

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΕΙΛΕΟΣ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ 1995



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1579
----------------------	------



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
Μ Ε Ρ Ο Σ Ι	2
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ_ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	2
ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ	4
ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	7
ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	10
ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	11
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	12
ΕΙΛΕΟΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	14
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	
ΑΠΛΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ	17
ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ	18
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΛΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ	20
ΦΥΣΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΛΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ	22
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
ΑΠΛΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ	23
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ	25
ΦΥΣΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ	25
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	
ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ	26
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ	26
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ	30
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	31
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΙΛΕΟ	33
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	39
ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	39
ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	44
ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	45
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	46
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	47
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	50
ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ:ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ ΑΛΛΑΓΗ ΣΑΚΟΥ	59
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ	
ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	63
Α.ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΣΤΟΜΙΟΚΟΜΟΣ	65
Β.ΙΔΡΥΣΗ ΟΜΙΛΟΥ ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	65
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	68
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Α)	68
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Β)	72
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	82
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	--

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σ' αυτή την εργασία μου θα ασχοληθώ με τον ειλεό και όλα τα προβλήματα που μπορεί να προκληθούν μετά από μια ανωμαλία.

Έτσι λοιπόν αρχικά θα αναφερθώ στα ανατομικά στοιχεία του πεπτικού συστήματος, εφόσον ο ειλεός είναι τμήμα του λεπτού εντέρου το οποίο ανήκει στο πεπτικό σύστημα. Στην συνέχεια θα μιλήσω για την αιτιολογία καθώς επίσης για τα είδη του ειλεού. Έπειτα θα δούμε τα συμπτώματα με τα οποία μπορούμε να ξεχωρίσουμε το κάθε είδος ειλεού σε κάθε ασθενή και την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουμε σε κάθε περίπτωση. Μετα θα αναπτύξω τις νοσηλευτικές ενέργειες σε κάθε ασθενή είτε έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είτε όχι.

Μ Ε Ρ Ο Σ ΙΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ειλεός καλείται η παρεμπόδιση της φυσιολογικής προώθησως του εντερικού περιεχομένου. Το έντερο είναι ένα τμήμα του πεπτικού συστήματος.

Το πεπτικό σύστημα είναι σωλήνας μήκους 7 μέτρων και 25 εκατ. του μέτρου περίπου και αποτελείται από τη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα, το οισοφάγο, στομάχο, δωδεκαδάκτυλο, νήστιδα, ειλεό και παχύ έντερο.

Στο γαστρεντερικό σύστημα, που αποτελεί το όριο μεταξύ εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος, η τροφή προετοιμάζεται για να εισαχθεί στο εσωτερικό περιβάλλον. Οι θρεπτικές ουσίες διασπώνται σε μικρότερες μονάδες (πέψη), που απορροφώνται από το βλεννογόνο του εντέρου (απορρόφηση) και εισέρχονται στη λέμφο ή στο αίμα της πυλαίας φλέβας.

Η πέψη αρχίζει στο στόμα, όπου τα μεγάλα τεμάχια της τροφής γίνονται μικρότερα στο μέγεθος αναμιγνύονται με σάλιο και μετατρέπονται σε ημίρρευστη μάζα. Η κατάποση είναι αντανακλαστικό μεταφοράς της μασημένης τροφής στον οισοφάγο από τον οποίο περνά στο

## 3

στόμαχο όπου αναμιγνύεται με γαστρικό υγρό και ρευστοποιείται με τις συσπάσεις της "άπω μοίρας" του στομάχου. Η ρευστοποιημένη τροφή ονομάζεται τώρα οπός. Το περιεχόμενο του στομάχου περνά από το σφιγκτήρα του πυλωρού στο δωδεκαδάκτυλο όπου προστίθενται εξωκρινή εκκρίματα των εντερικών κυττάρων και πεπτικά υγρά που προέρχονται από το πάγκρεας και την χοληδόχο κύστη. Στην περιοχή του δωδεκαδάκτυλου, στο κατώτερο στόμαχο και το πάγκρεας παράγονται και ορισμένες ιστικές ή γαστρεντερικές ορμόνες που συμμετέχουν στη ρύθμιση της πέψης.

Τα τοιχώματα του λεπτού εντέρου έχουν τρεις μυϊκές στοιβάδες, που υποβοηθούν την ανακίνηση, την ανάμιξη και την προώθηση του οπού. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής που έχει προσληφθεί πραγματοποιείται σε αυτό το τμήμα του πεπτικού συστήματος. Στο παχύ έντερο γίνεται η τελική απορρόφηση ηλεκτρολυτών και νερού. Το περιεχόμενο της τελικής μοίρας του παχέος εντέρου, τα κόπρανα, αποτελείται κυρίως από απορροφήσιμες φυτικές ουσίες, κύτταρα που έχουν αποπέσει μικρόβια και ελάχιστη ποσότητα νερού. Τα κόπρανα αποθηκεύονται στο ορθό έντερο ως

τη εκούσια αποβολή τους (απόδευση).

### ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Το λεπτό έντερο αποτελεί τη συνέχεια του στομάχου και εκτείνεται από τον πυλωρό μέχρι το παχύ έντερο (ειλεοκολική βαλβίδα). Το έντερο αυτό βρίσκεται στην κάτω κοιλία και περιβάλλεται από το παχύ έντερο το οποίο σχηματίζει γύρω του ατελή σταφάνη. Διαιρείται σε δύο μοίρες, το δωδεκαδάκτυλο και το ελικοειδές έντερο το οποίο υποδιαιρείται στην νήστιδα και τον ειλεό.

Το μήκος του λεπτού εντέρου κατά μέσο όρο ανέρχεται ανάλογα με το άτομο στα 6 μέτρα και το εύρος του 3-5εκμ, ελαττώνεται βαθμιαία από το πυλωρό προς την ειλεοκολική βαλβίδα.

Μέσα στο λεπτό έντερο (βλεννογόνο) γίνεται η πέψη των τροφών με την ενέργεια του εντερικού υγρού και διαμέσου του βλεννογόνου ακόμα γίνεται η απομύζηση των προϊόντων της πέψης.

1. Το δωδεκαδάκτυλο έχει μήκος 25-30cm και κατά την πορεία του περιγράφει ποικίλο σχήμα, δηλ. σχήμα (αγκύλης) και κάποτε σχήμα γωνιώδες ή πετάλου αλόγου ή ατελούς κρίκου. Προσαρμόζεται στην καμπυλότητα της

πρόσθιας επιφάνειας των σπονδύλων και με το κόλλο του περιβάλλει την κεφαλή του παγκρέατος.

Η άνω μοίρα αποτελεί τη συνέχεια της πυλωρικής μοίρας του στομάχου περίπου εμπρός από τον πρώτο οσφυϊκό σπόνδυλο και παρουσιάζει μια ανεύρυνση, το βολβό του δωδεκαδάκτυλου. Η άνω μοίρα διασταυρώνεται στο πίσω μέρος της με το κοληδόχο πόρο, που έρχεται από τον ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο και προχωρεί προς τα κάτω, κατά μήκος της κεφαλής του παγκρέατος προς την έσω πλευρά του οπισθίου τοιχώματος της κατιούσας μοίρας.

Η κατιούσα μοίρα συναντιέται με το κοληδόχο πόρο που μπαίνει λοξά, από πάνω, στο τοίχωμα του μέσου του αριστερού οπισθίου χείλους του δωδεκαδάκτυλου. Έτσι το τελικό τμήμα του πόρου ωθεί το βλεννογόνο της κατιούσας μοίρας και σχηματίζει την επιμήκη πτυχή του δωδεκαδακτύλου. Ο κοληδόχος πόρος εκβάλλει στο κάτω μέρος της πτυχής, σε μια μικρή υπέγερση, τη μείσηλη (φύμα του Vater), συχνά από κοινού με τον κύριο εκφορητικό πόρο του παγκρέατος, το μείζωνα παγκρεατικό πόρο (του Wirsung) που έρχεται από την κεφαλή του παγκρέατος, στο τοίχωμα του δωδεκαδάκτυλου. Λίγο



πιο πάνω από αυτή την εκβολή μπορεί να εκβάλλει στη ελάσσονα θηλή (φύμα του Santorini) ο επικουρικός παγκρεατικός πόρος.

2. Ελικώδες έντερο ονομάζουμε το μετά το δωδεκαδάκτυλο υπόλοιπο τμήμα του λεπτού εντέρου. Έχει μήκος 6-7 μέτρα. Αρχίζει από τη νηστικοδωδεκαδακτυλική καμπή και τελειώνει στην ειλεοκολική βαλβίδα, όπου μεταβαίνει στα παχύ έντερο.

Το ελικώδες έντερο υποδιαιρείται στη νήστιδα και τον ειλεό μεταξύ τους όμως δεν υπάρχει σαφές όριο. Το ελικώδες έντερο κρέμεται και στηρίζεται από μακρά περιτοναϊκή πτυχή, το μεσεντέριο για αυτό και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα. Οι μοίρες του ελίσσονται σε ποικίλες διευθύνσεις έτσι σχηματίζουν τις έλικες (15-18) του λεπτού εντέρου και από αυτό ονομάζεται ελικώδες έντερο.

3. Νήστιδα. Οι εντερικές έλικες της νήστιδας, που καταλαμβάνουν κυρίως την ομφαλική και την αριστερή λαγόνια χώρα, αποτελούν τα άνω 2/5 του ελικώδους εντέρου. Η νήστιδα χαρακτηρίζεται για το μεγαλύτερο πλάτος, για τις υψηλές και πυκνές κυκλοτερείς πτυχές, για τα άφθονα αγγεία και για τις ελάχιστες πλάκες

του Peyer, που εμφανίζονται μόνο στο κατώτερο τμήμα της νηστιδας.

**3. Ειλεός.** Οι εντερικές έλικες του ειλεού αποτελούν τα κάτω 3/5 του ελικοειδούς εντέρου. Καταλαμβάνουν την υπογάστρια και την δεξιά λαγόνια χώρα και εισέχουν μέσα στην μικρή πύελο. Ο ειλεός χαρακτηρίζεται για το λεπτό τοίχωμα, για το μικρό πλάτος και τα λίγα αγγεία. Ακόμη για τις χαμηλές και αραιές κυκλωτερείς πτυχές που εξαφανίζονται προς τα κάτω. Αντίθετα οι πλάκες Peyer στον ειλεό είναι μεγαλύτερες και περισσότερες.

**Απόφυση του Meckel.** Απόφυση του Meckel ονομάζεται μία τυφλή προβολή του τοιχώματος του ειλεού, σχήμα - τος δακτύλου, που βρίσκεται 60-90cm πριν από το τέλος του λεπτού εντέρου. Το εκκόλπωμα αυτό είναι υπόλειμμα του ομφαλεντερικού πόρου, που δεν ατρόφησε κι μπορεί να καταλήγει ελεύθερα στην κοιλιακή κοιλότητα ή να συνδέεται μέσω ταινίας συνδετικού ιστού με τον ομφαλό.

### ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Στο παχύ έντερο απορροφώνται νερό και άλατα, που φθάνουν στο έντερο με την τροφή και τα πεπτικά υγρά

περιέχει δε υπολείμματα τροφών που δε πέπτονται, αλλά διασπώνται από βακτηρίδια με ζυμωτικές και σηπτικές εξεργασίες.

Το παχύ έντερο έχει μήκος 1,5 μέτρα και - εκτός από τη σκωληκοειδή απόφυση και το απευθεσμένο - χαρακτηρίζεται εξωτερικά από τις επιμήκεις κολικές ταινίες, της περισφίξεις και τα εκκολπώματα καθώς και τις επιπλοικές αποφύσεις (λίπος).

Το παχύ έντερο αποτελείται από α) τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση β) κόλο γ) ορθό ή απευθεσμένο.

Οι επιμήκεις μυϊκές κολικές ταινίες δημιουργούνται με σχηματισμό δεσμών από την επιμήκη μυϊκή στίβδα. Διακρίνουμε την ελεύθερη ταινία, που φαίνεται σε όλο το παχύ έντερο, τη μεσοκολική και την επιπλοική ταινία.

Σε όλο το τοίχωμα του παχέος εντέρου προβάλλουν προς τον αυλό οι μηνοειδείς πτυχές που μπορεί όμως κατά τόπους να χάνονται. Μεταξύ των περισφίξεων αυτών σχηματίζονται τα εκκολπώματα (κολικές κυψέλες ή καιλώματα).

Οι επιπλοκές αποφύσεις είναι γωνιώδεις εκκολπώσεις του υπορογόνιου συνδετικού ιστού γεμάτες με

λίπος και βρίσκονται κυρίως κατά μήκος της ελεύθερης ταινίας.

Το τυφλό έντερο βρίσκεται στην αρχή του παχέος εντέρου και προβάλλει κάτω από την ειλεοκολική βαλβίδα και έχει μήκος 6-8cm. Από το τυφλό εκφύεται η σκωληκοειδής απόφυση.

Η ειλεοτυφλική βαλβίδα σχηματίζεται κυρίως από το τέλος του ειλεού που έχει μορφή σφυγκτήρα, "διατρυπά" το τοίχωμα του παχέος εντέρου και προβάλλει με την μορφή θηλής στον αυλό του παχέος εντέρου.

Η σκωληκοειδής απόφυση θεωρείται μέρος του παχέος εντέρου έχει όμως στον άνθρωπο ιδιαίτερη λειτουργία, επειδή αποτελεί μέρος του ειδικού αμυντικού συστήματος.

Η σκωληκοειδής απόφυση εκφύεται προς τα έσω και κάτω από τον πυθμένα του τυφλού και έχει μήκος περίπου 8 cm και πάχος 0.5-1 cm. Οι τρεις κοιλικές ταινίες συγκλίνουν αστεροειδώς στην βάση της σκωληκοειδούς αποφύσεως και σχηματίζουν στο τοίχωμα της μία κλειστή επιμήκη μυική στιβάδα.

Το ανιόν κόλο, που αποτελεί συνέχεια του τυφλού, καθώς και τα υπόλοιπα μέρη του παχέος εντέρου - εγ-

κάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές κόλο - έχουν την ίδια δομή. Τα διάφορα μέρη του κόλου ανάλογα με το περιεχόμενο, μπορεί να έχουν διαφορετικό βαθμό συσπάσεως. Πιο συχνά βρίσκουμε περισσότερο συσπασμένο το κατιόν και σιγμοειδές κόλο, από ότι το ανιόν και το εγκάρσιο.

Το απευυσμένο βρίσκεται μέσα στην πύελο και σχεδόν εξ' ολοκλήρου κάτω από το περίτονο πέταλο του περιτοναίου. Προς τα κάτω διευρύνεται και σχηματίζει την κοπροδόχο λήκυνθο. Δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου πακέος εντέρου και ο βλεννογόνος του εμφανίζει τρεις μόνιμες εγκάρσιες πτυχές την άνω και την κάτω που βρίσκονται αριστερά και η μέση δεξιά.

Στο κάτω μέρος της κοπροδόχου ληκύνθου ο βλεννογόνος εμφανίζει τους προκτικούς στύλους. Στην τελική του μοίρα βρίσκεται ο έσω σφυγκτήρας του πρωκτού και εκεί σχηματίζεται ο αιμορροϊδικός δακτύλιος.

#### ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Ο γαστρεντερικός σωλήνας από το τσίχλωμα του οισοφάγου ως το δακτύλιο διαστέπει ένα ενδογενές νευρικό σύστημα. Το σύστημα αυτό αποτελείται κυρίως από

δύο στιβάδες νευρώνων και τις ανάλογες συνδετικές ίνες: μία εξωτερική, που ονομάζεται μεντερικό πλέγμα ή πλέγμα του Auerbach και μία εσωτερική, που ονομάζεται υποβλενογόνιο πλέγμα ή πλέγμα του Meissner. Το μεντερικό πλέγμα ελέγχει κυρίως τις γαστρεντερικές κινήσεις, ενώ το υποβλενογόνιο πλέγμα έχει το σημαντικό έλεγχο της έκκρισης και ταυτόχρονα εξυπηρετεί πολλές αισθητικές λειτουργίες. Ο γαστρεντερικός σωλήνας δέχεται πάρα πολλά παρασυμπαθητικά και συμπαθητικά νεύρα που έχουν την δυνατότητα να μεταβάλλουν τη γενική δραστηριότητα ολόκληρου του εντέρου ή συγκεκριμένων τμημάτων του, ιδιαίτερα από το άνω άκρο προς το στόμαχο και περιφερικά από την περιοχή της μεσότητας του παχέου εντέρου ως το δακτύλιο.

#### ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Η αγγείωση του γαστρεντερικού σωλήνα, από το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου ως το μέσο της κοπροδόχου ληκύθου, γίνεται από κλαδούς της αορτής που εκφύονται ίσουψώς προς τα αντίστοιχα τμήματα του σωλήνα κατά τα αρχικά στάδια της εμβρυολογικής του ανάπτυξης.

Έτσι ο οισοφάγος ο στόμαχος και μέρος του δωδεκαδακτύλου από την κοιλιακή αρτηρία. Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυλο, το ελίκώδες έντερο και το παχύ έντερο μέχρι και το δεύτερο τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου αρδεύονται από την άνω μεσευτέρια αρτηρία.

Το υπόλοιπο παχύ έντερο μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο αρδεύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Οι διακλαδώσεις των αρτηριών αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν αρτηριακά τόξα, από τα οποία ξεκινούν τελικά τα ευθεία αγγεία, που φθάνουν στο έντερο.

Το αίμα από ολόκληρο το γαστρεντερικό σωλήνα συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες που τελικά εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια και την σπληνική φλέβα. Οι δύο αυτές φλέβες συμβάλλουν και σχηματίζουν την πυλαία φλέβα πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος.

#### ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Η εκούσια κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα περιορίζεται στην είσοδο-στόμα, φάρυγγας, ανώτερη μοίρα του οισοφάγου-και στην έξοδο-πρωκτικός σωλήνας.

Στην είσοδο του σωλήνα τελούνται εκουσίως η μά -

περιεχόμενο το οποίο προωθείται μιας και η περίσφιξη το εμποδίζει να παλινδρομήσει.

As σημειωθεί ότι η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα μολονότι είναι αυτόθεση ρυθμίζεται και τροποποιείται τόσο από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όσο και από ορμόνες του εντεροενδοκρινικού συστήματος.

#### ΕΙΛΕΟΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ειλεός είναι η απότομη διακοπή της προώθησης του εντερικού περιεχομένου ή η βαθμιαία και η προοδευτική δυσχέρεια ικανοποιητικής κένωσής του. Ο πρώτος είναι οξύς και ο δεύτερος χρόνιας ειλεός.

Η εντερική απόφραξη μπορεί να είναι μηχανική ή μη μηχανική (προκύπτουσα από νευρομυϊκές διαταραχές που προκαλούν δυναμικό ή μη δυναμικό ειλεό). Τα αίτια της μηχανικής απόφραξης του αυλού συνήθως να διαιρούνται σε 1) εξωτερικά π.χ συμφυτικές ταινίες εσωτερικές και εξωτερικές κήλες 2) εσωτερικά του τοιχώματος του εντέρου π.χ εκκολπωματίτιδα, καρκίνωμα, τμηματική εντερίτιδα και 3) απόφραξη του αυλού π.χ από χολολίθους, εγκωλεασμό. Οι συμφύσεις και οι εξωτερικές κήλες είναι τα συχνότερα αίτια απόφρα-



ξεως του λεπτού εντέρου και περιλαμβάνουν τα 70-75 % των περιπτώσεων.

Ο παραλυτικός ειλεός είναι πιθανώς το συχνότερο γενικό αίτιο αποφράξεως. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η εκδήλωση της καταστάσεως επιτελείται μέσω ορμονικών ενώσεων του συμπαροαδρενεργικού συστήματος. Νοσήματα που προκαλούν αδυναμικό ειλεό είναι τα εξής:

Μετά από κάθε περιτοναϊκό ερεθισμό. Επίσης το υδροχλωρικό οξύ, το περιεχόμενο του παχέος εντέρου και τα παγκρεατικά ένζυμα είναι ερεθιστικές ουσίες περισσότερο από τα αίμα και τα ούρα. Αδυναμικός ειλεός υπάρχει μετά από κάθε κοιλιακή επέμβαση. Τα οπισθοπεριτοναϊκά αιματώματα, οι λίθοι στρους ουρητήρες και η σοβαρή πυελουεφρίτιδα προκαλούν αδυναμικό ειλεό. Όπως επίσης τα θωρακικά νοσήματα και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ιδιαίτερα η απώλεια καλίου. Τέλος η εντερική ισχαιμία είτε ως αποτέλεσμα αγγειακής αποφράξεως ή εντερικής διατάσεως μπορεί να διαιωνίζουν ένα παραλυτικό ειλεό. Ο σπαστικός ή δυναμικός ειλεός είναι σπάνιος και έχει παρατηρηθεί σε δηλητηρίαση από βάρεια μέταλλα, πορφύρα και εκτεταμένες εντερικές

εξελκώσεις. Προκύπτει από σοβαρή και παρατεταμένη σύσπαση του εντέρου.

Η μηχανική απόφραξη μπορεί επίσης να συμβεί και από τα εκκολπώματα τα οποία μπορεί να εμφανισθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του λεπτού εντέρου, εντούτοις με την εξαίρεση του εκκολπώματος του MECQUEL η συχνότερη εντόπισή τους είναι το δωδεκαδάκτυλο και η νήστιδα. Πιο συχνά τα εκκολπώματα είναι ασυμπτωματικά και ανακαλύπτονται τυχαία στις ακτινογραφίες του ανώτερου γαστρεντερικού. Μερικές φορές όμως μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα είτε εξαιτίας της ανατομικής τους θέσεως κοντά σε άλλα όργανα, ή σπανιότερα, από φλεγμονή ή αιμοραγία.

Τα εκκολπώματα του δωδεκαδακτύλου προέρχονται από την έσω επιφάνεια της δεύτερης μοίρας αυτού. Δε προκαλούν συμπτώματα. Σπάνια μπορούν να εμφανισθούν σαν οξεία εκκολπωματίτιδα με κοιλιακό πόνο, πυρετό, γαστρεντερική αιμοραγία ή διάτρηση. Τα παρακείμενα όργανα όπως ο χοληδόχος και παγκρεατικός πόρος μπορεί να προσβληθούν.

Τα πολλαπλά εκκολπώματα της νήστιδας μπορεί να συνοδεύονται από σύνδρομο δυσαπορροφήσεως σχετιζό -

μενο με παθολογική ανάπτυξη βακτηρίων μέσα στα εκκολπώματα, όπως και σε άλλα μέρη όπου συμβαίνει εντερική στάση.

Το εκκόλπωμα του Meckel είναι σπάνια σύμπτωμα - τικό στους ενηλίκους, μπορεί να προκαλέσει αιμοραγία φλεγμονή και απόφραξη στα παιδιά και τους νεαρούς ενηλίκους. Η φλεγμονή του εκκολπώματος μπορεί να μιμείται την οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η μηχανική απόφραξη μπορεί επίσης να συμβεί αν το εκκόλπωμα εγκολεασθεί μέσα στον αυλό του εντέρου ή να συστραφεί γύρω από ινώδες υπόλειμμα του ομφαλομεσεντέριου πόρου που εκτείνεται από το εκκόλπωμα μέχρι το κοιλιακό τοίχωμα.

## ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

### ΑΠΛΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

Η διάταση του εντέρου προκαλείται από τη συσσώρευση αερίων και υγρών κεντρικότερα και κατά μήκος του αποφραγμένου τμήματος. 70-80% των αερίων του εντέρου αποτελούνται από τον καταπινόμενο αέρα και για το λόγο αυτό αποτελούνται από άζωτο που απορροφάται πολύ λίγο από τον εντερικό αυλό και η αφαίρεση του αέρα με συνεχή γαστρική αναρρόφηση είναι ση-

μαντικό στοιχείο στη θεραπεία της εντερικής διατάσεως. Η συσσώρευση υγρών εγγύτερα του αποφράσσοντος μηχανισμού προέρχεται όχι μόνο από τα προσλαμβανόμενα υγρά, το καταπινόμενο σάλιο, το γαστρικό υγρό, και τις χολικές και παγκρεατικές εκκρίσεις, αλλά και από την διαταραχή στην μεταφορά νερού και νατρίου που φυσιολογικά υπάρχει. Κατά την διάρκεια των πρώτων 12-24ωρών της αποφράξεως εμφανίζεται εκκυστική μασμένη μείωση μεταφοράς νατρίου από τον αυλό προς το αίμα και κατά συνέπεια συσσωρεύεται νερό στα διατεταμένα κεντρικά τμήματα. Μετά από 24ώρες προστίθεται η διακίνηση  $\text{Na}^+$  και νερού προς τον εντερικό αυλό, συμβάλλοντας ακόμη περισσότερο στη διάταση και την απώλεια υγρών. Οι ενδοαυλικές πιέσεις αυξάνουν από 2-4  $\text{cmH}_2\text{O}$  που είναι φυσιολογικά σε 8-10  $\text{cmH}_2\text{O}$ . Η ελάττωση τώρα των υγρών προξενεί υπογκαιμία.

#### ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

Στην ισχαιμική απόφραξη τα αγγεία του εντέρου αποφράσσονται συνεπεία πίεσης, με αποτέλεσμα τη νέκρωση του εντέρου και τη διάτρησή του.

Σε περιπτώσεις που η περίσφιξη αφορά δύο σημεία

(κλειστή έλικα) τότε η διάταση και ο στραγγαλισμός του εντέρου επέρχεται σε μικρό χρονικό διάστημα. Απόφραξη κλειστής έλικας στο λεπτό έντερο επέρχεται όταν ο αυλός αποφράσσεται σε δύο σημεία με απλό μηχανισμό όπως σε δακτύλιο κήλης ή από συμφυτικές ταινίες, προκαλώντας κλειστή έλικα, στην οποία συχνά η παροχή αίματος διακόπτεται. Η περίσφιξη της έλικας με το μηχανισμό αυτό είναι συχνή και συνοδεύεται από εκσεσημασμένη διάταση του κεντρικότερου τμήματος του λεπτού εντέρου. Όταν διαταράσσεται η αιματική παροχή ενδοτοιχωματικά, όταν η διάταση είναι τεράστια, τότε έχουμε νέκρωση του εντέρου. Εφόσον υπάρξει περιορισμός της παροχής αίματος, η βακτηριακή διήθηση αναπτύσσεται με αποτέλεσμα την ανάπτυξη περιτονίτιδας. Μετά από μεγάλη διάταση του εντέρου παρατηρείται ανύψωση του διαφράγματος με περιορισμό του αερισμού και ατελεκτασία. Η φλεβική επιστροφή μέσω της κάτω κοίλης μπορεί επηρεαστεί.

Η απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών μπορεί να είναι τεράστια και αν δεν υπάρξει γρήγορη αποκατάσταση, εμφανίζεται αιμοσυμπύκνωση, νεφρική ανεπάρκεια, Shock και θάνατος. Όταν η απόφραξη αφορά τη φλεβική ροή

τότε έχουμε απώλεια πλάσματος και αίματος μέσα στον αυλό του εντέρου.

Υπάρχει ακόμα ένας τύπος εντερικής αποφράξεως, η μεσεντερία αγγειακή απόφραξη, όπου δεν υπάρχει μηχανική απόφραξη του εντέρου, αλλά η ισχαιμία είναι το βασικό χαρακτηριστικό. Γύρω στο 50% των περιπτώσεων η απόφραξη της άνω μεσεντερίου αρτηρίας οφείλεται σε έμβολο ή αθηρωματοσκληρυντική στένωση. Πλέον των 40% των περιπτώσεων οφείλεται σε μη αποφρακτική ισχαιμία, που τη βρίσκουμε σε ηλικιωμένους ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και παίρνουν καρδιοστονωτικές γλυκοσίδες. Τα φάρμακα αυτά ελαττώνουν την αιματική ροή. Κάθε ασθενής με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια, που παραπονείται για κοιλιακό άλγος, θα πρέπει να θεωρείται, ότι έχει εντερική ισχαιμία έως ότου αποδειχθεί το αντίθετο.

#### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΛΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ

Η μηχανική απόφραξη του λεπτού εντέρου χαρακτηρίζεται από σπαστικό πόνο της μέσης κοιλίας που τείνει να είναι σοβαρότερος, όσο ψηλότερα βρίσκεται η απόφραξη. Ο πόνος έχει τους χαρακτήρες του εντερικού κωλικού. Συνυπάρχουν επίσης έντονοι εντερικοί ήχοι

και βορβορυγμός. Ο πόνος καθίσταται λιγότερο σοβαρός καθώς η διάταση αναπτύσσεται, πιθανώς λόγω του περιορισμού της κινητικότητας από το οιδηματώδες έντερο. Όταν η απόφραξη είναι υψηλή, ο έμετος συνήθως περιέχει κοπή και βλέννα. Σε χαμηλή απόφραξη του ειλεού, ο έμετος γίνεται κοπρανώδης δηλαδή σκοτεινός πορτοκαλόχρωμος με κοπρανώδη οσμή λόγω των μικροβίων κεντρικότερα της αποφράξεως. Ο λόξυγγας είναι συχνός. Η απόλυτη δυσκοιλιότητα και η αδυναμία αποβολής αερίων υπάρχουν πάντοτε όταν η απόφραξη είναι πλήρης, αν και μερικά αέρια ή κόπρανα μπορεί να περάσουν αυτόματα ή μετά από υποκλυσμό επί βραχύ διάστημα, μετά την έναρξη της πλήρους αποφράξεως. Διάρροια παρατηρείται μερικές φορές σε μερική απόφραξη. Το αίμα στα κόπρανα είναι σπάνιο.

Η μηχανική απόφραξη του παχέος εντέρου προκαλεί κωλικοειδή κοιλιακό πόνο μικρότερης όμως εντάσεως. Ορισμένοι ενήλικοι δεν αναφέρουν πόνο. Ο επέρχεται αργά ή και καθόλου. Οι κοπρανώδεις έμετοι είναι σπάνιοι. Η δυσκοιλιότητα χειροτερεύει προοδευτικά και καταλήγει προοδευτικά σε πλήρη αδυναμία αποβολής αερίων και κοπράνων.

Στον παραλυτικό ειλεό δεν υπάρχει κωλικοειδής πόνος και μόνο η ενόχληση που προκαλείται από τη διάταση είναι εμφανής. Ο έμετος μπορεί να είναι συχνός. Αποτελείται από γαστρικό περιεχόμενο και χολή και σχεδόν ποτέ δεν είναι κοπρανώδης. Μπορεί να υπάρχει πλήρης αδυναμία αποβολής αερίων και κοπράνων, μπορεί και όχι. Ο λόξυγγας είναι συνηθέστατος.

#### ΦΥΣΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΛΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ

Η κοιλιακή διάταση είναι το κοινό σημείο όλων των τύπων της εντερικής αποφράξεως. Είναι λιγότερο εκσεσημασμένη σε περιπτώσεις αποφράξεως ψηλά στο λεπτό έντερο και πολύ έντονη στην απόφραξη του παχέος εντέρου. Η ευαισθησία και η σύσπαση συνήθως είναι ελάχιστες. Τα σημεία και συμπτώματα της καταπληξίας συμβαίνουν επίσης στα τελευταία στάδια της περισφιγμένης απόφραξης. Η εμφάνιση Shock, ευαισθησίας, συσπάσεως, πυρετού συχνά σημαίνουν ότι υπάρχει μόλυνση του περιτοναίου με εντερικό περιεχόμενο. Κατά τη ψηλάφηση υπάρχει κοιλιακή ευαισθησία και διάταση. Η παρουσία ψηλαφητής της κοιλιακής μάζας συνήθως σημαίνει περισφιγμένη απόφραξη κλειστής έλικας λεπτού εντέρου. Η ακρόαση μπορεί να αποκαλύψει έντονους βο-



ρβορυγμούς μεταλλικής απηχίσεως, που συνυπάρχουν με τους κωλικοειδείς πόνους, αλλά το κλασσικό αυτό εύρημα συχνά δεν υπάρχει στα τελικά στάδια της περισφιγμένης ή μη αποφράξεως. Μια ήσυχη κοιλιά δεν περιόριζει την πιθανότητα αποφράξεως ούτε όμως απαραίτητα θέτει τη διάγνωση παραλυτικού ειλεού.

### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

#### ΑΠΛΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ

Υπάρχει μικρή λευκοκυττάρωση στην απλή απόφραξη που όμως εάν είναι περισφιγμένη έχουμε μεγάλη λευκοκυττάρωση. Ένας όμως φυσιολογικός λευκοκυτταρικός τύπος δεν αποκλείει την περίσφιξη. Η αύξηση της αμυλάσης του ορού εμφανίζεται μερικές φορές σε όλες τις μορφές της εντερικής απόφραξης ιδιαίτερα στην περίσφιξη. Υπάρχει και αιμοσυμπύκνωση.

Ο ακτινογραφικός έλεγχος είναι εξαιρετικά πολύτιμος κάτω όμως από ορισμένες συνθήκες μπορεί να παρερμηνευθεί. Η διάταση με υγρά και αέρια των ελικών του λεπτού εντέρου που συνήθως κατανέμονται σαν σκαλοπάτια, τα υδραερικά επίπεδα και η απουσία αέρα στο παχύ έντερο είναι τα ευρήματα σε περισφιγμένη απόφραξη του λεπτού εντέρου. Μια διάχυτη σκι-

ερότητα που οφείλεται σε περιτοναϊκό υγρό και μερικές φορές μια μάζα σχήματος "κόκκου καφέ" εμφανίζεται σε περισφιγμένη απόφραξη. Μερικές φορές οι ακτινογραφίες είναι φυσιολογικές όταν όμως τα συμπτώματα είναι συμβατά με απόφραξη του λεπτού εντέρου μια φυσιολογική ακτινογραφία πρέπει να θεωρείται ύποπτη περισφίξεως. Ο ακτινογραφικός διαχωρισμός της μερικής μηχανικής αποφράξεως του λεπτού εντέρου από τον παραλυτικό ειλεό μπορεί να είναι αδύνατος, δεδομένου ότι υπάρχει αέρας και στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Εντούτοις η κολική διάταση είναι πιο φανερή στον παραλυτικό ειλεό. Η κορήγηση σκιαγραφικού από το στόμα είναι χρήσιμη για τη διευκρίνιση αυτή. Η απόφραξη του παχέος εντέρου αναγνωρίζεται από την ύπαρξη αέρα μόνο στο παχύ έντερο. Όταν η ειλεοστυφλική βαλβίδα ανεπαρκεί τότε η ακτινογραφία μοιάζει με αυτή της μερικής αποφράξεως του λεπτού εντέρου. Για αυτό γίνεται βαριούχος υποκλυσμός. Δεν πρέπει να δίνεται βάριο από το στόμα σε ασθενείς με πιθανή απόφραξη παχέος εντέρου. Το δίνου με όμως όταν υπάρχει απόφραξη στο λεπτό έντερο γιατί δεν συμπυκνώνεται στη περιοχή της αποφράξεως.

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ

Ο πόνος είναι συνήθως περισσότερο εντοπισμένος και μπορεί να είναι σταθερός και έντονος, χωρίς κωλικοειδή χαρακτηριστικά, και τούτο μπορεί να οδηγήσει σε επιβράδυνση της διαγνώσεως της απόφραξης. Οι έμετοι είναι πιθανό να περιέχουν μικροσκοπικώς ή μακροσκοπικώς αίμα. Συχνά υπάρχει διάρροια που περιέχει μικροσκοπικά αίμα.

### ΦΥΣΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ

Νωρίς στη διαδρομή της νόσου, η διάταση μπορεί να είναι βαρελοειδής αισθητή ή να απουσιάζει. Στη βαθιά ψηλάφηση έχουμε συνήθως έντονη κοιλιακή ευαισθησία και σύσπαση των τοιχωμάτων πάνω από το σημείο της ισχαιμικής νέκρωσης. Εάν η νέκρωση έχει οδηγήσει σε διάτρηση του εντέρου έχουμε σημεία καλολικής περιτονίτιδας. Έτσι εμφανίζεται Shock, ραγδαία καταπληξία, σύσπαση, ευαισθησία και πυρετός, ο οποίος προοδευτικώς αυξάνει και ιδιαιτέρως στο σπυρό. Ακόμα στην επίκρουση έχουμε εξαφάνιση της ηπατικής αμβλύτητας. Η παρακέντηση της κοιλιάς μπορεί να βοηθήσει αποφασιστικά εάν το υγρό: 1) είναι αιμορρογικό 2) είναι κάκωμο 3) έχει αρνητικό κατά Gram μικρό-

βια σε πρόχειρη κρώση.

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ

Παρατηρείται μεγάλη λευκοκυττάρωση και ιδιαίτε-  
ρη αύξηση των πολυμορφοπύρινων. Επίσης η αντίκνευση  
αιμοσφαιρίνης στα εμέσματα είναι ενδεικτικό της  
ισχαιμικής βλάβης.

Στην ακτινογραφία κοιλιάς διαπιστώνεται η ύπαρξη  
ελεύθερου αέρα κάτω από τα διαφράγματα. Η  
ακτινογραφική εξέταση επίσης δείχνει μη ειδικό πα-  
ραλυτικό ειλεό, η εκλεκτική αγγειογραφία είναι  
συνήθως διαγνωστική. Μερικές φορές ο βαριούχος υπο-  
κλυσμός είναι χρήσιμος αν η βλάβη περιλαμβάνει το  
παχύ έντερο και δείχνει χαρακτηριστικές προσεκβολές  
και βαθύνσεις που παριστούν τις αιμοραγικές και  
οιδηματώδεις βλεννογόνες πτυχές πιο συχνά στην περ-  
ιοχή της σπληνικής καμπής.

#### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ

Θεραπευτικώς στην πρώτη φάση η αγωγή είναι συντη-  
ρητική και στη συνέχεια εάν δεν επέλθει η λύση του  
ειλεού τότε ακολουθούμε χειρουργική επέμβαση.

Τα μέτρα που λαμβάνουμε είναι τα ακόλουθα:

α) Ρινογαστρική αναρρόφηση. Για την αποσυμφόρση του

στομάχου από τα υγρά, τα οποία προχωρούν προς το έντερο, έτσι ελαττώνεται η διάταση της κοιλίας και η πίεση του διαφράγματος προς τα άνω. Καλύτερη αποσυμφόρηση αποτυγχάνουμε εάν τοποθετήσουμε σωλήνα MULLER-Abbott ή Cantor ο οποίος μπορεί να προχωρήσει στο λεπτό έντερο.

β) Ρύθμιση ύδατος και ηλεκτρολυτών κατά την εντερική απόφραξη απώλεια υγρών γίνεται προς διάφορες κατευθύνσεις: τους εμέτους, τον οισοφαγογαστρικό σωλήνα, ενδοπεριτοναϊκώς και μέσα στις εντερικές έλικες. Κατά την ρύθμιση θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας:

-Τις ημερήσιες ανάγκες

-Τη φύση των υγρών που χάνονται

-Τη διάρκεια του ειλεού. Σε γενικές γραμμές έχει υπολογισθεί ότι όταν ο ειλεός είναι πρόσφατος έχουν καεί 1,5L υγρών, όταν είναι διάρκειας μέχρι 24h χρειάζονται 4 έως 6 L. Εάν ο άρρωστος βρίσκεται σε ολιγαϊμική καταπληξία χρειάζονται 6-8 L.

-Το ύψος της απόφραξης. Σε απώλεια γαστρικού υγρού έχουμε απώλεια  $H^+$  και προκαλείται με μεταβολική αλκάλωση. Όταν χάνονται μαζί και αλκαλικά υγρά του εντέρου η κατάσταση αντiroπείται από πλευράς οξεοβα -

σικής ισορροπίας.

Υπάρχουν διάφοροι δείκτες οι οποίοι εφαρμόζονται στην κλινική πράξη για τον υπολογισμό των απωλειών.

Με βάση 1) την τιμή του αιματοκρίτη 2) το ειδικό βάρος των ούρων 3) την κεντρική φλεβική πίεση και εφόσον δεν υπάρχει κάμψη της δεξιάς καρδιάς 4) ο ρυθμός διούρησης αποτελεί καλό δείκτη ενυδάτωσης. Φυσιολογικώς ο άρρωστος θα πρέπει να αποβάλλει 30 - 60 ml την ώρα.

γ) Αντιβιοτικά. Η επέμβαση για απλή απόφραξη είναι άσσηπτη επέμβαση. Επειδή όμως είναι ενδεχόμενο κάποια έλκικα να έχει υποστεί ισχαιμική νέκρωση ή ν' ανοίξει κατά την προσπάθεια να λυθούν οι συμφύσεις σκόπιμο είναι στις μη απλές επεμβάσεις να γίνεται προληπτική χορήγηση αντιβιοτικού. Ένα σχήμα είναι η χορήγηση 10.000.000 U κρυσταλλικής πενικιλίνης και κλωραμ - φελικόλης 1 gr μία ώρα πριν την επέμβαση και άλλη μία δόση έξι ώρες μετά.

δ) Καρδιοαγγειοκινητικά. Όταν υπάρχει ανάγκη, όπως σε Shock, χορηγούμε ισοπροτερενόλη η οποία έχει θετική ινότροπο και χρονότροπο δράση, καθώς και περιφερική αγγειοδιαστολή, σε δόση 1 έως 3 mg/mín σε έγχυση δια

λύματος 1 έως 2 mg σε 500 ml δεξτρόζης. Ταχύς δακτυλισμός γίνεται όταν απαιτείται.

Με την συντηρητική αγωγή τις περισσότερες φορές είναι δυνατόν να λυθεί ο ειλεός, χρειάζεται όμως προσοχή στη στάθμιση της κατάστασως, ώστε να μην περιπέσει ο ειλεός σε ισχαιμική απόφραξη από τυχόν περισίφιξη κάποιας έλικας. Αν συμβεί αυτό αλλά και αν δεν έχει λυθεί ο ειλεός με τη συντηρητική αγωγή τότε κάνουμε χειρουργική επέμβαση. Η αμιγής μη εγχειρητική θεραπεία είναι ασφαλής μόνο επί παρουσίας ατελούς αποφράξεως και χρησιμοποιείται καλύτερα σε ασθενείς 1) με επαναλαμβανόμενα επεισόδια μερικής αποφράξεως, 2) σε πρόσφατη μετεγχειρητική μερική απόφραξη και 3) σε μερική απόφραξη που ακολουθεί πρόσφατο επεισόδιο διάχυτης περιτονίτιδας.

Έτσι κατά την χειρουργική επέμβαση έχουμε την δημιουργία της "παραφύσιν έδρας" που είναι ο σχηματισμός τεχνητής έδρας όταν η φυσιολογική δε μπορεί να λειτουργήσει. Αυτή εμφανίζεται με δύο μορφές δηλ: Την ειλεοστομία κατά την οποία δια χειρουργικής επεμβάσεως ανοίγεται ο ειλεός για παροχέτευση του περιεχομένου του προς τα κοιλιακά τοιχώματα.

Την κολοστομία κατά την οποία ανοίγεται το κόλον (παχύ έντερο και δημιουργείται στόμιο στα κοιλιακά τοιχώματα δια χειρουργικής επεμβάσεως, προς παροχέτευση του περιεχομένου του.

Η κολοστομία μπορεί να είναι:

α) Πρώκιμη. Σε αυτή το αίτιο είναι εντοπισμένο στο ανώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Στην περίπτωση αυτή η "παραφύσιν έδρα" κλείνεται σε δεύτερο χρόνο με δεύτερη χειρουργική επέμβαση.

β) Μόνιμη. Αυτή γίνεται όταν το αίτιο έχει εντοπιστεί στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές, ορθό). Αυτή είναι ισόβια.

#### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ

Ο τύπος αυτός του ειλεού συνήθως ανταποκρίνεται στη μη συνεχή αχχειρητική συνεχή αποσυμπίεση και την επαρκή θεραπεία της νόσου. Σπάνια η παραλυτική διάταση του παχέος εντέρου μπορεί να γίνει τόσο μεγάλη ώστε να απαιτείται τυφλοστομία αν υπάρχει φόβος γάγγραινας του τυφλού. Ο σπαστικός ειλεός συνήθως ανταποκρίνεται στη θεραπεία της κυρίας νόσου.

Η θεραπεία λοιπόν του παραλυτικού ειλεού είναι κατά αρχή συντηρητική. Διακόπτουμε την χορήγηση υγ-



ρών και τροφής από το στόμα, τοποθετείται εάν δεν υπάρχει ρινογαστρικός σωλήνας και διορθώνονται τυχόν διαταραχές του νερού και των ηλεκτρολυτών. Αντιβιοτικά χορηγούνται μόνο εφόσον υπάρχει υποψία περιτοναϊκής μόλυνσης. Η χειρουργική επέμβαση επιβάλλεται όταν αιτία του ειλεού είναι ενδοπεριτοναϊκή συλλογή.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση γίνεται εφόσον ο ειλεός παρατείνεται και είναι βέβαιο ότι δεν υπάρχει απόφραξη. Το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται είναι το εξής:

Ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος στο κρεβάτι και μέσω ενδοφλέβιου καθετήρα δίνουμε 20ml γουανθειδίνης, με ρυθμό 1ml κάθε 2min. Ελέγχουμε κάθε 4 έως 5 λεπτά τη αρτηριακή πίεση και τις σφίξεις διότι είναι δυνατόν να προκληθεί υπόταση. Ακολουθεί η ενδοφλέβια χορήγηση νεοστιγμίνης 5ml σε ρυθμό 0,005 ml/min. Το αποτέλεσμα είναι συνήθως άμεσο και θεαματικό.

#### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η γενική θνητότητα της απόφραξης του λεπτού εντέρου είναι γύρω στα 10% ακόμη και κάτω από τις καλύτερες συνθήκες. Ενώ για την μη περισφιγμένη απόφραξη

ραξη η θνητότητα είναι χαμηλή στα 5-8% για την περι-  
ισφιγμένη απόφραξη αναφέρεται ποσοστό από 20-75%.  
Ενώ πάνω από τους μισούς θανάτους από απόφραξη του  
λεπτού εντέρου συμβαίνουν σε εκείνους με περίσφιξη  
η τελευταία αποτελεί το  $1/3 - 1/4$  των περιπτώσεων.  
Η θνητότητα της μεσεντέριας αγγειακής αποφράξεως  
συνήθως είναι μεγαλύτερη από 80%. Η θνητότητα για  
την απόφραξη του παχέος εντέρου ανέρχεται στα 20%.  
Η πρόγνωση για τον παραλυτικό ειλεό είναι συνήθως  
καλή.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΙΛΕΟ

Η νοσηλεύτρια-υγής απ'ο τη στιγμή που εισέρχεται ο ασθενής στο νοσοκομείο, τον βοηθεί να αισθάνεται άνεση και ασφάλεια· μολονότι βρίσκεται σε ξένο περιβάλλον. Ο σεβασμός προς τον ασθενή μεταβιβάζεται όταν οι προτάσεις του, οι φόβοι του, οι ανησυχίες και η αγωνία που έχει σχετικά με την αρρώστεια του αντιμετωπίζονται με ευγένεια και ειλικρινή φροντίδα. Επίσης όταν πρόκειται να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις που είναι δυνατόν να τον εκθέσουν στο υπόλοιπο περιβάλλον του, τον προφυλάσσει και έτσι προστατεύει την αξιοπρέπεια και την προσωπικότητα του, που σε τέτοιες περιπτώσεις το ηθικό είναι πεσμένο και οι ασθενείς αυτοί δεν αντιμετωπίζουν με ιδιαίτερη αισιοδοξία την κατάσταση.

Η νοσηλεύτρια-υγής στην συνέχεια παρακολουθεί άγρυπνα τα ζωτικά σημεία του αρρώστου, την κινητικότητα του, τις παροχετεύσεις του. Προστατεύει τους ασθενείς που αδυνατούν να βοηθήσουν τον εαυτό τους και βοηθά εκείνους που χειροτερεύουν την κατάσταση της υγείας τους.

Γενικά, σε ελαφρές μορφές εντερικής παράλυσης, όπως στον παραλυτικό ειλεό, η συντηρητική θεραπεία είναι ικανή για την επαναλειτουργία του εντέρου. Η νοσηλεύτρια/υτής λοιπόν κάνει υψηλούς υπολογισμούς κ<sup>2</sup> χορηγεί προστιγμίνη ή υποφυσίνη τα οποία μπορούν να ξαναφέρουν τον εντερικό περισταλτισμό και να προκαλέσουν την έξοδο αερίων και κοπράνων. Επίσης πρέπει να κάνει συνεχή αναρρόφηση του γαστρινού και εντερικού περιεχομένου και να ρυθμίση το ισοζύγιο νερού και ηλεκτρολυτών. Στην περίπτωση όμως του αποφρακτικού ειλεού όπου έχουμε επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς γίνεται εγκάρσιση ή ειλεοστομία.

Η νοσηλεύτρια/υτής πρέπει να γνωρίζει τα προβλήματα που παρουσιάζει στον ασθενή η συγκεκριμένη πάθηση και να θέσει ορισμένους σκοπούς και τους τρόπους και τις μεθόδους που πρέπει να χρησιμοποιήσει έτσι ώστε να πραγματοποιήσει τους σκοπούς του.

Οι άρρωστοι αυτοί λοιπόν παρουσιάζουν διαταραχή και ηλεκτρολυτικά νερού. Τα υγρά από το στομάχι προχωρούν προς το έντερο. Έτσι έχουμε διάταση κοιλίας και πίεση του διαφράγματος προς τα άνω. Κατά την εντερική απόφραξη απώλεια υγρών γίνεται

προς διάφορες κατευθύνσεις: τους εμετούς, τον οισοφαγογαστρικό σωλήνα, ενδοπεριτονατικώς και μέσα στις εντερικές έλικες.

Παρατηρείται επίσης και διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας. Σε απώλεια γαστρικού υγρού έχουμε απώλεια και προκαλείται μεταβολική αλκάλωση. Όταν γίνονται μαζί και αλκαλικά υγρά του εντέρου η κατάσταση αντiroπείται από πλευράς οξεοβασικής ισορροπίας.

Η διαταραχή εντερικής απέκκρισης είναι από τα κλασικά προβλήματα αυτών των ασθενών. Παρατηρείται διάρρεια η οποία προκαλείται από άμεση προσβολή του βλενογόνου από φλεγμονώδεις ή διηθητικές αλλοιώσεις. Η συναδός δυσαπορρόφηση του λίπους και των χολικών αλάτων επηρεάζει τη διάρρεια.

Η απόφραξη του εντέρου χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο βορβορυγμοί ακούγονται και παρατηρούνται συχνά απ' τον ίδιο ασθενή ταυτόχρονα με τον παροξυσμό του πόνου. Ο πόνος καθίσταται λιγότερο σοβαρός καθώς η διάταση αναπτύσσεται, πιθανώς λόγω περιορισμού της κινητικότητας από το οίδηματώδες έντερο. Εξαιτίας αυτού του πόνου οι ασθενείς αυτοί μειώνουν και τις δραστηριότητες τους.

Το άγχος και η αγωνία του αρρώστου φτάνει στο κατακόρυφο μην ξέροντας την έκβαση της ασθένειάς του. Πολλές φορές ορισμένα άτομα δίνουν λανθασμένες πληροφορίες γύρω από την κάθε ασθένεια με αποτέλεσμα να προκαλούν φοβίες στους ασθενείς. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια-υτή να δώσει τις σωστές πληροφορίες και να μειώσει το άγχος του ασθενούς.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με συντηρητική θεραπεία. Είναι: α) άμεση και β) μακροπρόθεσμοι.

Οι άμεσοι σκοποί είναι η απαλλαγή του ασθενούς από τα προβλήματα δηλαδή ανακούφιση από τον πόνο και την δυσχέρεια, πρόληψη και αντιμετώπιση των υδατοηλεκτρικών διαταραχών και διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας, προαγωγή της θρέψης, απαλλαγή από την αγωνία και διόρθωση της απόφραξης.

Οι μακροπρόθεσμοι σκοποί είναι η προαγωγή των κανονικών συνηθειών του εντέρου δηλαδή σωστές εντερικές απεκρίσεις, αποβολή αερίων και κοπράνων, και η πρόληψη υποτροπής που δυσχεραίνει το έργο του ιατρού και της νοσηλεύτριας-υτή για την αποπεράτωση του έργου τους είναι:

A) Ρινογαστρική αναρρόφηση. Για την αποσυμφόρηση προς του στομάχου από τα υγρά τα οποία προχωρούν προς το έντερο. Έτσι ελαττώνεται η διάταση της κοιλιάς και η πίεση του διαφράγματος προς τα άνω. Καλύτερη αποσυμφόρηση επιτυγχάνουμε εάν τοποθετήσουμε σωλήνα Muller-Abbott ή Saktor ο οποίος μπορεί να προχωρήσει στο λεπτό έντερο.

B) Ρύθμιση ύδατος και ηλεκτρολυτών. Κατά τη ρύθμιση θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας: α), τις ημερήσιες ανάγκες, β) τη φύση των υγρών που κάνουνται, γ) τη διάρκεια του ειλεού, δ) το ύψος της απόφραξης. Υπάρχουν διάφοροι δείκτες οι οποίοι εφαρμόζονται στην κλινική πράξη, για τον υπολογισμό των απωλειών.

Με βάση: α) τη τιμή του αιματοκρίτη, β) το ειδικό βάρος των ούρων, γ) τη κεντρική φλεβική πίεση, δ) το ρυθμό διούρισης.

Γ) Αντιβιοτικά ευρέος φάσματος γιατί η ανάπτυξη σφαιμικής κατάστασης αποτελεί απειλή.

Δ) Μέχρι να λυθεί η απόφραξη ο ασθενής δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα. Χορηγούμεται μόνο διαλύματα γλυκόζης εμπλουτισμένα με βιταμίνες.

Ε) Στους αρρώστους αυτούς, η συμπτωματική φροντίδα κ'

η απομάκρυνση του αιτιολογικού παράγοντα (π.χ. διόρθωση της υπολαιμίας) συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την επαναλειτουργία του εντέρου. Σπάνια δίνεται ένα φαρμακευτικό σχήμα όπου δίνεται αρχικά συμπαθητικολυτικό φάρμακο για μείωση της αντιπερισταλτικότητας και κατόπιν κολινεργικό για προαγωγή της δράσης του παρασυμπαθητικού.

ΣΤ) Καρδιο-αλλειοκινητικά φάρμακα. Όταν υπάρχει ανάγκη, όπως σε Shock, χορηγούμε ισοπροτερενόλη, η οποία έχει θετική ινοτρόπο και χρονοτρόπο δράση καθώς και περιφερική αγγειοδιαστολή.

Ζ) Όπως κάθε άρρωστος έτσι και αυτός χρειάζεται ψυχική υποστήριξη για την αντιμετώπιση της κατάστασής του.

Η χειρουργική θεραπεία είναι απαραίτητη για την λύση των περισσότερων μηχανικών αποφράξεων. Η νοσηλευτική φροντίδα τώρα συνιστάται σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική και πρέπει πάντα η νοσηλεύτρια-υτής να συμβάλλει στην πρόληψη αλλά και ανακούφιση του ασθενή από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές.



ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς συνίσταται σε:

- γενική προεγχειρητική φροντίδα
- τοπική προεγχειρητική φροντίδα
- τελική προεγχειρητική φροντίδα

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α. Ψυχολογική Προετοιμασία: Όπως κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο με σκοπό το χειρουργείο έχει φόβο και ανησυχία για την έκβαση της εγχείρησης. Αυτός ο φόβος και η ανησυχία πολλές φορές μπορεί να σφείλονται σε άγνοια και προκατάληψη παρανόηση, οικονομικά προβλήματα. Εδώ ακριβώς καλείται η νοσηλεύτρια-υγής να στηρίξει ηθικά αυτό τον άνθρωπο με λεπτότητα και ευγένεια δίνοντας τους τις κατάλληλες απαντήσεις στις ερωτήσεις του, πάντα όμως μέσα στον κύκλο των αρμοδιοτήτων της. Πρέπει ακόμα να εξηγήσει τι πρόκειται να του συμβεί. Οι εξηγήσεις που θα δοθούν στον ασθενή θα εξερευνηθούν από το μορφωτι-

κό του επίπεδο και το βαθμό αποδοχής της "παραφύσιν" έδρας. Η αποδοχή της είναι ευκολότερη όταν είναι προσρινή. Μπορεί ο ασθενής να ενθαρρυνθεί εάν τον επισκεφθεί κάποιος άλλος με "παραφύσιν" έδρα, και την έχει αποδεχτεί. Ακόμα η έμπειρη νοσηλεύτρια-υτής πρέπει να καταλάβει τα τυχόν προβλήματα του και να τον βοηθήσει να της μιλήσει επιπλέον, πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή τις πρό και μετά την εγχείρηση νοσηλείες και τους τρόπους βοήθειας του για την καλύτερη μετεγχειρητική πορεία.

**β. Σωματική Τόνωση:** Αυτή επιτυγχάνεται με τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη για την σημαντική τόνωση του οργανισμού και μέωση του περιεχομένου του εντέρου. Παράλληλα με αυτή την ενίσχυση του οργανισμού, τα άτομα αυτά δεν θα τρέφονται για αρκετό χρονικό διάστημα από το στόμα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος ηλεκτολητών).

Για την καλή ερέψη του ασθενούς η συμβουλή της αδελφής είναι αποφασιστική. Μπορεί ο γιατρός να καθορίζει το διαιτολόγιο η αδελφή όμως παρακολουθεί

τη διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Επειδή μετά την εγχείρηση ο ασθενής κάνει υγρά με την απώλεια αίματος ιδρώτα και τους εμέτους δίνεται μεγάλη σημασία κατά την προεγχειριστική ετοιμασία στην επάρκεια του οργανισμού στα υγρά. Βοηθείται έτσι ο ασθενής στην πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Παίρνει επίσης από το στόμα ή και με μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου και ο άρρωστος αρχίζει αντιβίωση.

Ακόμα προετοιμάζουμε το έντερο. Τις πέντε τελευταίες μέρες πριν από την εγχείρηση κορηγούμε ελαφρό ηπακτικό όπως γάλα μαγνησίας και τροφή με λίγα κατά το δυνατόν υπολείμματα. Την παραμονή της εγχειρήσεως κορηγούμε υδρική δίαιτα το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της εγχειρήσεως. Πολύ πιθανό ο ασθενής αυτός να έχει και σωλήνα Levin.

#### γ. Ιατρικές Εξετάσεις: (κλινικές εργαστηριακές).

Στην προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από

1. Χειρουργό για την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.

2. Παιθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. Εάν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα σε κάποιο σύστημα καλείται ειδικός γιατρός για την αντιμετώπιση της κατάστασης.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι οι εξής

1. Εξέταση αίματος γενική αίματος (λευκά ερυθρά) τύπος λευκών αιμοσφαιρίων χρόνος ροής και πήξεως ομάδα και Rhesus αίματος σάκχαρο και ουρία αίματος.

2. Γενική ούρων.

Ακόμα μπορεί να γίνει η ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση και διαπιστώνονται διαυγασίες που οφείλονται στα αέρια που γεμίζουν τις εντερικές έλικες καθώς επίσης και υδραερικά επίπεδα.

Αφού πάρουν οι γιατροί τα αποτελέσματα των εξετάσεων και είναι σίγουρο ότι ασθενής θα χειρουργηθεί καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος και το είδος της νάρκωσης και των φαρμάκων που θα δοθούν

**δ. Καθαριότητα του Ασθενούς:** Αυτή συνίσταται σε

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα που έχει ως σκοπό την

-την αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.

-την ευτυχέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό λόγω μη διαστάσεως των εντερικών ελίκων.

-την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες.

Αυτή επιτυγχάνεται όπως είπα και πιο πριν

-με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων και

-με καθαρτικό υποκλυσμό.

2. Καθαριότητα σώματος Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας που γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαπούνι τρίφτη και νερό αλλά να έχει ως σκοπό την απολύμανση με κάποια αντισηπτική ουσία. Προσέχουμε να μην μας κρυώσει ο ασθενής. Στην συνέχεια ξεβάφουμε τα τυχόν βαμμένα νύχια για να μπορούμε να δούμε τα προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν στο αναπνευστικό σύστημα και να εκδηλωθούν με κυάνωση στα νύχια.

Φροντίζουμε ακόμα για τον καθαρισμό της στοματικής κοιλότητας.

ε.Εξασφάλιση Επαρκούς και Καλού Υπνου: Χρησιμοποιείται στον ασθενή την παραμονή της εγχειρήσεως τη νύχτα ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο τα οποία μπορούν να καταστείλουν την αγωνία και το φόβο που πάντοτε υπάρχουν πριν από την εγχείρηση και προδιαθέτουν στην μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και στην εμφάνιση επιπλοκών.

στ.Προετοιμασία και Εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις και την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.

#### Τοπική Προεγχειρητική Φροντίδα.

Η τοπική προεγχειρητική φροντίδα είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου του μέρους δηλαδή του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Έτσι λοιπόν κάνουμε καθαριότητα αποτρίχωση και αντισηψιά του δέρματος ώστε να αποφύγουμε τις μαλύνσεις.

Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία στις επεμβά -

σεις κοιλίας λαμβάνει χώρα από τους μαστούς έως και τους μηρούς.

#### ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η τελική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει  
α) παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί τις τυχόν παρεκκλίσεις από τα φυσιολογικά όρια καθώς κοιτάζει εάν έχει κρυολογήσει. Τα αποτελέσματα αναφέρονται στην προϊσταμένη ή τον ιατρό του τμήματος.

β) Κατάλληλο ντύσιμο του αρρώστου. Μισή ώρα πριν φύγει ο ασθενής για το χειρουργείο παροτρύνεται να ουρήσει για την αποφυγή έκκενώσεως της ουροδόχου κύστεως στο χειρουργικό τραπέζι ή τραυματισμού της από τον χειρουργό. Στη συνέχεια η νοσηλεύτρια φοράει τα ποδονάρια το υποκάμισο και το σκούφο στον ασθενή αφού πρώτα έχει αφαιρέσει όλα τα εσώρουκα και τα κοσμήματα τα οποία παραδίδονται ή στους συγγενείς ή στην προϊσταμένη.

γ) Προνάρκωση. Η προνάρκωση γίνεται μισή ώρα πριν από

την επέμβαση και καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο. Η νοσηλεύτρια φροντίζει να δώσει το κατάλληλο φάρμακο την κατάλληλη ώρα και στην απαραίτητη δόση. Στη συνέχεια μεταφέρεται ο ασθενής στο φορτίο και τον πηγαίνουμε στο χειρουργείο. Τέλος ότι έχουμε εφαρμόσει στον άρρωστο κατά την προεγχειρητική ετοιμασία αναγράφεται στο βιβλίο λογοδοσίας της μονάδας.

#### ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η αδελφή αερίζει τον θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι που θα δεχθεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει:

1. Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του άρρωστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση θερμοφόρας.
2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
3. Να τοποθετείται μαξιλάρι στο πάνω μέρος του κρε-



βατιού για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

4. Να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σε αυτό.

5. Να έχουμε τοποθετήσει πετσέτα για την προστασία των κλινοσκεπασμάτων από τους τυχόν εμέτους.

Στο κομοδίνο τοποθετούμε ένα τετράγωνο αλλαγών και ένα νεφροειδές, ποτήρι με νερό, Port cotton, κάψα με τολύπια βάμβακος και χαρτοβάμβακος. Τέλος καθαρίζουμε το δωμάτιο και έχουμε ένα παράθυρο ανοικτό για τον αερισμό του δωματίου με κατεβασμένα όμως τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό.

#### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας-υπής. Αυτή πρέπει να είναι έμπειρη και να ξέρει πώς να αντιμετωπίσει τα προβλήματα αλλά και την γενική μετεγχειρητική κατάσταση του αρρώστου.

Η μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου ξεκινά από την στιγμή της αποχώρησης του από το χειρουργ -

είσο έως την ώρα της εξόδου του από το νοσοκομείο.

Αυτή περιλαμβάνει:

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από τα ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο στον θαλαμο.

2. Την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι που συνήθως είναι υπτία με το κεφάλι στραμένο στα πλάγια, ώστε κατά τη φάση της αποναρκώσεως να μην πάθει εισρόφηση από τούς εμέτους.

3. Την σύνδεση των παροχετεύσεων ή τον καθετήρα που έχει ο ασθενής, έλεγχο και παρακολούθηση αυτών.

4. Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων ανά τριάντα λεπτά της ώρας το πρώτο τρίωρο και νά μία ώρα το δεύτερο τρίωρο.

5. Έλεγχος και παρακολούθηση του τράυματος.

6. Ακριβή τίριση του δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών για την εκτίμηση του ισοζυγίου υγρών. Τα αποβαλλόμενα υγρά μπορούμε να τα μετρήσουμε από τις παροχετεύσεις, τα ούρα και τους εμέτους του ασθενούς.

7. Προσπάθεια για ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο δίνοντας κάποιο παυσίπονο καθώς και οδηγίες για

σωστές αναπνοές και κινήσεις.

8. Συνεχή ηθική στήριξη του αρρώστου με ειλευστομία και κολοστομία για εξασφάλιση μέτρων άνεσης ασφάλειας και ησυχίας.

9. Στο πρώτο εικοσιτετράωρο, επίσης παρακολουθούμε εάν ο ασθενής ούρησε και παρατηρούμε εάν υπάρχουν μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως αιμοραγία, ατελευταία, ερωμβοφλεβίτιδες και λοίμωξη.

10. Ο ασθενής αυτός που έχει υποστεί ειλευστομία ή κολοστομία τα δύο πρώτα 24 ωρα δεν πέρνει τίποτα από το στόμα. Μετά το δεύτερο 24 ωρα ο ασθενής παίρνει υγρά και εμπλουτίζεται το διαιτολόγιό του με τη λειτουργία του εντέρου. Κατά τα δύο πρώτα 24 ωρα ο ασθενής έχει σωλήνα Levin, παίρνει δε υγρά μόνο παρεντερικώς. Το Levin αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών, εφόσον ο ασθενής δέχεται τα χοριγούμενα υγρά.

11. Την φροντίδα της "παραφύσιν έδρας" και την διδασκαλία του ασθενούς όταν βέβαια αυτός είναι ψυχολογικά έτοιμος για τη περιποίηση της από μόνος του.

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η περιποίηση της "παραφύσιν έδρας".

Η περηποίηση αυτή γίνεται κατά δύο πρώτα 24 ωρα ασηπτα μολονότι το περιεχόμενο του εντέρου είναι σηπτικό αφού υπάρχουν μικρόβια στο παχύ έντερο. Μετά την επούλωση του τραυματος η αλλαγή της "παρά φύσιν έδρα" γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα. Προφυλάσσεται το γύρο από την "παραφύσιν έδρα" δέρμα προς αποφυγή ερρεισμού από τα εντερικά υγρά με τοποθέτηση σ' αυτό προστατευτικής αλοιφής ή stomahensive. Χρησιμοποιούμαι ειδικά spray ή αποσμητικές κρέμες κατά την αλλαγή για την αποφυγή της δυσοσμίας. Προφυλάσσομαι τον ασθενή από τα βλήματα των άλλων κατά τη φάση της περιποίησης, χρησιμοποιώντας παραβάν και βγάζοντας τους συγγενής έξω από τον θάλαμο. Η "παραφύσιν έδρα" αλλάζεται όταν υπάρχει ανάγκη και μισή ώρα πριν από το φαγητό.

Η νοσηλεύτρια-υτής βοηθάει τον άρρωστο με μόνιμη ή πρόσκαιρη "παραφύσιν έδρα" να ρυθμίσει τις κενώσεις του. Με υποκλυσμούς επί σειρά ημερών ρυθμίζεται ο χρόνος της κενώσεως του ασθενούς.

#### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μετά από αυτή την εγχείρηση ο ασθενής αντιμετωπίζει την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων, που τον

κουράζουν τον ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωση του. Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές και αποτελεί βασικό καθήκον και ευθύνη της νοσηλεύτριας-υπής η προσπάθεια να προφυλάξει από αυτές τον ασθενή.

Η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στην προφύλαξη από αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθά στην πρόληψη η έγκαιρη διάγνωσή τους.

#### Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες

Οι κυριότερες είναι οι εξής:

**Πόνος:** Κάθε ασθενής που υποβάλλεται σε εγχείρηση βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Για αυτό η νοσηλεύτρια-υπής βοηθά τον ασθενή ώστε να χαλαρώσουν οι μύς του με την συχνή αλλαγή της θέσεως, την εντιβή και με παυσίπονα που χορηγείται με μορφή ενέσεων ύστερα από εντολή του ιατρού. Ο ασθενής αυτός

όμως έχει τραύμα το οποίο είναι επώδυνο στη έδρα εξαιτίας της περινεοτομής. Τον ασθενή αυτόν ανακουφίζουμε από τον πόνο, που προκαλείται από το βάρος του σώματος, με την τοποθέτηση αεροθαλάμου και την συχνή αλλαγή θέσεως του. Η τοποθέτηση επιδέσεως του (T) βοηθάει στην αλλαγή θέσεως του ασθενούς χωρίς την μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού.

**Δίψα:** Η δίψα παρατηρείται πάντα μετά από γενική νάρκωση και οφείλεται στην ένεση ατροπίνης που προκαλεί ξηρότητα στα βλενογόνα του στόματος αλλά κ' από την μείωση των υγρών του οργανισμού κατά και μετά την εγχείρηση.

Η ύγραση τώρα επιτυγχάνεται με τα Port cotton βρέχοντας τα με νερό και δροσίζοντας τα χείλη του ασθενούς συνεχώς. Ο ασθενής εδώ τα δύο πρώτα 24ωρα δεν παίρνει υγρά από το στόμα μόνο παρεντερικώς.

**Εμετός:** Ο εμετός είναι από τα συνηθή φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και κρατά μόνο ένα 24ωρο. Στην περίπτωση του εμετού η νοσηλεύτρια-υγής τοποθετεί την κεφαλή του ασθενούς σε πλάγια θέση και έχει πάντοτε ένα νεφροειδές δίπλα του, το οποίο απομακρύνει μετά από κάθε εμετό γιατί η παραμονή του

προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και εμετό.

Μετά από κάθε εμετό καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα και τα κλινოსκεπάσματα. Έχουμε εδώ όμως το Levin που ανακουφίζει τον άρρωστο από τους εμετούς.

### Μετεχειρητικές Επιπλοκές

Οι κυριότερες είναι οι εξής:

Αιμοραγίες: Αυτές είναι οι εσωτερικές και οι εξωτερικές. Αίτια είναι τα εξής

-Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και ιδιαίτερα των τριχοειδών από το χειρουργό.

-Η μόλυνση του τραύματος όπου έχουμε συρροή αίματος και πολλές φορές αιμοραγία.

-Μη καλή πήκτικότητα αίματος.

-Βίαιες και απότομες κινήσεις ασθενούς.

Συμπτώματα Ευπίεστος γρήγορος νηματοειδής σφυγμός  
ψυχρά άκρα ωχρότητα δέρματος πτώση θερμοκρασίας  
και αρτηριακής πίεσεως ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική.

Στην εξωτερική αιμοραγία προσπαθεί να επιδέσει το μέλος που αιμοραγεί διαφορετικά καλεί τον

ιατρό. Σε εσωτερική έχει έτοιμο το δίσκο με ορρό αιμοστατικά φάρμακα και καλεί την τράπεζα αίματος να έχει έτοιμη φιάλη με αίμα..

Στην συνέχεια ο ιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής του ασθενούς που αιμοραγεί.

#### Πνευμονία Ατελεκτασία: Αυτές οφείλονται στο μηχανικό

αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την νόρκωση και απονόρκωσή του. Για αυτό αποφεύγεται η εγχείρηση σε άτομα που πρόσφατα κρυολόγησαν ή παρουσιάζουν οξεία βρογχίτιδα εάν δεν προηγηθεί κατάλληλη θεραπεία.

Ακόμα άλλα αίτια είναι κακός αερισμός των πνευμόνων από το ναρκωτικό στη μόλυνση της αεροφόρας οδού από εισρόφηση εμεσμάτων. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Η πρόληψη της εμφάνισης των επιπλοκών αυτών περιλαμβάνει στενή παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονόρκωσή του, ταχεία απονόρκωση, ζεστό κρεβάτι για τον ασθενή και να μην είναι εκτεθειμένος σε ρεύματα αέρα, τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση, συνεχή αλλαγή θέσεώς του για την αποφυγή στάσεως του αίματος, ενθάρρυνση του ασθενούς να παί-



ρνει βάθειές αναπνοές, καθαρισμός στόματος ρινοφάρυγγα.

**Θρομβοφλεβίτιδες:** Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι του μηρού. Έχουμε σχηματισμό θρόμβου που κάθεται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται "εν τω βάθει" ή "επιπολής".

Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνίσταται σε αποφυγή πιέσεως στις κνήμες έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι, ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας και αποφυγή κάτω άκρων, θεραπεία και ακινησία του άκρου, τοποθέτηση του σε ανόρροπη θέση αντιπηκτική αγωγή, τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων.

**Μόλυνση Τραύματος:** Συμπτώματα της μόλυνσεως είναι πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή. Καθώς επίσης πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

Η πρόληψη περιλαμβάνει τα εξής:

Καθαρά χέρια και γάντια στα δύο πρώτα 24ωρα αλλαγής του τραύματος, περίδεση του τραύματος με αποστειρωμένο υλικό για την αποφυγή μόλυνσεως και χρήση αποσ-

τειρωμένων εργαλείων. Ακόμα φροντίζει για την κορή-  
γηση αντιβίωσης κατόπιν ιατρικής εντολής.

**Ρήξη Τραύματος:** Παρατηρείται στους παχύσαρκους, υπερ-  
ήλικες αλλά και σε άτομα με βήχα.

Για να προλάβουμε λοιπόν την ρήξη ακολουθούμε τα  
εξής:

- Υποστηρίζεται το τραύμα με χειρουργική ζώνη.
- Καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας.
- Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλά-  
μες του το τραύμα όταν βήχει.

**Shock:** Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάρπωση του  
κυκλοφορικού συστήματος, που επιδρά στις ζωτικές λει-  
τουργίες. Μετεγχειρητικά όταν έχουμε μεγάλες απώλειες  
υγρών παρατηρείται Shock. Εδώ έχει ο ασθενής σφυγμό  
μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και  
ανώμαλη, βλέμα απλανές και αδιάφορο, πτώση θερμοκρα-  
σίας και αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλενογόνους  
ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες, καταβολή δυνάμε-  
ων μείωση αισθητικότητας, κινητικότητας.

Έτσι λοιπόν αφαιρούμε το μαξιλάρι και ανυψώνουμε  
το κάτω μέρος του κρεβατιού για καλύτερη αιμάτωση  
του εγκεφάλου, τοποθέτηση θερμών υγρών επιθερμάτων,

καρδιοτόνωση, χορήγηση αίματος μετά από ιατρική εντολή.

Η προφύλαξη του ασθενούς από μετεγχειρητικό Shock συνίσταται στην γρήγορη απονάρκωση στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αύξηση του όγκου αίματος πριν από την εγχείρηση, στον έλεγχο της καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς.

Μία από τις πιο συχνές και επικίνδυνες επιπλοκές είναι η διαφυγή εντερικού περιεχομένου που μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία περιτονίτιδας ή συριγγίου.

Η διάγνωση της διαφυγής του εντερικού περιεχομένου προς την κοιλότητα της κοιλίας δεν είναι πάντοτε ευχερής, εάν υπάρχει παροχέτευση, η έξοδος εντερικού περιεχομένου βάσει τη διάγνωση. Όταν όμως η διαφυγή είναι μικρή και δεν υπάρχει παροχέτευση, χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση των αρρώστων. Αύξηση του πυρετού, ταχυκαρδία, πόνος στη κοιλία εντοπισμένος ή διάχυτος, σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων και διάταση της κοιλίας είναι ύποπτα σημεία διαφυγής. Εφόσον η κατάσταση προχωρήσει, τότε θα οδηγηθούμε

στη δημιουργία εντοπισμένης ή γενικευμένης περιτονίτιδας ή εντερικού συριγγίου.

Πολλές φορές δημιουργούνται συμφύσεις μετεγχειρητικά. Δεν είναι δυνατή όμως η πρόληψη των συμφύσεων επομένως δεν υπάρχει άλλη λύση απότο να τοποθετήσουμε τις εντερικές έλικες σε τέτοια σειρά ώστε να μην δημιουργήσουμε περισσότερα προβλήματα. Δύο κύριοι τρόποι υπάρχουν για τον σκοπό αυτό. Ο ένας είναι η χειρουργική καθήλωση των εντερικών ελίκων σε φυσιολογική τάξη. Η άλλη λύση είναι η πρόωση δια μέσου του αυλού του εντέρου ενός ειδικού σωλήνα ο οποίος κάμπτεται και κρατάει τα έντερα σε μία τάξη μέχρις ότου κολλήσουν οπότε και αποσύρεται.

#### ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ-ΑΛΛΑΓΗ ΣΑΚΟΥ

Ειλεοστομία είναι ένα άνοιγμα του ειλεού στο κοιλιακό τοίχωμα. Το στόμιο της ειλεοστομίας γίνεται το σημείο εξόδου του εντερικού περιεχομένου.

Η περιποίηση της ειλεοστομίας γίνεται κατά το πρώτο 24ωρο άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, αφού το περιεχόμενο του παχέος εντέρου είναι γεμάτο μικρόβια. Μετά την επούλωση του τραύματος η αλλαγή γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρω-

μένα αντικείμενα. Την ώρα της αλλαγής προφυλάσσεται ο ασθενής από τα βλέμματα του περιβάλλοντος με παραβάν. Πρέπει να αποφεύγονται οι μορφασμοί από την νοσηλεύτρια, που δείχνουν τη δυσαρέσκειά της για αυτό που κάνει.

Η "παραφύσιν έδρα" αλλάσσεται όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα πριν από το φαγητό για να αποφεύγονται οι δυσσαμίες.

Η μικροπορώδης αυτοκόλλητη επιφάνεια του σάκου επιτρέπει τον αερισμό του δέρματος, εφαρμόζει καλύτερα, παραμένει στην θέση της περισσότερο και αφαιρείται ευκολότερα, προστατεύοντας έτσι την περιοχή γύρω από το στόμιο.

Οι σκοποί της αλλαγής του σάκου είναι οι εξής:

1. Να προλάβει τη διαφυγή του περιεχομένου.
2. Να επιτρέψει εξέταση του δέρματος γύρω από το στόμιο.
3. Να βοηθήσει στο έλεγχο δυσσαμίας εάν αυτό αποτελεί πρόβλημα.

Όπως είπα και πιο πριν η αλλαγή γίνεται μισή ώρα πριν το φαγητό και γενικά όποτε υπάρχει ανάγκη. Ακόμα κάθε φορά που ο άρρωστος αισθάνεται κάψιμο ή κνη

σμό κάτω από τον δίσκο ή νοιώθει πόνο γύρω από το στόμιο.

Τα απαραίτητα αντικείμενα για την αλλαγή σάκου είναι ένας δίσκος που περιέχει:

Δύο σάκους με δακτύλιο από ρητίνη καράγια σαπούνι, κανάτα με νερό και τρίφτη, κατάλληλο φραγμό του δέρματος (σκόνη ή πάστα καράγια, Stomahesive κ.τ.λ.) εάν χρειάζονται γιατί υπάρχουν σήμερα σάκοι που έχουν το φραγμό ενσωματωμένο, γάζες, νεφροειδές, λευκοπλάστη (υποαλλεργιογόνο).

#### Νοσηλευτική διαδικασία

Δίνουμε στον άρρωστο άνετη θέση ώστε να μπορεί να παρακολουθεί όλη την διαδικασία. Εξασφαλίζουμε ιδιαιτερότητα. Έτσι ο άρρωστος ενθαρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που γίνεται ώστε να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του. Εξηγούμε με λεπτομέρεια στον άρρωστο κάθε κίνησή μας προκειμένου να γίνει η αλλαγή. Στη συνέχεια αποκαλύπτουμε την περιοχή της ειλεοστομίας και αφαιρούμε τη ζώνη εάν φορά ο άρρωστος. Τοποθετούμε τη λάμπά στη σωστή θέση για να μας βοηθήσει στην εργασία μας και τέλος αφού είμαστε έτοιμοι πλένουμε τα χέρια μας για να ξεκι-

νήσουμε.

Τώρα για να αφαιρέσουμε το σάκο, καθόμαστε σε άνετη θέση έτσι ώστε να μας βολεύει σε σχέση με την θέση του αρρώστου η οποία εξαρτάται από την κατάσταση του. Εάν επάνω στο δέρμα έχουν μείνει υπολείμματα συγκολλητικής ουσίας, τότε επάνω σε μια γάζα βάζουμε λίγες σταγόνες κάποιου διαλύτη εκτός από βενζίνη και αιθέρα γιατί ερεθίζουν το δέρμα και την χρησιμοποιούμε. Στην συνέχεια ετοιμάζουμε το δέρμα του αρρώστου απομακρύνοντας κάθε ίχνος καράγια που έχει μείνει και σκεπάζουμε το στόμιο με γάζα ή κομμάτι καρτοβάμβακα, έτσι ώστε να είναι καλυμένο αλλά και να απορροφά τις απεκκρίσεις την ώρα που εργαζόμαστε. Πλένουμε το δέρμα απαλά με νερό, τον τρίφτη και ένα σαπούνι γλυκερίνης πριν από την εφαρμογή του νέου σάκου. Ακόμα ο ασθενής μπορεί να κάνει και ντους πριν την αφαίρεση του σάκου έχοντας εφαρμόσει αδιάβροχο λευκοπλάστη γύρω από το σάκο. Οι κινήσεις μας είναι μαλακές και πλένουμε από το κέντρο προς την περιφέρεια και στην συνέχεια ξεπλένουμε. Αφού ξεπλένουμε την περιοχή στεγνώνουμε παρά πολύ καλά γιατί η υγρασία εμποδίζει το σάκο να κολλήσει στο

δέρμα. Παρατηρούμε το χρώμα και την κατάσταση του στομίου ώστε εάν εμφανιστεί κάποια δερματίτιδα να την αντιμετωπίσουμε έγκαιρα με τις διάφορες αλοιφές. Εάν δεν υπάρχει δερματικός ερεθισμός αφαιρούμε την μεμβράνη που καλύπτει το δακτύλιο καράγια. Στην συνέχεια παρακολουθούμε ώστε το πίσω τοίχωμα του σάκου να μην είναι κολλημένο εσωτερικά στον δακτύλιο. Αν είναι το ξεκολλάμε με απαλές κινήσεις με τους αντίχειρες. Για αυτό το λόγο ο δακτύλιος πρέπει να είναι ελαφρά κολλώδης. Στην συνέχεια αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί της αυτοκόλλητης επιφάνειας μόνο από το κεντρικό τμήμα για να είναι εύκολος ο χειρισμός του σάκου κατά την εφαρμογή του. Έπειτα κρατώντας το σάκο από τα πλάγια, όπου υπάρχει το προστατευτικό χαρτί, και ανάλογα με την θέση του αρρώστου κεντράρουμε τον δακτύλιο καράγια γήρω από το στόμιο. Όταν ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος η θέση του σάκου είναι πλάγια, διαφορετικά κατακόρυφη. Μετά κολλάμε το σάκο αρχίζοντας από το κάτω μέρος πιέζοντας σάκο και δέρμα και ισιώνοντας έτσι ώστε να μην υπάρχουν πτυχές και να αποφύγουμε τις δερματίτιδες. Συνεχίζουμε στο πάνω μέρος και έπειτα



ξεκολλάμε τις πλάγιες λωρίδες και κολλάμε. Τώρα όταν υπάρχει δερματικός ερεθισμός καθαρίζουμε και στεγνώνουμε πολύ καλά το δέρμα. Στην συνέχεια εφαρμόζουμε Kenalog Spray, το οποίο βοηθά στην μείωση της φλεγμονής και μικρή ποσότητα σκόνης (mycostatin) το οποίο είναι αντιμυκητιασικό και κατόπιν εφαρμόζουμε το σάκο.

Τέλος απομακρύνουμε το άκρηστο υλικό τακτοποιούμε τον άρρωστο στο κρεβάτι αερίζουμε το θάλαμο κι πλένουμε τα χέρια μας.

#### ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ

##### ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ασθενής με μόνιμη "παραφύσιν έδρα" πριν από τη αποχώρησή του από το νοσοκομείο πρέπει να διδαχθεί ορισμένα πράγματα για την αυτοεξυπηρέτησή του και τα οποία είναι:

1. Εξήγηση της προετοιμασίας για την νοσηλεία δηλαδή απαραίτητα είδη και ετοιμασία.
2. Εξήγηση της σειράς εργασίας.
3. Παρακολούθηση από τον ασθενή του τρόπου προε-

τοιμασίας των αντικειμένων και της εκτέλεσης της αγωγής.

4. Στη συνέχεια ο ασθενής βοηθά την νοσηλεύτρια κατά την προετοιμασία και εκτέλεση της νοσηλείας.

5. Ο ασθενής εκτελεί το μεγαλύτερο μέρος της προετοιμασίας και εκτέλεσης.

6. Ο ασθενής προετοιμάζει τα της αλλαγής και την εκτελεί υπό την επίβλεψη της νοσηλεύτριας.

7. Ο ασθενής, ενώ προετοιμάζει και εκτελεί τη νοσηλεία παρακολουθείται κατά διαστήματα.

8. Ο ασθενής, υπεύθυνα ετοιμάζει και εκτελεί τη νοσηλεία.

9. Ο ασθενής διδάσκεται τον τρόπο εκτέλεσης υποκλυσμού στην "παραφύσιν έδρα" και την εκτελεί.

10. Ο ασθενής αναλαμβάνει την εκτέλεση αλλαγής της ειλεοστόμιας και του υποκλυσμού όταν:

α) έχει αποκτήσει δυνάμεις.

β) έχει αποδεχτεί την "παραφύσιν έδρα"

γ) Δεν απειθαρχεί κατά την αλλαγή του από την νοσηλεύτρια.

δ) Μπορεί υπεύθυνα να διεκπεραιώσει αυτή την εργασία

σία.

Σε υπερήλικες, μικρά παιδιά, και μη ισορροπημένα συναισθηματικά ή διανοητικά άτομα, την αλλαγή της "παραφύσιν έδρας" διδάσκεται ο πλησιέστερος κατάλληλος για την εκτέλεσή της.

Μετά την έξοδό του ο ασθενής με μόνιμη "παρά φύσιν έδρα" πρέπει να επισκέπτεται τακτικά τον γιατρό του για παρακολούθηση.

#### **A. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΣΤΟΜΙΟΚΟΜΟΣ**

Το 1961 ιδρύθηκε η πρώτη σχολή εντεροστομιοθεραπείας από τον R. Turneull στο Cleveland. Στη σχολή αυτή, που έγιναν και σε άλλες σχολές αργότερα, Αδελφές νοσοκόμοι ειδικεύονται στην αγωγή και φροντίδα κολοστομίας, ειλεοστομίας. Η στομιοκόμος είναι πρωτοποριακός θεσμός για την ελληνική νοσηλευτική και πολύτιμος σύμβουλος στην χειραφέτηση του ατόμου με "παραφύσιν έδρα".

#### **B. ΙΔΡΥΣΗ ΟΜΙΛΟΥ ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑΣ-ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ**

Το 1979 ιδρύθηκε ο όμιλος ειλεοστομίας, κολοστομίας. Σκοπός του ομίλου ειλεοστομίας και κολοστομίας είναι:

1. Η εκπαίδευση των μελών του με κάθε πρόσφορο μέ

σο για την άνετη αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω της εκτροπής από την φυσιολογική αφόδευση και η προσαρμογή τους στις σύγχρονες τεχνικές εφαρμογές. Αυτό γίνεται με την βοήθεια και τη καθοδήγηση των γιατρών και της Stoma Therapist νοσηλεύτριας, της κλινικής παχέος εντέρου και ορθού.

2. Η ανάπτυξη της επικοινωνίας και αλληλεγγύης μεταξύ των μελών του ομίλου.

3. Η τόνωση του ψυχισμού τους, η αλληλοβοήθεια, η αναπτέρωση του ηθικού τους και η αποκατάσταση της κοινωνικότητας και της επαγγελματικής τους δραστηριότητας.

4. Η συμπαράσταση στους χειρουργούμενους ομοιοπαθείς τους.

5. Η έκδοση ενημερωτικού εντύπου.

Η ίδρυση της διεθνούς ομοσπονδίας ατόμων με "παραφύσιν έδρα" στην οποία μετέχουμε έχει σαν κύριο σκοπό να βοηθήσει τα μέλη του να διατηρήσουν την υγεία τους με την σωστή φροντίδα και περιποίηση της "παραφύσιν έδρας" τους και την σωματική, ψυχική και κοινωνική αποκατάστασή τους. Η ομοσπονδία αυτή εργάζεται σαν συντονιστικό όργανο σε διεθνές επί-

πεδο για την φροντίδα της "παραφύσιν έδρας" και τις τεχνικές αποκατάστασης και προσπαθεί να ευαδώσει:

-Την καθιέρωση και διατήρηση στενής συνεργασίας με όλες τις χώρες, Διεθνείς οργανισμούς, ιατρικές, νοσηλευτικές και εξειδικευμένες ομάδες στην αποκατάσταση ατόμων με "παραφύσιν έδρα".

-Την βοήθεια σε όλες τις εταιρίες ατόμων με "παραφύσιν έδρα" διαφόρων χωρών.

-Την κινητοποίηση της πείρας και γνώσης για την φροντίδα και περιποίηση της "παραφύσιν έδρας".

-Την πληροφόρηση, αναφορικά με τις συσκευές που εφαρμόζονται στην "παραφύσιν έδρα". Την ενίσχυση της προσπάθειας για την βελτίωση και την προώθηση του σχετικού ερευνητικού έργου.

-Την διδασκαλία και εκπαίδευση ιατρικών και παρα ιατρικών φορέων που εργάζονται για την αποκατάσταση των ατόμων με "παραφύσιν έδρα".

-Την επέκταση των γνώσεων σχετικά με τα αίτια, τη πρόληψη, και θεραπεία των νόσων του εντέρου.

-Την βοήθεια στην κατανόηση από την διεθνή κοινή γνώμη για τα προβλήματα φροντίδος και αποκατάστασ-

ης των ατόμων με "παραφύσιν έδρα".

ΕΦΑΡΜΟΣΙΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Α)

Όνοματεπώνυμο: Α.Χ

Ηλικία : 45 ετών.

Ημερομηνία εισόδου: 4/4/95.

Ημερομηνία εξόδου : 10/4/95.

Θερμοκρασία : 36,6 c.

Σφύξεις : 71 min.

Αρτηριακή πίεση : 120 Μ.Μ Hg.

Ενούρηση : FOLLEY.

Έμετοι : LEVIN.

Συνήθειες : κάπνισμα.

Επιστημόνσεις : Σκωληκοειδεκτομή προ  
σμήνου.

Διάγνωση Εισαγωγής: Μάζα ελλάσσονος πυέλου.

Τελική διάγνωση : Ατελής ειλεός παχέος εντέ-  
ρου και μάζα ελλάσσονος πυ-  
έλου.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:** Από 2ημέρου η ασθενής παρουσίασε κωλικοειδή διάχυτα κοιλιακά άλγη που συνοδεύονταν από έμετο και επίσκεση αερίων και κοπράνων. Πηγε στο νοσοκομείο Πύργου όπου σε πρώτη εξέταση της είπαν ότι έχει ευερέθιστο έντερο. Μετά από ώρες επανήλθε και από έλεγχο που έγινε διαπιστώθη ατελής ειλεός παχέος εντέρου και από αξονική που έγινε φαίνεται μάζα στην ελάσσονα πύελο καθώς περιηπατικό περισπληνικό και ελεύθερο υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα καθώς και πλευριτική συλλογή.

Η φυσική εξέταση αναδεικνύει μετεωρισμένη κοιλία. Ψηλαφητή σκλήρεια στο δεξιό υπογάστριο. Εισάγεται για διερεύνηση και αντιμετώπιση.

**Εξετάσεις που έγιναν κατά την εισαγωγή:**

Ακτινογραφία θώρακος, κοιλίας, αξονική άνω και κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Συντηρητική.

**ΕΚΒΑΣΗ:** Βελτίωση.

#### **ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

Η ασθενής ήρθε με διακομιστήριο από το νοσοκομείο

ου του Πύργου, επειδή δεν υπήρχαν εργαστήρια για τις απαραίτητες αιματολογικές εξετάσεις, αλλά και κατόπι επιθυμίας των συγγενών. Χρηγήθηκαν εκεί soml Gastrographine από το στόμα και έγιναν 2 υποκλυσμοί οι οποίοι απέδωσαν ελάχιστα. Κατόπιν της τοποθέτησαν σωλήνα Levin για την ανακούφιση από τους εμέτους καθώς επίσης της έγινε καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με σωλήνα Folley για την μέτρηση των αποβαλλόμενων υγρών για την παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

Η ασθενής ενισχύεται με ορρούς

Dextrose 5% 2000 cc ημερησίως

Normal Salin 1000 cc ημερησίως

Στη συνέχεια προστέθηκαν 6 cc KCl στον ορρό της και είναι συστηματικά με Fraxiparine 1επ/1. Την επόμενη ημέρα θα κάνει πυελογραφία και πρέπει να πάρει 1FL ex-mp (καθαρτικό) από το Levin το απόγευμα.

Έγινε η πυελογραφία και αφαιρέθηκε ο Levin και ο Folley και άρχισε μέτρηση ούρων 24ώρου. Έπειτα προστέθηκαν και 6cc NaCl για την αύξηση της περισταλτικότητας του εντέρου. Γίνονται συνεχείς αναρροφήσεις γαστρικού και εντερικού περιεχομένου καθώς



και υψηλοί υποκλυσμοί για να μπορέσουν να επαναφέρουν τον εντερικό περισταλτισμό και να προκαλέσουν την έξοδο αερίων και κοπράνων.

Η ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Η ίδια δίαιτα συνεχίζεται για 4 μέρες όπου αρχίζει το έντερο να λειτουργεί να αυξάνεται η περισταλτικότητά και οι υποκλυσμοί να φέρνουν τα ποσούμενα αποτελέσματα. Την 5η μέρα δηλαδή που είναι φανερό η βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς αρχίζει υδρική δίαιτα. Παίρνει υγρά από το στόμα και σούπες. Τις επόμενες η υγεία της ασθενούς εξελίσσεται πολύ καλά, αρχίζει να ανακτά τις δυνάμεις η κοιλία δεν είναι πια μετεωρισμένη και το πνεύμα της είναι ανεβασμένο. Είναι έτοιμη να πάρει εξιτήριο παίρνοντας τις απαραίτητες οδηγίες από τον ιατρό για προσεγμένη διατροφή και πολύωρο βόδισμα και κίνηση που βοηθά στην περισταλτικότητα του εντέρου.

(Το ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό έχει ληφθεί από το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου)

Ανάγκες ή προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Πρόγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Πόνος	Εξάλειψη του δυσάρεστου συναισθήματος του πόνου	Χορήγηση αναλγητικών και διδασκαλία για την κατάλληλη θέση	Δόθηκε στην ασθενή 1 AMP Voltaren κατόπιν ιατρικής εντολής για να μπορέσει η ασθενής να ηρεμήσει από τον πόνο και βρέθηκε η κατάλληλη θέση για να μην πονά η ασθενής η οποία ήταν η πλαγία.	Συγά-σιγά μειώθηκε στο ελάχιστο ο πόνος και ήταν υποφερτός.
Εμετος	Διακοπή εμέτου	Τοποθέτηση Levin για την ανακούφισή του από το Levin και πλύσεις στόματος.	Μετά από κάθε έμετο γινόταν πλύση της στοματικής κοιλότητας για να αισθάνεται η ασθενής καλύτερα και να μην έχει συνεχώς τάση για έμετο. Στη συνέχεια όμως τοποθετήθηκε ο ρινογαστρικός σωλήνας Levin προς μεγάλη ανακούφιση της ασθενούς.	Διακοπή του εμέτου μετά την τοποθέτηση του Levin.
Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Η ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Η ασθενής δεν θα παίρνει τίποτα από το στόμα. Θα παίρνει μόνο ορρούς εμπλουτισμένους με ηλεκτρολύτες. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Τοποθέτηση καθετήρα Foley. Έλεγχος ηλεκτρολυτών.	Η ασθενής παίρνει μόνο παρεντερικά ορρούς Dextrose 5% και Normal Saline οι οποίοι είναι εμπλουτισμένοι με 6cc KCl και 6cc NaCl. Γίνεται μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Τα αποβαλλόμενα υγρά μετράονται με τον Foley, τους εμέτους, τις κενώσεις.	Αποκαταστάθηκε το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών και έγινε πάλι εξέταση ηλεκτρολυτών και βρέθηκαν Κάλιο K <sup>+</sup> 5 MEg και Νάτριο Na <sup>+</sup> 142 MEg.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ανάγκες ή προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Καταβολή δυνάμεων.	Ανάκτηση δυνάμεων.	Ανάπαυση της ασθενούς και τόνωση σημαντική με χορήγηση βιταμινών και ορρών με ζάχαρη.	<p>Εγινε εξέταση ηλεκτρολυτών και βρέθηκαν κάτω από το φυσιολογικό γι' αυτό και χορηγήθηκαν μέσω των ορρών οι ηλεκτρολύτες. Ετσι τα αποτελέσματα είναι τα εξής:  Κάλιο K<sup>+</sup> 3MEg , Νάτριο Na<sup>+</sup> 130MEg.</p> <p>Δίνουμε τις κατάλληλες οδηγίες στην ασθενή να μην κάνει περιττές κινήσεις όχι όμως και καθόλου κινήσεις γιατί δεν βοηθά στην καλύτερευση της υγείας της και χορήγηση βιταμινών για την ανάκτηση των δυνάμεών της. Αρχικά παίρνει τις βιταμίνες από τους ορρούς γιατί δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Την πέμπτη ημέρα που αρχίζει η υδρική δίαυατα τις παίρνει από το στόμα. Οι βιταμίνες που χορηγούμε είναι πολυβιταμινούχα σκευάσματα.</p>	Ανάκτησε η ασθενής τις δυνάμεις της και μπόρεσε να περπατήσει άνετα και να μην νοιώθει αυτή τη μυϊκή ατονία.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ανάγκες ή προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Ψυχολογικά προβλήματα όπως φόβος, αγωνία για την πορεία της ασθένειας.	Απομάκρυνση των συναισθημάτων αυτών και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.	Συζήτηση με την ασθενή για τόνωση του ηθικού.	Εγινε συζήτηση με την ασθενή εξηγώντας ότι η περιπέτεια της αυτή θα έχει αίσιο τέλος και θα μπορέσει γρήγορα να επανέλθει στην προηγούμενη φυσιολογική ζωή της.	Εξαλείφθηκε η αγωνία της ασθενούς και τινώθηκε το ηθικό της.
Δίψα.	Ελάττωση της δίψας.	Εφύγρανση του στόματος και των χειλιών προς ανακούφιση της ασθενούς.	Χρησιμοποιήθηκε 1 ποτήρι νερό και Port-cotton και κάθε φορά που η ασθενής παραπονιόταν ότι διψούσε δροσίσαμε τα χείλη της και το στόμα με το Port-cotton.	Εξαλείφθηκε η δίψα και ηρέμησε η ασθενής.

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (B)

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Γ.Ν.

Ηλικία : 70 ετών.

Ημερομηνία εισόδου : 17/03/95.

Ημερομηνία εξόδου : 31/03/95.

Διάγνωση Εισαγωγής : Αποφρακτικός ειλεός.

Τελική διάγνωση : Αποφρακτικός ειλεός.

Συνήθειες : Κάπνισμα.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Νέος ασθενής έρχεται στα εξωτερικά ιατρεία όπου από 2ημέρου του παρουσιάστηκε ρυθμικός κοιλικός πόνος, ο οποίος φθάνει στο μέγιστο σημείο του και στη συνέχεια υποχωρεί. Ο πόνος που έχει παρατηρείται στη μέση κοιλία. Ο πόνος αυτός συνοδεύεται από εμέτους και επίσκεση αερίων και κοπράνων. Η κοιλία είναι μετωρισμένη και κατά την ψηλάφηση διαπιστώνεται η πληρότητα του εντέρου. Ακόμα σημειώνεται ότι ο ασθενής παρουσιάζει χρόνια δυσκοιλιότητα. Εισάγεται για διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Ακτινογραφία κοιλίας όπου διαπιστώνονται διαυγασίες που οφείλονται στα αέρια που γεμίζουν τις εντερικές έλικες, καθώς επίσης και

υδραερικά επίπεδα.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Χειρουργική διατομή του λεπτού εντέρου δημιουργία δηλαδή "παραφύσιν έδρας" η οποία θα κριθεί αν θα είναι προσωρινή ή μόνιμη.

**ΕΚΒΑΣΗ:** Βελτίωση.

#### ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τοποθετείται στον ασθενή ρινογαστρικός σωλήνας Levin για την ανακούφιση από τους εμέτους και καθετήρα Foley για τον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως, για την μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.Γίνεται προσεκτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.Αυξάνεται η θερμοκρασία του ασθενούς και πέφτει η αρτηριακή πίεση.Ο ασθενής εισάγεται στο χειρουργείο έκτακτα.Γίνεται μόνιμη ειλεοστομία όπου γίνεται μόνιμη εκτομή του ειλεού και εκατόμωσή του στο κοιλιακό τοίχωμα.

Ο ασθενής ενισχύεται με ορρούς:

Dextrose 5% 2000cc ημερησίως.

Normal Saline 1000cc ημερησίως.

Ο φυσιολογικός ορρός είναι εμπλουτισμένος με kcl και nacl.

Παίρνει συστηματικά Fraxiparine 1x1 για την πρόληψη

των εραμβώσεων.

#### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

FRAXIPARINE 1x1

Solvetan 1x3 για την πρόληψη των λοιμώξεων.

#### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

1η μετεγχειρητική ημέρα

Αλλαγή καλοστομίας και σάκου με άσηπτες τεχνικές, απουσία περισταλτισμού.

2η έως 4η μετεγχειρητική ημέρα.

Έγινε πάλι αλλαγή του τραύματος με άσηπτες τεχνικές δεν έχει επανέλθει η περισταλτικότητα του εντέρου. Το τραύμα δεν έχει κάποια μόλυνση ή ρήξη.

5η μετεγχειρητική ημέρα.

Αφαίρεση Levin και foiley και αλλαγή σάκου καλοστομίας και τραύματος με σηπτικές τεχνικές. Έναρξη εντερικού περισταλτισμού.

6η έως 9η μετεγχειρητική ημέρα.

Εμφάνιση κενώσεων και πυρετού. Άρχισε δίαιτα ελαφρά υδρική.

10η μετεγχειρητική ημέρα.

Απύρετος, αφαίρεση ραμμάτων, διδασκαλία αλλαγή σάκου και τραύματος και πεικλή τόνωση.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΕΙΛΕΟ

Ανάγκες ή προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Πόνος.	Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων κατόπιν εντολής ιατρού.	Χορηγήθηκε 1 AMP Pethidine ενδοφλέβια μετά από ιατρική εντολή.	Ελαττώθηκε ο πόνος και ανακουφίστηκε ο ασθενής.
Φόβος και αγωνία για την έκβαση της επέμβασης.	Μείωση του φόβου και της αγωνίας για την καλύτερη έκβαση της επέμβασης.	Ηθική τόνωση του ασθενούς με ενημέρωση και συμπαράσταση.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να λυθούν οι απορίες του.</li> <li>- Χορηγήθηκαν κατευναστικά φάρμακα ενδοφλέβια, δηλαδή δόθηκαν 10 mg διαζεπάμης.</li> <li>- Επαφή του αρρώστου με άλλα άτομα που έχουν ελεوستομία και έχουν αποδειχτεί την κατάστασή τους με τον πιο θετικό τρόπο.</li> </ul>	Ο φόβος και η αγωνία μειώθηκαν και ο ασθενής ηρέμησε.
Εμετός.	Μείωση των εμέτων και εξάλειψή τους.	Λήψη μέτρων για την αποφυγή των εμέτων.	<p>Τοποθετήθηκε σωλήνας Levin, χορηγούμε Normal Saline 1000 cc καθημερινά για την πρόληψη αφυδάτωσης ενδοφλέβια και περιποίηση της στοματικής κοιλότητας για να νοιώθει πιο άνετα ο ασθενής.</p>	Διακοπή των εμέτων με το Levin και ο ασθενής δεν νοιώθει δυσφορία από τις πλύσεις.



ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΕΙΛΕΟ

Ανάγκες ή προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Καταβολή δυνάμεων.	Ανάκτηση των σωματικών δυνάμεων.	Χορήγηση διαλυμάτων και βιταμινών για τη στήριξη του ασθενούς.	Χορήγηση ορρών Dextrose 5% και βιταμίνες ενδοφλέβια.	Ο ασθενής βρήκε τις δυνάμεις του.
Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Δίνουμε ορρούς με ηλεκτρολύτες και μετράμε τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα. Ελεγχος ηλεκτρολυτών.	Τοποθετήθηκε καθετήρας Foley και μετράμε μαζί με τα υγρά από το Levin τις κενώσεις, και τα υγρά από το Foley τα αποβαλλόμενα υγρά. Χορηγούμε Dextrose 5% 2000 cc ημερησίως και τον εμπλουτίζουμε με Kcl και Nacl ακόμα και τον Normal Saline αφού η εξέταση ηλεκτρολυτών έδειξε ότι οι ηλεκτρολύτες είναι κάτω από το όριο.	Αποκαταστάθηκε το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών με τις παραπάνω τεχνικές.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΕΙΛΕΟ

Ανάγκες ή προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Τραυματικός πόνος.	Εξάλειψη του πόνου.	Χορήγηση παυσπόνων και συχνή αλλαγή θέσεως ανάλογα με το πως βολεύει τον ασθενή.	Χορήγηση 1 ΜΡ Ρethidine 0,05 και αλλάζουμε συχνά την θέση και φροντίζουμε η επίδεση του τραύματος να έχει σχήμα του (Π) που βοηθάει να μην πονάει ο άρρωστος κατά την αλλαγή θέσεως.	Ο πόνος στο ελάχιστο.
Πυρετός.	Ρύθμιση της θερμοκρασίας.	Χορήγηση αντιπυρετικού, ψυχρά επιθέματα, αντιβιοτικά.	Συχνή αλλαγή βρεγμένων κλινοσκεπασμάτων και νυχτικού. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων και χορήγηση Solvetan 1 X 3 για την πρόληψη λοιμώξεως.	Η θερμοκρασία ήρθε στα φυσιολογικά πλαίσια. Είναι δηλαδή 36,6°C.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΕΙΛΕΟ

Ανάγκες ή προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός των νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Αρνηση του ασθενούς να δεχτεί την κατάστασή του και την περιποίηση της "παραφύσιν έδρας" μόνος του.</p>	<p>Πρέπει να καταλάβει ο ασθενής ότι αυτή θα είναι η κατάστασή του και δεν διαφέρει από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο και ότι πρέπει να μάθει να περιποιείται την "παραφύσιν έδρα" μόνος του για να μην είναι βάρος στους άλλους.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια-τής του διδάσκει τον τρόπο και του συμπεραστέκεται ηθικά και στην συνέχεια τον παρακολουθεί όταν εκτελεί μόνος του την αλλαγή και τον διορθώνει σε τυχόν λάθη του.</p>	<p>Εγινε η διδασκαλία στον ασθενή και η νοσηλεύτρια τον παρακολουθεί κατά την φάση εκτέλεσης.</p>	<p>Αποδέχτηκε ο ασθενής την αλλαγή της "παραφύσιν έδρας" του, αλλά και της κατάστασής του.</p>
<p>Δίψα.</p>	<p>Εξάλειψη της δίψας.</p>	<p>Εχουμε πάντοτε στο κοιμόδιό του ασθενούς ένα ποτήρι με οποιοδήποτε υγρό κατά προτίμηση όμως νερό για να ξεδιψά ο άρρωστος και ορισμένα Port-cotton.</p>	<p>Με τα Port-cotton βρεγμένα δροσίζουμε τον άρρωστο στο στόμα και τη γλώσσα για να του ικανοποιήσουμε το αίσθημα της δίψας που προέρχεται από τον πυρετό αλλά και τη νάρκωση. Με τα Port-cotton μπορούμε να περιποιηθούμε και την στοματική κοιλότητα.</p>	<p>Διακοπή της δίψας.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θνησιμότητα από εντερική απόφραξη φτάνει 35-40 % αν αναπτυχθούν επιπλοκές. Η γενική κατάσταση του αρρώστου, τα ζωτικά σημεία και απόκριση στην θεραπεία συνεχώς επανεκτιμούνται για ανίχνευση οποιονδήποτε επιπλοκών αλλά και γενικά για την γενική παρακολούθηση του αρρώστου για τυχόν καλύτερευση ή το αντίθετο.

Τα συμπεράσματα τώρα που βγάζουμε είναι τα εξής: Όταν η προμήθεια του αίματος σε ένα τμήμα του εντέρου σταματήσει, τότε έχουμε νέκρωση του εντέρου και στραγγαλισμό άρα μιλάμε για περισφιγμένη απόφραξη. Πολλές φορές όταν το εντερικό περιεχόμενο εισέρχεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα τότε έχουμε ανάπτυξη περιτονίτιδας και σηπτική κατάσταση.

Στον ειλεό παρατηρούνται μεγάλες διαταραχές στο ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών. Όταν υπάρχει μεγάλη απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών και δεν διορθωθεί έγκαιρα τότε υπάρχει περίπτωση να αναπτυχθεί Shock. Σε ασθενείς με αποφρακτικό ειλεό αν η συντηρητική αγωγή δεν φέρει αποτελέσματα τότε προχωράμε σε χειρουργική επέμβαση και κάνουμε ειλεοστομία ή κολοσ -

τομία η οποία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη.  
Στον παραλυτικό ειλεό όμως η φαρμακευτική αγωγή  
είναι ικανή για την επάνοδο του εντέρου στην φυσι-  
ολογική κατάσταση.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα άτομα με ειλεοστομία ή κολοστομία παρουσιάζουν μεγάλα προβλήματα. Δεν δέχονται την κατάσταση τους και απομονώνονται από το υπόλοιπο περιβάλλον γιατί φοβούνται ότι δεν είναι αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο. Εδώ λοιπόν καλείται η νοσηλεύτρια-υγής να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί ότι δεν διαφέρει από τα υπόλοιπα άτομα μόνο που η αφόδευση δεν γίνεται από το ορθό αλλά από μία άλλη οδό. Ακόμα η νοσηλεύτρια-υγής πρέπει να διδάξει με το σωστό τρόπο το τρόπο αλλαγής σάκου καθώς και της πλύσης της ειλεοστομίας. Η νοσηλεύτρια-υγής θα κατορθώσει να κάνει τον ασθενή να νιώσει διαφορετικά μόνο εάν δεν δυσανασχετεί όταν γίνονται οι εργασίες αυτές.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ. Συνοπτική γενική χειρουργική.  
Εκδόσεις Επτάλοφος. Αθήνα 1987.
- ΒΟΥΤΟΝ Α., Μ. Δ. Φυσιολογία του ανθρώπου. Τρίτη έκδο -  
ση. Ιατρικές εκδόσεις. Λίτσας...
- ΔΕΣΦΟΡΟΥΛΟΣ ΑΓΑΜΕΜΝΟΝ, STEFAN SILBERNAGL. Εγχειρίδιο  
φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα. Ιατρικές εκδό -  
σεις Λίτσας. Αθήνα 1989.
- ΚΑΤΡΙΤΣΗ Δ. ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑ ΚΑΙ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ι. ΝΙΚΟΛΑΟΥ.  
Ανατομική του ανθρώπου. Βιβλίο ΙΙΙ. Ιατρικές εκ -  
δόσεις Λίτσας. Αθήνα 1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. Α. ΚΑΙ Σ. Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ. Νοσηλευτική  
γενική παθολογική χειρουργική. Τόμος Α. Έκδοση  
δέκατη πέμπτη. Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1991.
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Δ. ΓΙΑΝΝΗΣ. Επιπλοκές στην χειρουργική.  
Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος. Αθήνα 1986
- ΠΕΤΡΟΥ. Σημειώσεις ανατομίας της νοσηλευτικής σχολής
- ΡΑΓΙΑ ΧΡ. ΑΦΡΟΔΙΤΗ. Βασική νοσηλευτική. Εκδόσεις "Η -  
ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1987.
- ΡΗΓΑΣ Μ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ. Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού  
συστήματος "Αλγοριθμικοί Πίνακες". Ιατρικές εκδό -  
σεις Λίτσας. Αθήνα 1983.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΪΗ ΑΝΝΑ ΚΑΙ ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ. Παθολογική

και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. Τόμος 2ος. Μέρος β. Β Επανάδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS. Αθήνα 1988.

FRICK H. -H. LEONHARDT-D. STARCK. Ειδική ανατομία II.

Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου. Αθήνα 1985

HARRISON. Εσωτερική παθολογία. Τόμος Γ. Δέκατη έκδοση.

Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου. Αθήνα 1988