

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: <<ΧΟΛΥΚΥΣΤΙΤΙΔΑ>>



ΕΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

ΤΣΟΥΤΣΑΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1991

Σ	1480'
THE	

**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: <<ΧΟΛΥΚΥΕΤΙΤΙΔΑ>>**

**ΕΠΟΥΔΑΕΤΗΣ:**  
**ΤΣΟΥΤΣΑΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**  
**ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ 1991**

# Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΣΕΛΙΔΑ

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΠΡΟΛΟΓΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3

Μεγάλοι χοληφόροι πόροι

5

Νεύρωση χοληδόχου κύστης

8

Αγγείωση χοληδόχου κύστης

8

Φυσιολογία της χοληδόχου κύστεως

9

Προδιαθεσικοί παράγοντες

14

Κλινική εικόνα - Κλινικά σημεία

15

Διάγνωση της χολοκυστίτιδας

16

Χολοκυστογραφία

17

Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία

17

ERCP

18

Υπερηχοτομογράφημα

19

Απλή ακτινογραφία κοιλίας

20

Χημική και μικροβιολογική εξέταση της χολής

21

Εγχειρητική χολαγγειογραφία

21

ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

23

ΑΛΙΘΙΑΣΤΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

31

ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

32

ΧΡΟΝΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

33

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ -ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

38

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

41

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

49

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

54

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

59

Ρινογαστρική διασωλήνωση

61

Διατροφή και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών

62

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με συντηρητική

αντιμετώπιση

66

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την έξοδο του ασθενή από

το νοσοκομείο

68

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

α. Ιστορικό ασθενούς με χολοκυστίτιδα	69
Σχεδιαγράμμα νοσηλευτικής φροντίδας	72
β. Περίπτωση ασθενή με χολοκυστίτιδα	74
Σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας	77
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε αυτή την εργασία, μου δίνεται η δυνατότητα να αναφερθώ στην πιο συχνή χειρουργική πάθηση η οποία προβληματίζει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού ως προς την αντιμετώπισή του, είναι η χολολιθίαση.

Μια ασθένεια η οποία βρίσκει ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε διαρκή κίνηση και δραστηριότητα στην προσπάθεια για την επίλυση των αντιδράσεων που προκαλεί στον άρρωστο.

Η ιατρική με κάθε μέσο που έχει στα χέρια της προσπαθεί για την μείωση της εμφάνισης των επιπλοκών της. Όλες οι ενέργειες που χρειάζονται να γίνουν για την αντιμετώπιση της ασθένειας βρίσκουν κάποια θέση σε αυτήν την πτυχιακή εργασία η οποία θα χωριστεί στο Γενικό και Ειδικό μέρος.

Στο Γενικό μέρος αναφέρονται όλα τα ιατρικά στοιχεία της ασθένειας και στο Ειδικό οι παρεμβάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού από την εμφάνιση ως την αποδρομή της.

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι η γνώση του θέματος ως προς την αντιμετώπιση του. Και να κατανοήσει κάθε μέλος της υγειονομικής ομάδας ότι προέχει η προάσπιση και προσαγωγή της υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η χολολιθίαση ήταν άγνωστη την περίοδο του Ιπποκράτη και του Γαληνού μια και κανένα σύγγραμμα δεν αναφέρει τίποτα γι' αυτό. Η πρώτη αναφορά γίνεται τον 14ο αιώνα από τον FOLIGUO καθηγητή στο πανεπιστήμιο της Πάδουας και βρέθηκε σε νεκροτομικό υλικό.

Η ύπαρξη χολόλιθων ήταν γνωστή από τον 6ο μ.Χ αιώνα με την ανεύρεση χολόλιθων σε βοοειδή από τον Αλέξανδρο Τραυλιανό.

Τρεις αιώνες αργότερα Πέρσης γιατρός περιγράφει χολόλιθους σε βοοειδή και αναφέρει "σιληρή σαν λίθος ουσία που βρίσκεται στην χολή ζώων, συνιστάται θεραπευτικώς στην επιληψία και στην βελτίωση της οπτικής οξύτητας. Ο Ανδρέας VASALIUS το 1543 υπήρξε ο πρώτος που αναγνωρίζει και περιγράφει την χολολιθίαση σαν νόσο. Η μελέτη της χολολιθίασης αρχίζει από τον 18ο αιώνα με πρώτους τους HOFFMAN 1733 HALER 1753.

Τον 19ο αιώνα διατυπώνεται η θεωρία περί φλεγμονώδους αιτιολογία, και η ύπαρξη φλεγμονής στην χοληδόχο κύστη ευνοεί τον σχηματισμό των λίθων. Τον τελευταίο αιώνα 1906 μετά από αρχαιολογικές μελέτες που έγιναν στις Αιγυπτιακές μούμιες, βρέθηκαν χολόλιθοι σε μια από αυτές και έγινε γνωστό ότι οι άνθρωποι πάσχουν από χολολιθίαση τουλάχιστον 3000 χρόνια.



Σήμερα γνωρίζουμε ότι πρόκειται για νόσο αρκεά συχνή με σημαντικές όμως διαφορές κατά γεωγραφικές περιοχές. Γενικά πιστεύεται ότι το 10% των κατοίκων της γης πάσχουν από χολολιθίαση δηλ. 300.000.000 άνθρωποι.

Σε παρατηρήσεις που έγιναν από τους CAVOLI NAJAUAN το 1967 βεβαιώνεται ότι σε 40.000 νεκροτομές η χολολιθίαση ανευρίσκεται σε αναλογία 9-11%

Το μεγαλύτερο ποσοστό χολολιθίασης παρουσιάζουν οι Ινδιάνοι της Αμερικής και του μεξικού, καθώς και οι Εσκιμώοι (70%) ενώ η νόσος είναι άγνωστη στους Μασάϊ, μια νομαδική φυλή της Ανατολικής Αμερικής 0%. Ενδιάμεσα ποσοστά παρουσιάζουν οι κάτοικοι της Χιλής 36%, Σουηδοί 25%, Ιάπωνες 5%, Αγγλοι 5,57%. Το ποσοστό στην Ελλάδα αν και δεν πραγματοποιήθηκε ολοκληρωμένη μελέτη υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι προσεγγίζει το ποσοστό 10%.

Σύμφωνα με μελέτες το ποσοστό της χολολιθίασης σε σχέση με το χρόνο είναι

1925-1929	ποσοστό χολολιθίασης	2,2%
140	" "	3,9%
1950	" "	5,8%
1960	" "	7,9%
1970	" "	10,0%

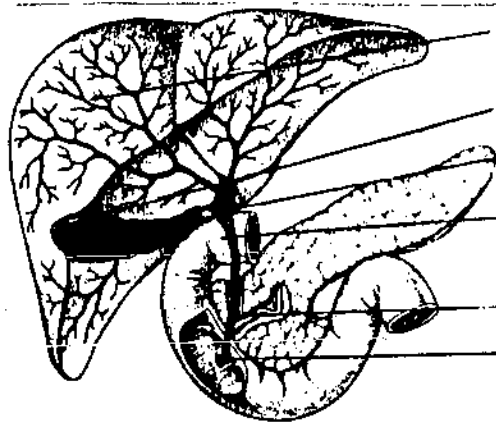
Ενα 20% του πληθυσμού θα παρουσιάσει χολολιθίαση χοληφόρων σε ηλικία 40 χρόνων.

Ενα 20% 40 ετών έχουν συμπτώματα χολολιθίασης. Στις U.S.A 15 εκατομμύρια έχουν χολολιθίαση, 300.000 χολοκυστεκτομές το χρόνο, 6.000 θανάτους από επιπλοκές ή θεραπεία. Το 20% των γυναικών μεταξύ 60-65 χρόνων, έχουν χειρουργηθεί

ένα 5% στην αντίστοιχη ηλικία. Πάνω από 60 χρόνων έχει χειρουργηθεί 10-15%.

#### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η χοληδόχος κύστη έχει σχήμα αχλαδιού, είναι λεπτός σάκος, μήκος 8-12 εκ, πλάτους 4-5 εκ., χωρητικότητας 30-50 CM<sup>3</sup>. Βρίσκεται στον κυστικό βόθρο του ήπατος στην σπλαχνική του επιφάνεια, στο πρόσθιο μέρος της δεξιάς οβελιαίας σχισμής. Με το ήπαρ συνδέεται με συνδετικό ιστό. Συνδέεται με τον Κοινό ηπατικό πόρο μέσω του Κυστικού πόρου.



Ο χοληφόρος πόρος έχει την αρχή του ήπατος θεμελιώδους ουσία του ήπατος.

Η χοληδόχος κύστη μπαίνει στο ήπαρ και παρακρέτεται μέσα στο κοινό χοληδόχο πόρο.

Λεμφαγγεία παράλληλα μετά λεμφαγγεία του κοινού χοληδόχου πόρου.

Ο κοινός χοληδόχος πόρος περνάει πίσω από το δωδεκαδάκτυλο ή το βαλβό αυτού.

Τα πάγκρεας και ο παγκρεατικός πόρος βρίσκονται σε στενή σχέση με το χοληδόχο πόρο.

Ο χοληδόχος και ο παγκρεατικός πόρος συνήθως εισέρχονται μαζί στο δωδεκαδάκτυλο.

Ανατομικές σχέσεις του χοληφόρου συστήματος.

Στην Κύστη διακρίνουμε πυθμένα, σώμα, αυχένα.

Ο Πυθμένας τυφλό άκρο, κατευθύνεται προς τα εμπρός και κάτω και προέχει από το χείλος του ήπατος (Όταν είναι γεμάτη η χοληδόχος κύστη, προβάλλει κατά 1-1,5 CM και ακουμπάει κατευθείαν στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα). Περιβάλλεται απ'όλες τις πλευρές από περιτόναιο.

Το σώμα συμφύεται σε μεγαλύτερη ή μικρότερη εκταση με την σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος, μέσα στον Κυστικό βόθρο. Η ελεύθερη επιφάνεια του σώματος καλύπτεται από το περιτόναιο και ακουμπάει στην δεξιά κοιλική καμπή. Το σώμα στενύει προς τον αυχένα της κύστης που κατευθύνεται ο αυχέννας προς τα πάνω και πίσω, προς την πύλη του ήπατος. Χωρίς σαφές όριο μεταβαίνει τοξοειδώς προς τον Κυστικό πόρο. Ο αυλός του αυχένα της κύστης και του γειτονικού τμήματος του κυστικού πόρου διαιρείται ατελώς και εμφανίζει σπειροειδής πτυχές του βλενογόνου που αποτελούν την ελικοειδή βαλβίδα του HEISTER.

Το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης έχει πάχος 1-2 CM. Αποτελείται από βλενογόνο και μια λεπτή μυϊκή στοιβάδα. Η επιφάνεια του βλενογόνου μεγαλώνει από πτυχές, που διαπλέκονται δικτυωτά και μεταξύ του βρίσκονται εμβανθύσεις και πολυγωνικές περιοχές, που σε ιστολογική τομή φαίνονται συχνά σαν "γέφυρες βλενογόνου". Το μονόστιβοι, πρισματικό, ψηλό επιθήλιο παράγει βλέννα. Περιέχει απορρογητικά κύτταρα με μικρολάχνες και κύτταρα με εκκριτικά κοκία.

Στον αυχένα της κύστης απαντώνται οι πρώτοι βλενογόνοι αδένες. Επίσης υπάρχουν λαγηνοειδή κύτταρα, που παράγουν βλέννα και των οποίων ο αριθμός αυξάνει σε χρόνιες

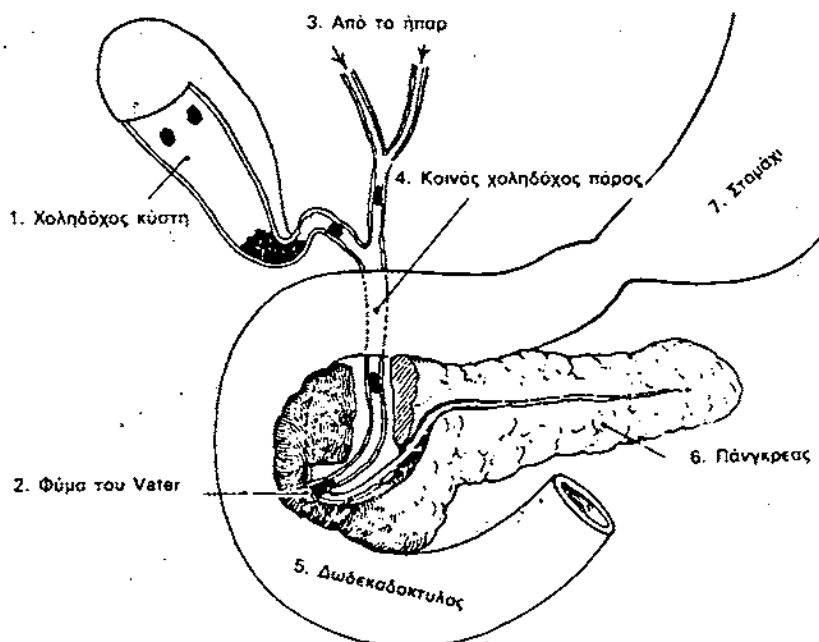
φλεγμονές π.χ. χολολιθιάσεις. Η λεπτή μυϊκή στοιβάδα της χοληδόχου κύστης είναι τροποποιημένη βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα. Αποτελείται από δικτυωτά τοποθετημένες μυϊκές σπείρες καθώς και από κυκλικές δεσμίδες λείων μυϊκών ενών που περιβάλλουν τον πυθμένα. Ο αυλός, του αυχένα της χοληδόχου κύστεως και του γειτονικού τμήματος κυστικού πόρου διαιρείται ατελώς από ελικοειδείς πτυχές. Ο πόρος του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως προσαρμόζεται στο βαθμό πλήρωσής της. Όταν αυξάνεται απότομα η ενδοκοιλιακή πίεση, π.χ. βήχας, οι πτυχές της ελικοειδούς βαλβίδας έρχονται η μια πάνω στην άλλη και εμποδίζουν την κένωση της χοληδόχου κύστεως. Όταν εισχωρήσει όξινο γαστρικό υγρό στον δωδεκαδάκτυλο προάγεται από το βλεννογόνο του λεπτού εντέρου η ορμόνη χολοκυστοκινίνη που προκαλεί σύσπαση της χοληδόχου κύστεως. Έτσι η χολή προωθείται από το ήδη ανοικτό στόμιο του χοληδόχου πόρου προς το δωδεκαδάκτυλο.

Η χολή μέσω των μεγάλων χοληφόρων πόρων φτάνει από το ήπαρ στο δωδεκαδάκτυλο. Με τους χοληφόρους πόρους συνάπτεται σαν προσάρτημα για αποθήκευση η χοληδόχος κύστη. Όταν δεν γίνεται πέψη, η εκβολή προς το δωδεκαδάκτυλο είναι κλειστή.

#### Μεγάλοι χοληφόροι πόροι

Οι μεγαλύτεροι χοληφόροι πόροι έχουν τη διάμετρο περίπου ενός μολυβιού και κεντρικά μεν από την έκχυση του κυστικού πόρου, που οδηγεί στην χοληδόχο κύστη, λέγονται κοινός ηπατικός πόρος, περιφεριακά δε χοληδόχος πόρος.

Ο κοινός ηπατικός πόρος σχηματίζεται στην πύλη του ήπατος από την ένωση του αριστερού και δεξιού ηπατικού πόρου, έχει μήκος 4-6 CM και προσφέρει μέσα στον ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο δεξιά από την πυλαία φλέβα.



Χοληδόχος κύστη και χοληφόροι οδοί.

Ο χοληδόχος πόρος έχει μήκος 6-8 CM και αρχικά φέρεται στο ελεύθερο χείλος του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, πών από τον δωδεκαδάκτυλο, ύστερα δε διασταυρώνεται με το πίσω μέρος της άνω μοίρας του δωδεκαδακτύλου. Ο χοληδόχος πόρος πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος ή μέσα από το παρέγχυμα του αδένου φτάνει στην πίσω και έσω πλευρά της κατιούσας μοίρας του δωδεκαδακτύλου και μπαίνει στο τοίχωμα του. Εδώ ο χοληδόχος πόρος δημιουργεί στον βλεννογόνο

νογόνο του δωδεκαδακτύλου την επιμήκη πτυχή, εκβάλλει δε σε μια υπέγερση στο κάτω άκρο της πτυχής αυτής, την μείζονα θηλή.

Σε περισσότερο από 50% των περιπτώσεων τα άκρα των δύο πόρων ενώνονται με κοινή διευρυσμένη εκβολή την ηπατοπαγκρεατική λήκυθο. Σύμφωνα με ακτινολογικές παρατηρήσεις σε ζωντανούς οργανισμούς ο χοληδόχος πόρος και παγκρεατικός πόρος εκβάλλονται στον δωδεκαδάκτυλο στις περισσότερες περιπτώσεις χωριστά.

Ο βλεννογόνος των μεγάλων χοληφόρων οδών αποτελείται από μια στοιβάδα ψηλών πρισματικών, επιθηλιακών κυττάρων και παχύ χόριο απόδεσμίδες κολλαγόνων ινών, που είναι πλούσιες σε ελαστικά δύκτια, περιέχει όμως μόνο μεμονομένες δεσμίδες λείου μυϊκού ιστού. Στο βλεννογόνο βρίσκονται πολυάριθμοι βλεννογόνοι αδένες. Μόνο σε μήκος 5 CC περίπου, στην εκβολή του χοληδόχου πόρου στον δωδεκαδάκτυλο υπάρχει μια κλειστή σπειροειδής και κυλοτερής στοιβάδα με την μορφή του σφιγκτήρα μυός του χοληδόχου πόρου. Επίσης, και η εκβολή του παγκρεατικού πόρου περιβάλλεται από κυλοτερείς μυϊκές δεσμίδες. Αν υπάρχει ανεπτυγμένη ηπατοπαγκρεατική λήκυθος, οι κυλοτερείς μυϊκές δεσμίδες σχηματίζουν στην εκβολή της ένα σφιγκτήρα μη της ηπατοπαγκρεατικής ληκύθου. Όταν γίνεται η πέψη ο σφιγκτήρας του χοληδόχου πόρου είναι συνεσπασμένος, η ροή της χολης σταματάει και έτσι αυτή φτάνει μέσω του κυστικού πόρου στη χοληδόχο κύστη. Λίγο μετά την πέψη της τροφής, ανοίγει η εκβολή του χοληδόχου πόρου. Οι σφιγκτήρες και οι πτυχές του βλεννογόνου της περιοχής της εκβολής εμποδίζουν κατά κανόνα, την είσοδο

εντερικών περιεχομένων στους εκφορητικούς πόρους και χολής στον παγκρεατικό πόρο.

#### Νεύρωση χοληδόχου κύστης

Τα νεύρα έρχονται στην κύστη με το ηπατικό πλέγμα, που είναι προέκταση του κοιλιακού πλέγματος, από την ιδίως ηπατική αρτηρία. Το πνευμοονογαστικό νεύρο είναι μικτό (αισθητικές, κινητικές και κύριως παρασυμπαθητικές ίνες). Ο αισθητικός πυρήνας είναι το σφιγκτικό και το οξώδες γάγγλιο. Οι κεντρικές ίνες των κυττάρων των γάγγλιων έρχονται σ' ένα πυρήνα στον προμήκη και καταλήγουν στην φαιά πτέρυγα. Ο κινητικός πυρήνας (μικρός πυρήνας) βρίσκεται στον προμήκη. Από τον ραχιαίο πυρήνα εκφύονται παρασυμπαθητικές ίνες.

#### Αγγείωση χοληδόχου κύστης

Η χοληδόχος κύστη λαμβάνει αίμα από την κυστική αρτηρία η οποία είναι κλάδος του δεξιού κλάδου της ηπατικής αρτηρίας και διαιρείται σε πρόσθιο και οπίσθιο κλάδο για το τοίχωμα της χοληδόχου κυστεως. Η κυστική φλέβα εκβάλλει κατευθείαν στο δεξιό κλάδο της πυλαίας φλέβας. Τα λεμφαγγεία φέρονται στους ηπατικούς λεμφαδένες κοντά στην πύλη του ήπατος.

### Φυσιολογία της χοληδόχου κύστεως

Η χολή που εκκρίνεται από το ηπατικό κύτταρο, μέσα στα χοληφόρα τριχοειδή, αποτελεί υδατικό διάλυμα διαφόρων ουσιών, με πολυ μεγάλη αναλογία ύδατος (96-97%). Οι ουσίες αυτές είναι χολικά οξέα, χολοχρωστικές, χοληστερόλη, λεκιθίνη, λιπαρά οξέα και πρωτεΐνες (μικρές ποσότητες), ανόργανα άλατα και μεγάλος αριθμός διαφόρων προϊόντων του μεταβολισμού του ήπατος.

Τα χολικά οξέα, που συνθέτονται στο ήπαρ από χοληστερόλη, είναι τα κύρια ή πρωτογενή, χινοδεοξυχολικό οξύ και χολικό οξύ. Στο λεπτό έντερο, με τη δράση των βακτηριακών ενζύμων επί των κυρίων χολικών οξέων, συνθέτονται τα δευτερογενή χολικά οξέα δεοξυχολικό και λιθοχολικό οξύ. Τα χολικά οξέα συνδέονται με τταυρίνη και γλυκίνη και σχηματίζουν ταυροχολικό οξύ, γλυκοχολικό οξύ κ.λ.π. Όλα τα χολικά οξέα, εκτός από το λιθοχολικό, επανααρροφώνται στον τελικό ειλεό και επανεκκρίνονται από το ήπαρ στη χολή, δημιουργώντας έτσι τον "εντεροηπατικό κύκλο" των χολικών οξέων. Το σύνολο των χολικών οξέων ή "δεξαμενή των χολικών οξέων" στον άνθρωπο, είναι 3-5 GR και οι ημερήσιες απώλειες με τα κόπρανα, είναι 200-600 MG.

Σε νοσήματα του ήπατος και των χοληφόρων, επέρχεται διαταραχή στην απέκκριση και τον εντεροηπατικό κύκλο των χολικών οξέων, οπότε αυτά συσσωρεύονται στο αίμα και εναποτίθενται στους ιστούς. Ο κνησμός που συνοδεύει τον αποφρακτικό ίκτερο, οφείλεται στην εναπόθεση χολικών αλάτων στο δέρμα.



Τα χολικά οξέα ενώνονται με νάτριο ή κάλιο και σχηματίζουν τα χολικά άλατα.

Η ενεργητική μεταφορά των χολικών οξέων από το ηπατικό κύτταρο, αποτελεί τον κύριο ρυθμιστικό παράγοντα του ποσού της χολής που πρόκειται να εκκριθεί. Η σύνθεση των χολικών οξέων από το ηπατικό κύτταρο, ρυθμίζεται από τη συχνότητα με την οποία αυτά κυκλοφορούν με τον εντεροπαιητικό κύκλο και από το ποσό τους που χάνεται σε κάθε κύκλο.

Η χοληστερόλη είναι αδιάλυτη στο νερό. Στο πλάσμα παραμένει διαλυτή σε σύνδεση με τις λιποπρωτεΐνες και στη χολή, σε σύνδεση με τα μικύλλια. Η διάλυση της χοληστερόλης στη χολή, απαιτεί όχι μόνο έναν σάπωνα που να δίνει τα μικύλλια (χολικά οξέα) αλλά και ένα λιπίδιο που να διογκώνει τα μικύλλια. Στη χολή το λιπίδιο αυτό είναι ένα φωσφολιπίδιο, η λεκιθίνη.

Η λεκιθίνη είναι διαλυτή στο νερό, αλλά διογκώνεται απ αυτό. Η λεκιθίνη χαρακτηρίζεται σαν διογκούμενο αμφιπαθές ενώ τα χολικά οξέα σαν διαλυτά αμφιπαθή.

Η περιοχή που συνθέτονται τα μικύλλια δεν είναι γνωστή, αλλά είναι πιθανόν ότι η σύνθεση γίνεται στα ηπατικά τριχοειδή. Πιστεύεται ότι η χοληστερόλη και τα φωσφολιπίδια της χολής, είναι τμήματα της πλασματικής μεμβράνης των ηπατικών τριχοειδών, που διασπάθηκε κατά την έκκριση των χολικών αλάτων. Στη συνέχεια μέσα στα τριχοειδή, τα φωσφολιπίδια και η χοληστερόλη αναπροσανατολίζονται στο χώρο και δημιουργούν τα μικύλλια. Τα μικύλλια αυτά έχουν μοριακό βάρος 10.000-70.000.

Η προσθήκη λεκιθίνης σε μίγμα χολικών αλάτων, όπως εί-

ναι η ανθρώπινη χολή, ελαττώνει τον αριθμό των μορίων των χολικών αλάτων που χρειάζονται για την διάλυση ενός μορίου χοληστερόλης, από 35 σε 10 μόρια.

Η χοληστερόλη της χολής, προέρχεται κυρίως από το πλάσμα και πιστεύεται ότι αποτελεί το τελικό προϊόν των λιποπρωτεϊνών του πλάσματος. Η χοληστερόλη που απεκκρίνεται μαζί με τη χολή στο έντερο (700 MG/24 ώρες) αποτελεί τη σημαντικότερη απώλεια χοληστερόλης από τον οργανισμό.

Ο βαθμός κορεσμού της χολής σε χοληστερόλη, εξαρτάται κυρίως από τη σχετική αναλογία των χολικών αλάτων, των φωσφολιπιδίων και της χοληστερόλης και βρίσκεται σε απόλυτη σχέση με την ταχύτητα εκκρίσεως των χολικών οξέων και των φωσφολιπιδίων στη χολή. Εάν σταματήσει η έκκριση των χολικών οξέων, σταματά και η έκκριση των άλλων δύο λιπιδίων. Με την αύξηση της εκκρίσεως των χολικών οξέων, η έκκριση των φωσφολιπιδίων αυξάνει περισσότερο από εκείνη της χοληστερόλης, οπότε εξηγείται το γιατί σ' αυτές τις περιπτώσεις, ελαττώνεται ο κορεσμός της χολής σε χοληστερόλη.

Τα χολικά άλατα, η λεκιθίνη, η χοληστερόλη και η χολερυθρίνη, αποτελούν το 90% των στερεών συστατικών της χολής. Σε μεγαλύτερη αναλογία βρίσκονται τα χολικά άλατα και η λεκιθίνη.

Οι χολοχρωστικές αποτελούνται κυρίως από συνδεδεμένη χολερυθρίνη, διγλυκονουρίδια και ουροχολινογόνο.

Οι ηλεκτρολύτες ανευρίσκονται σε συγκέντρωση ίδια με εκείνη του πλάσματος και είναι κυρίως τα κατιόντα νάτριο, κάλιο, ασβέστιο και μαγνήσιο και τα ανιόντα χλώριο και διττανθρακικά.

Το ΡΗ της χολής κυμαίνεται από 6-8,8 το ειδικό βάρος της είναι 1,011 και η ωσμωτική της πίεση 30 MOSM KG, σχεδόν ίση με εκείνη του πλάσματος.

Η χολή επιτελεί και συμμετέχει σε σειρά σπουδαίων λειτουργιών.

1. Συμμετέχει στην υδρόλυση και απορρόφηση των λιπιδίων, με τον μηχανισμό της γαλακτωματοποίησης.
2. Συμβάλλει στην απορρόφηση του ασβεστίου, του σιδήρου και του χαλκού, της χοληστερόλης και των λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, Κ και Ε.
3. Ενεργοποιεί και διεγείρει την έκκριση ορισμένων πεπτικών ενζύμων (λιπάσης).
4. Εξουδετερώνει το γαστρικό υγρό στον 12δάκτυλο.
5. Χρησιμεύει σαν μέσο αποβολής διαφόρων στοιχείων που μεταβολίζονται στο ήπαρ.

Οι λειτουργίες της χοληδόχου κύστης είναι η αποθήκευση, η συμπύκνωση και απέκκριση της χολής που παράγεται από το ηπατικό κύτταρο. Η χολή αυτή φτάνει στη χοληδόχο κύστη από τους χοληφόρους πόρους, που τη μεταφέρουν και κανονίζουν τη ροή της.

Το ήπαρ εκκρίνει 600-1200 ML χολής την ημέρα. Η χοληδόχος κύστη συμπυκνώνει τη χολή 5-10 φορές, με την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών κυρίως νατρίου, χλωρίου και διττανθρακικών και απεκκρίνει χολή με ειδικό βάρος 1,04. Η απορροφητική ικανότητα του βλεννογόνου της χοληδόχου κύστης, κατά μονάδα επιφάνειας είναι μεγαλύτερη εκείνης του λεπτού εντέρου.

Σε φυσιολογικές συνθήκες, η χοληδόχος κύστη δεν απορ-

ροφά χολοχρωστικές, χολικά άλατα, πρωτεΐνες και λιπίδια. Ο βλεννογόμος της εκκρίνει πυκνότερη βλέννα, η οποία σε παρατεταμένη απόφραξη των χοληφόρων, όταν σταματήσει η έκκριση χολής, είναι αναυρισκόμενη σε αυτά "λευκή χολή". Βλέννα είναι δυνατόν να εκκρίνεται σε παρατεταμένη απόφραξη και από το επιθήλιο των χοληφόρων πόρων.

Οι χοληφόροι πόροι δεν αποτελούν απλούς αγωγούς, αλλά επιδρούν στη ροή και στην σύνθεση της χολής. Το τοίχωμα τους είναι διαβατό στο νάτριο και το κάλιο, εκκρίνουν ενεργητικά ύδωρ και ηλεκτρολύτες και η χολεκκριτική δράση ορισμένων ουσιών (σεκρετίνη), είναι μεγαλύτερη στους πόρους και μικρότερη στα χοληφόρα τριχοειδή.

Όταν δεν υπάρχει τροφή στο 12δακτύλο, ο σφιγκτήρας του ODDI βρίσκεται σε σύσπαση. Η χολή που παράγεται συνεχώς από το ήπαρ και παραμένει μέσα στους πόρους, παλινδρομεί και εισέρχεται στη χοληδόχο κύστη, όπου αποθηκεύεται και συμπηκνώνεται.

Η είσοδος τροφής στον 12δακτύλο, προκαλεί έκκριση χολοκυστοκινίνης (CCK). Η ορμόνη αυτή προκαλεί σύσπαση της χοληδόχου κύστης, χάλαση του σφιγκτήρα του ODDI και του 12δακτύλου και ελεύθερη ροή της χολής στο 12δακτύλο. Τα λίπη και οι πρωτεΐνες είναι ισχυρά ερεθίσματα για τη σύσπαση της χοληδόχου κύστης, ενώ οι υδατάνθρακες έχουν μικρή επίδραση σε αυτή. Μετά από χολοκυστεκτομή, η ρύθμιση της ροής της χολής εξαρτάται μόνο από το σφιγκτήρα του ODDI.

Η εκκριτική πίεση του ήπατος κυμαίνεται κατά τη διάρκεια του 24ώρου, με μέσο όρο τα 300 MM στήλης ύδατος. Όταν ο σφιγκτήρας του ODDI είναι συσπασμένος, η χοληδόχος κύστη

ευρίσκεται σε φάση ηρεμίας, με ενδαυλική πίεση 100 MM ύδατος; οπότε η χολή που παλινδρομεί στον χοληδόχο πόρο, εισέρχεται στη χοληδόχο κύστη, λόγω της διαφοράς της ενδαυλικής πίεσης σ'αυτά. Κατά τη διάρκεια των γευμάτων η χοληδόχος κύστη; συσπάται, η ενδαυλική πίεση αυξάνει πολύ (200-300 MM ύδατος) και σε συνδιασμό με την χάλαση του σφιγκτήρα του ODDI και την πτώση της ενδαυλικής πίεσης στο χοληδόχο πόρο, επιτυγχάνεται η ελεύθερη ροή της χολής στο 12δάκτυλο. Πιέσεις μέσα στους χοληφόρους πόρους, μεγαλύτερες από 350 MM ύδατος, προκαλούν αναστολή της εκκρίσεως της χολής από το ηπατικό κύτταρο.

Η χολοκυστοκινίνη έχει και χολοεκκριτική δράση που ενισχύεται από τη δράση τη ρσεκρετίνης. Η γαστροίνη και η γλυκαγόνη, φυσιολογικώς δεν συμμετέχουν στην έκκριση και την παροχέτευση της χολής.

#### Προδιαθεσιακοί παράγοντες

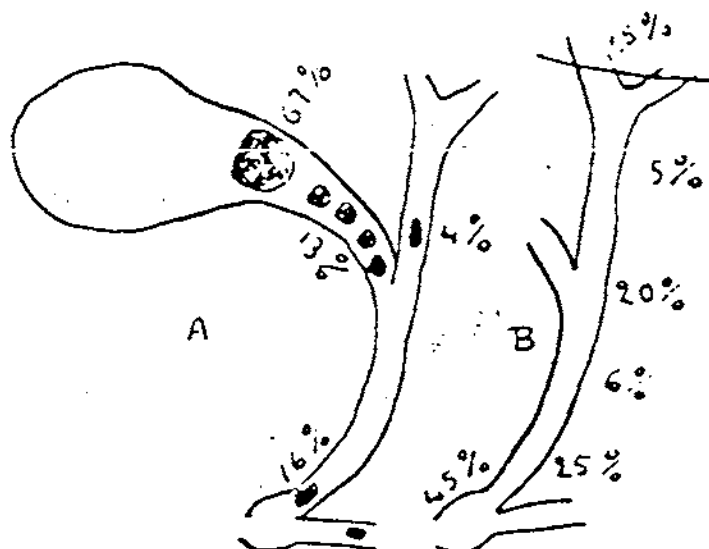
1. Στους πυρήνες των λίθων που σχηματίζονται υπάρχει κάποιο μικρόβιο και συνήθως το μικρόβιο αυτό είναι το κολοβακτηρίδιο. Γύρω από τον πυρήνα καθιζάνουν κρύσταλλοι χοληστερόλης και αυτό αποτελεί την αρχή της δημιουργίας των λίθων.

2. Υπάρχουν όμως και λιθιάσεις που οφείλονται σε μεταβολικούς παράγοντες Ξ:συγγενείς, δίαιτα.

3. Υπάρχουν και υποβοηθητικοί παράγοντες που είναι γνωστοί :

1) Αντισυλληπτικό χάπι

- 2) Εκγυμοσύνη
- 3) Υπερχοληστερολαιμία
- 4) Παχυσαρκία
- 5) Χαμηλού υπολείματος δίαιτα
- 6) Ειτομή τελικού ειλεού (κύκλος χολικών αλάτων)
- 7) Σήψη
- 8) Ανατομικές ανωμαλίες
- 9) Ανωμαλίες επιθηλίου χοληδόχου κύστης



— Αναλογίαι έντοπίσεως τών λίθων  
κατά τας χοληφόρους οδούς.

#### Κλινική εικόνα - Κλινικά σημεία

Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου όταν αυτή χαρακτηρίζεται απλώς από την ύπαρξη λίθων και δεν έχει επιπλακεί με χολοκυστίτιδα ή παγκρεατίτιδα κ.τ.λ. μπορεί να είναι από έντονη ως ανύπαρκτη.

Ηπια κολικοειδή άλγη κατά καιρούς στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου ή ακόμη εντονώτερη συμπτωματολογία πόνου (κολικός) ύστερα από λήψη πλούσιων σε λίπος γευμάτων είναι ενδεικτικά υπάρξεως χολολιθιάσεως.

Συνοψίζοντας για την κλινική εικόνα της χολολιθιάσης αναφέρονται τα παρακάτω συμπεράσματα:

- α) Ηπίος κατά καιρούς πόνος στο δεξιό υποχόνδριο
- β) Κωλικός του δεξιού υποχονδρίου
- γ) Βάρος στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο ή οσφυ
- δ) Τάση για εμετό ή και εμετοί.
- ε) Καύσος στο επιγάστριο
- στ) Δυσκοιλιότητα
- ζ) Ερυγές
- η) Ανύπαρκτη συμπτωματολογία

Τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης εξαρτώνται από τον βαθμό των ενοχλημάτων και από την πιθανή συνύπαρξη επιπλοκών ή άλλων παθήσεων.

#### Διάγνωση της χολοκυστίτιδας

Η διάγνωση τεκμηριώνεται κατά πρώτο λόγο με το υπερηχοτομογράφημα και κατά δεύτερο λόγο με τη στοματική ή ενδοφλέβιο χολοκυστογραφία.

Πριν όμως γίνουν αυτές οι εξετάσεις γίνεται η γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς με τον α) βιοχημικό έλεγχο ούρων-κοπράνων, β) ακτινολογική μελέτη τόσο κατά την προεγχειρητική όσο και την μετεγχειρητική αξιολόγηση του αρρώστου.

### Χολοκυστογραφία

Η σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης, επιτυγχάνεται με τη χορήγηση από το στόμα, σκιαγραφικού σκευάσματος με οργανικό ιώδιο που απορροφάται στο έντερο, απεκκρίνεται από το ηπατικό κύτταρο στη χολή και με τη συγκέντρωση του στη χοληδόχο, κύστη, την σκιαγραφεί. Η αποκάλυψη ακτινοδιαβητών ελλειμάτων μέσα στη χοληδόχο κύστη ή η μη σκιαγράφιση της, θέτουν την διάγνωση της παθήσεως. Η μη σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης μπορεί να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες, εκτός από τις παθήσεις της χοληδόχου κύστης, όπως σε ανεπαρκή δόση φαρμάκου, μη απορρόφηση από τον εντερικό βλεννογόνο, ηπατική βλάβη και μη καλή απέκκριση από το ηπατικό κύτταρο και μερικές φορές σε κακή τεχνική.

Όταν η χολερυθρίνη του ορού είναι περισσότερη από 2,5-3 MG%, η χοληδόχος κύστη δεν σκιαγραφείται και η χολοκυστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται.

### Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία

Η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία εκτελείται σε ασθενείς που δεν μπορούν να πάρουν το σκιαγραφικό από το στόμα, σε ασθενείς με χολοκυστεκτομή και όταν επιθυμούμε σκιαγράφιση των χοληφόρων πόρων. Η μέθοδος έχει επίσης ένδειξη για την διαφορική διάγνωση σε ασθενείς με οξεία κοιλία, όπου η σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης με τη μέθοδο αυτή, αποκλείει την οξεία χολοκυστίτιδα.

Η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία, δεν πρέπει να θεωρείται



σαν διαγνωστική μέθοδος καθημερινής πρακτικής, αλλά πρέπει να εκτελείται μόνο με σαφείς ενδείξεις, αφού η ΙΟΔΟΡΑΜΙΔΕ, είναι μια από τις πιο τοξικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στην κλινική ακτινολογία και όχι μεγάλης διαγνωστικής αξίας

Έχουν αναφερθεί 1 θάνατος σε 5.000 ενδοφλέβιες χολαγγογραφίες, 1 1.600 σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις και 1 700 μέτριες αλλεργικές αντιδράσεις. η στάγδην χορήγηση του φαρμάκου έχει μειώσει τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Μερικές φορές συνδυάζεται με τη χολοκυστογραφία ή με τομογραφία της περιοχής.

Με τιμές χολερυθρίνης μεγαλύτερες από 3 MG%, η μέθοδος δεν εφαρμόζεται.

#### Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP)

Με τη βοήθεια εύκαμπτου 12δακτυλοσκοπίου πλαγίας οράσεως, είναι δυνατή η είσοδος καθετήρα από τη λήκυθο του VATER στον χοληδόχο ή και στον παγκρεατικό πόρο. Η έγχυση σκιαγραφικού φαρμάκου, επιτυγχάνει την απεικόνιση του χοληφόρου ή του παγκρεατικού συστήματος των πόρων.

Η εξέταση αυτή δεν είναι μέθοδος καθημερινής πρακτικής και απαιτεί οργανωμένη ενδοσκοπική και ακτινολογική μονάδα. Όταν υπάρχει εμπειρία, η διαγνωστική της ακρίβεια είναι μεγάλη (85%), αλλά αναφέρονται και ποσοστά μόνο έως 35%. Είναι πολύ χρήσιμη μέθοδος στη διαφορική διάγνωση των ικτέρων και του αιτίου της αποφράξεως (λίθος, νεοπλασία κ.α.) Κατά την εφαρμογή της μπορούν να ληφθούν δείγματα χολής και παγκρεατικού υγρού, για καλλιέργεια ή κυτταρολογική εξέταση.

Επιπλοκές της μεθόδου είναι η παγκρεατίτιδα και η μι-

κροβλαιμία.

Αντενδείξεις για τη χρησιμοποίηση της είναι η οξεία παγκρεατίτιδα, η οξεία κοιλία, η εντερική απόφραξη και οι γενικές αντενδείξεις κάθε ενδοσκοπικής μεθόδου του ανώτερου πεπτικού.

#### Υπερηχοτομογράφημα

Η μελέτη των χοληφόρων με το υπερηχοτομογράφημα, έχει προσφέρει την τελευταία 10ετία, μεγάλη βοήθεια στη διάγνωση και τη μελέτη των παθήσεων των χοληφόρων.

Είναι μέθοδος ευαίσθητη και μεγάλης διαγνωστικής ακρίβειας, ιδιαίτερα όσον αφορά στις παθήσεις της χοληδόχου κύστης, σε μη σκιαγραφόμενη χοληδόχο κύστη, σε ικτερικούς ασθενείς και σε ασθενείς με οξεία προβλήματα.

Με το υπερηχοτομογράφημα ανευρίσκεται η διάταση του χοληφόρου συστήματος, αλλά υπάρχουν δυσκολίες στη διάγνωση λίθων στο χοληδόχο πόρο, όταν έχουν διάμετρο μικρότερη από 0,5 CM. Ανάλυση των μετρήσεων της διαμέτρου των χοληφόρων πόρων στο υπερηχοτομογράφημα, δείχνει ότι όταν τα εξωηπατικά χοληφόρα είναι μεγαλύτερα από 1 CM και τα ενδοηπατικά μεγαλύτερα από 0,5 CM, η απόφραξη των χοληφόρων πρέπει να θεωρείται πιθανή. Χοληδόχος κύστη με τοίχωμα πάχους μικρότερο από 3 MM, θεωρείται φυσιολογική.

Η ανεύρεση με το υπερηχοτομογράφημα λάσπης στη χοληδόχο κύστη δεν αποτελεί, αν είναι το μοναδικό εύρημα, ένδειξη χολοκυστεκτομής. Είναι ίζημα χολερυθρινικού ασβεστίου που μπορεί να συνοδεύει τη λιθίαση της χοληδόχου κύστης, αλλά μπορεί να είναι και τελείως ανεξάρτητο και να δείχνει απλή στάση της χολής στη χοληδόχο κύστη, όπως γίνεται μετά από

παρατεταμένη νηστεία.

Το υπερηχοτομογράφημα αποτελεί μέθοδο εκλογής στη διάγνωση των συγγενών παθήσεων των χοληφόρων (κύστη, χοληδόχου πόρου, διπλή χοληδόχος κύστη) και έχει απόλυτη ένδειξη εφαρμογής στα παιδιά. Άλλο πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι συγχρόνως λαμβάνουμε πληροφορίες και από τα γειτονικά των χοληφόρων όργανα, όπως το ήπαρ και το πάγκρεας.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι είναι μέθοδος γρήγορη, φθηνή, αναίμακτη και δεν παρουσιάζει ουδεμία επιπλοκή.

#### Απλή ακτινογραφία κοιλίας

Η εξέταση αυτή και μόνο, είναι δυνατόν να θέσει τη διάγνωση της χολολιθιάσεως, στο 10-20% των περιπτώσεων που οι λίθοι περιέχουν αρκετό ασβέστιο, για να είναι ακτινοσκιεροί.

Άλλες παθήσεις των χοληφόρων εκτός από τη λιθίαση, είναι επίσης δυνατόν να διαγνωσθούν με την απλή αυτή μέθοδο. Αέρας στο χοληδόχο πόρο και τους ηπατικούς πόρους, είναι διαγνωστικό σημείο επικοινωνίας των χοληφόρων με τον πεπτικό σωλήνα. Στην εμφυσηματική χολοκυστίτιδα, το τοίχωμα και ο αυλός της χοληδόχου κύστης περιέχουν αέρα. Στον ειλεό από χολόλιθο, εκτός από τα υδραερικά επίπεδα, είναι δυνατόν να σκιαγραφηθεί και ο χολόλιθος που αποφράει τον αυλό του εντέρου. Σε ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα μερικές φορές αποκαλύπτεται διατεταμένη έλικα λεπτού εντέρου με υδραερικά επίπεδα στο δεξιό υποχόνδριο. Μάζα πλησίον του ήπατος μπορεί

ρεί να παρατηρηθεί σε ύδρωπα ή εμπύημα της χοληδόχου κύστης.

#### Χημική και μικροβιολογική εξέταση της χολής

Η λήψη δείγματος της χολής επιτυγχάνεται με 12δακτυλικό καθετήριασμό και συμβάλλει στη διάγνωση της χρόνιας χολοκυστίτιδας. Η ανεύρεση κρυστάλλων χολερυθρινικού ασβεστίου ή χοληστερόλης σε χολή που προέρχεται από την χοληδόχο κύστη (χολή Β), αποτελεί σαφή ένδειξη ότι πρόκειται για χολολιθίαση.

Επίσης η καλλιέργεια της χολής όταν είναι θετική ενισχύει τη διάγνωση και προσδιορίζει τον μικροβιακό παράγοντα.

#### Εγχειρητική χολαγγειογραφία

Μ' αυτή παρατηρούνται ανατομικές παραλλαγές των χοληφόρων, αποκαλύπτονται λίθοι, νεοπλασίες, στενώσεις και άλλα αίτια των παθήσεων των χοληφόρων και τίθενται οι ενδείξεις για τη διερεύνηση του χοληδόχου πόρου. Σε ασθενής όπου έχει προηγηθεί χολοκυστεκτομή, η χολαγγειογραφία γίνεται μετά από παρακέντηση με λεπτή βελόνα του χοληδόχου πόρου και έγχυση του σκιαγραφικού φαρμάκου.

Η συστηματική εφαρμογή της εγχειρητικής χολαγγειογραφίας, σε κάθε εγχείρηση χολοκυστεκτομής :

- α) αποκαλύπτει λίθους μέσα στους χοληφόρους πόρους
- β) περιορίζει το ποσοτό των αρνητικών διερευνήσεων του χοληδόχου πόρου από 72% χωρίς χολαγγειογραφία σε 35%.

γ) έχει ελάττωση τη συχνότητα της υπολειματικής λιθιάσης από 20% σε 2-6%

δ) με την αναγνώριση των συχνών ανατομικών παραλλαγών της περιοχής, ελαττώνει τις πιθανότητες τραυματισμού και στενώσεων των χοληφόρων.

Η μετά χοληδοχοτομή τοποθέτηση του σωλήνα T στο χοληδόχο πόρο και η εκτέλεση χολαγγειογραφίας δια του T, πριν από τη σύγκλιση των κοιλιακών τοιχωμάτων, αποτελεί εξέταση που εκτελείται πάντοτε. Με αυτή είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν υπολειματικοί λίθοι στους χοληφόρους πόρους, μακρύ κολόβωμα του κυστικού πόρου με ή χωρίς λίθο, διαφυγή από τραυματισμό των χοληφόρων ή από το σημείο συρραφής της χοληδοχοτομής στενώσεις, νεοπλασίες κ.α.

## ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Η χολολιθίαση είναι το αίτιο της οξείας χολοκυστίτιδας, σε 85-95% των περιπτώσεων. Η απόφραξη του κυστικού πόρου από λίθο ενσφηνωμένο στο θύλακα του HARTMANN, η διάταση και η φλεγμονή της χοληδόχου κύστης, αποτελούν το μηχανισμό με τον οποίο εμφανίζεται η νόσος σε 95% των περιπτώσεων.

Η εξέλιξη της νόσου θα εξαρτηθεί από :

- α) Το εάν θα λυθεί η απόφραξη
- β) Τη βαρύτητα της μικροβιακής προσβολής
- γ) Την ηλικία του ασθενή.
- δ) Στην ύπαρξη άλλων επιβαρυντικών παραγόντων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης κ.α.

Η νέκρωση του βλεννογόνου, το ύπορογόνο οίδημα και οι αιμορραγίες, είναι οι παρατηρούμενες παθολογοανατομικές αλλοιώσεις της χοληδόχου κύστης. Στο τελικό στάδιο της νόσου, αναπτύσσεται ίνωση της κύστης.

Γάγγραινα και διάτρηση (10-15%) είναι δυνατόν να εμφανιστούν την 3η μέρα από την έναρξη της νόσου, αλλά συνήθως συμβαίνουν τη δεύτερη εβδομάδα. Στις περιπτώσεις που η νόσος υποχωρήσει, οι οξείες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις υποχωρούν πλήρως, συνήθως σε 4 εβδομάδες.

Στις περισσότερες χοληδόχους κύστες (90%) που αφαιρούνται στην οξεία φάση της νόσου, ανευρίσκονται αλλοιώσεις χρόνιας φλεγμονής, αν και οι ασθενείς δεν αναφέρουν προηγούμενες προσβολές της νόσου.

Ο παθογενετικός μηχανισμός της νόσου περιλαμβάνει, τον τραυματισμό του βλεννογόνου της χοληδόχου κύστης από λίθο, ακολουθεί η αελευθέρωση φωσφολιπιδίων και η μετατροπή της λεκιθίνης σε λυσολεκιθίνη, η οποία είναι τοξική και επιτείνει τη φλεγμονή που υπάρχει και έχει προκληθεί από την απόφραξη του κυστικού πόρου. Θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι η απόφραξη του κυστικού δεν προκαλεί φλεγμονή, παρά μόνο εάν η χολή που περιέχεται μέσα στη χοληδόχο κύστη είναι υπερκορεσμένη με χοληστερόλη. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις η χολή της χοληδόχου κύστης είναι μικροβιακά μολυσμένη, τα βακτηρίδια φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια της οξείας χολοκυστίτιδας.

Τελικά φαίνεται ότι ο σπουδαιότερος παράγοντας ο οποίος καθορίζει και την εξέλιξη της φλεγμονής, είναι η απόφραξη.

Κλινική εικόνα. Πόνος που εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο, με αντανάκλαση μερικές φορές στη δεξιά ωμοπλάτη, είναι το πρώτο σύμπτωμα της οξείας χολοκυστίτιδας. Ο πόνος αυτός διαφέρει από τους προηγούμενους κολικούς που έχει συνήθως ο ασθενής, στο ότι επιμένει και επιπλέον ανευρίσκεται ευαισθησία της κοιλιάς στην ψηλάφηση. Ναυτία και έμετος αναφέρονται συχνά (50%).

Η θερμοκρασία ανέρχεται έως 38-38,5°C. Υψηλός πυρετός και ρίγη είναι ενδεικτικά επιπλοκής ή λανθασμένης διάγνωσης. Υπίκτερος παρατηρείται στο 10% των περιπτώσεων.

Το σημείο MARPHY, πόνος, μετά από πίεση στο δεξιό υποχόνδριο κάτω από το πλευρικό τόξο, με τον ασθενή σε βα-

θειά εισπνοή, είναι θετικό. Ο ασθενής αποφεύγει να κινείται, γιατί ο πόνος επιδεινώνεται λόγω ερεθισμού του τοιχώματικού περιτοναίου, με το βήχα, τη βαθιά εισπνοή και γενικά τις κινήσεις.

Ψηλαφητή χοληδόχος κύστη ανευρίσκεται σε 35% των ασθενών.

Εργαστηριακά ευρήματα. Τα λευκοκύτταρα, κυρίως τα πολυμορφόπυρρηνα, ανευρίσκονται αυξημένα (έως 15.000) αν και μερικές φορές στα αρχικά στάδια της νόσου είναι φυσιολογικά.

Η χολερυθρίνη του ορού του αίματος, είναι δυνατόν να αυξηθεί έως 2-4 MG%, και τούτο οφείλεται συνήθως στην επέκταση της φλεγμονής της χοληδόχου κύστης, στο χοληδόχο πόρο. Υψηλότερες τιμές χολερυθρίνης, πρέπει να βάζουν την υποψία της λιθίασης, του χοληδόχου πόρου. Η αλκαλική φωσφατάση και η 5-νουκλεοτιδάση, είναι δυνατόν να βρεθούν μέτρια αυξημένες, ενώ μερικές φορές η αμυλάση του ορού μπορεί να φτάσει και 1.00 I.U.

Ακτινολογικός έλεγχος. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας, μπορεί να δείξει τη χοληδόχο κύστη διατεταμένη. Ακτινοσκοπικοί λίθοι αποκαλύπτονται σε 15% των περιπτώσεων.

Το υπερηχοτομογράφημα δυνατόν να δείξει λίθους, λάσπη, πάχυνση του τοιχώματος και διάταση της χοληδόχου κύστης. Ο συνδυασμός των κλινικών και των υπερηχοτομογραφικών ευρημάτων, θέτει συνήθως τη διάγνωση.

Σε περιπτώσεις που τα αποτελέσματα του υπερηχοτομογραφήματος είναι αμφισβητούμενα ή αρνητικά, ο ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος των χοληφόρων με την HIDA, μπορεί να βοηθήσει,



με διαγνωστική ακρίβεια 95%. Όταν απεικονίζεται η χοληδόχος κύστη, η οξεία χολοκυστίτιδα θα πρέπει να αποκλείεται, εκτός από τις σπάνιες περιπτώσεις που πρόκειται για αλιθιαστική χολοκυστίτιδα. η απεικόνιση του χοληδόχου πόρου, αλλά όχι της χοληδόχου κύστης, ενισχύει τη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας. Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι λίγα.

Η PEROS χολοκυστογραφία δεν θα πρέπει να γίνεται στην οξεία φάση. Η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία, στάγδην ή όχι, αν είναι δυνατόν να βοηθήσει στην απεικόνιση της χοληδόχου κύστης, αν και έχει μεγάλο ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Η απεικόνιση φυσιολογικής χοληδόχου κύστης αποκλείει τη νόσο, ενώ καλή σκιαγράφιση του χοληδόχου πόρου, αλλά όχι της χοληδόχου κύστης, αποτελεί εύρημα πιθανής απόφραξης της χοληδόχου κύστης.

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κυριότερες επιπλοκές της οξείας χολοκυστίτιδας είναι το εμπύημα, η διάτρηση, η γάγγραινα και τα συρρίγγια της χοληδόχου κύστης.

Το εμπύημα, δημιουργείται με την επιμόλυνση της χοληδόχου κύστης από μικρόβια και όπου η χοληδόχος κύστη είναι γεμάτη πύον. Ο πόνος, η αντίσταση ή και η σύσπαση στο δεξιό υποχόνδριο είναι συνηθισμένα ευρήματα. Ο ασθενής είναι τοξικός, με υψηλό πυρετό και λευκοκυττάρωση ( 15.000). Η χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών ενδοφλέβια στον ασθενή, πρέπει να ακολουθείται από χολοκυστεκτομή ή σε βαριές καταστάσεις από χολοκυστοστομία.

Η γάγγραινα της χοληδόχου κύστης, είναι η πιο συνηθισμένη σε ηλικιωμένα άτομα και μπορεί να αφορά σε μέρος ή σε ολόκληρη τη χοληδόχο κύστη. Η γενική κατάσταση του ασθενή είναι πιο βαριά από εκείνη του εμπυήματος και όχι σπάνια η γάγγραινα καταλήγει σε διάτρηση ή ρήξη του οργάνου.

Η διάτρηση της χοληδόχου κύστης (10%), μπορεί να εμφανιστεί κατά την πορεία της οξείας χολοκυστίτιδας, πρώιμα (σε 3 ημέρες), ή όψιμα (σε 2 εβδομάδες) από την εισβολή της νόσου. Είναι δυνατόν να εντοπισθεί σε οποιοδήποτε μέρος του οργάνου. Πιο συχνά αφορά στο πυθμένα της χοληδόχου κύστης, επειδή η αιμάτωση είναι τελική ή στο σημείο ενσφήνωσης του λίθου στο θύλακα του HARTMANN, λόγω της νέκρωσης του τοιχώματος από την πίεση του λίθου.

Η διάτρηση μπορεί να εμφανιστεί σαν περιχολοκυστικό απόστημα, σαν διάτρηση στην περιτοναϊκή κοιλότητα (χολοπεριτόναιο) ή σαν χολοπεπτικό ή χολοχοληφόρο συρίγγιο.

Το περιχολοκυστικό απόστημα, είναι η πιο συνηθισμένη μορφή διάτρησης της χοληδόχου κύστης. Η διάγνωση αυτή θα πρέπει να θεωρείται πιθανή όταν με επιβάρυνση της γενικής αλλά και τοπικής κατάστασης του ασθενή, ψηλαφάται στο δεξιό υποχόνδριο μάζα που παρουσιάστηκε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Η θεραπεία της επιπλοκής αυτής είναι η χολοκυστεκτομή και η παροχέτευση του αποστήματος. Η χολοκυστοστομία αποφασίζεται, όταν υπάρχουν γενικά ή τοπικά προβλήματα.

Η διάτρηση στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα δεν είναι συχνή (1-2%). Παρουσιάζεται νωρίτερα στην εξέλιξη της οξείας χολοκυστίτιδας, πριν να δημιουργηθούν συμφύσεις. Η διάγνωση θα τεθεί, από την ξαφνική επέκταση του έντονου πόνου σ' όλη την κοιλία. Η παρακέντηση της κοιλίας, μπορεί να είναι ψευδώς αρνητική.

Στη διάτρηση της χοληδόχου κύστης ο ασθενής πρέπει να χειρουργείται επειγόντως. η ευρεία παροχέτευση της κοιλίας συνοδεύεται από χολοκυστοστομία. Χολοκυστεκτομή γίνεται όταν είναι δυνατόν. Η θνητότητα είναι μεγάλη και κυμαίνεται από 20% , στις περιπτώσεις όπου ο λίθος παραμένει ενσφηνωμένος στον κυστικό και η περιτονίτιδα οφείλεται στο διαπυημένο περιεχόμενο της χοληδόχου κύστης, μέχρι και 50% όταν ο λίθος έχει μετακινηθεί και έχει εγκατασταθεί στο χολοπεριτόναιο (ELLIS).

Τα συρίγγια που επιπλέκουν την οξεία χολοκυστίτιδα είναι συνήθως εσωτερικά χολοπεπτικά, αν και μερικές φορές μπορεί να είναι εξωτερικά ή χολοχοληφόρα.

### Θεραπεία

Ασθενής με υποψία οξείας χολοκυστίτιδας, πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο για οριστική διάγνωση και θεραπεία. Συνυπάρχοντα νοσήματα, κυρίως καρδιοαναπνευστικά, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ώστε ο ασθενής να είναι έτοιμος, αν χρειαστεί για επείγουσα εγχείρηση.

Η χορήγηση ενδοφλέβια υγρών και ηλεκτρολυτών και η τοποθέτηση ρινογαστρικής αναρόφησης, είναι τα πρώτα βήματα στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Η παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών, θεωρείται απαραίτητη. Το είδος και η δοσολογία της αντιβίωσης εξαρτώνται από τη βαρύτητα της νόσου. Σε οξεία χολοκυστίτιδα μέτριας βαρύτητας, η χορήγηση κεφαλοσπορινών (4 GR/ημ). θεωρείται αρκετή. Σε βαρύτερες περιπτώσεις, πρέπει να χορηγείται συνδυασμός μεγάλων δόσεων πενικιλλίνης (20 εκατ. μονάδες/ημέρα) ή μια κεφαλοσπορίνη, με κλινταμυκίνη ή μετρονιδαζόλη και μια αμινογλυκοσίδη.

Από τη στιγμή που έχει τεθεί η διάγνωση, συνιστάται χολοκυστεκτομή μέσα σε 24-48 ώρες (πρώιμη χολοκυστεκτομή) εκτός κι αν υπάρχει αντένδειξη, από βαριά συνυπάρχοντα νοσήματα. Τότε η εγχείρηση θα γίνει μετά τη διόρθωση των νοσημάτων αυτών.

Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η πρώιμη χολοκυστεκτομή πρέπει να εκτελείται γιατί:

α) Ελαττώνεται ο χρόνος νόσησης κατά 30 ημέρες, ο χρόνος νοσηλείας κατά 5-7 ημέρες και το ιατρικό κόστος κατά πολύ.

β) Η συχνότητα αντιμετώπισης τεχνικών δυσκολιών στην εγχείρηση, λόγω των τοπικών συνθηκών, δεν είναι μεγαλύτερη στην πρώιμη εγχείρηση σε σχέση με εκείνη μετά 6 εβδομάδες.

γ) Η θνητότητα στην πρώιμη εγχείρηση είναι μικρότερη, αφού έτσι δεν εμφανίζονται επιπλοκές, που θα ήταν δυνατόν να παρουσιαστούν στη δειάρκεια του χρόνου της αναμονής.

Πρέπει να διευκρινισθεί ότι πρώιμη εγχείρηση δεν σημαίνει επείγουσα εγχείρηση.

Επείγουσα εγχείρηση (10%), θα πρέπει να αποφασίζεται σε βαριές καταστάσεις, όταν η κατάσταση του ασθενή επιδεινώνεται, όταν υπάρχει κίνδυνος διάτρησης της χοληδόχου κύστης και όταν η παράταση της οξείας νόσου σε ηλικιωμένους ασθενείς, δυνατόν να προκαλέσει βαριές επιπλοκές. Επείγουσα εγχείρηση πρέπει να εκτελείται και στους διαβητικούς ασθενείς, διότι εμφανίζουν πολύ μεγάλη νοσηρότητα, με θνητότητα που φτάνει το 15%.

Η εγχείρηση εκλογής στην θεραπεία της οξείας χολοκυστιτιδας, είναι η χολοκυστεκτομή, που μπορεί να εκτελεσθεί στο 90% των περιπτώσεων. Εάν η κατάσταση του ασθενή είναι βαριά ή τα τοπικά εγχειρητικά ευρήματα δημιουργούν μεγάλες τεχνικές δυσκολίες, κυρίως στην αναγνώριση των ανατομικών στοιχείων, τότε εκτελείται χολοκυστοστομία. Απαραίτητη σ' αυτή είναι η αφαίρεση όλων των λίθων από τη χοληδόχο κύστη. Οι περισσότεροι ασθενείς στους οποίους γίνονται χολοκυστοστομία, είναι άνω των 60 χρονών. Η εγχειρητική χολαγ-

γυιογραφία πρέπει να εκτελείται όταν είναι δυνατόν και οι ενδείξεις διερεύνησης του χοληδόχου πόρου είναι ίδιες με εκείνες στην εκλεκτική χολκυστεκτομή.

#### Αλιθιασική χολοκυστίτιδα

Σε σπάνιες περιπτώσεις (5-10%), οξεία χολοκυστίτιδα εμφανίζεται και χωρίς να υπάρχουν λίθοι στη χοληδόχο κύστη.

Η αιτιολογία είναι πολλαπλή και η παθογένεια όχι απόλυτα γνωστή. Συστηματικές λοιμώξεις, όπως στρεπτοκοκκικές στα παιδιά ή αερωγόνες από το *CLOSTRIDIUM WELCHII*, δυνατόν να δημιουργήσουν βαριά αλιθιασική χολοκυστίτιδα. Ο τυφοειδής πυρετός, σπάνια σήμερα επιπλέκεται με οξεία χολοκυστίτιδα. Η νόσος εμφανίζεται επίσης σαν επιπλοκή συστηματικών νόσων, κυρίως του σακχαρώδη διαβήτη, της σαρκοείδωσης και της οξώδους πολυαρτηρίτιδας.

Εκτεταμένα εγκαύματα τραύματα και εγχειρήσεις όχι μόνο της κοιλίας αλλά και πολλές άλλες, όπως ορθοπεδικές επεμβάσεις, είναι δυνατόν να προκαλέσουν αλιθιασική χολοκυστίτιδα.

Σπανιότερα η νόσος οφείλεται σε απόφραξη του κυστικού πόρου από κακοήγη νεοπλασία της περιοχής.

Εχουν αναφερθεί περιπτώσεις αλιθιασικής χολοκυστίτιδας, σαν επιπλοκή παρατεταμένης νηστείας ή μετά από ολική παρεντερική σίτιση.

Κακή αιμάτωση της χοληδόχου κύστης, μη φυσιολογικός μεταβολισμός και εμβολισμός βακτηριδίων στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης και παρατεταμένη στάση της χολής με δη-

μιουργία λάσπης, θεωρούνται ότι αποτελούν τον παθογενετικό μηχανισμό στις περισσότερες περιπτώσεις.

Η χοληδόχος κύστη φλέγμαινει και μακροσκοπικά είναι εξέρυθρη, με παχύ τοίχωμα.

Η οξεία και ταχεία εξέλιξη της νεκρωτικής φλεγμονής, χωρίς την ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού, οδηγεί συχνά σε διάτρηση της χοληδόχου κύστης.

Η θεραπεία της νόσου είναι η επείγουσα εγχείρηση (χολοκυστεκτομή ή χολοκυστοστομία).

#### Εμφυσηματική χολοκυστίτιδα

Είναι σπάνια μορφή χολοκυστίτιδας, στην οποία φυσαλίδες αέρα από αναερόβια λοίμωξη αθροίζονται στον αυλό ή το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης και μερικές φορές στο χοληδόχο πόρο και τα γύρω όργανα.

Η νόσος είναι πολύ σοβαρή, είναι συχνότερη σε άνδρες (3:1) και κυρίως σε διαβητικούς (20%). Οφείλεται σε πρωτοπαθή βακτηριδιακή λοίμωξη σε ισχαιμικό έδαφος, πολλές φορές χωρίς λιθίαση της χοληδόχου κύστης. Τα μικρόβια που απομονώνονται συνήθως είναι κλωστηρίδια (*CLOSTRIDIUM PERFRIGNENS*) αλλά και *ESCHERICHIA COLI* και αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι.

Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου είναι εκείνη της οξείας χολοκυστίτιδας, αλλά με πιο βαριά κλινική εικόνα και με τον ασθενή πολύ πιο τοξικό.

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας αποκαλύπτει τη χοληδόχο κύστη με σαφές περίγραμμα από αέρια και μερικές φορές υδραε-

ρικό επίπεδο στον αυλό της.

Η θεραπεία της νόσου είναι κάλυψη του ασθενή με μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών και επείγουσα εγχείρηση (χολοκυστεκτομή ή χολοκυστοστομία), με παροχέτευση της περιοχής της χοληδόχου κύστης.

Η θνητότητα της νόσου είναι αρκετά μεγάλη (10-15%).

### Χρόνια χολοκυστίτιδα

Η χρόνια χολοκυστίτιδα είναι η πιο συχνή συμπτωματολογική νόσος της χοληδόχου κύστης, που σχεδόν πάντοτε οφείλεται σε χολολιθίαση. Οι λίθοι μέσα στην χοληδόχο κύστη, προκαλούν υποτροπιάζοντα επεισόδια κολικών, λόγω απόφραξης του κυστικού πόρου, φλεγμονή του βλεννογόνου και σχηματισμό ουλώδη ιστού, με πάχυνση του τοιχώματος του οργάνου.

Ο ηπατικός κολικός, που οφείλεται στην απόφραξη του κυστικού πόρου διαρκεί από λίγα λεπτά, ως πολλές ώρες. Συνήθως έχει σχέση με την λήψη φαγητού αλλά μπορεί να είναι και τελείως ανεξάρτητος. Η συχνότητα των επεισοδίων μπόρεί να κυμαίνεται από ημέρες μέχρι χρόνια. Εμετός και ναυτία, δυνατόν να συνοδεύουν τους κολικούς. Ο πόνος εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο και το επιγάστριο, αλλά πολλές φορές αντανακλά στη δεξιά ωμοπλάτη η επεκτείνεται ζωστηροειδώς προς τη ράχη.

Η χοληδόχος κύστη συνήθως δεν δηλαφάται, αν και μπορεί να υπάρχει ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο.



Μη ειδικά συμπτώματα όπως δυσπεψία, οπισθοστερνικός καύσος, ερυγές, μετεωρισμός και ναυτία, είναι τα μόνα ενοχλήματα που έχουν πολλοί ασθενείς με χρόνια χολοκυστίτιδα.

Η διάγνωση της νόσου θα γίνει με το υπερηχοτομογράφημα και τη χολοκυστογραφία, που θέτουν τη βδιάγνωση σε 98% των περιπτώσεων. Στο 2% των ασθενών με χολόλιθους και χρόνια χολοκυστίτιδα που συμπεριηγούμενες εξετάσεις είναι αρνητικές, ο έλεγχος θα πρέπει να προχωρήσει με την ακόλουθη σειρά των εξετάσεων σε, α) ΕΡΕΡ(αβ)εξέταση χολής του 12δακτύλου για κρυστάλλους χοληστερίνης και γ) χολοκυστογραφία με ένεση χολοκυφοκινίνης.

Οι επιπλοκές της χρόνιας χολοκυστίτιδας, περιλαμβάνουν την οξεία χολοκυστίτιδα, τη λιθίαση του χοληδόχου πόρου με ή χωρίς ίκτερο και χολαγγεΐτιδα και το καρκίνωμα τη χοληδόχου κύστης. Η συχνότητα των επιπλοκών αυξάνει, ανάλογα με το χρόνο που οι λιθοι βρίσκονται στη χοληδόχο κύστη.

### Θεραπεία

Η θεραπεία της χρόνιας χολοκυστίτιδας, είναι συντηρητική και χειρουργική.

### Συντηρητική Θεραπεία

Οι περισσότεροι σημαντικές προσπάθειες για θεραπεία έχουν γίνει με βάση τη διαίτα, της χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών και προσπάθεια αλλαγής της σύστασης της χολής με τη συστηματική PEROS χορήγηση χηνοδεοξυχολικού οξέος.

Η δίαιτα ασφαλώς έχει ιδιαίτερη σημασία στο σχηματισμό χολόλιθων αλλά οι προσπάθειες για θεραπεία μόνο με δίαιτα δεν έχουν στεφθεί με επιτυχία.

Δύο φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την λιθόλυση είναι το ουρσοδεοξυχολικό οξύ και το χινοδεοξυχολικό οξύ που λύνουν τους λίθους στη χοληδόχο κύστη.

Φα πλεονεκτήματα του ουρσοδεοξυχολικού οξέος σε σχέση με το χινοδεοξυχολικό οξύ είναι :

1. Προκαλεί σε μικρότερο βαθμό διάρροια και ηπατική βλάβη.
2. Η μετατροπή του σε ανενεργές λιθοχολικό οξύ γίνεται βραδύτερα από το χινοδεοξυχολικό οξύ οπότε η δοσολογία είναι μικρότερη.
3. Έχει φιαφορετική δράση στην σύνθεση της χοληστερόλης στο ήπαρ.
4. Έχει διαφορετική απορρόφηση από το έντερο.
5. Έχει διαφορετική απέκκριση στη χολή.

Μειονεκτήματα χορήγησης χολικών οξέων στη διάλυση των χοληστερολικών χολόλιθων:

- 1) Υψηλό κόστος

Η θεραπεία με χινοδεοξυχολικό οξύ στοιχίζει 120.000 δραχ. Η θεραπεία με ουρσοδεοξυχολικό οξύ στοιχίζει 140.000 δραχ.

- 2) Η λήψη θα πρέπει να γίνεται για 2 χρόνια.
- 3) Έχει παρενέργειες (διαρροϊκές κενώσεις, ηπατικές βλάβες).
- 4) Αποτέλεσμα περιορισμένο 35% και όχι μόνιμο.
- 5) Δεν υποκαθιστά τη χειρουργική θεραπεία.

Υπάρχουν περιπτώσεις που τα χολικά οξέα δεν είναι αποτελεσματικά στη διάλυση των λίθων της χοληδόχου κύστης.

- 1) Λίθοι από χολοχρωστικές
- 2) Μικτοί λίθοι
- 3) Μη σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης
- 4) Λίθοι μεγάλης διαμέτρου (1,5 CM)

Αντενδείξεις στη χορήγηση των χολικών οξέων :

- 1) Ο ασθενής με έντονη συμπτωματολογία χολολιθίασης.

Σε όλες τις περιπτώσεις συντηρητικής θεραπείας, ο άρρωστος δεν πρέπει να έχει συμπτωματολογία φλεγμονής.

- 2) Γυναίκες που πιθανόν να μείνουν έγκυες
- 3) Προχωρημένη αρτηριοσκλήρυνση.

#### Χειρουργική θεραπεία

Η χολοκυστεκτομή αποτελεί την εγχείρηση της χοληδόχου κύστης. Η πρώτη χολοκυστεκτομή έγινε το 1882 από το LAU\_ GEMBUCH και αντικατέστησε την χολοκυστοστομία που γινόταν παλαιά. Οι ενδείξεις για την χολοκυστεκτομή είναι:

- α. Οξεία χολοκυστίτιδα.
- β. Χρόνια χολοκυστίτιδα λιθιασική.
- γ. Χολολιθίαση της κύστεως, του κυστικού και χοληδόχου πόρου.
- δ. Τραυματικές ρήξεις της χοληδόχου κύστης.
- ε. Γαγγραινώδης χολοκυστίτιδα
- στ. Καρκίνος της χοληδόχου κύστης
- ζ. Εσωτερικά ή εξωτερικά χοληφόρα σφίγγια.

### Επιπλοκές χολοκυστεκτομής

Οι επιπλοκές της χολοκυστεκτομής μπορεί να είναι άμεσες αλλά και έμμεσες.

#### Άμεσες επιπλοκές

1. Αιμορραγία
2. Ινωδόλυση ;
3. Χολόρροια
4. Ικτερος
5. Ηπατική ανεπάρκεια
6. Οξέωση
7. Οξεία διάταση του στομάχου ή 12δακτύλου

#### Έμμεσες επιπλοκές

Τα μετα χολοκυστεκτομή συμπτώματα οφείλονται :

1. Στη συνύπαρξη άλλων παθήσεων
2. Σε τεχνητά λάθη
3. Σε συνεχιζόμενη πάθηση κατά την οποία, ο ασθενής, δεν θεραπεύεται αλλά παρουσιάζει διαταραχές και ενοχλήματα, η αιτία των οποίων είναι :
  - α) Παραγωγική φλεγμονή του αγγειακού ηπατικού μίσχου
  - β) Μετεγχειρητικές συμφύσεις
  - γ) Λειτουργικές διαταραχές του σφιγκτήρα του ODDI
  - δ) Λιθίαση των ενδοηπατικών πόρων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣ- ΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όταν ένα άτομο εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευθεί, η παραμονή του σ' αυτό αποτελεί μέρος της όλης του αθένης και συνήθως δεν είναι η αρχή, αλλά ούτε πάντοτε και το τέλος της. Το γεγονός αυτό αποτελεί βασικό σημείο, το ποίο πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει. Ακόμη, ο χρόνος παραμονής, του ασθενούς στο νοσοκομείο μικρός ή μεγάλος, δεν μεταβάλλει τη στάση και τις υποχρεώσεις που έχει ο νοσηλευτής-τρια προς αυτόν.

Από την εμφάνιση της νόσου ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά, επαγγελματικά, κοινωνικά, σχέσεων με τα μέλη της οικογένειας κ.α.

Ακόμη, επειδή ο ασθενής, από έλλειψη στοιχειωδών γνώσεων, δεν μπορεί να κρίνει τη βαρύτητα της καταστάσεώς του, συχνά ανησυχεί και αγωνιά για ασήμαντα πράγματα. Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο διακόπτει τον κανονικό ρυθμό και τρόπο ζωής του. Ερχεται στο νοσοκομείο όχι σαν μια απλή περίπτωση ασθένειας, αλλά σαν άτομο, μέλος μιας οικογένειας και πολίτης της κοινωνίας. Ερχεται βέβαια μ' ένα πρόβλημα υγείας αλλά και με πολλές προσωπικές φροντίδες, αποχωρίζεται από την οικογένειά του, τους φίλους του, τις οικογενειακές και επαγγελματικές του ευθύνες και τις ατομικές του συνήθειες και μπαίνει σε ένα ξένο και άγνωστο περιβάλλον. Επιπρόσθετα η εισαγωγή του στο νοσοκομείο τον υποχρεώ-

νει σε αδράνεια και εξάρτηση από το προσωπικό και αποφασίζουν άλλοι τώρα για τα προσωπικά του θέματα.

Έτσι λοιπόν από τη στιγμή που γίνει η ιατρική εξέταση και γίνει η εισαγωγή του αρρώστου μέσα στο νοσοκομείο, ακολουθεί η υποδοχή του αρρώστου από την προϊσταμένη η οποία τακτοποιεί τον άρρωστο σε κάποιο θάλαμο λαμβάνεται από το προσωπικό το νοσηλευτικό ιστορικό, τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και ετοιμάζεται ο ατομικός του φάκελος με το θερμομετρικό του διάγραμμα, το νοσηλευτικό δελτίο κ.λ.π.

Στη συνέχεια δίνονται στον ασθενή οι παρακάτω απαραίτητες και κατατοπιστικές πληροφορίες και εξηγήσεις:

1. Τρόπος για την πρόσκληση του προσωπικού
2. Ημέρες και ώρες επισκεπτηρίου
3. Επεξήγηση του προγράμματος του νοσοκομείου :
  - Ωρα πρωϊνού ξυπνήματος και θερμομετρήσεως
  - Ωρα πρωϊνής τουαλέτας
  - Ωρα προγεύματος, γεύματος και δείπνου
  - Ωρα τακτικής επισκέψεως των ιατρών
  - Ωρα βραδυνης, και μεσημεριανής ησυχίας του θαλάμου
4. Εφόσον ο ασθενής είναι περιπατικός, του γίνεται ξενάγηση στους χώρους της νοσηλευτικής μονάδας.
  - Τους βοηθητικούς χώρους
  - Το γραφείο προϊσταμένης και του νοσηλευτικού προσωπικού
  - Αίθουσα αναμονής.

Η φροντίδα κάθε αρρώστου πρέπει να στηρίζεται στις ατομικές του ανάγκες οι οποίες και πρέπει κάθε φορά να καθορίζουν το είδος της παρεχομένης σ' αυτόν φροντίδα.

Για να πετύχει αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι καλά ενημερωμένο και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας, που εφαρμόζεται καθώς και για το σκοπό της.

Απαραίτητο εφόδιο του νοσηλευτή-τριας στο έργο του, είναι οι εμποδωμένες γνώσεις της αλλά και η αγάπη για τον πάσχοντα. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να είναι σωστή στο έργο της και να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια.

Η ενίσχυση της ψυχοσωματικής ηρεμίας και αναπαυσης του αρρώστου έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία και την επιδείνωση της κατάστασής του.

Η προθυμία του νοσηλευτή να ακούσει τον άρρωστο όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, τον βοηθά επίσης στη διατήρηση της συγκινησιακής σταθερότητας.

Παρακάτω αναπτύσσονται αναλυτικώτερα τα απαραίτητα νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τον νοσηλευόμενο με χολοκυστίτιδα άρρωστο αλλά και ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο προεγχειρητικά όσο μετεγχειρητικά.



## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η νοσηλευτική παρέμβαση για την λήψη σωστών αποτελεσμάτων κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων για το χοληφόρο σύστημα είναι πολύ σημαντική. Οι ενέργειες που έχει καθήκον να κάνει ο νοσηλευτής είναι οι εξής :

### 1. Χολοκυστογραφία

Γίνεται για εκτίμηση της ικανότητας της χοληδόχου κύστης να γεμίζει, να συμπυκνώνει το περιεχόμενό της, να συσπάται και να αδειάζει φυσιολογικά.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση του τι θα συμβεί πριν, κατά και μετά την διαδικασία.
- Λήψη κανονικής διατροφής (περιλαμβάνει και λίπος) ως το α-απόγευμα της προηγούμενης της εξέτασης, για να αδειάσει η χοληδόχος κύστη.
- Μισή ώρα μετά το δείπνο, χορήγηση από το σώμα 6 ταμπλετών των 500 MG Ιωπανοϊκού οξέος (TELLEPAQUE) σε διαστήματα 5 λεπτών. Οι ταμπλέτες πρέπει να δοθούν 13 τουλάχιστον ώρες πριν από την εξέταση.
- Μετά την λήψη των ταμπλετών ο άρρωστος μπορεί να πάρει μόνο νερό ως την εκτέλεση της εξέτασης.
- Μεταφορά του αρρώστου στο ακτινολογικό με φορείο.

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Λήψη ακτινογραφιών για έλεγχο σκιαγράφησης της χοληδόχου κύστης. Αν διαπιστωθεί ύπαρξη λίθων, δεν είναι απα-

ραίτητη η λήψη άλλων ακτινογραφιών.

- Αν δεν υπάρχουν λίθοι, χορηγούμε λιπούχο γεύμα στον άρρωστο για να γίνει διέγερση στη χοληδόχο κύστη, ώστε να συσπαστεί και να αδειάσει.
- Λήψη ακτινογραφιών μετά 15-20 λεπτά για έλεγχο της βατότητας του κυστικού πόρου και της ικανότητας της κύστης να αδειάζει.

Μετά την εξέταση :

- Έλεγχος αν η εξέταση συμπληρώθηκε ικανοποιητικά. Μη σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης δυνατόν να απαιτήσει επανάληψη της εξέτασης.
- Μετά την συμπλήρωση της εξέτασης, εφαρμόζουμε την διαίτα που υπήρχε πριν από την εξέταση και τις ιατρικές εντολές.

Ειδικές πληροφορίες

- Το TELEPAQUE περιέχει μικρές ποσότητες ιωδίου. Πριν από την εξέταση γίνεται έλεγχος για ιστορικό αλλεργίας.
- Παρακολουθείται ο ασθενής για ναυτία, εμέτους, διάρροια και πόνο στην ουροδόχο κύστη. Αν συμβούν έμετοι ή διάρροια, πριν από τη λήψη ακτινογραφιών ειδοποιούμε το ακτινολογικό.
- Η χολοκυστογραφία προηγείται οποιασδήποτε βαριούχου εξέτασης.

## 2. Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία

Όταν οι άρρωστοι δεν μπορούν να πάρουν TELEPAQUE από το στόμα, γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση σκιερής ουσίας που

μας επιτρέπει τη μελέτη της χοληδόχου κύστης και των χοληδόχων πόρων για διαπίστωση στενώσεων και λίθων.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση του τι πρόκειται να συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση.
- Τίποτα από το στόμα εκτός αλιπούχων υγρών μετά τα μεσάνυχτα της ημέρας της εξέτασης.
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών για ενυδάτωση του αρρώστου.
- Μεταφορά στο ακτινολογικό τμήμα με φορείο.

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Λήψη ακτινογραφιών πριν από την έγχυση της σκληρής ουσίας
- Έγχυση CHOLOGRAFIN, ενδοφλέβια.
- Λήψη ακτινογραφιών σε διάστημα 2-4 ωρών.
- Για χολαγγειογραφία μετά από χολοκυστεκτομή γίνεται εισαγωγή της ουσίας μέσα από τον σωλήνα T και αμέσως γίνεται η λήψη των ακτινογραφιών.

Μετά την εξέταση:

- Μετά από τη μετεγχειρητική χολαγγειογραφία λαμβάνονται τα μεταχολοκυστεκτομικά μέτρα και γίνεται φροντίδα του σωλήνα T.
- Παρακολούθηση για παρενέργειες της σκληρής ουσίας, όπως ναυτία, έμετοι, έξαψη ή ωχρότητα, ρίγος και πυρετό και οίδημα βλεφάρων. Μπορεί να συμβεί καρδιαγγειακό COLLAPSE και αναφυλακτική αντίδραση, αλλά είναι εξαιρετικά σπάνια.

Ειδικές πληροφορίες :

- Η σκευή-ουσία περιέχει μικρές ποσότητες ιωδίου γι' αυτό και πριν από την εξέταση γίνεται έλεγχος για ιστορικό αλλεργίας.
- Η χολαγγειογραφία προηγείται οποιασδήποτε βαριούχου εξέτασης.

### 3. Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειο-παγκρεατογραφία (ERCp)

Γίνεται για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό ύπαρξης λίθων στον χοληδόχο πόρο ή στένωση και παγκρεατίτιδας. Ακόμα για προσέγγιση του φύματος του VATER και του δωδεκαδακτύλου που το περιβάλλει και για λήψη δειγμάτων βιοψίας.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση του τι θα του συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση.
- Έλεγχο αλλεργίας στο ιώδιο
- Τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα
- Κατευναστικά σύμφωνα με την εντολή
- Αφαίρεση οδοντοστοιχιών και μεταφορά στο ακτινολογικό με φορείο που έχει προφυλακτήρες

Η διαδικασία εξέτασης περιλαμβάνει :

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε ύπτια θέση στο ακτινολογικό τραπέζι.
- Κορήγηση ενδοφλεβια, κατά την διάρκεια της διαδικασίας, DEMEROL, VALIUM και VISTARIL, για έλεγχο της δυσχέρειας.

- Δίοδο του ενδοσκοπίου μέσω του στόματος στο στομάχι και κατόπιν, μέσω του πυλωρού, στο δωδεκαδάκτυλο ώσπου να φανεί το φύμα του VATER (δίνονται γλυκαγόνη ή ατροπίνη για χάλαση του δωδεκαδακτύλου και του φύματος του VATER).
- Δίοδος μέσα στο φύμα λεπτού καθετήρα γεμάτου με σκιερή ουσία. Εισαγωγή με βραδύ ρυθμό της σκιερής ουσίας με χρησιμοποίηση άμεσης ακτινοσκόπησης. Λήψη ακτινογραφιών.
- Αν χρειαστεί λήψη βιοψίας.  
Μετά την εξέταση:
- Έλεγχος ζωτικών σημείων αμέσως και κάθε 4 ώρες για 48 ώρες.
- Διατήρηση των προφυλακτικών ώσπου να εκπνεύσει η δράση των κατευναστικών.
- Τίποτα από το στόμα ως την επαναλειτουργία του φαρυγγικού αντακλαστικού (2-4 ώρες).
- Παρακολούθηση για την πρώτη ούρηση (τα αντιχολινεργικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν επίσχεση ούρων). Παρακολούθηση επίσης για ταχυκαρδία, ξηρότητα στόματος, δυσκολία στην καταποση και ομιχλώδη όραση.
- Αναφορά κοιλιακού πόνου, ρίγους ή πυρετού στον γιατρό.
- Γαργάρες για πονόλαιμο
- Παρακολούθηση για σημεία αλλεργίας στο ιώδιο, παγκρεατίτιδας, χολοκυστίτιδας, και διατήρηση των δομών του γαστρεντερικού σωλήνα.

#### 4. Διηπατική διαδερματική χολαγγειογραφία

Σκιαγραφούνται οι ηπατικοί πόροι μέσα στο ήπαρ, ο κοινός ηπατικός πόρος, ο κυστικός και η χοληδόχος κύστη. Γίνεται με σκοπό την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό της χοληλιθίασης, χολικού καρκινώματος βλάβης του χοληδόχου πόρου, ή στένωσης, ηπατικής πάθησης καθώς και άλλων αιτιών που προκαλούν ίκτερο.

Η ετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση του τι πρόκειται να γίνει πριν, κατά και μετά τη διαδικασία.
- Ελεγχο για αλλεργία του αρρώστου στο ιώδιο.
- Ελεγχο των αποτελεσμάτων των τελευταίων εξετάσεων του αρρώστου για αιμοπετάλια και χρόνο προθρομβίνης. Αναφορά παθολογικών αποτελεσμάτων στον γιατρό.
- Τίποτα από το στόμα για 8 ώρες πριν από την εξέταση.
- Πιθανή εντολή για χορήγηση DEMEROL ή VALIUM για την αγωνία.
- Μεταφορά του αρρώστου στο ακτινολογικό με φορείο που έχει προφυλακτικές.

Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει :

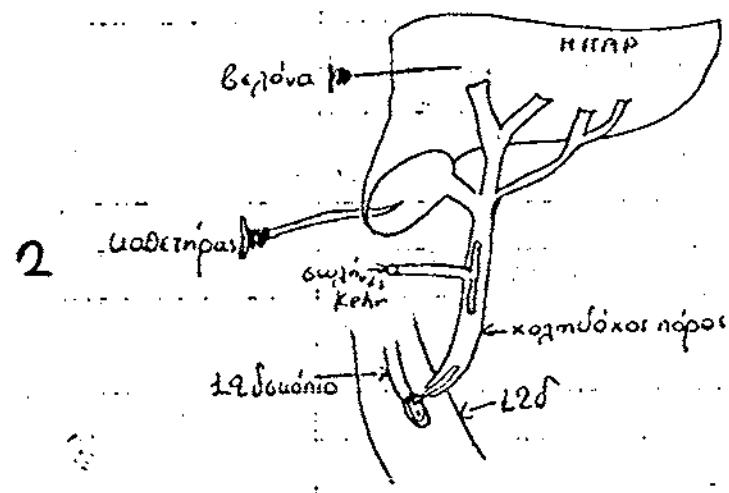
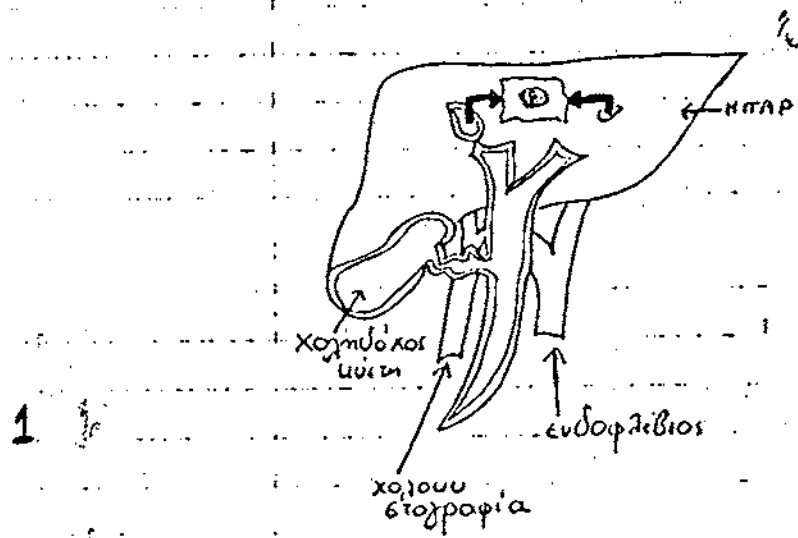
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε ύπτια θέση στο ακτινολογικό τραπέζι.
- Καθαρισμό, αντισηψία και κάλυψη χώρας πάνω από το ήπαρ.
- Ενεση τοπικού αναισθητικού μέσα στην ηπατική κάψα.
- Εισαγωγή μακριάς βελόνης βιοψίας εφαρμοσμένης σε σύριγγα, κάτω από ακτινοσκόπηση μέσω του ήπατος, στον χοληδόχο πόρο. Αναρρόφηση μικρής ποσότητας χολής και εισ-

σαγωγή μετρημένης ποσότητας χρωστικής.

- Περιστροφή του ακτινολογικού τραπέζιου σε διάφορες θέσεις και λήψη ακτινογραφιών.
- Αναρρόφηση της χρωστικής και περισσότερης χολής, για πρόβ πρόληψη διαφυγής από τον δρόμο της βελόνας.
- Εφαρμογή στεγνών, αποστειρωμένων γαζών πάνω στο σημείο παρακέντησης.

Μετά την εξέταση

- Έλεγχος των ζωτικών σημείων αμέσως μετά την επιστροφή του αρρώστου και κατόπιν κάθε μισή ώρα ώσπου να σταθεροποιηθούν. Τις επόμενες 24 ώρες κάθε 4 ώρες.
- Παρακολούθηση για αιμορραγία εξαιτίας τραυματισμού αγγείου και χημική περιτονίτιδα εξαιτίας διαρροής χολής μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- Διατήρηση του αρρώστου στο κρεβάτι στο δεξιό πλάγιο για 6 ώρες.
- Ενθάρρυνση λήψης άφθονων υγρών για αποβολή της χρωστικής αίαιτα ανάλογα με την ανοχή.
- Ειδοποίηση γιατρού για κοιλιακό πόνο, διάταση, κανύψωση, της θερμοκρασίας, ρίγος και αξιοσημείωτες μεταβολές στα ζωτικά σημεία.



- 1. Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία.
- 2. Διαδερμική χολαγγειογραφία.



## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η προεγχειρητική έτοιμασία περιλαμβάνει την

- A. Γενική προεγχειρητική έτοιμασία
- B. Τοπική προεγχειρητική έτοιμασία
- Γ. Τελική προεγχειρητική έτοιμασία

A. Η γενική προεγχειρητική έτοιμασία περιλαμβάνει την

1. Τόνωση του ηθικού του ασθενούς

Πολλοί ασθενείς όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπουν την κακοτυχία της εγχειρήσεως.

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

Η τόνωση του ηθικού του προεγχειρητικού ασθενή επιτυγχάνεται με την ικανοποίηση των ατομικών και προσωπικών αναγκών του ασθενούς από τον Νοσηλευτή.

2. Τόνωση σωματική

Η σωματική τόνωση, επιτυγχάνεται με την εξασφάλιση διαιτολογίου πλούσιου σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.

Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού σε εξασθενημένα άτομα γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, σε νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες.

Κατά την προεγχειρητική έτοιμασία δίδεται μεγάλη προσο-

σοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά, για την πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως SHOCK, ναυτίας, δίψας.

### 3. Ιατρικές εξετάσεις

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει την εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από :

α) χειρουργό, για την εκτίμηση της κατάστασως του ασθενούς και την επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και πλήψη ιστορικού.

β) Καρδιολόγο, για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας.

γ) Αναισθησιολόγο, που θα καθορίσει το είδος της προ-νάρκωσης.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι :

1. Εξέταση αίματος : γενική αίματος (λευκά - ερυθρά) τιμή αιματοκρίτη, ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία. Ανάλογα με τα αποτελέσματα αυτά και το είδος της επέμβασης καθορίζεται ο αριθμός μονάδων αίματος που θα χρειασθεί ο ασθενής. Για τον χολολιθισιακό ασθενή συνήθως δεν χρειάζεται αλλά υπάρχει πάντα το όριο ασφαλείας της 1-2 μονάδες αίματος για κάθε ασθενή.

2. Γενική ούρων

3. Λήψη Η.Κ.Γ.

4. Λήψη ακτινογραφίας θώρακος και κοιλίας

Πέρα όμως από αυτές τις εξετάσεις που γίνονται σε κάθε χειρουργική επέμβαση έχουμε και τις ειδικές εξετάσεις για τον ασθενή με χολολιθίαση.

- α. Χολοκυστογραφία PEROS
- β. Χολαγγειογραφία
- γ. Υπερηχογράφημα
- δ. ERCP

#### 4. Καθαριότητα ασθενούς

Η καθαριότητα του ασθενούς περιλαμβάνει τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα που αποβλέπει κυρίως:

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι.
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως
- Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου του.

Ο καθαρισμός του εντέρου γίνεται την προηγούμενη της επέμβασης με καθαρτικό υποκλισμό κυρίως χαμηλό. Στην συνέχεια παρακολουθούμε τα αποτελέσματα του υποκλισμού και αν δεν έχει αποδώσει τότε γίνεται και δεύτερος υποκλισμός.

#### 5. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν την ηρεμία και τον ύπνο του ασθενή. Η αύπνία και η κόπωση προδιαθέτουν την μη καλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη την εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή της αύπνίας και για την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα, της παραμονής της εγχειρήσεως και ύστερα από αναισθησιολογική εκτίμηση, ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

### Β. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Πριν την εγχείρηση έχουμε και την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Δηλαδή την αποτρύχωση της περιοχής και της αντισηψίας του δέρματος.

Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου καθορίζεται από το είδος της επέμβασης και έτσι προετοιμάζουμε την περιοχή του δεξιού υποχονδρίου.

### Γ. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Την ημέρα της εγχείρησης τις πρωϊνές ώρες εκτιμούμε τη γενική κατάσταση του ασθενή.

Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφονται και σε ειδικό φύλλο που θα ακολουθήσει τού άρρωστο μαζί με τον φάκελο του στο χειρουργείο.

Φροντίζουμε για την κατάλληλη ένδυση του ασθενή για το χειρουργείο. Αυτό γίνεται μισή ώρα ως μια πριν την εγχείρηση. Φοράμε στον ασθενή την χειρουργική ποδιά, σκούφο και ποδονάρια αφού πρώτα έχουμε αφαιρέσει όλα τα εσώρουχα, κοσμήματα και ξένες οδοντοστοιχίες. Αυτά φυλάγονται από την προϊσταμένη ή από συγγενή του ασθενούς πρώτου βαθμού.

Ο νοσηλευτής για τελευταία φορά ελέγχει τον ασθενή για την καθαριότητα του εγχειρητικού πεδίου, νυχιών και ενδεδυμασίας. Αφού ο ασθενής είναι έτοιμος γίνεται και η προανάρκωση όπου καθορίστηκε από τον αναισθησιολόγο την προηγούμενη ημέρα, που εξέτασε τον ασθενή.

Ο ασθενής έτοιμος πλέον μεταφέρεται με το φορείο στο

χειρουργείο και ο νοσηλευτής ενημερώνει την λογοδοσία για όλες τις ενέργειες που έκανε και που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή.

Αφού ο ασθενής αποχωρήσει για το χειρουργείο ο νοσηλευτής ετοιμάζει τον θάλαμο και το κρεβάτι του ασθενούς. Έτσι το χειρουργικό κρεβάτι προετοιμάζεται ώστε να είναι ζεστό με την χρήση μάλλινης κουβέρτας και την πιθανή τοποθέτηση θεροφόρων, να είναι χωρίς μαξιλάρι, να είναι ανοιχτό από την πλευρά που θα τοποθετηθεί ο ασθενής.

Τακτοποιείται και το κομοδίνο με την τοποθέτηση χάρτινης σακούλας για τα ακάθαρτα, νεφροειδές, ποτήρι με νερό, σπάτουλα με βαμβάκι και κομμάτια χαρτοβάμβακα.

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενή αποτελεί σοβαρή νοσηλευτική εργασία που θα καθορίσει την μετεγχειρητική εξέλιξη του ασθενή. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο κρεβάτι του και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει :

1. Πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών που είναι συχνές σε επεμβάσεις της άνω κοιλίας και σε παχύσαρκα άτομα.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει 10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα και να γυρίζει συχνά.
- Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με εντολή ιατρού για διευκόλυνση των βαθιών εισπνοών.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση FOWLER για διευκόλυνση έκπτυξης των πνευμόνων.
- Εγκαιρη έγερση.
- Εφαρμογή πιεστικής επίδεσης για υποστήριξη του τραύματος.

2. Προαγωγή παρεχέτευσης από τους σωλήνες μέχρι να αποκατασταθεί η φυσιολογική ροή της χολής.

- Τοποθέτηση του αρρώστου αρχικά σε ψηλή FOWLER ή αργότερα σε ημυ-FOWLER.
- Σύνδεση του σωλήνα T με υποδοχέα και έλεγχος του για τυχόν αναδιπλώσεις ή άλελς αποφράξεις.
- Το ύψος του υποδοχέα της χολής να είναι ανάλογο με την ιατρική εντολή. Με την υποχώρηση του οιδήματος του χοληδόχου πόρου η φιαλή ανυψώνεται πάνω από το ύψος του,

ώστε η χολή να παροχετεύεται στη φιάλη μόνο όταν αναπτυχθεί η απαραίτητη πίεση στο σύστημα. Έτσι μέρος της χολής ρέει μέσα στο δωδεκαδάκτυλο.

- Στερέωση του καθετήρα κατά τρόπο που να επιτρέπει την ελεύθερη μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

- Συχνή παρακολούθηση περιγραφή και αναγραφή της ποσότητας και του χαρακτήρα υγρού παροχέτευσης.

- Μετά 5-6 ημέρες κλείσιμο του σωλήνα T μια ώρα πριν και μια ώρα μετά από την λήψη γεύματος. Επιτρέπει την ροή της χολής στο δωδεκαδάκτυλο για υποβοήθηση της πέψης.

3. Κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του αρρώστου και ενυδάτωση του.

- Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.

- Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά από 24 ώρες.

- Υποκλυσμός μετά από 72 ώρες και επακόλουθη χορήγηση ελαφράς υπολιπούχας διαίτας.

- Χορήγηση κανονικής διαίτας υπολιπούχου, υπερπρωτεϊνούχου και υπερυδατανθρακούχου.

- Συνέχιση χορήγησης βιταμίνης K.

4. Έλεγχος για διαπίστωση κανονικής ροής της χολής στο δωδεκαδάκτυλο.

- Επισκόπηση δέρματος και σκληρού χιτώνα.

- Επισκόπηση χρώματος και σύστασης ούρων και κοπράνων και αποστολή δείγματος τους.

5. Προστασία του δέρματος γύρω από την τομή από την επίδραση της χολής.

- Συχνή αλλαγή γαζών.

- Εφαρμογή προστατευτικών αλοιφών.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει ακόμη την παρακολούθηση και τον έλεγχο του χειρουργικού τραύματος. Το χειρουργικό τραύμα είναι πάντα καλυμένο με αποστειρωμένο υλικό που έχει σαν σκοπό :

- α. Την απορρόφηση των υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα.
- β. Την ακινητοποίηση της περιοχής του τραύματος.
- γ. Την προστασία του τραύματος από μηχανική κάκωση.
- δ. Την αιμόσταση.
- ε. Την προφύλαξη από μόλυνση.
- στ. Την άνεση του αρρώστου και την ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας.

Το χειρουργικό τραύμα παραμένει κλειστό με αποστειρωμένο υλικό για 2-3 ημέρες και μετά μένει ανοιχτό γιατί βοηθά ώστε :

- A) να ελεγχεται το τραύμα για αποφυγή δραματικών αντιδράσεων από το επιδεσμικό υλικό.
- B) αποφεύγεται η ανάπτυξη μικροβίων με τη δημιουργία θερμότητας και υγρασίας.

Η παρακολούθηση του τραύματος έχει σαν σκοπό να μειωθούν στο ελάχιστο οι επιπλοκές που είναι :

#### 1. Μόλυνση του τραύματος

Μπορεί να συμβεί από τις εκκρίσεις του τραύματος, από τη χρήση μη αποστειρωμένου υλικού και εργαλείων από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που δεν εφαρμόζουν τις μεθόδους ασηψίας και αντισηψίας. Γι' αυτό φροντίζουμε να παίρνονται όλα τα μέτρα για να μειωθούν οι μολύνσεις κατά την



περιποίηση του τραύματος.

## 2. Ρήξη τραύματος

Αυτό συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα, αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βίαιους εμετούς ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

## 3. Αιμορραγία

Η αιμορραγία μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της αιμορραγίας είναι :

- Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.
- Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς, όπου απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομένο αγγείο και σπάνε ένα ή πολλά ράμματα με αποτέλεσμα να έχουμε μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος.
- Η μόλυνση του τραύματος.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσέχει και να μειώνει τους παράγοντες που δημιουργούν την αιμορραγία με την εξήγηση στον ασθενή για τον τρόπο που μπορεί να αποφύγει τις απότομες κινήσεις ως προς το να σηκωθεί ή να βήξει.

Θα πρέπει σ'ένα μετεγχειρητικό ασθενή κυρίως το πρώτο 24ωρο να ελέγχει τα ζωτικά του σημεία και το τραύμα με το αν οι γάζες είναι καθαρές ή έχουν δείγμα αίματος.

## 4. Μετεγχειρητική ψύχωση

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της είναι :

η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της.

Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή πριν από την εγχείρηση προλαμβάνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος κατά το πρώτο 24ωρο είναι πολλά και η νοσηλεύτρια καλείται να τα αντιμετωπίσει γιατί αυτά επιβραδύνουν την ανάρρωσή του.

Από τα κυριότερα προβλήματα που έχει ο μετεγχειρητικός ασθενής είναι:

### 1. Ο πόνος.

Ο πόνος οφείλεται στο τραύμα, στην τομή που έχει γίνει (απαγωγή, συρραφή).

Η ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο επιτυγχάνεται ως εξής :-

- Ακριβή τήρηση της χορηγήσεως αναλγητικών ναρκωτικών φαρμακείων (PETHIDINE, ZIDERON).
- Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση.
- Εξασφάλιση ήρεμου, φυσικού περιβάλλοντος.
- Συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου.
- Δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας με άτομα που εμπνέουν εμπιστοσύνη, στοργή και αγάπη στον άρρωστο.

### 2. Δίψα

Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι).

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.

### 3. Εμετός

Ο εμετός είναι αποτέλεσμα της αποδρομής του αναισθητικού φαρμάκου. Εμφανίζεται κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες και η σύστασή του είναι βλέννη και σίελο. Αντιμετωπίζεται με την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με μεγάλη επιμέλεια και την διατήρηση αυτής καθαρής και υγρής με την επάλψη των χειλέων και της γλώσσας με κρύο νερό σε σπάτουλα με βαμβάκι. Φροντίζουμε για την χορήγηση υγρών παρεντερικά. Αν ο ασθενής μετά την επέμβαση δεν φέρει LEVIN, σε παρατεταμένους εμετούς γίνεται τοποθέτηση ρινοκαθετήρα LEVIN, για την απαλλαγή του ασθενή από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.

Εάν ο ασθενής φέρει LEVIN τότε επιβάλλεται η διατήρηση ελεύθερου του αυλού του σωλήνα συνεχής αναρρόφησης και ακριβή μέτρηση και χαρακτηρισμός του είδους των υγρών που αποβάλλονται.

Η ακριβή μέτρηση και αναγραφή των υγρών βοηθάει πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του αρρώστου.

Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δώσουμε στην παροχέτευση, στον σωλήνα KHER, ο οποίος είναι συνδεδεμένος με ένα συλλέκτη. Θα πρέπει από τον σωλήνα να γίνεται κανονικά η ροή της χολής προς τον συλλέκτη.

Η μέτρηση επίσης της ποσότητας των ούρων είναι πολύ απαραίτητη για την σωστή ρύθμιση του ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Ο καθετήρας ουροδόχου κύστης αφαιρείται αφού πρώτα γίνει γυμναστική κύστης και ληφθεί καλλιέργεια ούρων.

Αφαιρείται συνήθως μετά το πρώτο 24ωρο αν η γενική κατάσταση του ασθενή είναι καλή.

#### Ρινογαστρική διασωλήνωση

Σκοπός της ρινογαστρικής διασωλήνωσης είναι:

1. Η απομάκρυνση υγρών και αερίων από τον γαστρεντερικό σωλήνα.
2. Η εκτίμηση της εκκριτικής και της κινητικής δραστηριότητας του στομάχου και του γαστρεντερικού σωλήνα.
3. Η χορήγηση φαρμάκων και τροφής απευθείας μέσα στον γαστρεντερικό σωλήνα.
4. Η λήψη δείγματος γαστρεντερικού περιεχομένου για εργαστηριακή ανάλυση.

Κατά την εισαγωγή του ρινογαστρικού καθετήρα εξηγούμε στον άρρωστο και στους συγγενείς τον σκοπό της διασωλήνωσης :

- α) Εξηγούμε πώς θα μπει ο σωλήνας.
- β) Εξηγούμε στον άρρωστο πώς μπορεί να βοηθήσει ο ίδιος στην εισαγωγή του σωλήνα π.χ. να πίνει νερό με το καλάμι, να καταπίνει μετά από εντολή μας να κάμψει το κεφάλι προς τα εμπρός.
- γ) Εξηγούμε πόσο χρόνο θα μείνει ο σωλήνας και τι θα αισθάνεται.
- δ) Εξηγούμε ότι μπορεί να αισθανθεί δίψα, όταν είναι διασωληνωμένος, και ότι οι συχνές πλύσεις του στόματος με νερό ανακουφίζουν τη δίψα και διατηρούν το στόμα καθαρό.

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ

Η σίτιση του χειρουργημένου ασθενή είναι ένα σημαντικό τμήμα των Νοσηλευτικών διαδικασιών κυρίως τα πρώτα 24ωρα. Ο ασθενής μετά την επέμβαση συνήθως φέρει ρινογαστρικό σωλήνα LEVIN, οπότε από το στόμα δεν επιτρέπεται να πάρει τίποτα. Ο άρρωστος σιτίζεται ενδοφλέβια με την λήψη υγρών. τα υγρά που λαμβάνει ο άρρωστος είναι πλούσια σε ηλεκτρολύτες. Η ποσότητα των παρεχομένων υγρών είναι στα 3 LIT για το πρώτο 24ωρο.

Βασική προϋπόθεση σ' αυτό είναι η γενική κατάσταση του ασθενή και οι τυχόν απώλειες που έχει. Τότε το είδος και η ποσότητα των υγρών διαφοροποιούνται ή αυξάνονται. Απαραίτητη είναι η μέτρηση των προσλαμβανομένων υγρών που λαμβάνονται παρεντερικά και η μέτρηση των αποβαλλομένων υγρών από τις διάφορες παροχετεύσεις που έχει ο ασθενής. Έτσι σύμφωνα με το ισοζύγιο υγρών αν είναι θετικό ή αρνητικό, ρυθμίζονται και ανάλογα το είδος και η ποσότητα των I.V. υγρών.

Η διατροφή από το στόμα αρχίζει συνήθως μετά το δεύτερο 24ωρο οπότε αρχίζει και η χορήγηση υγρών PEROS που με το πέρασμα των ημερών μετατρέπεται η διατροφή από υγρά σε ελαφρά χωρίς λίπη και πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.

Η PEROS διατροφή αρχίζει εφόσον έχει γίνει αφαίρεση του ρινογαστρικού καθετήρα LEVIN.

Μετά το δεύτερο 24ωρο έχουμε την κινητοποίηση του εντέρου και την αποβολή αερίων, αυτή είναι άλλη μια ένδειξη

για να αρχίσει ο ασθενής να τρέφεται από το στόμα.

Σε όλους τους ασθενείς με παροχέτευση χοληφόρων οδών γίνεται καθημερινά παρακολούθηση κοπράνων και εργαστηριακή εξέταση κοπράνων για την ύπαρξη χολοχρωστικών.

Η ύπαρξη χολοχρωστικών στα κόπρανα φανερώνει την έκχυση της χολής στο δωδεκαδάκτυλο. Επίσης παρακολουθείται το χρώμα του δέρματος γιατί φανερώνει κατά πόσο η χολή απορροφάται από την κυκλοφορία ή χύνεται στο δωδεκαδάκτυλο.

Η έγερση του αρρώστου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην αποκατάσταση του αρρώστου. Λόγω της θέσεως της τομής στον ασθενή προκαλείται υποσυνείδητα η τάση ακινητοποίησης του χειρουργικού πεδίου, οπότε οι ασθενείς φοβούνται να σηκωθούν, από το κρεβάτι τους.

Στο σημείο αυτό χρειάζεται η νύσπλευτική υποστήριξη για την έγκαιρη έγερση του ασθενή.

Οι λόγοι που επιβάλλουν την έγερση είναι:

α. Η πρόληψη πνευμονικών - αγγειακών επιπλοκών. Κυρίως θρόμβωσης αγγείων των κατώ άκρων και η εμφάνιση επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα. Ο ασθενής ενισχύεται με την αγωγή του από κάποιο αντιπηκτικό φάρμακο.

β. Η επιτάχυνση επούλωσης του τραύματος.

γ. Η μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.

δ. Η συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.

Όσο νωρίτερα αρχίσει η κινητοποίηση του αρρώστου τόσο πιο νωρίς θα αρχίσει η ενεργοποίηση του εντέρου και ο άρρωστος θα αρχίσει διατροφή από το στόμα.

ε. Συντόμευση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Ο χρόνος ο οποίος απαιτείται και επιβάλλεται να βηματίσει ο άρρωστος εξαρτάται από την γενική του κατάσταση και την ηλικία.

Εφόσον ο άρρωστος γίνει περηπατητικός και έχει συμπληρωθεί η θεραπεία του δίνεται εξιτήριο και μαζί με το εξιτήριο του δίνεται και ένα ενημερωτικό φυλλάδιο το οποίο αναλύει ποιά φαγητά επιτρέπεται να τρώει ο ασθενής και ποιά όχι.

#### Φαγητά που επιτρέπονται

Ψωμί, προϊόντα αρτοποιίας, (παξιμάδια, φρυγανιές κλπ) χωρίς βούτυρο ή κρόκο αυγού.

Ζυμαρικά, ρύζι, πατάτες, κουάκερ, ταπίοκα.

Κρέας : Απαχο (βοδινό, μοσχάρι, κοτόπουλο)

Ψάρι : Απαχο (κυρίως λιθρίνι), μπαρμπούνι, γλώσσα, βακαλάος).

Γάλα : Αποβουτυρωμένο και προϊόντα από άπαχο γάλα, τυριά άπαχο, γιαούρτι αγελαδινό χωρίς πέτσα, ρυζόγαλο, κρέμα. Αν προκαλεί ενοχλήματα το γάλα σε ρευστή μορφή απαγορεύεται.

Αυγά : Βραστά ή ποσέ, αλλά μόνο το λευκωμα (ασπράδι)

Βούτυρο : Φρέσκο σε μικρή ποσότητα ωμό ή ελαιολαδοωμό, μη μαγειρευμένο.

Χορταρικά : Τρυφερά και βρασμένα με λίγο φέσκο βούτυρο ωμό.

Φρούτα : Ωριμα, κομπόστες, χυμοί φρούτων, ζελέδες, τούτλιο ή χαμομήλι ή ελαφρός καφές ή ελαφρό τσάϊ.



Προϊόντα ζαχαροπλαστικής χωρίς βούτυρο ή λιπος ή κρέμα σαντιγύ ή κρόκους αυγών.

Φαγητά που απαγορεύονται

Τροφές πλούσιες σε χοληστερίνη, οι πολυ λιπαρές και οι δύσπεπτες. Μυαλά, κρόκοι αυγών, βούτυρο, νεφρά, λεμφαδένες (γλυκάδια), συκώτι. Σοκολατα, κακάο, παχύ κρέας ή παχύ ψάρι (μεγάλου βάρους), παχύ τυρί, χοιρινό κρέας, αρνί. Κυνήγια εντόσθια. ζώων, κονσέρβες, αλλαντικά, βακαλάος παστωμένος, ρέγγα, σαρδέλλες κλπ. Τουροιά θαλασσινά, οστρακόδερμα (σουπιές, χταπόδια, μύδια, στρείδια κλπ). Καρυκεύματα, σάλτσες, τηγανιτά, ελιές, μελιτζάνες, μπάμιες, κρεμύδια, γογγύλι, λάχανα, ραπανάκια, αγγούρια, όσπρια. Τυριά αλμυρά με έντονη ζύμωση.

Ξηροί καρποί.

Γλυκά με σοκολάτα ή βούτυρο ή κρόκους αυγών. Παγωμένα φαγητά ή ποτά.

Οίνος και οινοπνευματώδη ποτά (αυστηρώς)

Επίσης του γίνεται λογος ότι απαγορεύονται οι εκνευρισμοί, οι συγκινήσεις, η αυξημένη σωματική και διανοητική εργασία. Αποφεύγεται η δυσκοιλιότητα. Τα γεύματα είναι μικρά, συχνά και σε κανονικές ώρες. Το βραδινό γεύμα είναι το μικρότερο των λοιπων γευματων. Αποφεύγεται η παχυσαρκία και ελαττώνεται το βάρος του παχύσαρκου στο ανάλογο ιδανικό βάρος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕ-  
ΤΩΠΙΣΗ

Τα προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής με χολοκυστί-  
τιδα είναι :

1. Πλημμελής οξυγόνωση των ιστών (πόνος, επιπόλαιες αναπνοές).
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ατελής πέψη, κακή απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών).
3. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός)
4. Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια (έμ ετοι, ειλεός, πυρετός).
5. Οξεοβασικά ανισοζύγια (έμετοι, πυρετός).
6. Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων (πόνος, κνησμός, θεραπευτική ανάπαυση).
7. Προβλήματα κένωσης εντέρου (θεραπευτική ανάπαυση, μειωμένη χολή στο έντερο, αντιχολινεργικά).
8. Πόνος.

Ω σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή με χολοκυστίτιδα που αντιμετωπίζεται συντηρητικά είναι άμεσοι αλλά και μακροπρόθεσμοι.

1. Άμεσοι

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

## 2. Μακροπρόθεσμοι

α. Προαγωγή επαρκούς θρέψης

β. Πρόληψη υποτροπών

Ετσι λοιπόν το νοσηλευτικό προσωπικό με στόχο να διεκ-  
παιρέώσει τους σκοπούς της φροντίδας παρεμβαίνει στην थे-  
ραπεία του αρρώστου ως εξής :

α. Τίποτα από το στόμα, για ελαχιστοποίηση διέγερσης  
της χοληδόχου κύστης. Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα, για  
αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων και για διατήρηση κενού  
του στομάχου. Χορήγηση αντιεμετικών, για την ναυτία και  
τους εμέτους. Με την θεραπευτική ανάπαυση στο 75% των πε-  
ριπτώσεων υποχωρεί η κρίση σε 1-4 ημέρες. Ετσι, η δίαιτα  
βαθμιαία γίνεται υπερπρωτεϊνούχα, υπερυδατανθρακούχα και  
υπολιπούχα. Η μη ανοχή λιπών, ενώ ο άρρωστος ενθαρρύνεται  
να τα μειώνει, αντιμετωπίζεται με χορήγηση από το στόμα  
χολικών αλάτων. Επίσης, συχνά χορηγούνται συμπληρωματικά  
λιποδιαλυτές βιταμίνες.

β. Παρεντερικά δίνονται υγρά για κάλυψη των θρεπτι-  
κών αναγκών και αντικατάσταση των απωλειών σε υγρά εξαιτίας  
οιδήματος, γαστρικής αναρρόφησης, ιδρώτα και πολυουρίας.

γ. Καταπολέμηση του πόνου με παρεντερική χορήγηση  
MEPERIDINE, που προτιμάται από τη μορφίνη γιατί έχει μικρό-  
τερη σπασμογόνο επίδραση στο χοληδόχο πόρο.

δ. Αντιχολινεργικά φάρμακα μπορεί να δοθούν για μείω-  
ση της έκκρισης και του μυϊκού σπασμού.

ε. Αντιβιοτικά, που συγκεντρώνονται σε μεγάλες πο-  
σότητες στις χοληφόρους οδούς, είναι η AMPICILLIN, TETRACY-  
CLINE ή CEPHALOSPORIN που δίνονται για τη λοίμωξη.

στ. Ενδάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει ακινητοποιώντας την κοιλιά του για μείωση του πάνυ. Συχνή αλλαγή θέσης για πρόληψη πνευμονικής συμφόρησης και ρήξη του δέρματος.

ζ. Αποθάρρυνση του αρρώστου να ξύνεται. Χρησιμοποίηση ρητίνης CHOLESTYRAMINE και συχνή φροντίδα δέρματος.

η. Χορήγηση CHENODEOXYCHOLIC ACID για διάλυση των χολολίθων.

θ. Η διδασκαλία επικεντρώνεται στη σημασία της υπολιπούχας διαίτας και τη μείωση του βάρους του σώματος αν χρειάζεται.

#### Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο

Ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο κατά την είσοδο του ασθενή όσο και κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο είναι εξίσου σημαντική.

Ενημερώνει τον ασθενή για το είδος της διατροφής του και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την πλήρη αποκατάσταση του. Ετσι για 6 μήνες θα πρέπει από τη διατροφή του να ελλείπουν τα λίπη και τα καρικεύματα. Συμβουλεύουμε να αποφεύγεται η άρση βάρους μέσα σ' αυτούς τους μήνες. Ενημερώνεται ο ασθενής και για τους ερεθιστικούς παράγοντες που δεν είναι μόνο η διατροφή αλλά και ο τρόπος ζωής και η αντιμετώπιση της και την εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και χαλάρωση.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

##### α. Ιστορικό ασθενούς με χολοκυστίτιδα

Στις 20-8-91 ήρθε στο Γ.Ν.Α στα Ε.Ι. η κυρία Μ.Β. 50 χρόνων. Η ασθενής προ πενθημέρου αναφέρει άλγος στο δεξιό υποχόνδριο χωρίς ανταναικλάσεις με πυρετό 38,9°C και ρίγος. Αναφέρει υπέρχρωση ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων. Τα ενοχλήματα αρχίζουν από το 1973 με πόνο έντονο που ανταναικλούσε στην οσφυϊκή μοίρα και συνοδευόταν με έμετο. Εγινε ακτινογραφία και διαπιστώθηκε η ύπαρξη λίθων στην χοληδόχο κύστη. Ακολούθησαν και άλλα επεισόδια άλγους δίχως όμως έντονα ενοχλήματα. Η ασθενής επίσης αναφέρει έντονη δυσπεψία μετά το φαγητό τον τελευταίο χρόνο. Επίσης έγινε υπερηχογράφημα που επιβεβαίωσε την ύπαρξη των λίθων.

Τα αποτελέσματα του υπερηχογραφήματος ήταν, εντός της χοληδόχου κύστης λίθος 15 CM.

Γίνεται εισαγωγή για χειρουργική αντιμετώπιση. Η μέτρηση των ζωτικών σημείων έδειξε ΣΦ : 80/λεπτό, αναπνοές 18/λεπτό, Α.Π. 130-70 MMHG, θερμ. 38,9°C.

Δέρμα : ωχρότητα του δέρματος

Ηπαρ Κ.Φ.

Χολαγγεία Κ.Φ.

Νεφροί Κ.Φ.

Σπληνα Κ.Φ.

Ουροδόχος κύστης Κ.Φ.

Πάγκρεας : δεν προσεγγίζεται.

20-8-91 Θα πάρει 3 LIT ορούς με VITAMINE . Η Δίαιτα της θα είναι υγρά και θα παίρνει διπλή αντιβίωση.

21-8-91. Ιδια αντιμετώπιση.

22-8-91. Εγινε προεγχειρητική ετοιμασία και αναισθησιολογική εκτίμηση. Λήψη α α θώρακος.

23-8-91. Η ασθενής πήγε χειρουργείο, φάρμακα που συνοδευαν τον ασθενή UNOGVAFINE 58%, 1 FL FTAZIDINE. στις 1 μ.μ γύρισε από το χειρουργείο.

Ζωτικά σημεία Κ.Φ. Η ασθενής έχει LEVIN παίρνει 3 LIT ορούς με βιταμίνες, αντιπηκτική αγωγή.

Στις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες, απύρετη, ενεργοποιήθηκε η ουροδόχος κύστη και ήταν ήσυχη.

Στος 10 μ.μ. και στις 2 π.μ. έγινε από 1 2 AMP PETHIDINE ύστερα από εντολή γιατρού επί πόνου.

Η ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Και γίνεται μέτρηση ούρων 24ώρου, υγρών και παροχετεύσεων.

24-8-91. Συνεχίζει να παίρνει ορούς. Το τραύμα είναι καλό. Εργαστηριακά ευρήματα καλά. Το ισοζύγιο αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών είναι καλο. Παίρνει αντιβίωση. Στις 10 μ.μ. έγινε 1 2 AMP PETHIDINE επί πόνου.

25-8-91. Συνεχίζει να παίρνει ορούς και αντιβίωση. Εγινε αφαίρεση του LEVIN; Τραύμα είναι καλό. Δίαιτα Τσάϊ-γάλα φρυγανιά.

26-8-91. Παρουσιάζει σταθερή θερμοκρασία, καλό τραύμα αποβολή αερίων. Δίαιτα τσάϊ-γάλα-φρυγανιά.

27-8-91. Η ασθενής περπατά. Σταθερή θερμοκρασία. Διακοπή ορών. Δίαιτα ελαφρά. Συνεχίζει μόνο αντιβίωση. Δεν ενεργοποιήθηκε το έντερο.

28-8-91. Σταθερή κατάσταση ζωτικών σημείων, γενικής κατάστασης και τραύματος. Ενεργοποιήθηκε το έντερο. Σταματάει και η αντιβίωση. Δίαιτα ελεύθερα.

29-8-91. Γίνεται εξητήριο και δίνονται οδηγίες

- Αποφυγή λιπαρών για 2 μήνες
- Αποφυγή άρσης βάρους για 6 μήνες.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολογήση - Επιστημονική Εκτίμηση
Μείωση της άνεσης από τα συμπτώματα ερυγές, εμετούς	Ελάττωση των συμπτωμάτων και εξασφάλιση της καλής υγείας	Φροντίζουμε για την καλύτερευση της διατροφής του ασθενή, την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.	Λήψη τροφής κατάλληλης να μειώνει τα συμπτώματα ή εφαρμογής τεχνητής διατροφής.	Μείωση των επιδόσεων συμπτωμάτων.
Ανησυχία για το είδος της ασθένειας και της εξέλιξη της.	Εξάλειψη του φόβου με την κατάλληλη διαφώτιση για το είδος της ασθένειας.	Ανάλυση των αιτιών και των συμπτωμάτων και φυσικά τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας.	Φροντίζουμε ώστε να ενημερωθεί ο ασθενής για το είδος και την πορεία της ασθένειας της.	Μείωση του STRESS και του άγχους.
Προεγχειρητικός φόβος και άγχος για την διεξαγωγή της επέμβασης.	Μείωση του φόβου με την επεξήγηση της διαδικασίας της επέμβασης.	Φροντίζουμε για την επεξήγηση της επέμβασης και την ψυχολογική τόνωση.	Συζήτηση και ηθική και ψυχολογική υποστήριξη	Μείωση του φόβου και του άγχους για την επέμβαση.



ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολογήση-Επιστημονική εκτίμηση
Μείωση των δραστηριοτήτων από την εμφάνιση των συμπτωμάτων.	Εξάλειψη των συμπτωμάτων και συνέχιση των δραστηριοτήτων.	Φροντίζουμε για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.	Φροντίζουμε τόσο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων όσο και για την διατήρηση της καλής υγείας.	Μείωση της εμφάνισης των συμπτωμάτων και ανάπτυξη των δραστηριοτήτων του.
Συναισθηματική πίεση λόγω της ασθένειας των οικογενειακών υποχρεώσεων και επαγγελματιών υποχρεώσεων.	Να εξαιρεθούν οι ανησυχίες του ασθενή για τα συγκεκριμένα προβλήματα.	Προγραμματίζουμε συζήτηση με τον ασθενή και συνεχή επαφή μαζί του για να τον βοηθήσουμε ώστε να ξεπεράσει τα προβλημάτά του.	Εξηγούμε στον άρρωστο μας το είδος της ασθένειας και τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ανταπεξέλθει.	Μετά από διαλογική συζήτηση τα αναμενόμενα αποτελέσματα είναι η συναισθηματική πληρότητα.

B. Περίπτωση ασθενή με χολοκυστίτιδα

Στις 13-8-91 εισήλθε στα Ε.Ι. του Γ.Ν.Α. ο κύριος Τ.Ι. 53 χρόνων με έντονο άλγος στο δεξιό υποχόνδριο με αντανάκλαση στην οσφυϊκή μοίρα και στην δεξιά ωμοπλάτη με έναρξη προ πενταετίας. Το άλγος είναι ήπιο και συνεχές, με μεγάλα διαστήματα υφέσεων.

Προ διαιτίας αναφέρει κωλικό ήπατος μετά την λήψη λιπαρού γεύματος με τάση για έμετο. Δεν αναφέρει πυρετό ρίγος εμέτους ούτε υπέρχρωση ούρων και αποχρωματισμό κοπράνων. Προ εξαμήνου μετά από υπερηχογραφική εξέταση ήπατος και χοληδόχο κύστεως διαπιστώθηκε η ύπαρξη λίθων στην χοληδόχο κύστη. Ο ασθενής πάσχει από έλκος 12δακτύλου από 10ετία.

Τα αποτελέσματα του υπερηχογραφήματος ήταν :

Χολυδόχος κύστη με παχυσμένα τοιχώματα και λίθων μικρών διαστάσεων από 1-5 CM.

Εγιναν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις αίματος και ούρων και εισέρχεται στην χειρουργική κλινική για χειρουργική αντιμετώπιση.

Ο ασθενής βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση μια που η διάρκεια του πόνου πέρασε.

Γίνεται η λήψη του Νοσηλευτικού ιστορικού και μέτρηση ζωτικών σημείων.

Ετσι έχουμε : 120 MMHG, θερ. 36,6°C, σφ. 76/λεπτό, αναπ : 20/λεπτό.

Δέρμα : Κ.Φ.

Κεφαλή - Τράχηλοι : Κ.Φ.

Θώρακας : Κ.Φ.

Ακρα : Κ.Φ.

Νεφροί : Κ.Φ.

Σπλήνα : Κ.Φ.

Ουροδόχος Κ.Φ.

Πάγκρεας : δεν προσεγγίζεται.

13-8-91. Εγιναν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις αίματος και ούρων. Εγινε αναισθησιολογική εκτίμηση και προεγχειρητική ετοιμασία. Το βράδυ ήταν ιδιαίτερα ανήσυχος και δόθηκε 1 TABL STEDON.

14-8-91. Είναι η μέρα χειρουργείου.

Γύρισε από το χειρουργείο στις 12:30 π.μ. Βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση με ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Έχει ορρό, ποσότητα 24ώρου 2 LIT. Έχει παροχέτευση KHER και LEVIN. Η φαρμακευτική του αγωγή είναι αντιπηκτική και αντιβίωση. Το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο είναι απύρετος, ενεργοποιείται η ουροδόχος κύστη.

15-8-91. Καλή φυσική κατάσταση. Φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Συνεχίζει να παίρνει ορρούς 2 LIT και αντιβίωση και αντιπηκτική αγωγή. Ο ασθενής κινητοποιείται. Εγώ αποφεύγουμε την εμφάνιση πυρετού κυρίως αναπνευστικού. Τα εργαστηριακά φυσιολογικά καθώς και το τραύμα.

16-8-91. Καλή γενική κατάσταση. Εργαστηριακές εξετάσεις και ζωτικά σημεία Κ.Φ. Γίνεται αφαίρεση του LEVIN μια που η ποσότητα που παροχετεύτηκε ήταν μηδαμινή. Συνεχίζει να παίρνει 2 LIT ορρούς. Η κινητοποίηση του συνεχίζεται. Γίνονται αλλαγές στο τραύμα.

17-8-91. Σταθερή φυσιολογική γενική κατάσταση του ασθενή. Γίνεται διακοπή στην χορήγηση της αντιβίωσης. Συνεχίζει την αντιπηκτική αγωγή. Τραύμα καλό γίνονται αλλαγές. Ποσότητα παροχής του ΚΗΕΡ με καθημερινή μείωση. Γίνεται διακοπή ορρών. Και διατροφή υγρά - σούπα.

18-8-91 Σταθερή κατάσταση. Φυσιολογικές εργαστηριακές εξετάσεις. Φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Τραύμα καλό. Η διαίτα του ελαφρά. Συνεχίζει την αντιπηκτική αγωγή Σταθερή ποσότητα παροχής του ΚΗΕΡ.

19-8-91. Σταθερή κατάσταση. Φυσιολογική η γενική του κατάσταση. Ενεργοποιήθηκε το έντερο και έχουμε αποβολή αερίων. Η διαίτα ελαφρά. Συνεχίζει αντιπηκτική αγωγή. Γίνεται αφαίρεση της παροχέτευσης του ΚΗΕΡ.

20-8-91. Καλή φυσική κατάσταση. Ο ασθενής κινητοποιείται και τρέφεται ελεύθερα, αλλά χωρίς λίπη και καρυκεύματα. Παραμένει στην κλινική για παρακολούθηση ενός 24ώρου και κοπή ραμμάτων.

21-8-91. Γίνεται εξιτήριο. Δίνονται οδηγίες για την διατροφή του για αποφυγή λιπαρών καρικευμάτων και ποτού για 2 μήνες. Αποφυγή, άρση βάρους για 6 μήνες.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολόγηση-Επιστημονική Εκτίμηση
Αίσθημα ναυτίας και εμετός.	Ανακούφιση του συμπτώματος.	Απαλλαγή από το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας και τον εμετό.	Χορήγηση υγρών I.V για κάλυψη των υγρών που αποβάλλει και πρόληψη της αφυδάτωσης. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων όπως PVIMPERAN AMPI IM ή IV. Πλύσεις στόματος με διάλυμα HEXALEN.	Μείωση των συμπτωμάτων Ικανοποιητική πορεία του ισοζυγίου υγρών. Δημιουργία ιδανικότερων συνθηκών για χειρουργική επέμβαση.
Εμφάνιση πόνου.	Ελαττώση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.	Χορήγηση I.M. αναλγητικής ένεσης.	Μείωση του πόνου. Ανακούφιση από το σύμπτωμα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πρόβλημα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολογήση-Επιστημονική Εκτίμηση
Μετεγχειρητικός πόνος και εξάντληση από την επέμβαση.	Εξάλειψη των μετεγχειρητικών συμπτωμάτων.	Φροντίζουμε για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με φυσικά και φαρμακευτικά μέσα.	Προσπαθούμε με κάθε Νοσηλευτικό μέσο που μας δίνεται να αντιμετωπίσουμε τα συμπτώματα. Φροντίζουμε και για την τόνωση του οργανισμού με σωστή διατροφή και ψυχολογική βοήθεια.	Μετά από αυτές τις δραστηριότητες στον ασθενή μειώνεται ο πόνος και τα συμπτώματα της εγχείρησης.
Μετεγχειρητικός πυρετός.	Μείωση του πυρετού.	Φροντίζουμε ώστε να θερμομετρείται ο ασθενής σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Παρακολουθούμε την ποσότητα των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.	Εφαρμόζονται ψυχρά περιτυλίγματα. Δίνονται αντιπυρετικά αν ο πυρετός συνεχίζεται. Ενισχύεται ο ασθενής να παίρνει υγρά PEROS ή I.V.	Επάνοδος της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μέσα από αυτή την εργασία πιστεύω να εκπληρώθηκε ο αρχικός σκοπός μου δηλ. η προσέγγιση του ασθενή. Του ασθενή που δεν θα πάσχει μόνο από χολολιθίαση, όπως αναφέρεται σ' αυτή την εργασία, αλλά από την οποιαδήποτε ασθένεια που θα τον καθηλώσει και θα χρειάζεται την βοήθειά μας.

Πιστεύω ότι εμείς σαν μέλη της υγειονομικής ομάδας είναι καθήκον και υποχρέωση να γνωρίζουμε ότι προέχει η προάσπιση και προαγωγή της υγείας του κάθε ανθρώπου.

Για να πετύχουμε αυτό χρειάζεται σωστή εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και να κατέχουμε γνώσεις και πνεύμα αγάπης και συνεργασίας. Χρειάζεται πρόληψη και ενημέρωση από όλη την υγειονομική ομάδα μια που αυτός οίτομέας στη χώρα μας είναι αρκετά υποβαθμισμένος.

Με εκτίμηση

Τσούτσας Αποστόλης.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Ι., ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ Ι., ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ Δ., ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Μ., ΚΑΡΑΒΙΑΣ Δ. : Πρόεδρος στην Ιατρική Επιστήμη, Τόμος 2, Τεύχος Α, Έκδοση πρώτη, Εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1989.
2. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. : Ειδική Νοσολογία, Επίτομος, Έκδοση τρίτη Εκδόσεις "Παρισιάνος Γ.", Αθήνα 1981.
3. ΓΚΟΥΜΑΣ Κ., ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΣ Λ. : "Εγκυκλοπαίδεια Υγεία", Τόμος 7ος, Εκδόσεις "Δομική", Αθήνα 1989.
4. HARRISON G.A. : Εσωτερική παθολογία, Τόμος Α, Εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα 1986.
5. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : Νοσηλευτική, Γενική Παθολογική χειρουργική, Τόμος Α, Έκδοση 9η, "ΣΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1985.
6. ΜΠΑΛΑΣ Π. : Χειρουργική, Τόμος Β', Εκδόσεις "Πασχαλίδης Π.Χ.", Αθήνα 1987.

---

7. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ.; ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ. : Αρχές Γενικής Χειρουργικής, Τόμος Β', Έκδοση 5η, Εκδόσεις "Παρισιάνος" Αθήνα 1989.
8. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ. : Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1985.



9. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ. : Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2ος, Μέρος Β, Έκδοση 1η, Εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1985.
  
10. ΤΟΥΝΤΑ Κ.Ι., : Επίτομος Χειρουργική, Τεύχος Γ', Εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα 1981.

