κάνει την εξέταση του κυκλοφοριακού και του αναπνευστικού συστήματος, για να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως που θα γίνει (γενική ή τοπική) νάρκωση, καθώς και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών που θα χρησιμοποιηθούν.

Επίσης την ευθύνη για την λήψη της αποφάσεως κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να πάρει νάρκωση ακίνδυνα, είναι υπεύθυνος ο αναισθησιολόγος, καθώς και για το είδος της νάρκωσης, τη χορήγηση της ναρκώσεως και την παρακολούθηση του ασθενούς, ως την πλήρη απονάρκωσή του.

### Καθαριότητα του ασθενούς

Η καθαριότητα του ασθενούς, πριν από κάθε εγχείρηση περιλαμβάνει:

1. Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα, ο οποίος αποβλέπει στην:

α) Αποφυγή της εκκενώσεως του εντερικού σωλήνα, πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.

β) Διεύκολυνση του χειρουργού, ιδίως σε επεμβάσεις κοιλίας και πυέλου, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.

γ) Αποφεύγεται η δημιουργία αερίων μέσα στις εντερικές έλικες, από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Στην οξεία σκωληκοειδίτιδα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων και υποκλυσμών, που χρησιμοποιούνται συνήθως για τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.

### 2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς

Πάντα κατά την παραμονή των αρρώστων στο νοσοκομείο η αδελφή είναι υπεύθυνη για την καθαριότητά τους, είναι μέρος της νοσηλείας, τα λουτρά καθαριότητας ή οι τοπικές πλύσεις.

Σε αρρώστους που πρόκειται να χειρουργηθούν την προηγούμενη μέρα πρέπει να γίνεται λουτρό καθαριότητας, ώστε να είναι καλύτερη η λειτουργηκότητα του δέρματος και να αποφευχθούν τυχόν μολύνσεις του χειρουργικού τραύματος, από το ακάθαρμο δέρμα. Πάντα κατά την εκτέλεση της νοσηλείας αυτής πρέπει να προστατεύεται ο άρρωστος, για να μην κρυολογήσει.

Το λουτρό μπορεί να γίνει απλώς με νερό και σαπούνι, προσέχοντας ιδιαίτερα την καθαριότητα ορισμένων σημείων του σώματος, όπως του ομφαλού και γίνεται περιποίηση των νυχιών.

Για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος γίνεται καθαριότητα και αντισηψία του στόματος και του ρινοφάρυγγα.

### Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Πριν από την εγχείρηση οι περισσότεροι ασθενείς νιώθουν πιο έντονη ανησυχία και φόβο λόγω της αγωνίας τους για την επέμβαση και την εξέλιξη της κατάστασής τους και αυτά τα συναισθήματα προκαλούν αϋπνία. Η αϋπνία αυτή προκαλεί κόπωση, οπότε μπορεί η μετεγχειρητική πορεία να μην εξελιχθεί ομαλά ή ακόμη να υπάρξουν επιπλοκές.

Για να αντιμετωπισθεί η κατάσταση αυτή, συνήθως χορηγείται το προηγούμενο βράδυ κάποιο ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο, με εντολή του ιατρού.

Την προηγούμενη ημέρα, πριν από την εγχείρηση γίνεται και η προετοιμασία και η εκπαίδευση του αρρώστου σε μετεγχειρητικές ασκήσεις των άκρων και των αναπνευστικών μυών.

### Β. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία αφορά την ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή εκείνου του μέρους του σώματος, στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Αυτή η προετοιμασία συνιστάται στην καθαριότητα, την αποτρίχωση και την αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να είναι ακίνδυνο για μόλυνσεις.

Η θέση και η ένταση του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται πάντοτε από το είδος της εγχειρήσεως που θα γίνει και περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Στις εγχειρήσεις σκολημοειδίτιδος και γενικά στις εγχειρήσεις της κοιλιάς, το εγχειρητικό πεδίο αρχίζει από το στήθος και εκτείνεται ως τη βάση των μηρών.

### Γ. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

. // .

1) Την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου.

2) Γίνεται θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση και η αδελφή παρατηρεί αν υπάρχει κάποια παρέκλιση από τα φυσιολογικά όρια.

Επίσης παρατηρείται ο άρρωστος για την εμφάνιση βήχα, ο οποίος δηλώνει την ύπαρξη κρυολογήματος.

Όλες οι παρατηρήσεις της αδελφής καταγράφονται στην κάρτα νοσηλείας και τη λογοδοσία και ενημερώνεται η προϊσταμένη του τμήματος και ο ιατρός.

3) Φροντίζουμε να κενωθεί η ουροδόχος κύστη γιατί μια πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι.

4) Γίνεται η κατάλληλη ένδυση του ασθενούς η οποία αποτελείται από τα ποδάρια, τα οποία σκεπάζουν τα κάτω άκρα, το υποκάμισο του χειρουργείου, που μοιάζει με κοινό νυχτικό και είναι ανοιχτό στο πίσω μέρος του.

Ακόμη για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής χρησιμοποιείται σκούφος ή τρίγωνο από λευκό βαμβακερό ύφασμα.

Πριν φορεθούν τα ρούχα για το χειρουργείο, αφαιρούνται όλα τα εσώρουχα του αρρώστου.

5) Αφαιρούνται ακόμη και όλα τα κοσμήματα που φοράει ο άρρωστος και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

6) Αν ο ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβθφονται δύο νύχια από κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

7) Η αδελφή ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου και του υπενθυμίζει τις αναπνευστικές ασκήσεις και τις ασκήσεις των άκρων.

#### Προνάρκωση

Η προνάρκωση γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν από την εγχείρηση και έχει καθορισθεί από τον αναισθησιολόγο.

Με την προνάρκωση προκαλείται μερική χαλάρωση του

μυϊκού συστήματος, ελάττωση των εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και πρόκληση υπνηλίας.

Αφού θα χορηγηθεί η προανάρκωση ο ασθενής απαγορεύεται να έχει επισκέψεις, καθώς και να κινηθεί, λόγω της επιδράσεως των φαρμάκων.

Μετά την προανάρκωση εξασφαλίζουμε στον άρρωστο ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και χωρίς έντονο φωτισμό.

Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο, γίνεται από κάποιο νοσοκόμο συνήθως, αλλά θα ήταν καλύτερα να συνοδεύεται και από κάποια αδελφή, η οποία θα παρακολουθούσε και την εγχείρηση, ώστε να μπορεί να τον φροντίσει καλύτερα.

Κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως, οι συγγενείς του αρρώστου συνήθως περιμένουν έξω από το χειρουργείο και η ανησυχία τους αυτές τις ώρες είναι πάρα πολύ μεγάλη, γιατί αυτή την στιγμή η αγωνία τους για τον δικό τους κορυφώνεται.

Για να μειωθεί η ανησυχία τους, θα πρέπει να τους ενημερώνει η αδελφή που παρακολουθεί την εγχείρηση κατά διαστήματα, με καλό τρόπο, για να μειωθεί η αγωνία τους.

#### Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου

Αφού μεταφερθεί ο άρρωστος στο χειρουργείο, η αδελφή που θα τον φροντίσει, πρέπει να προετοιμάσει το θάλαμό του κατάλληλα. Η προετοιμασία αφορά το κρεβάτι του αρρώστου, το κομοδίνο του και γενικά το περιβάλλον του θαλάμου.

1) Το κρεβάτι που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει:

α) Να είναι ανοιχτό απ' όλες τις πλευρές, ώστε να είναι εύκολη η μεταφορά του αρρώστου, από το φορέο στο κρεβάτι.

β) Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου, από ψύξη και πνευμονία.

γ) Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για να είναι ταχύτερη η αποβολή του ναρκωτικού.

δ) Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κικλιδωμά του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει ο άρρωστος κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

ε) Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων, από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.

στ) Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακκούλα.

2) Το κομοδίνο του αρρώστου πρέπει:

α) Να απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι, για να μην χτυπήσει ο ασθενής σε περίπτωση διεγέρσεων.

β) Στρώνουμε πάνω σ' αυτό ένα τετράγωνο αλλαγών ή μια πετσέτα για να μην ακουγεται θόρυβος κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό.

γ) Πάνω σ' αυτό πρέπει να υπάρχει ένα ποτήρι με δροσερό νερό.

δ) PORT COTTON.

ε) Νεφροειδές

στ) Μια κάψα με τολύπια βάμβακος και χαρτοβάμβακα.

3) Ο θάλαμος του αρρώστου πρέπει να έχει αερισθεί καλά, να είναι σφουγγαρισμένος και να έχει γίνει υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων.

Για να γίνεται ο αερισμός, θα πρέπει να μένει ένα παράθυρο ανοιχτό και τα ρολά να είναι κατεβασμένα, ώστε ο φωτισμός να μην είναι πολύ έντονος.



Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Η μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου αποτελεί μια σοβαρή απασχόληση της αδελφής και πρέπει να είναι έμπειρη και να έχει γνώσεις, ώστε να συντελέσει:

- α) Στην προστασία του ασθενούς στις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
- β) Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειάς του
- γ) Στην ανακούφισή του από ενοχλήματα.
- δ) Πρόληψη επιπλοκών.
- ε) Στην βοήθεια του ασθενούς να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει, από τη μεταφορά του αρρώστου, από το χειρουργείο στο θάλαμο του και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Στην μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνονται:

- α) Η προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα κατά την μεταφορά του, από το χειρουργείο στον θάλαμο.
- β) Η κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Η πιο συνηθισμένη θέση είναι η ύπτια με το κεφάλι στραμμένο στα πλάγια, αργότερα μπορεί να πάρει κάποια άλλη θέση.

Η κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση των μυών.

- γ) Συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας.
- δ) Ο έλεγχος της κατάστασής του τραύματος και η παρακολούθησή του.
- ε) Η παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Είναι καθήκον της αδελφής να προστατεύει τον άρρωστο, από και κατά τις διεγέρσεις του ή την εισρόφηση εμεσμάτων.

στ) Η σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, αν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.

ζ) Η προφύλαξη και θεραπεία από μετεγχειρητικές επιπλοκές.

η) Η ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες σαράντα οκτώ ώρες, μετά την εγχείρηση.

θ) Η φροντίδα του τραύματος.

ι) Η καθαριότητα του αρρώστου.

Πρέπει να γίνεται καθημερινά λουτρό καθαριότητας και συχνή αλλαγή νυχτικού και ιματισμού. Επίσης πρέπει να γίνονται πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, για να ανακουφίζεται ο ασθενής, αλλά και για να προληφθούν στοματίτιδες και παρωτίτιδες, που είναι συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ια) Η όλαιτα του αρρώστου που έκανε εγχείρηση σκωληκοειδίτιδας είναι αρχικά υγρή. Τις πρώτες ημέρες συνήθως παίρνει υγρά παρεντερικά λόγω της ναυτίας και των εμέτων. Κατόπιν παίρνει υγρή τροφή από το στόμα, που σταδιακά γίνεται πολτώδης και στη συνέχεια αφήνεται ελεύθερη.

ιβ) Η έγκαιρη έγερση του αρρώστου, από το κρεβάτι, αποτελεί φροντίδα της αδελφής. Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα θα πρέπει να σηκωθεί για λίγο ο άρρωστος από το κρεβάτι με τη βοήθεια της αδελφής.

Η έγκαιρη έγερση του αρρώστου βοηθάει στην αποκατάσταση της υγείας του γιατί προλαμβάνονται μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως πνευμονία και αγγειακές επιπλοκές.

### Μετεγχειρητικές δυσχερείες και επιπλοκές

Στη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, ο βασικότερος τομέας είναι η παρακολούθηση και η παρατήρηση του ασθενή.

Η αδελφή πρέπει να γνωρίζει τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών

και στην προφύλαξη από αυτές.

Η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των επιπλοκών αυτών βοηθάει στην πρόληψη ή στην έγκαιρη διάγνωσή τους.

### Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

1) Πόνος: Μετά από κάθε εγχείρηση, είναι φυσικό ο άρρωστος να πονά, αλλά ο πόνος εξαρτάται και από την προσωπικότητα του ατόμου. Κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά στον πόνο.

Ενας παράγοντας που επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο είναι η υπερένταση που νοιώθει ο άρρωστος μετά την επέμβαση, υπερένταση διανοητική, σωματική και ψυχική.

Η αδελφή μπορεί να ανακουφίσει τον άρρωστο, δίνοντας του τέτοια θέση στο κρεβάτι, που να προκαλεί χαλάρωση των μυών.

Επίσης μπορεί να κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματός του για να ανακουφιστεί. Πρέπει ακόμη να προστατεύει τον άρρωστο αν εμφανίσει βήχα και εμέτους, να ελέγχει το τραύμα για να δει αν ο πόνος επιδεινώνεται εξ αιτίας σφικτής πέρδεσης.

Συνήθως τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση, ο πόνος είναι έντονος και γι' αυτό χορηγούνται με ιατρική εντολή, αναλγητικά φάρμακα κυρίως με τη μορφή ενέσεων.

Μπορεί στην αρχή που είναι πολύ έντονος ο πόνος να χορηγηθεί μορφίνη και αργότερα αντικαθίσταται με πιο ήπια αναλγητικά φάρμακα.

2) Δίψα: Παρατηρείται μετά από νάρκωση γενική ή ακόμα και τοπική. Αιτία είναι η ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, από την ένεση ατροπίνης η οποία προκαλεί μείωση των εκκρίσεων, αλλά και η μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά ( αίμα, ιδρώτας, έμετοι), κατά και μετά την εγχείρηση.

Για να αντιμετωπισθεί το αίσθημα της δίψας γίνονται συχνά πλύσεις στοματικής κοιλότητας ή ακόμα μπορούμε να υγραίνουμε τα χείλη και τη γλώσσα του ασθενή με γάζα ή ένα τούλινο βάμβακος, ποτισμένο με κρύο νερό.

3) Έμετος: Η ναυτία και ο έμετος είναι συνηθισμένα φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και διαρκούν συνήθως το πρώτο εικοσιτετράωρο, από την απονάρκωση του ασθενή.

Όταν ο άρρωστος έχει εμέτους η νοσηλεύτρια πρέπει να γυρίζει το κεφάλι του στα πλάγια και να του προμηθεύει αμέσως το νεφροειδές, που πρέπει να αποσύρεται αμέσως, για να μην δημιουργεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

Μετά από κάθε έμετο πρέπει να γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότητας με λίγο νερό και να αλλάζονται τα κλινοσκεπάσματα που λερώθηκαν.

Αν οι έμετοι είναι συνεχείς, μπορεί να γίνει διασωλήνωση του στόμαχου από τη μύτη με σωλήνα LEVIN.

Η αδελφή πρέπει να γράφει στη λογοδόσα ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενή τις παρατηρήσεις της τις σχετικές με την συχνότητα, την ποιότητα και τον χαρακτήρα των εμεσμάτων.

#### Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι επιπλοκές που μπορούν να συμβούν είναι οι εξής:

1) Ενδοπεριτοναϊκό αποστήμα: Εμφανίζεται μερικές ημέρες μετά την εγχείρηση και χαρακτηρίζεται από γενική κακουχία, υψηλό πυρετό και παρατηρείται σε περιπτώσεις ρήξεως της σκωληκοειδούς αποφύσεως.

Συχνά εντοπίζεται στην πύελο και μπορεί να υπάρχει διάρροια και ευαισθησία χαμηλά. Αν εμφανισθεί στο δουγλάσσειο χώρο, μπορεί να γίνει παροχέτευση από εκεί.

Σε μερικές περιπτώσεις απαιτείται νέα χειρουργική επέμβαση προκειμένου να γίνει παροχέτευση του αποστήματος.

2) Κοπροχόο συρίγγιο: Δεν είναι συχνή επιπλοκή και μπορεί να συμβεί λόγω τραυματισμού του τυφλού κατά την διάρκεια της εγχείρησης.

Συνήθως κλείνει μόνο του αυτόματα, αλλά μπορεί και να δημιουργήσει γενικευμένη περιτονίτιδα, οπότε απαιτείται νέα χειρουργική επέμβαση.

3) Αιμορραγίες: Διακρίνονται σε εσωτερικές και εξωτερικές και οι παράγοντες που συντελούν σ' αυτή την επιπλοκή είναι:

α) Μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχαιδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν από την προσοχή του χειρουργού.

β) Μόλυνση του τραύματος που ο οργανισμός την αντιμετωπίζει με την συρροή αίματος ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.

γ) Οι βίαιες κινήσεις του ασθενούς. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος, από το κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα ή ράμμα με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.

δ) Η μη καλή πήκτοτητα του αίματος.

#### Επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα

1) Μόλυνση του τραύματος: Τα γενικά συμπτώματα της επιπλοκής αυτής είναι: Κεφαλαλγία, πυρετός, ρίγος και ανορεξία.

Τα τοπικά συμπτώματά της είναι: Αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης συρροή.

2) Ρήξη τραύματος: Αυτή η επιπλοκή συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα, σε υπερήλικες και άτομα που έχουν βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με τα ακόλουθα μέτρα:

- α) Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- β) Καταστέλλεται ο βήχας και ο έμετος.
- γ) Διδάσκεται να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα όταν βήχει.

Αν κατά τη ρήξη του τραύματος βγει έξω τμήμα εντέρου καλείται αμέσως ο ιατρός και καλύπτει η αδελφή το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο βρεγμένο με φυσιολογικό ορό και ακινητοποιεί τον άρρωστο.

Επίσης καθησυχάζει τον άρρωστο και η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.

### Χειρουργικό τραύμα

Τραύμα είναι η λύση της συνέχειας του δέρματος η οποία μπορεί να συνυπάρχει και με τη λύση της συνέχειας των μυών ή άλλων οργάνων.

Η επούλωση του τραύματος είναι προοδευτική πορεία της οποίας βασικός παράγοντας είναι η φυσιολογική κατάσταση του οργανισμού.

### Περιποίηση χειρουργικού τραύματος

Η περιποίηση του τραύματος περιλαμβάνει:

- 1) Φροντίδα της τραυματικής χώρας.
- 2) Καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω, από το τραύμα.
- 3) Επίδεση του τραύματος.

1) Φροντίδα τραυματικής χώρας

Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα και απολύμανση του τραύματος, καθώς και την εφαρμογή σ' αυτό θεραπευτικών μέσων ή φαρμάκων.

2) Καθαριότητα και αντισηψία δέρματος γύρω από το τραύμα.

Γίνεται με τον καθαρισμό του δέρματος γύρω από το τραύμα με βενζίνη ή αιθέρα και με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια και την απολύμανσή του.

3) Επίδεση του τραύματος

Αυτή αποσκοπεί στα εξής:

- α) Στην προφύλαξη του τραύματος από μολύνσεις.
- β) Στην απορρόφηση των εκκρίσεων του τραύματος.
- γ) Στον περιορισμό των κινήσεων, οι οποίες αναστέλλουν την επούλωση του τραύματος.
- δ) Στην αιμόσταση όταν η επίδεση είναι πιεστική.
- ε) Στην κάλυψη του αντιαισθητικού τραύματος.

Κατά την περίδεση του τραύματος και την περιπόλησή του που μπορεί να γίνει από την αδελφή ή τον ιατρό, θα πρέπει να έχουμε υπόψιν μας την ανάγκη προφύλαξης του ασθενούς από τα βλέμματα των γύρω του και από τους πόνους που προκαλούνται κατά την φροντίδα και την περιπόληση του τραύματος.

Πρόληψη μολύνσεων

Για να προληφθούν οι μολύνσεις θα πρέπει να γίνεται η περιπόληση του τραύματος με άσηπτο τρόπο, όσο είναι δυνατόν και αυτό αποτελεί βασικό καθήκον της αδελφής.

Η μόλυνση ενός τραύματος μπορεί να προκληθεί από τις ακόλουθες πηγές:

1) Από τη σκόνη του αέρα που κυκλοφορεί μέσα στους θαλάμους, γι' αυτό πρέπει να γίνεται καλός αερισμός και καθαριότητα στους θαλάμους των ασθενών.

2) Από μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από το στόμα και τη μύτη του γιατρού και της αδελφής που κάνουν την περιποίηση και φτάνουν στο τραύμα. Για το λόγο αυτό κατά την διάρκεια της φροντίδας του τραύματος πρέπει να αποφεύγονται οι συζητήσεις και να φορούν μάσκα.

3) Από τα βρώμικα χέρια του γιατρού και της αδελφής.

Πρέπει λοιπόν πριν από την νοσηλεία να γίνεται προσεκτικό πλύσιμο των χεριών καθώς και να γίνεται χρήση γαντιών.

4) Από την χρήση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων, όπως νεφροειδών

5) Από άλλα μολυσμένα τραύματα.

6) Από επισκέπτες μικροβιοφορές.



ΒΕΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΚΩΛΗΚΟ-  
ΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ασθενής 18 ετών θήλυ, προσέρχεται στα εξωτερικά ια-  
τρεία του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κιλκίς, 23.30  
στις 4/3/92, με επιγαστραλγία από ζωρο, έμετο και διάχυτο  
κοιλιακό άλγος. Η ασθενής είναι από την Αλβανία και βρί-  
σκεται μερικώς μήνες στη χώρα μας.

Κατά την κλινική εξέταση, παρουσιάζει όψη πάσχοντος,  
ταχυσφυγμία, θερμοκρασία στα φυσιολογικά όρια και βρίσκεται  
στα μέσα του κύκλου της περιόδου της

Κατά τη φυσική εξέταση της κοιλίας φυσιολογικού περι-  
σταλισμού, παρουσιάζει ευαισθησία στο επιγάστριο και έντονη  
ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Κοιλία μαλακή με σημείο  
αναπήδωσης ευαισθησίας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. -

Εισάγεται εκτάκτως στην κλινική μας με πιθανή διάγνω-  
ση: Οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Γίνεται προεγχειρητικός έλεγχος: Εργαστηριακές εξετά-  
σεις στα φυσιολογικά όρια, εκτός από λευκοκυττάρωση και ανα-  
στροφή του λευκοκυταρικού τύπου.

Η ασθενής παρακολουθείται όλο το βράδυ και παρουσιάζ-  
ει την ίδια κλινική εικόνα.

Δίνεται αντιμικροβιακή αγωγή και χορηγούνται παρε-  
ντερικά υγρά.

Δεν έχει επιδείνωση η κλινική κατάσταση.

Το πρωί εισάγεται στο χειρουργείο και γίνεται σκωλη-  
κοειδεκτομή.

Η σκωληκοειδής απόφυση, μακροσκοπικά παρουσιάζει όλα  
τα στοιχεία της φλεγμονής και στέλνεται για βιοψία.

Ανένειψε καλώς.

Ακολουθεί καλή μετεγχειρητική πορεία και μετά από  
5 ημέρες, εξέρχεται από την κλινική χωρίς να παρουσιάζει

κάποια παθολογικά σημεία ή επιπλοκές μετεγχειρητικά.

Σε οκτώ ημέρες από την ημέρα εγχειρήσεως προσέρχεται η ασθενής στα εξωτερικά ιατρεία, όπου αφαιρούνται τα ράμματα της μετεγχειρητικής ουλής, η οποία έχει επουλωθεί καλά.

Δόθηκαν οδηγίες για ειδική διαίτα και αποφυγή κοπώσεως για τρεις εβδομάδες.

Προβλήματα ή ανάγκες που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσ. φροντίδας
1η Ημέρα Νοσηλείας-Παρακολούθηση της Ασθενούς			
Ανάγκη ενημέρωσης της ασθενούς, για την κατάσταση της υγείας της και για την παραμονή της στο νοσοκομείο.	Πρέπει να γίνει κατανοητό από την ασθενή, ότι θα παραμείνει στο νοσοκομείο και ότι απαιτείται για την θεραπεία της να γίνει χειρουργική επέμβαση.	Η νοσηλεύτρια, πλησίασε την ασθενή πολύ ευγενικά και με απλό τρόπο, την ενημέρωσε για την νοσηλεία της.	Έγινε αντιληπτό, μετά την συζήτηση ότι δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας για την επέμβαση και ότι όλα θα πάνε καλά.
Ναυτία και Έμετοι	Προφύλαξη της ασθενούς κατά τους εμέτους από τον κίνδυνο της εισρόφησης και ανακούφιση από το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας.	Χορηγήθηκε νεφροειδές, το οποίο απομακρύνθηκε αμέσως μετά, για την αποφυγή επιπρόσθετης ναυτίας, έγιναν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας και αλλαγή κλινοσκεπασμάτων.	Με την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, τα αποτελέσματα ήσαν τα ποθητά αναμενόμενα

Προβλήματα ή ανάγκες που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσ. φροντίδας
Ανάγκη αποκατάστασης υγρών.	Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και αποφυγή αφυδάτωσης.	Χορήγηση ορού. Μπήκε φυσιολογικός ορός 0,9% 1000CC	Διατήρηση ισοζυγίου υγρών.
Ανάγκη έναρξης αντι-μικροβιακής αγωγής	Κάλυψη της ασθενούς με αντιβίωση	Χορήγηση αντιβίωσης Η ασθενής παίρνει BRILKIN 500 MG 1X3 IV	Καλύφθηκε η ασθενής με αντιβίωση.
Ανάγκη παρακολούθησης και ελέγχου της ασθενούς.	Έλεγχος της κατάστασης της πορείας της υγείας της.	Μέτρηση ζωτικών σημείων. ΑΠ=120/75MMHG σφίξεις=98/λεπτό θερμοκρασία=36,8 C	Τα αποτελέσματα είναι στα φυσιολογικά όρια και η κατάσταση της ασθενούς δεν παρουσιάζει καμιά αλλαγή

Προβλήματα ή ανάγκες που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ.φροντίδας	Επίτευξη αποτελεσμάτων νοσ. φροντίδας
Προετοιμασία σωματική και ψυχολογική.	Η καλή προεγχειρητική ψυχολογική διάθεση της ασθενούς σε συνάρτηση με τη σωματική.	Εγινε τόνωση του ηθικού και προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.	Με την σωματική προετοιμασία, θα αποφευχθούν οι τυχόν μολύνσεις και με την καλή ψυχολογική ετοιμασία, θα είναι καλύτερη η μετεγχειρητική πορεία και η πρόληψη επιπλοκών.
1η μετεγχειρητική ημέρα			
Ανάγκη παρακολούθησης της ασθενούς.	Έλεγχος της πορείας της μετεγχειρητικής κατάστασής.	Μέτρηση ζωτικών σημείων. ΑΠ=110/70mmHg Σφίξεις=85/λεπτό θερμοκρασία=36,5 C	Είναι στα φυσιολογικά όρια και η μετεγχειρητική πορεία εξελίσσεται καλά.

. // .

Προβλήματα ή ανάγκες που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ.φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσ.φροντίδας
<p>Πόνος</p> <p>Δέρμα</p> <p>Ανάγκη έγερσης της ασθενούς.</p>	<p>Καταστολή του πόνου.</p> <p>Μείωση του δυσάρεστου αισθήματος.</p> <p>Πρόληψη των επιπλοκών.</p>	<p>Χορήγηση αναλγητικού. Εγινε μια αμπούλα Πεθιδόλης IM</p> <p>Βρέξιμο των χειλέων με γάζα ποτισμένη σε δροσερό νερό και πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>Με τη βοήθεια της αδελφής σηκώθηκε λίγο η ασθενής από το κρεβάτι της.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς μερικώς.</p> <p>Ανακούφιση από τη έντονη δέρμα.</p> <p>Τα ποθητά αναμενόμενα.</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ.φροντίδας	Επίτευξη αποτελεσμάτων νοσ.φροντίδας
3η Μετεγχειρητική ημέρα			
Περιποίηση τραύματος	Γρήγορη επούλωση του χειρουργικού τραύματος	Εγινε περιποίηση με BETADINE και αφαίρεση γαζών	Η επούλωση προχωρεί καλάς.
Ανάγκη αποδοχής και στοργής	Μείωση της μοναξιάς που νοιώθει η ασθενής ως αλλοδαπή.	Συζήτηση προς επίλυση τυχόν προβλημάτων της.	Ελάττωση της μοναξιάς και αποδοχή της από και με τον ομοίγουρο.
5η Μετεγχειρητική ημέρα			
Προετοιμασία της ασθενούς για την έξοδο της.	Να διευθετήσει τα προσωπικά της αντικείμενα και τις απαραίτητες τυπικές διαδικασίες.	Ενημερώθηκε για την ειδική δίαιτα που θα ακολουθήσει τις επόμενες ημέρες και για την αποφυγή σωματικής κοπώσεως για το χρονικό διάστημα 3 εβδομάδων.	Με την παραλαβή του εξιτηρίου της, είχε γίνει αντιληπτή και η θεραπευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει.



## ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2ας ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Στις 14/5/92 ασθενής ηλικίας 14 ετών, από χωριό της επαρχίας Παιονίας, προσέρχεται στ εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου του Κιλκίς, με άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Κατά την κλινική εξέταση τα ζωτικά σημεία ήταν στα φυσιολογικά όρια, θερμοκρασία 37,4ο C, αναπνευστικό ανώτερο και κατώτερο χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Κατά την εξέταση της κοιλίας που είναι φυσιολογικού περισταλτισμού, ενώ ο ασθενής αναφέρει άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο ο οποίος ξεκίνησε πριν από τρεις ημέρες ως παρομφαλικό άλγος και την τελευταία ημέρα επικεντρώθηκε στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Επίσης ο ασθενής αναφέρει τάση για έμετο και γίνεται εισαγωγή στη χειρουργική κλινική για παρακολούθηση.

Στις επόμενες δώδεκα ώρες η κλινική εικόνα δεν μεταβάλλεται, εκτός από μια επίταση του άλγους.

Το πρωί στις 15/5/92 αποφασίζεται εισαγωγή στο χειρουργείο, όπου υπό γενική αναισθησία γίνεται σκωληκοειδεκτομή.

Η σκωληκοειδίης απόφυση φέρει όλα τα στοιχεία της φλεγμονής και στέλνεται για βιοψία.

Ακολουθεί ομαλή μετεγχειρητική πορεία, η όνω παθολογική συμπτωματολογία και σημειολογία δεν παρουσιάζεται πλέον.

Την 5ην μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής εξέρχεται με οδηγίες για ειδική δίαιτα και αποφυγή σωματικής κοπώσεως για 20 ημέρες.

Την 8η μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία όπου αφαιρούνται τα ράμματα του χειρουργικού τραύματος, το οποίο είχε επουλωθεί καλάς.

Προβλήματα ή ανάγκες που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ.φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσ.φροντίδας
1η Μετεγχειρητική Ημέρα			
Ανησυχία και φόβος του Ασθενούς.	Καθησύχηση και ενημέρωση για την μετεγχειρητική νοσηλεία	Εγινε συζήτηση με τον ασθενή και ελύθηκαν οι απορίες του σχετικά με τις ανησυχίες του.	Επήλθε η καθυσύχηση και η σωστή ενημέρωση.
Πόνος	Ανακούφιση από τον πόνο.	Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου και κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Ανασηκώθηκε ελαφρώς η πλάτη του και τα πόδια του.	Με την κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, προκλήθηκε χαλάρωση των μυών και μερική ανακούφιση του πόνου.
Δίψα	Καταστολή του δυσάρεστου αίσθηματος.	Βρέξιμο των χειλέων με δροσερό νερό.	Ανακούφιση του ασθενούς από την έντονη δίψα.

Προβλήματα ή ανάγκες που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ.φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσ.φροντίδας
Ανάγκη παρακολούθησης του αρρώστου.	Έλεγχος της γενικής κατάστασης του αρρώστου	Μέτρηση ζωτικών σημείων Αρτηριακή πίεση=120/70MMHG Σφύξεις=80/λεπτό θερμοκρασία=37,8ο C	Οι σφύξεις και η αρτηριακή πίεση είναι στα φυσιολογικά όρια, αλλά η θερμοκρασία είναι λίγο ανεβασμένη.
Πυρετός	Ρύθμιση θερμοκρασίας	Χορήγηση υγρών Παίρνει ορδ:NORMAL 0,9% 1000CC Γίνονται κομπρέσσες	Ρύθμιση της θερμοκρασίας 36,5ο C
Παρακολούθηση χειρουργικού τραύματος	Έλεγχος για τυχόν αιμορραγία	Εγινε έλεγχος της επίδεσης του τραύματος.	Δεν υπάρχουν δείγματα ανησυχίας.

Προβλήματα ή ανάγκες που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ.φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσ.φροντίδας
2η έως και 5η μετεγχειρητική ημέρα			
Αντιμικροβιακή αγωγή του ασθενούς	Πρόληψη τυχόν επιπλοκών	Χορήγηση αντιβιοτικών. Πάρνει BRIKLIN 250MG 1X4 IV	Κάλυψη του ασθενή.
Καθαριότητα του ασθενή	Περιποίηση του ασθενή	Λουτρό καθαριότητας και αλλαγή κλινοσκεπασμάτων.	Αισθάνθηκε την φροντίδα, έννοιωσε ανακούφιση και βελτιώθηκε η διάθεσή του γενικά.
Αφαίρεση επιδεσμικού υλικού κατά την τρίτη ημέρα	Ο έλεγχος της κατάστασης της χειρουργικής τομής και επούλωσή της.	Καθαρισμός με BETADINE και αφαίρεση των γαζών	Το χειρουργικό τραύμα επουλώνεται καλάς.

### Έξοδος ασθενούς από το Νοσοκομείο

Η μέρα αποχώρησης του ασθενούς από το Νοσοκομείο δεν πρέπει να γίνεται χωρίς προειδοποίηση του ιδίου και του περιβάλλοντός του.

Κατά την αποχώρηση από το Νοσοκομείο μπορεί να έχει θεραπευθεί τελείως ή να χρειάζεται κάποια φαρμακευτική αγωγή, για ορισμένο χρονικό διάστημα.

Τα αισθήματα που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδό του, από το Νοσοκομείο, είναι συνήθως αισθήματα χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα όμως είναι δισταχτικές, ανησυχίες και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του, χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση, που μπορεί να φτάσει σε σημείο να μην θέλει να βγει από το Νοσοκομείο.

Η αδελφή του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του, να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματά του.

Όταν κριθεί από τον ιατρό ότι ο ασθενής μπορεί να φύγει από το Νοσοκομείο, ακολουθεί ειδοποίηση συγγενών και χορήγηση ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών.

Ο ασθενής πήρε οδηγίες για ειδική δίαιτα, που θα ακολουθήσει τις επόμενες ημέρες, καθώς και για αποφυγή σωματικής κόπωσης, για το χρονικό διάστημα 20 ημερών. Επίσης του δόθηκε απαλλαγή από το μάθημα της γυμναστικής του σχολείου για τρεις μήνες και του υπενθύμισαμε να προσέλθει μετά από τρεις ημέρες στα εξωτερικά ιατρεία, για την αφαίρεση των ραμμάτων.

Όταν ο ασθενής ήταν τελείως έτοιμος η προϊσταμένη και η αδελφή του θαλάμου τον χαιρέτησαν και του ευχήθηκαν πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Ο νεαρός ασθενής και η μητέρα του που τον συνόδευε μας ευχαρίστησαν για μια ακόμη φορά για την φροντίδα και μας αποχαιρέτησαν.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα στην εποχή μας, μετά από έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, έχει καταστεί ένα σχεδόν αθώο νόσημα.

Η θνησιμότητα είναι πολύ μικρή και παρατηρείται κυρίως στα βρέφη και στους γέροντες και η αιτία είναι η διάτρηση της αποφύσεως.

Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας, όταν υπάρχει τυπικός παροξυσμός γίνεται αμέσως και δεν υφίσταται καμιά αμφιβολία από τον εξετάζοντα ιατρό, αλλά συχνά υποδέεται οποιοδήποτε κοιλιακό σύνδρομο, που μπορεί να έχει καταστρεπτικά αποτελέσματα για τον πάσχοντα.

Η θεραπεία της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι μόνον εγχειρητική. Επίσης ο χρόνος νοσηλείας του ασθενούς στο Νοσοκομείο μικρός και δεν απαιτείται κάποια ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα.

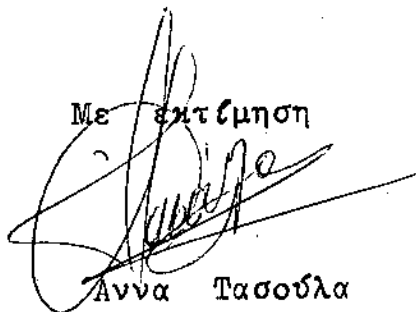
ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στις λίγες σελίδες που προηγήθηκαν και με τη μικρή πέτρα που απέκτησα κατά τη φοίτησή μου στη Σχολή, προσπάθησα να δώσω μια σφαιρική εικόνα του νοσήματος και να αγγίξω κατά το όσον δυνατόν περισσότερο τον τρόπο νοσηλευτικής φροντίδας, ασθενούς με σκωληκοειδεκτομή.

Σημειωτέον ότι, στην όλη μου αυτή προσπάθεια λείπει η πέτρα αντιμετώπισης πολλών περιστατικών, η οποία είναι σημαντικός παράγοντας για την παρουσίαση μιας ολοκληρωμένης και χωρίς φεγάδι εργασίας.

Ως εκ τούτου, ζητώ την επιεική κρίση σας, για την πτυχειακή μου εργασία.

Με εκτίμηση



Άννα Τασούλα

Σπουδάστρια Νοσηλευτικής  
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ Γ: Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου  
Τόμος 2ος, Τεύχος Α' κοιλία-πύελος, εκδότριας  
Βίκτωρ Δ Παπαζήσης, ΑΘΗΝΑΙ 1968
- ΒΑΣΩΝΗ Δ: Επίτομη Χειρουργικής και Ορθοπεδικής  
5η έκδοση, εκδόσεις Γ.Τσιβεριώτης Ε.Π.Ε  
ΑΘΗΝΑ 1987
- BERGAMASCOWI V-MONCALVI G κ.α: Σκωληκοειδίτιδα  
Εγκυκλοπαίδεια "Υγεία", έκδοση 1η, Τόμος 6ος  
σελίδες 1001-1002, εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ Ο.Ε  
Γκοδμας-Κωτσίδπουλος, Αθήνα 1989
- ΓΑΡΔΙΚΑ Κ: Ειδική Νοσολογία, 3η έκδοση, Επιστημο-  
νικές εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1981
- ΜΑΚΚΑ Μ: Χειρουργική Ι εις δύο τόμους, τόμος Α'  
εκδόσεις "ΕΣΤΙΑ", ΑΘΗΝΑΙ 1934
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ: Νοσηλευτική-  
Γενική-Παθολογική Χειρουργική, Τόμος 1ος,  
έκδοση 9η, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως  
Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1986
- ΠΕΤΡΟΥ Γ.: Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής του  
Ανθρώπου, Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ 1987
- ΠΟΥΓΓΟΥΡΑ Π: Μαιευτική-Γυναικολογία, εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β  
Αθήνα 1987
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΞΗ-Α.ΠΑΝΟΥ: Παθολογική και Χειρουργική  
Νοσηλευτική, τόμος 2ος, Μέρος 2ο, 2η επανέκδοση,  
εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985



ΤΟΥΝΤΑ Κ.Ι: Επιστομος Χειρουργικη, Τόμος 3ος, έκδοση 1η

Επιστημονικες εκδοσεις Γρ. Κ. Παρισιανδς.

Αθηνα 1981

