

Τ.Ε.Ι. : ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : ΧΟΛΟΔΙΘΙΑΣΗ

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Νικόλαος Κούνης

Υπεύθυνη Σπουδάστρια:

Τόμπρα Ευθυμία

Πάτρα 13.10.1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1295
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	<u>Σελίδα</u>
- Πρόλογος	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ	2-3
- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ	4
- ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	5
- ΧΟΛΟΛΙΘΟΙ - ΓΕΝΙΚΑ	6
- ΑΙΤΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΕΩΣ	7-8
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ	9
- <u>Ιστορικό</u>	9
- <u>Κλινική εξέταση</u>	9
- <u>Ακτινολογικός έλεγχος</u>	10
α) Χολοκυστογραφία PEROS	11
β) Ενδοφλέβια χολοκυστογραφία	12
γ) Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία	12
δ) Διηπατική διαδερματική χολαγγειογραφία	13 13
ε) Απλή ακτινογραφία κοιλιάς	14
ζ) Αξονική υπολογιστική τομογραφία	14
η) Υπερήχοι	14
- <u>Εργαστηριακές εξετάσεις</u>	15
- ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	16-17
- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	18-19
- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	20-24
Οξεία χολοκυστίτιδα	20
Χοληδοχολιθίαση	21
Οξεία χολαγγειϊτιδα	22
Καρκίνος χοληδόχου κύστεως	23
Αποφρακτικός ίκτερος	23
Ηπατική ανεπάρκεια	24
Νέκρωση παγκρέατος	24

ΙΙ

- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	25-26
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ	27
α) <u>Συντηρητική αγωγή</u>	27
Δίαιτα	27
Φαρμακευτική θεραπεία	27
β) <u>Χειρουργική θεραπεία</u>	28-30
- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	31-33
- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΟΥ	34-35
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
(I) ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	36-37
(II) ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	38
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	39-44
- ΕΠΙΛΟΓΟΣ	45
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	46

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η λιθίαση της χοληδόχου κύστεως είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις και αποτελεί κύριο χειρουργικό αλλά και οικονομικό - κοινωνικό πρόβλημα.

Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι 10% έως 20% του πληθυσμού άνω των 40 ετών παρουσιάζει χολολιθίαση εκ των οποίων το 20-25% συνοδεύεται με κλινικά συμπτώματα. Η συχνότητα των χολολιθιάσεων εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξανόμενη κατά την διάρκεια των τελευταίων 100 ετών.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αντιμετώπιση της είναι χειρουργική. Ωστόσο δεν είναι μικρό το ποσοστό των ασθενών που τυγχάνουν συντηρητικής αγωγής.

Η νοσηλεύτρια, για άλλη μία φορά, βρίσκεται κοντά στον χειρουργημένο ή μη άρρωστο και έχει την ευθύνη να αξιολογεί τις ανάγκες του και να τις ικανοποιεί στοχεύοντας στην πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο (Ι)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

Τα εξωηπατικά χοληφόρα αποτελούνται από το δεξιό και αριστερό ηπατικό πόρο, τον κοινό ηπατικό, τον χοληδόχο πόρο, και την χοληδόχο κύστη.

Ο δεξιός και αριστερός ηπατικός πόρος συλλέγουν την χολή από το ενδοηπατικό δίκτυο και συνενούνται συνήθως στις πύλες του ήπατος, για να σχηματίσουν τον κοινό ηπατικό πόρο, ο οποίος έχει μήκος 3-4 CM και συνεχίζει την πορεία του προς τα κάτω μέχρις ότου ενωθεί με τον κυστικό πόρο.

Ο χοληδόχος πόρος αποτελεί την συνέχεια του κοινού ηπατικού προς τα κάτω και έχει άλλοτε άλλο μήκος, που είναι περίπου 8 CM και εύρος 8 MM.

Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος μέσα σε μία κοίτη, μεταξύ του δεξιού και αριστερού λοβού. Αποτελείται από τέσσερα μέρη : τον πυθμένα, το σώμα, τον αυχένα και τον κυστικό πόρο.

Μεταξύ του αυχένα και του κυστικού πόρου σχηματίζεται συχνά μια διάταση, που αποτελεί το θύλακο ή εκκόλπωμα του HARTMAN.

Ιστολογικώς, η χοληδόχος κύστη έχει τρεις στοιβάδες : την εσωτερική βλεννογονική, τη μυϊκή στοιβάδα και την εξωτερική επικάλυψη από περιτόναιο. Η αγγείωση των πόρων γίνεται από μικρούς κλάδους της κυστικής αρτηρίας, της κυρίως ηπατικής και της γαστροδωδεκαδακτυλικής. Η φλε-

βική αποχέτευση γίνεται σε κλάδους της πυλαίας. Η αγγείωση της χοληδόχου κύστεως γίνεται από την κυστική αρτηρία που είναι κλάδος της ηπατικής. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται κυρίως με μικρούς κλάδους προς την κοίτη του ήπατος και σπανιότερα υπάρχει μια κυστική φλέβα που εκβάλλει στο δεξιό κλάδο της πυλαίας.

ΕΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η χολή αποτελείται από διάφορες οργανικές ενώσεις και ανόργανα ιόντα διαλυμένα σε νερό.

Οργανικά είναι : Χολικά οξέα - Λεκιθίνη - Χοληστερόλη - Χολερυθρίνη. Ανόργανα είναι : Na^+ - K^+ - Ca^{++} - MG^{++}

Η περιεκτικότητα σε νερό είναι 95-98%.

Παράγονται περίπου 500 - 1.500 ML χολής ημερησίως. Εις τα ενδοηπατικά χοληφόρα τριχοειδή εκκρίνονται ενεργητικώς τα χολικά οξέα, η χολερυθρίνη, Na^+ HCO_3 ενώ παθητικώς προστίθενται το K^+ και το νερό.

Η λεκιθίνη και η χοληστερόλη πιστεύεται ότι παρασύρονται από τα χολικά άλατα.

Μεταξύ των γευμάτων η χολή εναποθηκεύεται στην χοληδόχο κύστη, στην οποία συμπυκνώνεται με ρυθμό 20% περίπου κατά ώρα.

Οι χολοχρωστικές και η χοληστερόλη δεν απορροφώνται και συνεπώς η περιεκτικότητά τους στη χολή της χοληδόχου κύστεως είναι αυξημένη. Ο σημαντικός μηχανισμός στο σχηματισμό της λιθογόνου χολής είναι η αυξημένη χολική έκκριση χοληστερόλης.

ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ (ΓΕΝΙΚΑ)

Η χολολιθίαση είναι μια από τις πιο συχνές νόσους και απαντά στο 10% περίπου του πληθυσμού. Πιο συχνή είναι σε γυναίκες παχύσαρκες ηλικίας άνω των 40 ετών.

Στην χολολιθίαση έχουμε παρουσία χολολίθων μέσα στην χοληδόχο κύστη. Στις πιο πολλές περιπτώσεις ο λίθος ενσφηνώνεται στον κυστικό πόρο, εμποδίζοντας το άδειασμα της χοληδόχου κύστεως με αποτέλεσμα την φλεγμονή της.

Η φλεγμονή αρχικά είναι χημική και αοφείλεται στην δράση της χολής. Σύντομα όμως πολλαπλασιάζεται η φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα με αποτέλεσμα την λοίμωξη.

Το οίδημα που συνοδεύει την φλεγμονή προκαλεί αγγειακή συμφόρηση με ανάπτυξη θρόμβωσης και εμφράκτου. Η πίεση που εξασκεί ο ίδιος ο παγιδευμένος λίθος προκαλεί ισχαιμία - νέκρωση - και εξέλκωση.

ΧΟΛΟΛΙΘΟΙ ΓΕΝΙΚΑ

Οι χολόλιθοι γείναι αρκετά συχνοί στις περισσότερες δυτικές χώρες. Στις ΗΠΑ σειρές νεκροτομικές απέδειξαν χολολίθους στο 20% των γυναικών και στο 80% των ανδρών ηλικίας άνω των 40 ετών. Υπολογίζεται ότι 16-20 εκατομ. στις ΗΠΑ έχουν χολολιθίαση και περίπου 1 εκατ. νέων περιπτώσεων χολολιθιάσεων ανακαλύπτονται κάθε χρόνο.

Οι χολόλιθοι είναι κρυσταλλικοί σχηματισμοί που σχηματίζονται από συσσώρευση φυσιολογικών ή παθολογικών συστατικών της χολής.

Οι λίθοι αυτοί διακρίνονται σε τρεις τύπους :

Οι χοληστερολικοί και οι μικροί λίθοι αποτελούν το 80% ενώ οι λίθοι χρωστικής αποτελούν το υπόλοιπο 20%.

Οι χοληστερολικοί και μικτοί χολόλιθοι συνήθως περιέχουν περισσότερο από 70% μονοϋδρική χοληστερόλη μαζί με άλατα ασβεστίου, χολικά οξέα και χολοχρωστικές πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα και φωσφορολιπίδια.

Οι λίθοι χολοχρωστικών αποτελούνται κύρια από χολερυθρινικό ασβέστιο και περιέχουν λιγότερο από 10% χοληστερόλης.

ΑΙΤΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΕΩΣ

Η καθίζηση της χοληστερίνης και των αλάτων ασβεστίου στην χολή, που σχηματίζει τους λίθους, οφείλεται αφ' ενός στην αύξηση της περιεκτικότητας τους στην χολή και αφ' ετέρου στην δημιουργία συνθηκών που ευνοούν την καθίζηση των υπό διάλυση ουσιών όπως :

- Η αύξηση της χοληστερίνης της χολής στις έγκυες γυναίκες είναι φανερή αιτία της μεγάλης συχνότητας της χολολιθίασης.
- Η μεγάλη αύξηση της χολερυθρίνης στην χολή σε ασθενείς από χρόνιους αιμολυτικούς ικτερούς προκαλεί την δημιουργία λίθων από χολερυθρινικό ασβέστιο.
- Σε παθήσεις του αίματος, κατά τις οποίες τα ερυθρά αιμοσφαίρια ζουν λίγες ημέρες, με την καταστροφή της αυξάνεται η έμμεση χολερυθρίνη στο αίμα και έτσι βοηθείται η δημιουργία λίθων.
- Η κατάχρηση στο φαγητό και μάλιστα λιπαρών τροφών - η καθιστική ζωή - η παχυσαρκία δημιουργούν προδιάθεση για το σχηματισμό χολολίθων.
- Ο σακχαρώδης διαβήτης επίσης βοηθεί στην εμφάνιση των χολολίθων.
- Η χρόνια φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως οδηγεί σε χολολιθίαση γιατί ο βλεννογόνος της κύστεως που φλεγμαίνει γίνεται περισσότερο διαβατός από το νερό των χολικών αλατών και αυξάνεται η απορρόφηση των άλλων ουσιών που γίνεται αιτία να καθιζάνει το χολερυθρινικό ασβέστιο.
- Η αλλαγή στο PH της χολής.

Άλλα αίτια είναι :

- Η λυσαπορρόφηση χολικών αλατών (π.χ. νόσος ειλεού η εκτεταμένη εκτομή του λεπτού εντέρου).
- Η λήψη γυναικείων ορμονών αντισυλληπτικών προκαλούν έκκριση χολικών αλάτων.
- Άλλοι παράγοντες όπως : Ca παγκρέατος, Αλκοολική κίρρωση - χρόνια λοίμωξη χοληφόρων - παρασιτικά νοσήματα - αυξημένη ηλικία.

Η συμβολή της χοληδόχου κύστεως είναι σημαντική στην λιθογένεση. Φαίνεται ότι η χοληδόχος κύστη παρέχει το μικρό εκείνο ποσό χολερυθρινικών αλάτων ή βλεννοπρωτεΐνης, που σχεδόν πάντα υπάρχει στον πυρήνα των χολερυθρινικών λίθων. Επιπροσθέτως η στάση της χολής μέσα στην χοληδόχο κύστη αποτελεί ένα ακόμη απαραίτητο προδιαθεσικό παράγοντα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική προσπέλαση των παθήσεων των χοληφόρων, έχει σημαντικώς βελτιωθεί και μεταβληθεί την τελευταία δεκαετία. Σε αυτό συνέβαλε τόσο η βελτίωση των τεχνικών, όσο και η ανάπτυξη νέων μεθόδων και τεχνικών.

1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού μπορεί να συμβάλλει σημαντικώς στην διάγνωση σε πολύ μεγάλη αναλογία των αρρώστων αλλά μπορεί και να κατευθύνει στην ορθή ιεράρχηση των διαγνωστικών εξετάσεων.

Τρεις κύριες ομάδες συμπτωμάτων παρουσιάζονται στις παθήσεις των χοληφόρων : - πόνος - ίκτερος - και δυσπεπτικά ενοχλήματα.

2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η εξέταση του αρρώστου θα δείξει :

- Οξύτητα του πόνου που κάνει τον άρρωστο να προστατεύεται με αποτέλεσμα την δυσκολία στην εξέταση της κοιλίας.

Ο άρρωστος βιώνει δυσχέρεια με την πρώτη επίκρουση πάνω στο ήπαρ.

Η χοληδόχος κύστη μπορεί να είναι ψηλαφητή σαν μια ευαίσθητη μάζα.

- Το δέρμα και ο σκληρός χιτώνας του οφθαλμού εξετάζονται για διαπίστωση ικτερικού χρώματος. Συνήθως υπάρχει ελαφρός ίκτερος ενώ ένας βαρύς ίκτερος δείχνει απόφραξη του κοινού ηπατικού, ή του χοληδόχου πόρου από λίθο ή οίδημα.

- Παίρνεται η θερμοκρασία του αρρώστου γιατί συχνά υπάρ-

- χει πυρετός εξαιτίας λοίμωξης. Τα ζωτικά σημεία δείχνουν μικρό βαθμό ταχυκαρδίας και υπότασης, αν δεν έχουν αναπτυχθεί επιπλοκές.
- Η αναπνοή γίνεται επιπόλαια εξαιτίας του πόνου και μπορεί να ακούγονται ρόγχοι στις βάσεις των πνευμόνων.
 - Παίρνεται το βάρος του σώματος και συγκρίνεται με το ιδεώδες.

3. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

α) Χολοκυστογραφία PEROS

Γίνεται για εκτίμηση της ικανότητας της χοληδόχου κύστεως να γεμίζει, να συμπυκνώνει το περιεχόμενό της, να συσπάται και να αδειάζει φυσιολογικά ακόμα για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό χολοκυστίτιδας - χολολιθίασης ή Ca χοληφόρων.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση του τι θα συμβεί πριν κατά και μετά την διαδικασία.
- Λήψη κανονικής δίαιτας (περιλαμβάνει και λίπος) ως το απόγευμα της προηγούμενης της εξέτασης, για να αδειάσει η χοληδόχος κύστη.
- Μισή ώρα μετά το δείπνο χορήγηση από το στόμα 6 ταμπλετών των 500 MG, ιωπανοϊκού οξέως TELEPAQUE σε διαστήματα 5 MM. Οι ταμπλέτες πρέπει να δοθούν 13 τουλάχιστον ώρες πριν την εξέταση.

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Λήψη ακτινογραφικών για έλεγχο σκιαγράφησης της χοληδόχου κύστης. Αν διαπιστωθεί ύπαρξη λιθων, δεν είναι απαραίτητη λήψη άλλων ακτινογραφιών.
- Αν δεν υπάρχουν λίθοι - χορήγηση λιπούχου γεύματος στον

- άρρωστο για διέγερση της χοληδόου κύστεως, ώστε να συσπαστεί και να αδειάσει.
- Λήψη ακτινογραφιών μετά 15-20 MIN για έλεγχο της βατότητας του κυστικού πόρου και της ικανότητας της κύστης να αδειάζει.

Μετά την εξέταση:

- Έλεγχος του αν η εξέταση συμπληρώθηκε ικανοποιητικά. Μη σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης δυνατόν να απαιτήσει επανάληψη της εξέτασης.
- Μετά την συμπλήρωση της εξέτασης, εφαρμογή της πριν από την εξέταση δίαιτας και των ιατρικών εντολών.

Ειδικές πληροφορίες:

- Το TELEPACQUE περιέχει μικρές ποσότητες ιωδίου. Πριν από την εξέταση γίνεται έλεγχος για ιστορικό αλλεργίας.
- Παρακολούθηση για ναυτία - εμετους - διάρροια στην χοληδόχο κύστη.
- Η χολοκυστογραφία προηγείται οποιασδήποτε βαριούχου εξέτασης.

β) Εναλλακτικά ειδικά αν υπάρχει υποψία λίθου στον κοινό ηπατικό πόρο γίνεται ενδοφλέβια χολοκυστογραφία. Η μη σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης και σε δεύτερη εξέταση αποτελεί ένδειξη πάθησής της.

Η χολοκυστογραφία είναι αναξιόπιστη όταν υπάρχει μεγάλου βαθμού ηπατική δυσλειτουργία, απόφραξη του κοινού ηπατικού πόρου - δυσαπορροφητικότητα της σκιερής ουσίας ή παρουσία οξείας κοιλίας εξαιτίας οποιασδήποτε αιτίας.

Η ευαισθησία του αρρώστου στο ιώδιο είναι η μόνη αντένδειξη για χολοκυστογραφία.

γ) Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία

Όταν οι άρρωστοι δεν μπορούν να πάρουν TELEPAQUE από το στόμα η ενδοφλέβια χορήγηση της σκιεράς ουσίας επιτρέπει την μελέτη της χοληδόχου κύστης και των χοληδόχων πόρων για διαπίστωση στενώσεων και λίθων.

Η χολαγγειογραφία γίνεται και μετά την χολοκυστεκτομή για καθαρισμό αιτιών συνέχισης των χολικών συμπτωμάτων.

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 μεσάνυκτα της ημέρας της εξέτασης.
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών για ενυδάτωση αρρώστου.

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Λήψη ακτινογραφιών πριν από την έγχυση της σκιεράς ουσίας.
- Έγχυση CHOLOGRAFIN ενδοφλέβια.
- Λήψη ακτινογραφιών σε διάστημα 2-4 ωρών.
- Για χολαγγειογραφία μετά χολοκυστεκτομή. Εισαγωγή της ουσίας μέσα από σωλήνα T και αμέσως λήψη ακτινογραφιών.

Μετά την εξέταση:

- Μετεγχειρητική χολαγγειογραφία. Συνήθως μεταχολοκυστεκτομικά μέτρα με φροντίδα του σωλήνα T.
- Παρακολούθηση για παρενέργειες της σκιεράς ουσίας όπως ναυτία - έμετοι - έξαψη ή ωχρότητα, ρίγος και πυρετό και σπάνια οίδημα βλεφάρων.

Μπορεί να συμβεί καρδιαγγειακό COLLAPSE και αναφυλακτική αντίδραση, αλλά είναι εξαιρετικά σπάνια.

δ) Διηπατική διαδερματική χολαγγειογραφία

Σκιαγραφούνται οι ηπατικοί πόροι μέσα στο ήπαρ, ο κοινός ηπατικός πόρος, ο κυστικός και η χοληδόχος κύστη.

Η ετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση του τι πρόκειται να γίνει πριν - κατά και μετά την διαδικασία.
- Ελεγχο για αλλεργία του αρρώστου στο ιώδιο.
- Ελεγχο του αρρώστου για αιμοπετάλια και χρόνο προθρομβίνης.
- Τίποτα από το στόμα για 8 ώρες πριν από την εξέταση.
- Πιθανή χορήγηση DEMENOL ή VALIUM για την αγωνία.

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 μακρυσ βελόνας βιοψίας εφαρμοσμένη σε σύριγγα, κάτω από ακτινοσκόπηση μέσω του ήπατος, στον χοληδόχο πόρο. Αναρρόφηση μικρής ποσότητας χολής και εισαγωγή μετρημένης ποσότητας χρωστικής.
- Περιστροφή του ακτινολογικού τραπεζιού σε διάφορες θέσεις και λήψη ακτινογραφιών.
- Αναρρόφηση της χρωστικής και περισσότερης χολής, για πρόληψη διαφυγής από τον δρόμο της βελόνας.
- Εφαρμογή στεγνών αποστειρωμένων γαζών πάνω στο σημείο παρακέντησης.

Μετά την εξέταση :

- Ελεγχος 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 για χημική περιτονίτιδα εξαιτίας διαρροής χολής μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- Διατήρηση αρρώστου στο κρεβάτι στο δεξιό πλάγιο για 6 ώρες.
- Ενθάρρυνση λήψης αφθόνων υγρών για αποβολή της χρωστικής.

ε) Απλή ακτινογραφική κοιλία

Δίνει σημαντικές πληροφορίες. Σε αναλογία 10-15% οι λίθοι της χοληδόχου κύστεως είναι ακτινοσκοπεύσιμοι και απεικονίζονται στην απλή ακτινογραφία.

ζ) Αξονική υπολογιστική τομογραφία

Η αξονική υπολογιστική τομογραφία έχει μάλλον χαμηλή διαγνωστική ακρίβεια επί χολολιθιάσεως.

θ) Υπέρηχοι

Είναι η κατ'έξοχήν μέθοδος ελέγχου, κυρίως της χοληδόχου κύστεως.

Είναι μη επεμβατική ακίνδυνη, δεν επηρεάζεται από λειτουργικά προβλήματα του ήπατος (ίκτερος) - είναι εύκολη στην εκτέλεση και δίνει συγκριτικές πληροφορίες για γειτονικά όργανα όπως το ήπαρ και το πάγκρεας. Με τα σύγχρονα μηχανήματα η διαγνωστική ακρίβεια επί χολολιθιάσεως ανέρχεται σε 95-98%. Η χαρακτηριστική εικόνα της χολολιθιάσεως είναι η ανεύρεση του λίθου και η συνοδός ηχογενής σκιά.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Λευκά αιμοσφαίρια που είναι συνήθως ανεβασμένα και αντανακλούν την φλεγμονή.
- Χολερυθρίνη ορού, που μπορεί να είναι ελαφρά υψηλή.
- Αλκαλική φωσφατάση ορού - αυξημένη.
- Γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT) και γαλακτική δενδρογονάση (LDH) σε υψηλά επίπεδα.
- Χολερυθρίνη ούρων που είναι υψηλή.
- Ουροχολινογόνο κοπράνων - χαμηλό.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Κλινικά συμπτώματα δεν προκαλεί υποχρεωτικά η χολολιθίαση. Αντίθετα σε ποσοστό 50% περίπου στην χολολιθίασιου δεν υπάρχει η παραμικρή ενόχληση και έτσι αγνοείται η πάθηση.

Σε περίπτωση όμως εκδηλώσεων συμπτωμάτων αυτά είναι :

- Δυσπεψία με αίσθημα αηδίας ή τάσεως για έμετο τις πρωϊνές ώρες. Έμετοι και μάλιστα μετά από λιπαρά γεύματα.
- Πικρό στόμα.
- Πυρετός - λόγω ενεργειακού - οξεοβασικού ανισολογίου.
- Αίσθημα πιέσεως στην χοληδόχο κύστη και το επιγάστριο.
- Ικτερος. οφείλεται σε απόφραξη του χοληδόχου πόρου από λίθο, με επακόλουθο την παύση της ροής της χολής προς το έντερο, συσσώρευση της στο ήπαρ και διαπήδηση στα αιμοφόρα τριχοειδή.
- Μικροί πόνοι στην χοληδόχο με αντανάκλαση στην ράχη - δεξιά ωμοπλάτη και δεξιά μαζική χώρα.

Ο πόνος αποτελεί το κυριώτερο ενόχλημα και είναι αποτέλεσμα της αποφράξεως του κυστικού πόρου. Υποστηρίζεται ότι συνήθως εκδηλώνεται κατά την κατάκλιση, επειδή στη θέση αυτή διευκολύνονται οι λίθοι να μετακινούν με την βαρύτητα προς τον αυχένα της κύστεως. Ο τοπικός κωλικός αρχίζει αιφνιδίως, αυξάνει προοδευτικώς για μια περίοδο 15 έως 60', παραμένει σε αυτό το επίπεδο επί άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα και κατόπιν αρχίζει να υποχωρεί.

Ο ηπατικός κωλικός μπορεί να έχει διάφορες αντανάκλασεις, όπως στην δεξιά οσφυϊκή ωμοπλατιαία χώρα (λόγω ερεθισμού του δεξιού φρενικού νεύρου) το επιγάστριο, το αριστερό υποχόνδριο, ή την προκάρδια χώρα. Ο ασθενής είναι

ανήσυχος και αλλάζει εναγωνίως θέσεις στο κρεβάτι, προσπαθώντας να βρει την πιο άνετη θέση.

Η Δυσπεψία είναι ένα άλλο κύριο σύμπτωμα της χολολιθίασης. Έχει υπολογισθεί ότι το 50% των ασθενών παρουσιάζει ερογές, οπισθοστερνικό καύσο και εν γένει δυσπεπτικά ενοχλήματα, τα οποία εξαφανίζονται στο 80% των αρρωστων μετά την χολοκυστεκτομή.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εάν η κλινική διάγνωση δεν επιβεβαιωθεί και εργαστηριακώς, θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η νόσος από τις ακόλουθες παθήσεις.

- ΕΛΚΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ - ΚΗΛΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Αν και η μορφολογία του πόνου είναι διαφορετική τα δυσπεπτικά ενοχλήματα που είναι κοινά και στις παθήσεις αυτές με την χολολιθίαση προκαλούν σύγχυση.

Ο ακτινολογικός έλεγχος του ανωτέρω πεπτικού και η ενδοσκόπηση θα λύσουν το πρόβλημα.

- ΕΠΙΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Αν και είναι αμφίβολο εάν ο ηπατικός κωλικός επιδεινώνει τα καρδιακά νοσήματα, εν τούτοις η αντανάκλαση αφ' ενός του ηπατικού κωλικού στην προκάρδια χώρα και αφ' ετέρου της στεφανιαίας νόσου προς το επιγάστριο προκαλεί πρόβλημα. Λεπτομερής καρδιολογικός έλεγχος, ΗΚΓ, και έλεγχος ενζύμων θα βοηθήσουν στην διαφορο διάγνωση.

- ΡΙΖΙΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Οστεοαρθρίτιδα ή βλάβες της σπονδυλικής στήλης στο ύψος του Θ2-Θ10 προκαλούν πόνο στο δεξιό πλάγιο με αντανάκλαση σε αντίστοιχα δερμοτόμια.

Υπερευαισθησία στην περιοχή αυτή, η μη κωλικοειδής μορφή του πόνου, και ο ακτινολογικός έλεγχος της σπονδυλικής στήλης είναι υποβοηθητικά για την διαφορική διάγνωση.

- ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Παθήσεις του παχέος εντέρου, όπως ευερέθιστο κόλο ή καρκίνος του δεξιού κόλου μπορεί να προκαλούν άτυπα άλγη από το δεξιό υποχόνδριο και δυσπεπτικά ενοχλήματα. Ο βαριούχος υποκλεισμός και η κολοσκόπηση είναι στις περιπτώσεις αυτές απαραίτητη.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Η οξεία χολοκυστίτιδα είναι το αποτέλεσμα αποφράξεως του κυστικού πόρου στο 90% των περιπτώσεων. Μετά την απόφραξη τα μικρόβια που υπάρχουν στην χολή αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται λόγω της στάσεως, στον κλειστό χώρο της κύστεως. Στην μεγαλύτερη αναλογία ο παροξυσμός υποχωρεί είτε διότι ο λίθος περνά στην περιφέρεια είτε διότι υποχωρεί μέσα στην κύστη.

Ο πόνος αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα και συνήθως λαμβάνει τους χαρακτήρες του ηπατικού κωλικού, το άλγος όμως αυτό δεν υποχωρεί όπως στον κοινό κωλικό και συνοδεύεται από έντονη τοπική περιτοναϊκή αντίδραση - ίκτερος ήπιος συνυπάρχει στο 10% των περιπτώσεων.

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων στο άνω δεξιό τεταρτημόριο και έντονη ευαισθησία. Ο πυρετός είναι συνήθως μέτριος και συνοδεύεται από ρίγος.

Η θεραπεία είναι χειρουργική. Αμφιλεγόμενος όμως είναι ο χρόνος της επεμβάσεως. Υπάρχουν 2 τάσεις :

Άμεση χολοκυστεκτομή και απώτερη μετά πάροδο 6-8 βδομάδων.

Η άμεση επέμβαση έχει το πλεονέκτημα ότι απαλλάσσεται ο ασθενής από την σπητική εστία, αποφεύγονται οι επιπλοκές και βραχύνεται ο χρόνος νοσηλείας του. Έχει όμως το μειονέκτημα ότι μπορεί να διασπείρει την φλεγμονή και να προκληθούν ιατρογενείς κακώσεις στα χοληφόρα.

Η απώτερη επέμβαση έχει το πλεονέκτημα ότι χειρουργείται ο ασθενής υπό ομαλότερες συνθήκες, η τοπική φλεγμονή

έχει υποχωρήσει και οι εγχειρητικές κακώσεις είναι μικρότερες.

2. ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗ

Οι χοληδοχόλιθοι αποτελούνται από ένα βασικό πυρήνα που είναι ο αρχικός χολόλιθος, στον οποίο έχουν προστεθεί εξωτερικώς νέα στρώματα κατά την παραμονή του στο χοληδόχο πόρο.

Αν και είναι δυνατόν οι λίθοι στο χοληδόχο πόρο να παραμένουν ασυμπτωματικοί επί μακρό χρονικό διάστημα στην πλειονότητα των περιπτώσεων προκαλούν επιπλοκές είτε λόγω οξείας αποφράξεως είτε χρόνιας ατελούς αποφράξεως.

Η οξεία ενσφήνωση του λίθου στην περιοχή της ληκίθου του VATER προκαλεί αποφρακτικό ίκτερο, με αποχρωματισμό των κοπράνων και υπέρχρωση των ούρων, αύξηση της τιμής της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφοτάσης.

Ο ίκτερος διαρκεί συνήθως μερικές ημέρες. Στη συνέχεια ο λίθος ή περνά στο έντερο ή οπισθοδρομεί στο χοληδόχο πόρο και ο ίκτερος υφίεται για να ακολουθήσει αργότερα νέα κρίση.

Επίσης οι χοληδοχόλιθοι συχνά προκαλούν χρόνια ατελή απόφραξη χωρίς εμφανή ίκτερο, που οδηγεί όμως στην δημιουργία αλλοιώσεων τόσο στο χοληδόχο πόρο όσο και στο ήπαρ.

Η αντιμετώπιση της χοληδοχολιάσεως είναι χειρουργική.

Εφ'όσον διαπιστωθεί η ύπαρξη ή υποψία λίθου διανοίγεται επιμήκως ο χοληδόχος πόρος (χολή δοχοτομή) και αφαιρούνται οι λίθοι. Μετά το τέλος της αφαιρέσεως των λίθων γίνεται κεντρική και περιφερική χολαγγειογραφία, με

την είσοδο στο χοληδόχο πόρο ενός λεπτού παιδιατρικού καθετήρα FOLEX. Τυχόν παραμονή λίθου στα χοληφόρα ελέγχεται επίσης με διεγχειρητική χοληδοσκόπηση.

3. ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ

Η οξεία πυώδης χολαγγειΐτιδα αποτελεί μία σοβαρή μορφή φλεγμονής των χοληφόρων. Κατά αυτή μέσα στον αποφραγμένο χοληδόχο πόρο ευρίσκεται πύον.

Ο πόνος εντοπίζεται συνήθως στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας. Ο πυρετός είναι συνήθως υψηλός και κυμαίνεται στους 39^ο-40^ο C και συνοδεύεται συνήθως από ρίγος. Ο ίκτερος είναι κλινικώς εμφανής σε περισσότερο από 50% των περιπτώσεων. Η κλινική εικόνα συμπληρώνεται με την χαρακτηριστική διανοητική σύγχυση και το SHOCK.

Επειδή συνήθως πρόκειται για άτομα μάλλον ηλικιωμένα που βρίσκονται σε βαριά κλινική κατάσταση, θα πρέπει αρχικώς να ληφθούν όλα τα συντηρητικά μέτρα ανάνηψης του ασθενούς. Τοποθέτηση ενδοφλεβίως καθετήρων - καταγραφή των ζωτικών λειτουργιών - ρύθμιση του ισοζυγίου ύδατος - ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας, χορήγηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικού και χορήγηση ισοπροτερενόλης εφ'όσον υπάρχουν στοιχεία καρδιακής κάμψης.

Η όλη προσπάθεια δεν θα πρέπει να διαρκέσει πέραν του 24ώρου και θα πρέπει να ακολουθήσει επείγουσα χειρουργική αποσυμφόρηση των χοληφόρων.

Η χοληδοχοτομή, έκπλυση του χοληφόρου δέντρου, αφαίρεση του αποφράσσοντος λίθου και τοποθέτηση σωλήνος KEHR στον χοληδόχο πόρο οδηγούν σε βελτίωση του ασθενούς.

4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Ο καρκίνος της χοληδόχου κύστεως είναι το πιο συχνό νεόπλασμα των χοληφόρων.

Η πρόγνωση του είναι πολύ φτωχή μια και ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι 5,2 μήνες. Στο 50% των ασθενών αναφέρεται πόνος, ναυτία, έμετοι, απώλεια βάρους, ενώ το 30% αναφέρει ίκτερο, ηπατομεγαλία, η ψηλαφητή μάζα στο δεξιό υποχόνδριο.

Από τις έρευνες υπολογίζεται ότι τα 5% περίπου των χολιλιθιάσεων κάνουν εξαλλαγή και το 30% των αρρώστων που πάσχουν από Ca χοληδόχου κύστεως είχαν χολολιθίαση.

5. ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ

Παρουσιάζεται εξαιτίας της αποφράξεως του χοληδόχου πόρου από τον λίθο. Πριν από τον ίκτερο εμφανίζεται κωλικός ήπατος με έντονο σπαστικό, ανυπόφορο πόνο είτε στην περιοχή της χοληδόχου κύστης είτε στο επιγάστριο. Ο πόνος συνοδεύεται από έντονη τάση για έμετο, ψυχρούς ιδρώτες και ταχυκαρδία. Η διάρκεια και η ένταση του κωλικού δεν είναι πάντοτε η ίδια.

Μερικές φορές ακολουθεί τον κωλικό πυρετός και ίκτερος. Η διάρκεια του ικτέρου συνήθως είναι μικρή. Η εμφάνιση του κωλικού και του ικτέρου μας οδηγεί με μεγάλη πιθανότητα στην διάγνωση της χολολιθιάσεως, που αργότερα βεβαιώνεται με την χολοκυστογραφία. Σαν αιτία του κωλικού θεωρείται ο σπασμός του μυϊκού χιτώνα του χοληδόχου πόρου.

6. ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αποφρακτικός ίκτερος που κρατάει περισσότερο από 20-30 ημέρες, οδηγεί στην εμφάνιση ηπατικής ανεπάρκειας που μπορεί να καταλήξει σε κίρρωση του ήπατος.

7. ΝΕΚΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Αυτή εμφανίζεται όταν κρατείται ο λίθος στο στόμιο της ληκύθου του VATER και προκληθεί ροή της χολής προς τον παγκρεατικό πόρο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κύριες μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από έρευνα του χοληδόχου πόρου είναι οι ακόλουθες :

- Παραμονή λίθου

Παρά τα διάφορα μέσα ελέγχου σε ένα ποσοστό 5% παραμένουν λίθοι και μετά την έρευνα των χοληφόρων. Καλό θα είναι να αποφεύγεται η επανεγχείρηση.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται με :

α. Συντηρητική λιθόλυση. Μέσω του σωλήνα ΚΕΗΡ έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα φάρμακα όπως το χολικό οξύ - και η ηπαρίνη με σχετικώς καλά αποτελέσματα.

β. Διαδερμική αφαίρεση. Αφού παραμείνει ο σωλήνας ΚΕΗΡ επί 4-6 εβδομάδες για να σχηματισθεί πόρος, αφαιρείται και στην συνέχεια υπό ακτινολογικό έλεγχο εισάγεται ειδικός σωλήνας στην άκρη του οποίου παγιδεύεται και αφαιρείται ο λίθος.

γ. Ενδοσκοπική δωδεκαδακτυλική σφιγκτηροτομή. Δια μέσου του δωδεκαδακτυλοσκόπιου περνά στην λήκυθο του VATER ένα ειδικό συρμάτινο μαχαιρίδιο και με την χρήση διαθερμίας εκτελείται σφιγκτηροτομή.

Ο λίθος στην συνέχεια αφαιρείται και τέλος αυτομάτως πέφτει στο δωδεκαδάκτυλο.

- Χοληφόρο συρίγγιο

Η παραμονή χοληφόρου συριγγίου σημαίνει παραμονή κωλύματος στην ελεύθερη ροή στο δωδεκαδάκτυλο. Η αντιμετώπιση είναι αρχικώς συντηρητική. Εφ'όσον διαπιστωθεί το κώλυμα γίνεται προσπάθεια αφαιρέσεως του, είτε με την χρήση της

επεμβατικής ακτινολογίας, είτε χειρουργικώς.

- Κακώσεις στα χοληφόρα

Το 90% των περιπτώσεων στα χοληφόρα γίνονται κατά την χολοκυστεκτομή.

Εάν έχουμε πλήρη διατομή του χοληδόχου πόρου, και απολίνωση του, ακολουθεί βαρύς αποφρακτικός ίκτερος. Εάν έχουμε μερική απόφραξη, τα ενοχλήματα μπορεί να παρουσιαστούν και μετά μακρό χρονικό διάστημα και είναι κυρίως ήπιος ίκτερος διακυμαινόμενος με χολαγγειακή κρίση.

Κατά την κρίση αυτή είναι δυνατόν να έχουμε θετικές αιμοκαλλιέργειες.

Η χρονιότητα οδηγεί σε ανάπτυξη χολικής κίρρωσεως.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

1. Δίαιτα

Ο ασθενής θα πρέπει να εφαρμόζει το κατάλληλο διαιτολόγιο στην φάση της κρίσεως, στην περίοδο των ήπιων ενοχλημάτων και μετά την ίαση του από την νόσο. Συνιστώνται μικρά και συχνά γεύματα. Αποφεύγονται τροφές λιπαρές, πλούσιες σε χοληστερίνη, τροφές που δημιουργούν αέρια και είναι δύσπεπτες ένεκα του τρόπου της παρασκευής τους, επίσης οινοπνευματώδη ποτά και καρυκεύματα. Στην συνέχεια δίνεται στον ασθενή έντυπο με υπόδειγμα διαιτολογίου. Το διαιτολόγιο του ασθενούς που περνάει οξεία φάση της νόσου (κωλικός) περιορίζεται σε υγρή δίαιτα.

Το διαιτολόγιο αυτό συμπληρώνεται μετά την υποχώρηση των εντόνων ενοχλημάτων.

Η ακριβής τήρηση του μειώνει και εξαφανίζει τα περισσότερα από τα ενοχλήματα του αρρώστου, όπως είναι η δυσπεψία, οι έμετοι, το πικρό στόμα, οι πόνοι και το αίσθημα πιέσεως στην χοληδόχο κύστη, η οποία έτσι ηρεμεί.

2. Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία επιτυγχάνεται με την χορήγηση χηνοδεοξυχολικού οξέος ή ουρσοδεοξυχολικού οξέος.

Η συντηρητική αγωγή με την χορήγηση χηνοδεοξυχολικού οξέος οδηγεί σε διάλυση των χοληστερινικών λίθων σε αναλογία 30%.

Η αγωγή θα πρέπει να συνεχιστεί από 1 έως 1 1/2 χρόνο.

Μετά την διακοπή δυστυχώς το 50% θα υποτροπιάσει μέσα σε 2 χρόνια. Συνεπώς η θεραπεία ενδείκνυται εκεί όπου η χειρουργική επέμβαση αντενδείκνυται.

Η θεραπεία με χηνοδεοξυχολικό οξύ συνοδεύεται συνήθως με αυτοπεριοριζόμενη διάρροια στους περισσότερους ασθενείς που λαμβάνουν την μεγάλη δόση. Επιπλέον 25% των ασθενών που ακολουθούν την παραπάνω θεραπεία, εμφανίζουν ήπια και παροδική - μικρότερη από 6 μήνες - ανύψωση των επιπέδων της τρανσαμινάσης ορού : Η βιοψία και οι μελέτες της ηπατικής λειτουργίας στον άνθρωπο έχουν δείξει σε αρή ηπατοτοξικότητα από CDCA σε μικρό ποσοστό ασθενών.

Το ουρσοδεοξυχολικό οξύ είναι θεραπευτικά δραστικό σε μικρότερες δόσεις (3 - 10 MG) την ημέρα.

B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι εγχειρήσεις στο χοληφόρο δέντρο γίνονται ύστερα από πλήρη ιατρικό έλεγχο και κατάλληλη προεγχειρητική αγωγή.

Οι κυριότερες εγχειρήσεις που αφορούν την χοληδόχο κύστη είναι :

1. Χολοκυστοστομία. Είναι απλή εγχείρηση. Εφαρμόζεται κυρίως σε περιπτώσεις βαρείας χολοκυστίτιδος. Διανοίγεται ο πυθμένας της κύστεως, αφαιρείται το πυώδες περιεχόμενο παροχετεύεται η κοιλότης με σωλήνα και καθηλώνονται τα χείλη της στο κοιλιακό τοίχωμα. Με την πάροδο των οξέων φαινομένων, γίνεται αφαίρεση της κύστεως εν ψυχρώ.

2. Χολοκυστεκτομή. Είναι η εξαίρεση της χοληδόχου κύστεως. Απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή μόλυνσεως της περιτοναϊκής κοιλότητας από το περιεχόμενο της κύστεως κατά την ακουσία διάνοιξη της.

Επίσης απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή βλάβης στα στοιχεία του ηπατικού μίσχου, επειδή η απολίπωση της ηπατικής αρτηρίας ή κλάδου της προκαλεί νέκρωση του ήπατος, ενώ η απολίπωση του χοληδόχου και ηπατικών πόρων προκαλεί βαρύ ίκτερο, απαιτούσα δύσκολες εγχειρήσεις για την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας.

Μια άλλη χειρουργική αντιμετώπιση η λιθοτριψία των λίθων των εξωηπατικών χοληφόρων, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντική την τελευταία δεκαετία.

Κατά την λιθοτριψία των χοληφόρων γίνεται χρήση ωστικών κυμάτων υψηλής πίεσης γνωστών ως SHOCK WAVES, που πετυχαίνουν τον κατακερματισμό των λίθων και διευκολύνουν το πέρασμά τους από τον κυστικό και χοληδόχο πόρο στο 12/δακτυλο. Παρά τον κατακερματισμό η δίοδος αυτή δεν είναι πάντα εφικτή. Συνήθως εννοούνται οι ασθενείς με πόνο, με μονήρεις λίθους που δεν υπερβαίνουν τα 30 χιλ. και με σαφή την σκιαγράφιση των λίθων στην χολοκυστογραφία. Δεν συνιστάται η λιθοτριψία σε οξείες φάσεις όπως το εμπύημα της χοληδόχου - η οξεία χολοκυστίτις - η οξεία παγκρεατίτις και ακόμα οι διαταραχές της πηκτικότητας.

Η συγκριτική μελέτη λιθοτριψίας και χολοκυστεκτομής αναλύεται αντίστοιχα για τις 2 μεθόδους ως εξής :

Μέση διάρκεια εγχείρησης 76 λεπτά χολοκυστεκτομή, 136 λεπτά λιθοτριψία. Μέση διάρκεια νοσηλείας 4 και 2 ημ. αντίστοιχα. Βασικά ωστόσο μειονεκτήματα της λιθοτριψίας είναι : α) ο κατακερματισμός των λίθων σε ποσοστό 70% β) οι σημαντικές βλάβες τύπου αιμορραγικών διηθήσεων στην περιοχή του ήπατος πλησίον της χοληδόχου κύστεως ή ακόμα και σε όργανα που γειτνιάζουν - νεφρός.

Η χρήση των ακτίνων LASER προβάλλει σαν ισχυρό όπλο αν και η πρακτική εφαρμογή της προσκρούει στην δυσκολία διάλυσης των χοληστερινικών λίθων, δεν είναι εύκολος ο συνδυασμός με σύστημα εκπλύσεως με ορό, και η ευθεία ακτίνα των LASER, δεν διευκολύνεται στον χειρισμό της μέσα σε λεπτούς και οσφιοειδείς χοληδόχους πόρους.

Μια άλλη χειρουργική αντιμετώπιση, η λαμπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αποτελεί σήμερα αληθινή επανάσταση στο χώρο της χειρουργικής των εξωηπατικών χοληφόρων οδών. Αποτελεί εν τούτοις χειρουργική περιορισμένων ενδείξεων. Δεν είναι δυνατή, τουλάχιστον για σήμερα σε οξεία χολοκυστίτιδα, σε εμπύημα της χοληδόχου κύστεως, ~~ώστε~~ παρουσία πολλαπλών συμφύσεων στον χώρο της κάτω επιφάνειας του ήπατος και σε άτομα με προηγηθείσες επεμβάσεις στην περιοχή όπου έχουν αναπτυχθεί στερεές συμφύσεις. Τα πλεονεκτήματα όμως είναι πολλά. Είναι κατ'έξοχήν αισθητικά, αποφεύγεται η τομή και επομένως όποιο ποσοστό μετεγχειρητικών κηλών, δεν καταλείπονται συμφύσεις όπως στην χειρουργική χολοκυστεκτομή, ο πόνος είναι πολύ λιγότερος, η νοσηλεία είναι της μιας ή των δύο ημερών και η επάνοδος στην εργασία κατά πολύ εγκαίριότερη.

Πολύ τελευταία εμφανίζεται και η μέθοδος της διηπατικής χολαγγειοσκόπησης. Ήδη αναφέρονται οι πρώτες στατιστικές με το πρόσθετο πλεονέκτημα ότι η είσοδος στα διηυρυσμένα χολαγγεία του ήπατος εξασφαλίζει πρωταρχικά την παροχέτευση χολής σε περιπτώσεις αποφρακτικού ίκτερου, κινήσεως ιδιαίτερα απαραίτητης σε ασθενείς με αποφρακτικό ίκτερο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο (ΙΙ)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

- Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε
- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
 - Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
 - Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

1. ΤΟΝΩΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ

Είναι γνωστόν ότι οι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας - φόβου ή καταθλιπώς παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως το SHOCK.

Η τόνωση του ηθικού επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της αδελφής.

- α) Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.
- β) Να καταλάβει τον ασθενή και να συμεριστεί την θέση του.

2. ΤΟΝΩΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ

Αυτή επιτυγχάνεται με το διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες - βιταμίνες - λευκώματα.

Η αδελφή βοηθά στην σωματική τόνωση εάν :

- α. έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
- β. έχει γνώσεις φυσιολογικές και διαιτητικές.

Ο ασθενής χάνει υγρά κατά την εγχείρηση με τον ιδρώτα και τους τυχόν εμετούς. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική

ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως ο ασθενής τρέφεται ελαφριά. Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμό της κοιλίας.

3. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (κλινικές - εργαστηριακές)

Γίνεται εξέταση από :

1. Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.
2. Αναισθησιολόγο για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την εγχείρηση είναι: γενική αίματος - τύπος λευκών - αιμοσφαιρίων - χρόνος ροής πήξεως ομάδα και RHESUS - σακχάριο - ουρία αίματος και γενική ούρων.

4. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αυτή συνίσταται σε :

α. Καθαρισμό εντερικού σωλήνα, ο καθαρισμός αυτός επιτυγχάνεται με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων ή με τον καθαριστικό υποκλιισμό.

β. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς.

Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

5. ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΛΟΥ ΥΠΝΟΥ

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο.

Για την αποφυγή αύπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή την νύκτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία : Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος που θα γίνει χειρουργική επέμβαση.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Περιλαμβάνει :

α. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλιση τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμη προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος.

β. Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς.

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

γ. Προνάρκωση, που γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν από την εγχείρηση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

- Αρχικά περιλαμβάνει την παραλαβή του ασθενούς. Βασική φροντίδα της νοσηλεύτριας είναι η διατήρηση ελεύθερης αναπνευστικής οδού κατά την μεταφορά στο κρεβάτι.

Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων.

Μετά την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων και την πλήρη απονάρκωση, ο ασθενής τοποθετείται σε ανάρροπη θέση και το κρεβάτι έχει κλίση προς τα πάνω 30° περίπου.

Μετεγχειρητικά ο άρρωστος φέρει σωλήνα παροχέτευσης του τραύματος και σωλήνα T, αν έγινε χοληδοχοτομή.

- Γίνεται παρακολούθηση λειτουργίας παροχέτευσης όπως LEVIN ουροκαθετήρα, τραύματος, σωλήνα KEHR. Αμέσως μετά την τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι γίνεται έλεγχος στην σύνδεση του σωλήνα KEHR με τον συλλέκτη.

- Ο συλλέκτης στερεώνεται στο κρεβάτι του αρρώστου.

- Ο σωλήνας παροχέτευσης πρέπει να στερεώνεται στο ημισέντονο έτσι ώστε να μπορεί να κινείται ο ασθενής.

- Η χολή που συγκεντρώνεται μετρείται και καταγράφεται.

- Είναι απαραίτητη η συχνή παρακολούθηση της λειτουργίας της παροχέτευσης.

- Η παροχέτευση αφαιρείται μέσα σε 7 ημέρες από την εγχείρηση.

- Χολή μπορεί να συνεχισθεί να διοχετεύεται από το τραύμα γι' αυτό συνιστώνται εξωτερικές αλλαγές και προφύλαξη του δέρματος από τον ερεθισμό.

- Υγρά δίνονται παρεντερικά. Από το στόμα υγρά δίνονται 24 ώρες μετά από την εγχείρηση και τηρείται δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών για την ρύθμιση του ισοζυγίου.

- Η Αφαίρεση του LEVIN που έχει ο άρρωστος γίνεται μετά το δεύτερο 24ωρο οπότε αρχίζει και η χορήγηση ελαφριάς τροφής από το στόμα.
- Χορηγούνται επίσης αναλγητικά. Το είδος και η συχνότητα χορηγήσεως τους ρυθμίζεται από τον ιατρό.
- Σε όλους τους αρρώστους με παροχέτευση χοληφόρων οδών γίνεται καθημερινά παρακολούθηση κοπράνων για εκτίμηση του χρώματος τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις αποστέλλονται κόπρανα στο εργαστήριο για ανεύρεση χολοχρωστικών.
- Επίσης παρακολουθείται το χρώμα του δέρματος και που έχει σπουδαιότητα γιατί φανερώνει κατά πόσο η χολή απορροφάται από την κυκλοφορία ή γίνεται στο δωδεκαδάκτυλο.
- Καταβάλλεται προσπάθεια για την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Η αιμορραγία αν και είναι συνηθισμένη μετεγχειρητική επιπλοκή - όταν συνυπάρχει βλάβη του ήπατος γίνεται περισσότερο συχνή.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι λόγω της βλάβης του ήπατος γίνεται ανεπαρκής απορρόφηση της λιποδιαλυτής βιταμίνης Κ με συνέπεια ανεπαρκή σχηματισμό προθρομβίνης και επομένως αιμορραγική διάθεση. Την εσωτερική αιμορραγία θα αντιληφθεί έγκαιρα η αδελφή με την συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, τον έλεγχο του τραύματος και των παροχετεύσεων, καθώς και την γενική κατάσταση του αρρώστου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ρ Ι Τ Ο (ΙΙΙ)

1. Περιστατικό ασθενούς με χολολιθίαση.

Ο ασθενής Γιαννακόπουλος Ηλίας προσήλθε στα ΕΙ του γενικού κρατικού Νοσοκομείου Πατρών στις 17.6.1994. Τα συμπτώματα που τον οδήγησαν να έρθει ήταν : διάχυτος πόνος στην κοιλιά, ο οποίος επέμενε για 4 ημέρες και έμετοι.

Στο ιστορικό του ο ασθενής αναφέρει ότι κατά καιρούς του παρουσιαζόταν καούρες και φουσκώματα στην περιοχή της κοιλιάς.

Ο τωρινός πόνος άρχισε πριν 4 περίπου ημέρες ενώ συνοδευόταν μερικές φορές από διάρροια. Τα ίδια συμπτώματα συνεχίζονται για 3 ημέρες περίπου. Στις 17.6.1994 ο πόνος έγινε τόσο έντονος στην περιοχή της κοιλιάς που ανάγκασαν τον ασθενή να έρθει στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

Ζωτικά σημεία ασθενούς έδειξαν $\theta = 37,2$

σφ. 86/MIN

ΑΠ : 130/65 MMHG

αν : 20/λεπτό

Στην συνέχεια οδηγήθηκε στην χειρουργική κλινική για υποψία χολολιθίασης. Εν συνεχεία του έγιναν υπερήχοι όπου έδειξε ότι πράγματι έχει χολολιθίαση.

Μετά από τρεις ημέρες προγραμματίζεται ο ασθενής για το χειρουργείο.

Του έγιναν οι παρακάτω εξετάσεις :

- Γενική αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Γενική ούρων - εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας
- εξετάσεις ασβεστού - φωσφόρου - μαγνησίου

- α/α θώρακος, ΗΚΓ
- Μέτρηση αερίων αίματος.

Την παραμονή του χειρουργείου γίνεται η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία από νοσηλευτικής πλευράς που περιλαμβάνει την τοπική και τελική ετοιμασία (ξύρισμα - υποκλισμός).

20.6.94 : Ο ασθενής κατέβηκε για χειρουργείο στις 9.00 π.μ. Επιστρέφει από το χειρουργείο στις 12.00 π.μ. Φέρει ορό από περιφερική φλέβα, τραύμα καθαρό, φέρει κολοπλαστ. - LEVIN - ουροκαθετήρα. Χορηγούνται παρεντερικά Κ, Να και ηλεκτρολύτες. Επί πόνου παίρνει παυσίπονα.

Ζωτικά σημεία ασθενούς : ΑΠ 120 ΜΜΗΓ

σφ. 81/MIN

αν. 20/λεπτό

θ = 37°C

21.6.94 : ΑΠ = 120 ΜΜΗΓ σφ. 82/MIN

καλή γενική κατάσταση ασθενούς

22.6.94 : ΑΠ = 130 ΜΜΗΓ σφ. 79/MIN θ = 37°C

έγινε αλλαγή τραύματος

Επί πόνου δίνονται αναλγητικά χάπια.

23.6.94 : ΑΠ = 150 ΜΜΗΓ σφ. 80/MIN

έγινε αλλαγή τραύματος. Η θερμοκρασία του είναι σταθερή. Αφαιρείται ο σωλήνας LEVIN

24.6.94 : Ομαλή πορεία ασθενούς, σταθερά ζωτικά σημεία - αλλαγή τραύματος.

25.6.94 : ΑΠ = 130 ΜΜΗΓ σφ. 75/MIN

ομαλή γενική κατάσταση.

26.6.94 : Αφαίρεση ορών. Παίρνεται αίμα και ούρα για εργαστηριακό έλεγχο.

ΑΠ = 135 MMHG σφ. 70/MIN

Ο ασθενής παραμένει απύρετος.

Την 9η μετεγχειρητική ημέρα, γίνεται κοπή ραμμάτων. Μετά από εκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασης του, δόθηκε εξιτήριο στον ασθενή.

2. Περιστατικό ασθενούς με χολολιθίαση.

Στις 14.7.94 ο Δημητρακόπουλος Γεώργιος, ετών 60 έρχεται στα εξ. ιατρεία του γενικού κρατικού νοσοκομείου με τα εξής συμπτώματα:

- έντονο πόνο στο επιγάστριο
- τάση για έμετο - ναυτία

Ζωτικά σημεία του αρρώστου είναι :

ΑΠ = 140 MMHG σφ. 80/MIN αναπ. 20/λεπτό θ = 36,8°C

Αφού έγινε η κατάλληλη εξέταση από τον χειρουργό και πάρθηκαν οι εργαστηριακές εξετάσεις, μεταφέρθηκε στην χειρουργική κλινική με πιθανή διάγνωση χολολιθίασης.

Στην κλινική έγιναν στον ασθενή οι παρακάτω εξετάσεις :

- Υπέρηχοι όπου επιβεβαίωσαν και την χολολιθίαση.
- Ενδοφλέβια χολοκυστογραφία
- Βιοχημικός έλεγχος ούρων - κοπράνων.
- Εργαστηριακές εξετάσεις όπως :
 - Γενική ούρων
 - σάκχαρο αίματος
 - γενική αίματος
- εξετάσεις ανοσοβιολογικής κατάστασης
- εξετάσεις μαγνησίου - φωσφόρου - ασβεστίου αίματος
- α/α θώρακος - ΗΚΓ

Η διάγνωση ήταν χολολιθίαση.

Στις 18.7.94 - Παραμονή χειρουργείου γίνεται η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία και αναισθησιολογική εκτίμηση.

Αυριανή ημέρα - χειρουργείο

19.7.94 Χειρουργείο. Επέστρεψε στις 10 π.μ. με ορό RINGERS.

Έχει παροχέτευση και κολοπλαστ. Φέρει LEVIN ουροκαθετήρα. Το τραύμα του είναι καθαρό.

M χολής 24H = 1.800 CC

LEVIN = 200 CC

20.7.94 ΑΠ = 180 MMHG σφ. 90/MIN

ΜΕΤΑ ΑΠ = 150 MMHG σφ. 80/MIN

Δόθηκε CATAPRISAN. Παρακολούθηση τραύματος για τυχόν αιμορραγία. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων μέτρων - αποβαλλομένων υγρών. Επί πόνου δίνεται παυσίπονο.

21.7.94 Συνεχίζει να παίρνει ορό - το τραύμα είναι καλό.

Γίνεται χορήγηση αντιβιοτικών για αποφυγή λοιμώξεων.

Αφαιρείται παροχέτευση και LEVIN.

22.7.94 Εργαστηριακά ευρήματα καλά.

ΑΠ = 130 MMHG σφ. 70/MIN Αλλαγή τραύματος.

Συνεχίζει ορό.

Την 5η μετεγχειρητική ημέρα : Διακόπτεται ο ορός.

Ο ασθενής περπατά.

Την 6η μετεγχειρητική ημέρα. Παρουσιάζει καλή γενική κατάσταση. Διατροφή υγρά - σούπα.

Την 7η μετεγχειρητική ημέρα: ΑΠ : 140 MMHG, σφ. 70/MIN

Δίαιτα ελαφρά.

Την 9η μετεγχειρητική ημέρα γίνεται κοπή ραμμάτων.

Γίνεται εξιτήριο και ο ασθενής ενημερώνεται.

1. Να ακολουθήσει συντηρητική αγωγή με ελαφρά δίαιτα και αποφυγή λιπαρών ουσιών για 2 μήνες περίπου.

2. Για ξεκούραση αποφυγή άρση βάρους για 6 μήνες περίπου.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ναυτία-έμετοι λόγω ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα. - Παρακολούθηση αρρώστου για ναυτία-έμετοι λόγω ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα. - Πρακτική διαταραχών νεφρού και λούθηση αρρώστου με την κή φροντίδα ο ασθενής ανακουφιστεί από τα συμπτώματα. - Ηλεκτρολυτών, λόγω των εμετών. - συστηματική μέτρηση των κοφίσεων από τις εκδηλώσεις ναυτίας και εμετού.

- Χορήγηση υγρών IV για την χορήγηση αντι-εμετικών φαρμάκων.
- Πρόληψη αφυδάτωσης. - Γίνεται συχνό πλύσιμο
- Συχνό πλύσιμο στόματος για αποφυγή την αποφυγή της κακοσμίας. κακοσμίας.
- και των μολύνσεων.

Πυρετός λόγω ενεργητικού αντισοζυγίου. - Αντιμετώπιση της πυρετικής κίνησης. - Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων υγρών και αποβαλλομένων υγρών προς αποφυγή αφυδάτωσης. - Επεί υψηλού πυρετού δίνονται αντιπυρετικά. - Εφαρμόζονται υγρά περιτυλίγματα. - Ενισχύεται ο ασθενής να παίρνει υγρά PEROS.

Εντονο άγχος - ανη- Ελάττωση ενδο- γενών και εξω- γενών στρεσο- γόνων παραγόν- των.

- Να γίνει ανάπτυξη θεραπευ- τικής σχέσεως αρρώστου-νοση- λεύτριας.
- Παροχή ευκαιριών στον άρ- ρωστο να εκφράσει φόβους και ανησυχίες καθώς και απορίες σχετικές με την πορεία της κατάστασής του.
- Να χορηγούνται ηρεμιστικά σε εκδήλωση έντονης ανησυ- χίας.
- Να αποφεύγονται οι συγκι- νήσεις γιατί επιβαρύνεται η κατάσταση της υγείας του.

Με την κατάλληλη νοσηλευ- τική παρέμβαση περιορί- στηκε το άγχος και η ανη- συχία του ασθενή.

Η νοσηλεύτρια προσφέ- ρει ψυχολογική υποβά- σταξη στον ασθενή δί- νοντάς του την ευκαι- ρία να εκφράσει τα συναισθήματά του εμπο- δίζοντας συναισθηματι- κή διέγερση ή ένταση.
Εγινε η χορήγηση ηρε- μιστικών για να ανα- κουφιστεί ο ασθενής α- πό έντονη ανησυχία.

Η κατάλληλη απασχόλη- ση βοήθησε τον ασθενή να ηρεμήσει, απομακρύ- νατε την σκέψη του από την επικείμενη εγχεί- ρηση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εμφάνιση πόνου στο επιγάστριο.	Ανακούφιση του ασθενή από το σύμπτωμα.	<ul style="list-style-type: none"> - Καταπολέμηση του πόνου με παυσίπονα με αναλγητικά φάρμακα PEROS είτε παρεντερικά. - Ενθάρρυνση του ατόμου να παίρνει βαθιές αναπνοές να βήχει ακινητοποιώντας το κοιλια για μείωση του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται χορήγηση παυσικών ή παρεντερικών φαρμάκων όπως ΜΕ-ΡΕ-Ι-ΔΙ-ΝΗ, που προτιμάται από την μορφή- 	Μείωση πόνου - Ανακούφιση από το σύμπτωμα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</u>
Εμετός κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες.	Ανακούφιση αρρώστου από το σύμπτωμα.	- Προγραμματισμός ενεργείται για αντιμετώπιση της κατάστασης. - Σωστή τοποθέτηση ασθενή στο κρεβάτι. - Χορήγηση κατάλληλων υγρών παρεντερικά.	- Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι του ασθενή προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές το οποίο αποσύρει μετά τον εμετό. - Γίνεται επίλειψη χείλων και γλώσσας με POR COTTON. - Γίνεται περιποίηση στοματικής κοιλότητας.	Αντιμετώπιση επιτυχής μένα η γενικότερη κατάσταση του αρρώστου.
Αναπνευστικές επιπλοκές.	Πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.	- Σωστή τοποθέτηση ατόμου στο κρεβάτι. - Χορήγηση κατάλληλων αναλγητικών φαρμάκων.	- Γίνεται ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει 10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα και να γυρίζει συχνά. - Γίνεται χορήγηση αναλγητικών για διευκόλυνση των βαθιών αναπνοών. - Γίνεται τοποθέτηση αρρώστου σε θέση FOWLER για διευκόλυνση έκπυξης των πνευμόνων. - Εγκαιρη έγερση. - Εφαρμογή πιεστικής επίδεσης για υποστήριξη τραύματος.	Αποφυγή αναπνευστικών επιπλοκών με τις κατάλληλες ενέργειες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΚΟΠΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Μετεγχειρητικός πόνος που οφείλεται στο τραύμα από την τομή που έχει γίνει.

Ανακούφιση αρρώστου από τον πόνο.

Προγραμματισμός ενεργειών για αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου λόγω τραύματος.

Τοποθέτηση αρρώστου σε αναπαυτική θέση.

Εξασφάλιση ηρεμίας - φυσικού περιβάλλοντος. λύτερα.

Συναισθηματική στήριξη ασθενή.

Ακριβή τήρηση στην χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.

Εξασθένιση του οργανισμού του ασθενή.

Σωματική τόνωση.

Κάλυψη θρεπτικών αναγκών αρρώστου.

Χορήγηση κανονικής διαίτας υπολιπούχου υπερπρωτεΐνουχου και υπερυδατανθρακώχου.

Συνέχιση βιταμίνης Κ αν είναι ανάγκη.

Με τις κατάλληλες νοσηλευτικές ενέργειες επιτυγχάνεται η αντιμετώπιση της κατάστασής του.

1
4
4
1

Εμφάνιση τυχόν επιπλοκών από το δέρμα.

Πρόληψη τέτοιων επιπλοκών.

Προστασία δέρματος γύρω από την τομή από τη χολή.

Συχνή επισκόπηση δέρματος.

Συχνή αλλαγή γαζών.

Εφαρμογή προστατευτικών αλοιφών.

Αποφυγή επιπλοκών από το δέρμα με την κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση.

Ε Π Ι Δ Ο Γ Ο Σ

Δεν υπάρχει καμμία αμφιβολία πως ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση αλλά και νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστου με χολολιθίαση είναι καθοριστικός.

Η υλοποίηση του αναμφίβολα σημαίνει εξατομίκευση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και πολύπλευρη προσέγγιση, διερεύνηση και αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων και αναγκών του αρρώστου.

Τόσο στην προεγχειρητική όσο και μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς η νοσηλεύτρια φροντίζει να ανακουφίσει τον ασθενή από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να τον βοηθήσει να βελτιώσει ή να αποκτήσει ξανά την υγεία τους.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Βασώνη Δημητρίου "Επιτομή χειρουργικής - ορθοπεδικής".

Έκδοση 5η, Αθήνα 1987.

Ελληνική Χειρουργική. Διμηνιαία έκδοση Τόμος 63ο.

Τεύχος 2ο, Μάρτιος - Απρίλιος 1991.

HARRISON'S "Εσωτερική παθολογία", Έκδοσις 6η

Τόμος Γ' Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανός
Αθήνα 1985.

Ιατρικά Χρονικά - MEDICAL ANNUALS, Τόμος 12ος

Τεύχος 12ο, Δεκέμβριος 1989.

Ιατρικά Χρονικά - MEDICAL ANNUALS, Τόμος 15ος,

Τεύχος 12ο, Δεκέμβριος 1989.

Μαργαρινού - Κωνσταντινίδου "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική-

Χειρουργική", Τόμος Α', Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1985.

Παπαδημητρίου Γ. Ανδρουλάκης Γ., "Αρχές Γενικής Χειρουργικής",

Τόμος Β, Έκδοση 5η, Εκδόσεις "Παρισιανός",
Αθήνα 1989.

Σαχίνη - Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, "Παθολογική και Χει-

ρουργική Νοσηλευτική", Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος
2ος, Μέρος Β', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.

Τριανταφύλλου Χ. "Εγχειρίδιο Χειρουργικής - Παθολογίας"

Έκδοση 4η, Ιατρικές εκδόσεις "ΝΤΕΔΕ", Αθήνα 1985.

