

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Νοσηλευτική Φροντίδα
Ασθενούς με χολολιθίαση

Πτυχιακή εργασία

Σπουδαστριών: 1) Δημητρακοπούλου Μαρίας
2) Ζαρμπαλά Βασιλικής

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή) _____

Δημόπουλος

Επιτροπή εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

- | | | |
|----|-------|-------|
| 1) | _____ | _____ |
| 2) | _____ | _____ |
| 3) | _____ | _____ |

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής



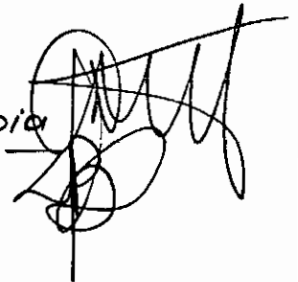
ΠΑΤΡΑ, 1988

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1664
----------------------	------

Την πτυχιακή μου αυτή εργασία
αφιερώνω με
στους καθηγητές μου των ΤΕΙ Πατρών
καθώς και στους γονείς μας.

Με τιμή
Οι επουδίστριες της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π.
του τμήματος Νοσηλευτικής του
Τ.Ε.Ι. Πατρών

Δημητρακοπούλου Μαρία
Ζαφραγά Βασιλική



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδες
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	3
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	6
α. Μεγάλοι χοληφόροι πόροι	6
β. Χοληδόχος κύστη	9
ΧΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ	12
ΣΥΝΘΕΣΗ ΧΟΛΗΣ	14
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ	16
ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ	19
Προδιαθεσικοί παράγοντες	23
Λίθοι χολερυθρίνης	24
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	26
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ	30
Ακτινολογικός διαγνωστικός έλεγχος χολολιθίασης	31
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	40
α. Οξεία χολοκυστίτιδα	40
β. Χρόνια χολοκυστίτιδα	42
γ. Χοληδοχολιθίαση	43
δ. Ειλεός από χολόλιθους	43
ε. Υδρώπας - Εμπύημα - Απόστημα	45
στ. Χολική κίρρωση	45
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	47
Συντηρητική θεραπεία	47
Χειρουργική θεραπεία	52
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ...	74
Πριν και κατά τις δοκιμαστικές εξετάσεις	77
Προετοιμασία προεγχειρητικού σταδίου	79
Μετεγχειρητική φροντίδα	80
Πρόληψη επιπλοκών	88

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	104
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	108

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Χολολιθίαση: Ένα πρόβλημα το οποίο προβληματίζει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού, το οποίο το αντιμετωπίζει. Μια ασθένεια που βρίσκει ιατρικό και νοσηλευτικό κόσμο σε διαρκή κινητικότητα και δραστηριότητα, στην προσπάθεια για επίλυση των αντιδράσεων που εμφανίζει στον άρρωστο, στο σύνολο.

Η Ιατρική, με κάθε μέσο που έχει στα χέρια της, προσπαθεί να επιλύσει την εμφάνιση της χολολιθίασης. Κάθε χρόνο τεράστια ποσά δαπανώνται στα εργαστήρια των Ιατρικών Κέντρων για τον προσδιορισμό της αιτίας της εμφάνισης της ασθένειας, της αντιμετώπισής της, της θεραπείας της. Κάθε χρόνο όμως, πολλά ερωτηματικά μένουν αναπάντητα και ζητούν απάντηση και λύση.

Η Νοσηλευτική προσπαθεί να βρει, μέσα από τις ενέργειες που είναι κατοχυρωμένη να κάνει, τη λύση στον ανθρώπινο πόνο και προβληματισμό. Προσπαθεί να βοηθήσει τον άρρωστο με όσα μέσα έχει στα χέρια της, να αντιμετωπίσει όλες τις ενέργειες που χρειάζονται να γίνουν για να αντιμετωπιστεί η αρρώστια αυτή.

Όλα αυτά βρίσκουν κάποια θέση στην πτυχιακή αυτή εργασία. Αναλύονται στοιχεία, παραβάλλονται σκέψεις, αναπτύσσονται ιδέες και απόψεις, αναφέρονται όλοι οι παράμετροι που συνοδεύουν τη χολολιθίαση από την εμφάνισή της μέχρι την αποδρομή της. Για να γίνει αυτό, απαιτείται κοινός προσδιορισμός, κοινός στόχος στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Όλο το θέμα αναπτύσσεται έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι εκείνο που προέχει είναι η συνεργασία του Υγειονομικού

συνόλου. Η χολολιθίαση είναι ένας σταθμός που πρέπει να βρουν τέλος όλες οι προσπάθειες και ενέργειες που θα γίνουν. Ο αυτοσκοπός κάθε υγειονομικής μονάδας διέπεται από πνεύμα υπευθυνότητας, ωριμότητας, σωστής πράξης και κρίσης, απέναντι στον άρρωστο. Μπορεί ο σκοπός που έγινε αυτή η πτυχιακή να είναι η γνώση του θέματος και εμπειρία και η μάθηση στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Εκείνο όμως που δεν φαίνεται πουθενά, αλλά αφήνεται στην κρίση του καθένα, είναι ότι τέτοιες εργασίες βοηθούν σημαντικά να κατανοήσει ο κάθε υπεύθυνος λειτουργός ποιός είναι ο σκοπός του: **Η υγεία.**

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η χολολιθίαση ήταν άγνωστη την εποχή του Ιπποκράτη και του Γαληνού, μιας και καμιά μνεία ή αναφορά δεν γίνεται για τη νόσο σε κανένα σύγγραμμα της περιόδου αυτής. Αναφέρεται για πρώτη φορά στον άνθρωπο το 14ο αιώνα από τον DE FOLIGNO, καθηγητή στο Πανεπιστήμιο της Πάδουας και βρέθηκε σε νεκροτομικό υλικό.

Η ύπαρξη χολολίθων ήταν γνωστή από τον 5ο μ.Χ. αιώνα, με την ανεύρεση χολολίθων σε βοοειδή από τον Αλέξανδρο Τραυλιανό. Τρεις αιώνες αργότερα, Πέρσης γιατρός περιγράφει χολολίθους επίσης σε βοοειδή και αναφέρει: "σκληρή σαν λίθος ουσία που βρίσκεται στη χολή ζώων, συνίσταται θεραπευτικώς στην επιληψία και στη βελτίωση της οπτικής οξύτητας".

Ο ΑΝΔΡΕΑΣ VESALIUS το 1543 υπήρξε ο πρώτος που αναγνωρίζει και περιγράφει τη χολολιθίαση σαν νόσο. Αντιθέτως, η ύπαρξη του ήπατος, της χοληδόχου κύστης και των χοληφόρων ήταν γνωστά από την εποχή των Βαβυλωνίων, όπως μαρτυρούν ομοιώματα από άργιλο, και φαίνεται ότι τους απέδιδαν ιδιότητες πνευμάτων που προέβλεπαν το μέλλον, χωρίς να έχουν καμιά σχέση με την ιατρική επιστήμη.

Η ανατομική ανωμαλία της χοληδόχου κύστης, ύπαρξη διπλής, είναι γνωστή από το 31 π.Χ. Μετά τον DE FOLIGNO αναφέρεται από τον BENEVIENI (1507), FERNEL (1554), VIENTMAN (1565), PLATER (1624), GLISSON (1654), αλλά μελέτη της χολολιθίασης αρχίζει το 18ο αιώνα με πρώτους τους HOFFMANN (1733) και HADLER (1753).

Το 19ο αιώνα διατυπώνεται η θεωρία περί φλεγμονώδους αιτιολογίας της χολολιθίασης και η ύπαρξη φλεγμονής στη χο-

ληδόχο κύστη ευνοεί το σχηματισμό των λίθων.

Τον τελευταίο αιώνα (1906), χάρη στις αρχαιολογικές μελέτες που έγιναν σε Αιγυπτιακές μούμιες, με την ανεύρεση χολολίθων σε μια απ' αυτές, γνωρίζουμε πλέον ότι οι άνθρωποι πάσχουν από χολολιθίαση τουλάχιστον εδώ και 3.000 χρόνια.

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

Σε παρατηρήσεις που έγιναν από τους CAROLI - NAJMAN το 1967, επί 40.000 νεκροτομών, βεβαιώνεται η χολολιθίαση σε αναλογία 9-11%. Το μεγαλύτερο ποσοστό χολολιθίασης παρουσιάζουν οι Ινδιάνοι της Αμερικής και του Μεξικού, καθώς και οι Εσκιμώοι (70%), ενώ η νόσος είναι άγνωστη στους Μασάϊ, μια νομαδική φυλή της Ανατολικής Αφρικής (0%). Ενδιάμεσα ποσοστά παρουσιάζουν οι κάτοικοι της Χιλής (36%), οι Σουηδοί (25%), οι λευκοί της Αμερικής (10%), οι Ιάπωνες (5%), οι Άγγλοι (5,5% - 7%). Όσον αφορά το ποσοστό στην Ελλάδα, αν και δεν έχει πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένη μελέτη, υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι προσεγγίζει εκείνο των λευκών της Αμερικής.

Για τους Ιάπωνες και τους υπόλοιπους λαούς της Άπω Ανατολής είναι ενδιαφέρον το ότι για διαιτητικούς λόγους παρουσιάζουν χαμηλή συχνότητα χολολιθίασης και συνάμα έχει παρατηρηθεί ότι όσοι κάτοικοι των περιοχών αυτών μεταναστεύουν στη Δύση, το ποσοστό των χοληστερικών χολολίθων αυξάνει και γίνεται ίδιο με αυτό των κατοίκων της περιοχής, όπως της Χαβάης, της Καλιφόρνιας, όπου μετανάστευσαν. Οι παρατηρήσεις αυτές, όπως είναι φυσικό, έχουν προκαλέσει πολλές συζητήσεις

γύρω από την παθογένεια της χολολιθίασης και ιδιαίτερα τη σημασία της δίαιτας και των άλλων παραγόντων.

Σε νεκροτομές γερόντων, η λιθίαση ανέρχεται σε ποσοστό 78%. Τα προβλήματα από μια τόσο συχνή νόσο και με τόσες πολλές, όπως γνωρίζουμε, επιπλοκές, είναι φανερό ότι είναι πολλά. Φτάνει να αναφερθεί ότι στις Η.Π.Α. περίπου 20 εκατ. άνθρωποι πάσχουν από χολολιθίαση. Κάθε χρόνο γίνονται 500.000 χολοκυστοτομές, ενώ 100.000 άνθρωποι πεθαίνουν από επιπλοκές της νόσου. Υπολογίζεται ότι οι ετήσιες δαπάνες που οφείλονται στη νόσο αυτή ξεπερνούν το 1 δις δολάρια κατά πολύ.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η χολή μέσω των μεγάλων χοληφόρων πόρων φτάνει από το ήπαρ στο δωδεκαδάκτυλο. Με τους χοληφόρους πόρους συνεπάγεται σαν προσάρτημα για αποθήκευση η χοληδόχος κύστη. Όταν δεν γίνεται πέψη, η εκβολή προς το δωδεκαδάκτυλο είναι κλειστή. Η "ηπατική χολή" (2-4% στερεά συστατικά) συγκεντρώνονται στη χοληδόχο κύστη όπου συμπυκνώνεται σε κυστική χολή (10-12% στερεά συστατικά) και είναι έτοιμη να χρησιμοποιηθεί.

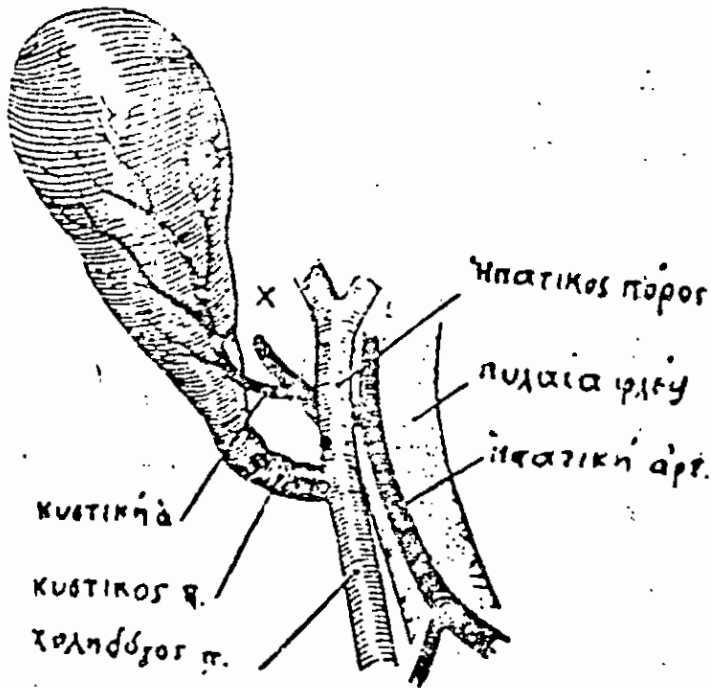
α. Μεγάλοι χοληφόροι πόροι :

Οι μεγάλοι χοληφόροι πόροι έχουν τη διάμετρο περίπου ενός μολυβιού και κεντρικά μεν από την έκφυση του κυστικού πόρου, που οδηγεί στη χοληδόχο κύστη, λέγονται κοινός ηπατικός πόρος, περιφερικά δε χοληφόρος πόρος.

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

Ο χοληδόχος πόρος έχει μήκος 6-8 εκ. και αρχικά φέρεται στο ελεύθερο χείλος του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, πάνω από το δωδεκαδάκτυλο, ύστερα δε διασταυρώνεται με το πίσω μέρος της άνω μοίρας του δωδεκαδακτύλου. Ο χοληδόχος πόρος πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος ή μέσα από το παρέγχυμα του αδένου, φτάνει στην πίσω και έσω πλευρά της κατιούσας μοίρας του δωδεκαδάκτυλου και μπαίνει στο τοίχωμά του. Εδώ ο χοληδόχος πόρος δημιουργεί στο βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου την επιμήκη πτυχή, εκβάλλει δε σε μια υπέγερση στο κάτω άκρο

της πτυχής αυτής, τη μείζονα θηλή. Σε περισσότερο από 50% των περιπτώσεων τα άκρα των δυο πόρων ενώνονται με κοινή διευρυσμένη εκβολή, την ηπατοπαγκρεατική λήκυθο.



Εικ. Ανατομικά στοιχεία χοληφόρου συστήματος

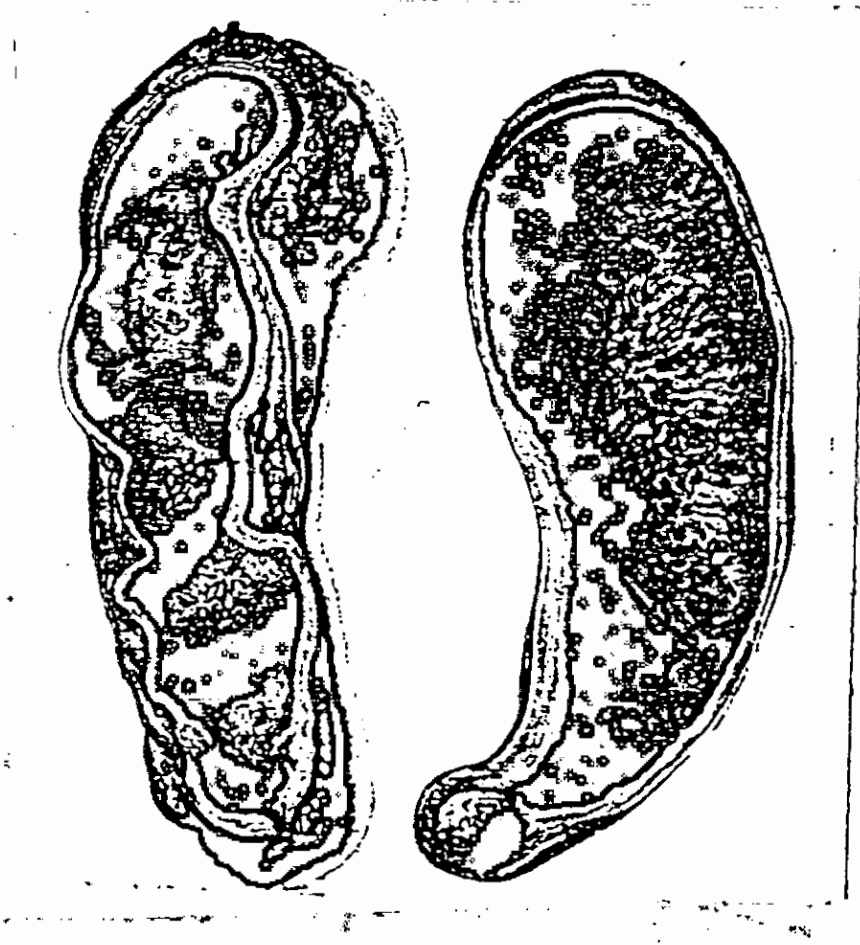
Σύμφωνα όμως με ακτινολογικές παρατηρήσεις σε ζωντανούς, ο χοληδόχος πόρος και ο παγκρεατικός πόρος εκβάλλεται στο δωδεκαδάκτυλο στις περισσότερες περιπτώσεις χωριστά.

Ο βλεννογόνος των μεγάλων χοληφόρων οδών αποτελείται από μια στιβάδα ψηλών, πρισματικών, επιθηλιακών κυττάρων και παχύ χόριο από δεσμίδες κολλαγόνων ινών, που είναι πλούσιες σε ελαστικά δίκτυα, περιέχει όμως μόνο μεμονωμένες δεσμίδες λείου μυϊκού ιστού. Στο βλεννογόνο βρίσκονται πολυάριθμοι βλεννογόνοι αδένες. Μόνο σε μήκος 5 MM περίπου, στην εκβολή του χοληδόχου πόρου στο δωδεκαδάκτυλο, υπάρχει μια κλειστή, σπειροειδής και κυκλωτερής στιβάδα με τη μορφή του σφιγκτήρα μύος του χοληδόχου πόρου. Επίσης, η εκβολή του παγκρεατικού πόρου περι-

βάλλεται από κυκλωτερείς μυικές δεσμίδες. Αν υπάρχει ανεπτυγμένη ηπατοπαγκρεατική λήκυθος, οι κυκλωτερείς μυικές δεσμίδες σχηματίζουν στην εκβολή της ένα σφιγκτήρα με της ηπατοπαγκρεατικής ληκύθου.

Όταν δεν γίνεται πέψη, ο σφιγκτήρας του χοληδόχου πόρου είναι συνεσπασμένος, η ροή της χολής σταματάει και έτσι αυτή φτάνει μέσω του κυστικού πόρου στη χοληδόχο κύστη. Λίγο μετά τη λήψη τροφής, ανοίγει η εκβολή του χοληδόχου πόρου. Οι σφιγκτήρες και οι πτυχές του βλεννογόνου της περιοχής της εκβολής εμποδίζουν κατά κανόνα, την είσοδο εντερικού περιεχομένου στους εκφορητικούς πόρους και χολής στον παγκρεατικό πόρο.

Δίοδος χολής προς τον παγκρεατικό πόρο προκαλεί ενεργοποίηση των παγκρεατικών ενζύμων με επικόλουθες βαριές βλάβες του παγκρέατος.



Εικ. Χολολιθίαση. Στην α' εικόνα η χοληδόχος γεμάτη λίθους. Στην β' εικόνα ο χολόλιθος έχει ενσφηνωθεί στον κυστικό πόρο.

β. Χοληδόχος κύστη

Η χοληδόχος κύστη έχει μορφή αχλαδιού, μήκος 8-12 CM , πλάτος 4-5 εκ., χωράει δε 30-80 ML υγρού. Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται επάνω στη σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος στο πρόσθιο μέρος της δεξιάς οβελιαίας σχισμής. Με τη μεγάλη χοληφόρο οδό η χοληδόχος κύστη συνδέεται μέσω του κυστικού πόρου.

Στη χοληδόχο κύστη διακρίνουμε πυθμένα, σώμα και αυχένα. Ο πυθμένας (το τυφλό άκρο) κατευθύνεται προς τα εμπρός και κάτω και περιβάλλεται από όλες τις πλευρές από περιτόναιο, όταν δε η κύστη είναι πολύ γεμάτη προβάλλει από το κάτω χείλος του ήπατος κατά 1-1,5 εκ. και ακουμπάει κατευθείαν στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Το σώμα συμφύεται σε μεγαλύτερη ή μικρότερη έκταση με την κάτω επιφάνεια του ήπατος μέσα στον κυστικό βόθρο, η δε ελεύθερη επιφάνειά του καλύπτεται από περιτόναιο και ακουμπάει στη δεξιά κοιλιακή καμπή. Αν το περιτόναιο μπαίνει βαθιά από τις δυο πλευρές μεταξύ χοληδόχου κύστης και ήπατος, τότε παραμένει μεταξύ τους μια σύνδεση που είναι αναδίπλωση του περιτοναίου σαν μεσεντέριο. Το σώμα στενεύει προς τον αυχένα της χοληδόχου κύστεως που κατευθύνεται προς τα πίσω και πάνω, προς την πύλη του ήπατος και χωρίς σαφές όριο μεταβαίνει τοξοειδώς προς τον κυστικό πόρο.

Το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως έχει πάχος μόνο 1-2 MM και αποτελείται από βλεννογόνο και μια λεπτή μυϊκή στιβάδα.

Η επιφάνεια του βλεννογόνου μεγαλώνει από πτυχές που διαπλέκονται δικτυωτά και μεταξύ τους βρίσκονται πολυάριθμες μικρές εμβυθύνσεις. Το μονόστιβο, πρισματικό, ψηλό επιθήλιο , παράγει βλέννα. Στον αυχένα της χοληδόχου κύστεως απαντώνται

οι πρώτοι βλεννογόνοι αδένες, ο δε βλεννογόνος του κυστικού πόρου περιέχει - όπως και μεγάλοι χοληφόροι πόροι - βλεννογόνους αδένες.

Η λεπτή μυική στιβάδα της χοληδόχου κύστεως είναι τροποποιημένη βλεννογόνια μυική στιβάδα και αποτελείται από δικτυωτά τοποθετημένες μυικές σπείρες, καθώς και από κυκλικές δέσμες λείων μυικών ινών που περιβάλλουν τον πυθμένα.

Ο αυλός του αυχένα της χοληδόχου κύστεως και του γειτονικού τμήματος του κυστικού πόρου διαιρείται ατελώς από ελικώδεις πτυχές, που στο σύνολό τους ονομάζονται ελικώδεις πτυχές. Ο τόνος του τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως προσαρμόζεται στο βαθμό πληρώσεώς της. Όταν αυξάνεται απότομα η ψευδοκοιλιακή πίεση, π.χ. βήχας, οι πτυχές της ελικοειδούς βαλβίδας έρχονται η μια επάνω στην άλλη και εμποδίζουν την κένωση της χοληδόχου κύστεως. Όταν εισχωρήσει όξινο γαστρικό υγρό στο δωδεκαδάκτυλο, παράγεται από το βλεννογόνο του λεπτού εντέρου η ορμόνη χολοκυστοκινίνη, που προκαλεί σύσπαση της χοληδόχου κύστεως. Έτσι η χολή προωθείται μέσα από το ήψη ανοιχτό στόμιο του χοληδόχου πόρου προς το δωδεκαδάκτυλο.

Όταν προηγούμενες φλεγμονές έχουν προκαλέσει συγκόλληση ή σύμφυση της χοληδόχου κύστεως με τα γειτονικά τμήματα του δωδεκαδακτύλου ή τη δεξιά κοιλιακή καμπή, είναι δυνατό να γίνει διάτρηση των κολλημένων τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστεως και του εντέρου και να περάσουν χολόλιθοι προς το δωδεκαδάκτυλο ή το παχύ έντερο.

Αγγείωση της χοληδόχου: Η κυστική αρτηρία είναι κλάδος του δεξιού κλάδου της ιδίως ηπατικής αρτηρίας και διαιρείται

σε πρόσθιο και οπίσθιο κλάδο για το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως.

Η κυστική φλέβα εκβάλλει κατευθείαν στο δεξιό κλάδο της πυλαίας φλέβας.

Τα λεμφαγγεία φέρονται στους ηπατικούς λεμφαδένες κοντά στην πύλη του ήπατος.

Τα νεύρα έρχονται στη χοληδόχο κύστη με το ηπατικό πλέγμα που είναι προέκταση του κοιλιακού πλέγματος, από την ιδίως ηπατική αρτηρία.

ΧΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ

Η χολή αποτελείται από 97% H_2O και μόνο κατά 3% από διαλυμένα συστατικά που ανήκουν σε τρεις (3) ομάδες λιπιδίων:

1. Χολικά άλατα
2. Φωσφολιπίδια
3. Χοληστερίνη.

Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες τα χολικά οξέα μαζί με τα φωσφολιπίδια διατηρούν τη χολή σε μια κατάσταση ακόρεστου διαλύματος. Αυτό επιτρέπει την εναιώρηση της χοληστερίνης εμποδίζοντας έτσι την καθίζησή της και το σχηματισμό λίθων χοληστερίνης.

Τα δυο χολικά οξέα, που είναι το χολικό και το χηνοδεοξυχολικό, σχηματίζονται στα μικροσώμια των ηπατικών κυττάρων από 7α-υδροξυλίωση της χοληστερίνης. Αυτά, πριν απεκκριθούν στη χολή, συνδέονται με γλυκίνη ή ταυρίνη. Τα χολικά άλατα επαναρροφώνται ενεργητικά, σε αναλογία 80% στο τελικό τμήμα του ειλεού. Τα υπόλοιπα 20% διασπώνται από βακτηρίδια του ειλεού και του παχέως εντέρου σε χολικά οξέα και ταυρίνη ή γλυκίνη. Μέρος των διασπασμένων χολικών αλάτων επαναρροφάται και μέρος αποϋδροξυλιώνεται σε δευτερογενή χολικά οξέα. Έτσι, από το χολικό οξύ παράγεται το δεοξοχολικό οξύ και από το χηνοδεοξυχολικό το λιθοχολικό. Τα δευτερογενή αυτά χολικά οξέα επαναρροφώνται σε αναλογία περίπου 25%. Το λιθοχολικό συνδέεται στη συνέχεια στο ήπαρ με ταυρίνη-γλυκίνη ή με θειϊκές ομάδες, ενώ το δεξοχολικό ξαναμετατρέπεται στο ήπαρ σε αντίστοιχο πρωτογενές οξύ, δηλαδή σε χολικό οξύ.

Η εντεροηπατική ανακύκλωση στην κυκλοφορία των χολικών

αλάτων γίνεται με αρκετή αποτελεσματικότητα, ώστε στο σύνολο οι απώλειες απ' αυτόν τον κύκλο να μην ξεπερνούν το 2-5%.

Κάτω από σταθερές συνθήκες το ποσοστό των χολικών αλάτων που συντίθεται στο ήπαρ είναι ίσο με τις απώλειες και ρυθμίζεται μ' έναν αρνητικό ανατροφοδοτικό μηχανισμό που ασκεί η εντεροηπατική κυκλοφορία των χολικών οξέων πάνω στο ένζυμο χοληστερινική - 7α - υδροξυλάση του ήπατος.

Η λεκιθίνη που αποτελεί πάνω από 90% του συνόλου φωσφολιπιδίων της χολής, συντίθεται και αυτή κυρίως στο ήπαρ. Στο έντερο μετατρέπεται σε λυσολεκιθίνη και αφού επαναρροφηθεί εισέρχεται στα λεμφαγγεία με τη μορφή χυλομικρών. Μικρότατο ποσό λεκιθίνης ακολουθεί την εντεροηπατική κυκλοφορία.

Η χοληστερίνη συντίθεται στο ήπαρ και στο έντερο. Οι κύριοι τρόποι με τους οποίους απομακρύνεται η χοληστερίνη του σώματος είναι:

- α. η έκκρισή της στη χολή της μη εστεροποιημένης μορφής χοληστερίνης και στη συνέχεια η αποβολή της στο έντερο, κόπρανα.
- β. Η μετατροπή της σε χολικά οξέα.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΧΟΛΗΣ

Ο σχηματισμός της χολής αρχίζει στη μικρολανίνη μεμβράνη των χοληφόρων τριχοειδών, που σχηματίζονται από τις κυτταρικές μεμβράνες δυο ηπατοκυττάρων, που βρίσκονται το ένα αντίκρυ στο άλλο. Οι μεμβράνες αυτές των χοληφόρων τριχοειδών περιέχουν ενσωματωμένα τέσσερα συστήματα μεταφοράς ιόντων: ένα που μεταφέρει συνεζευγμένα χολικά άλατα, ένα άλλο που εκκρίνει διάφορα οργανικά ιόντα (συνεζευγμένη χολερυθρίνη), ένα τρίτο που εκκρίνει οργανικά κατιόντα και ένα τέταρτο που εκκρίνει ιόντα νατρίου.

Το νερό ακολουθεί την ωσμωτική κλίση που δημιουργείται από τις διαλυμένες αυτές ουσίες. Όταν η έκκριση των χολικών αλάτων αυξάνει γραμμικά, τα φωσφολιπίδια (άνω του 95% λεκιθίνη) και η έκκριση της χοληστερόλης αυξάνουν κατά την υπερβολική καμπύλη. Όταν η απέκκριση των χολικών αλάτων είναι μεγαλύτερη από 15/MOL/KG/H δεν παρατηρείται σχεδόν καμιά αύξηση στο λόγο φωσφολιπιδίου χοληστερόλης. Κάτω από αυτή την τιμή, η παραγωγή φωσφολιπιδίου ελαττώνεται και τείνει προς το μηδέν γρηγορότερα από τη χοληστερόλη. Σε άτομο που τρώει τρία γεύματα την ημέρα, η έκκριση χολικών αλάτων αντιστοιχεί στο ένα τρίτο της παραγόμενης χολής, η έκκριση χλωριούχου νατρίου από τα χολικά τριχοειδή στο ένα τρίτο και η έκκριση χλωριούχου νατρίου και διττανθρακικού από τα κύτταρα των πόρων στο ένα τρίτο του ποσού της χολής που παράγεται ανά 24ωρο (600-1200 MIL). Τα κύτταρα των πόρων μπορούν επίσης να επαναρροφήσουν νάτριο ή νερό.

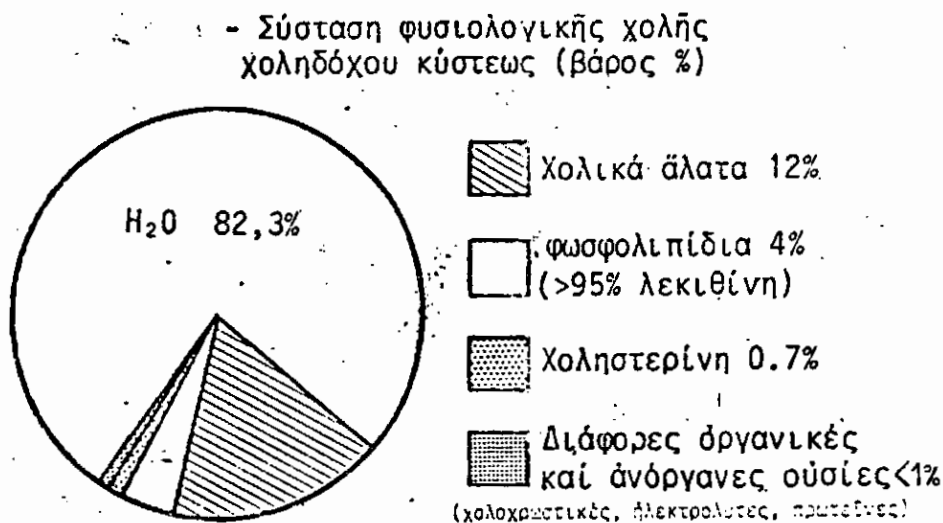
Στο νηστικό άνθρωπο ο σφιγκτήρας του ODDI μένει κλειστός και το μεγαλύτερο μέρος της ηπατικής χολής ρέει δια μέσου του

κυστικού πόρου προς τη χοληδόχο κύστη. Εκεί η ηπατική χολή συμπυκνώνεται με την ενεργητική απορρόφηση νατρίου, με ιόντα χλωρίου και διττανθρακικού, που ακολουθούν την ηλεκτρική κλίση και νερό που ακολουθεί την ωσμωτική πίεση. Η διεργασία αυτή έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται ο όγκος της χοληδόχου κύστης κατά τη διάρκεια της νύχτας σε 50 MIL., τα στερεά συστατικά της από 3% σε 16%, να μειώνεται το PH από 7,6 σε 6,5, τα δε μέσα μοριακά ποσοστά των λιπιδίων της να διαμορφώνονται ως εξής: χολικά άλατα $73 \pm 3,9$, φωσφολιπίδια $20,4 \pm 3,6$ και χοληστερόλη $6,0 \pm 1,3$.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

Η χολη αποτελείται από χολικά άλατα, χολοχρωστικές και άλλες ουσίες διαλυμένες σε ένα αλκαλικό διάλυμα ηλεκτρολυτών που μοιάζει με το παγκρεατικό υγρό. Περίπου 500 MIL εκκρίνονται κάθε μέρα. Ένα μέρος των συστατικών της χολής επαναρροφάται στο έντερο και κατόπιν εκκρίνεται και πάλι από το ήπαρ (εντεροηπατική κυκλοφορία). Τα γλυκουρονίδια των χολοχρωστικών, η χολοπράσινη και η χολερυθρίνη, είναι υπεύθυνα για το χρυσοκίτρινο χρώμα της χολής.

Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής. Η χολή εκκρίνεται μέσα στα μικροσκοπικά χοληφόρα σωληνάκια, τα οποία βρίσκονται ανάμεσα στα ηπατικά κύτταρα των ηπατικών δίσκων.



Τα χοληφόρα σωληνάκια μέσα στα οποία ρέει η χολή φέρονται προς την περιφέρεια, στα μεσολόβια διαφράγματα, όπου εκβάλλουν στους τελικούς χοληφόρους πόρους από τους οποίους η χολή ρέει σε προοδευτικά αυξανόμενους σε μέγεθος αγωγούς και τελικά φτάνει στον ηπατικό πόρο και το κοινό χοληδόχο πόρο, από τον

οποίο είτε ρέει απευθείας στο δωδεκαδάκτυλο είτε εκτρέπεται προς τη χοληδόχο κύστη. Στα φυσιολογικά άτομα η χολή ρέει στη χοληδόχο κύστη όταν ο σφιγκτήρας του ODDI είναι κλειστός. Στη χοληδόχο κύστη η χολή συγκεντρώνεται με απορρόφηση νερού.

Όταν ο χοληφόρος πόρος και ο κυστικός πόρος συσφιγκτούν, η πίεση μέσα στους χοληφόρους αυξάνει σε περίπου 320 MM χολής σε 30 λεπτά και διακόπτεται η έκκριση της χολής.

Όταν ο χοληφόρος πόρος έχει συσφιχθεί και ο κυστικός πόρος έχει μείνει ανοιχτός, επαναρροφάται νερό στη χοληδόχο κύστη και η πίεση μέσα στους χοληφόρους αυξάνεται σε περίπου 100 MM χολής σε μερικές ώρες.

Η χολή εκκρίνεται συνεχώς από τα ηπατικά κύτταρα, αλλά φυσιολογικά εναποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέχρις ότου χρειαστεί στο δωδεκαδάκτυλο. Το ποσό της εκκρινόμενης καθημερινά χολής είναι κατά μέσο όρο 600-700 MIL, ενώ η μέγιστη χωρητικότητα της χοληδόχου κύστης είναι 30-80 MIL. Ωστόσο, μπορεί να εναποθηκεύσει το ποσό της χολής που εκκρίνεται σε 12 ώρες, γιατί το νερό, νάτριο, χλώριο και οι περισσότεροι από τους άλλους μικρομοριακούς ηλεκτρολύτες της απορροφούνται συνεχώς από το βλεννογόνο της χοληδόχου κύστεως με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση των άλλων συστατικών της, όπως των χολικών αλάτων, της χοληστερόλης και της χολερυθρίνης. Φυσιολογικά η χολή συμπυκνώνεται 5 φορές, αλλά η μέγιστη συμπύκνωσή της μπορεί να φτάσει στις 10-12 φορές. Για να κενωθεί η χοληδόχος κύστη είναι απαραίτητες δυο βασικές προϋποθέσεις: (1) η χάλαση του σφιγκτήρα του ODDI που θα επιτρέψει τη ροή της χολής δια του κοινού χοληδόχου πόρου στο δωδεκαδάκτυλο και (2) η σύσπαση της ίδιας της χοληδόχου κύστης που θα εξασφαλίσει την απαιτούμενη δύναμη για την προώθηση της χολής στον κοινό χοληδόχο πόρο. Μετά τη

λήψη της τροφής, ιδιαίτερα πλούσιας σε λίπος, συμβαίνουν τα δυο αναφερθέντα γεγονότα με τον εξής τρόπο:

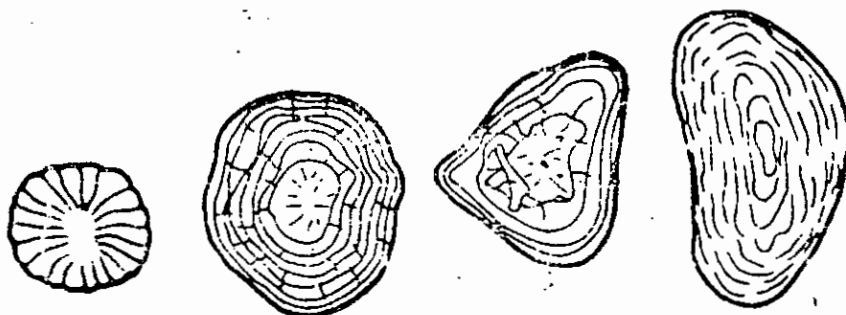
1. Όταν το λίπος (και σε μικρότερο βαθμό οι πρωτεΐνες) της τροφής μπαίνει στο λεπτό έντερο, προκαλεί απελευθέρωση χολοκυστοκινίνης από τον εντερικό βλεννογόνο. Η χολοκυστονίνη εισέρχεται στη συστηματική κυκλοφορία και, περνώντας από την χοληδόχο κύστη, προκαλεί συστολή ειδικά του μυϊκού χιτώνα της. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η απαιτούμενη ενέργεια για την προώθηση της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο.
2. Όταν συσπάται η χοληδόχος κύστη, προκαλείται μερική χαλάρωση (τουλάχιστον) του σφιγκτήρα του ODDI, ως αποτέλεσμα ενός νευρογενούς ή μυογενούς αντανακλαστικού από την κύστη προς το σφιγκτήρα. Η χάλαση αυτή μπορεί επίσης ως ένα βαθμό να είναι αποτέλεσμα άμεσης ανασταλτικής επίδρασης της χολοκυστονίνης στο σφιγκτήρα του ODDI.
3. Η παρουσία τροφής στο δωδεκαδάκτυλο αυξάνει τον περισταλισμό του τοιχώματός του. Με κάθε περιστατικό κύμα που φτάνει στο σφιγκτήρα του ODDI, ο τελευταίος, μαζί με το γύρω εντερικό τοίχωμα, χαλαρώνει για μια στιγμή εξαιτίας του φαινομένου "της χάλασης πριν από τη σύσπαση", που προηγείται του περισταλτικού κύματος. Αν η χολή που περιέχει ο κοινός χοληδόχος πόρος βρίσκεται κάτω από αρκετή πίεση, με κάθε περισταλτικό κύμα μια μικρή ποσότητά της εκτοξεύεται μέσα στο δωδεκαδάκτυλο.

Συνοπτικά, η χοληδόχος κύστη αδειάζει το απόθεμα συμπυκνωμένης χολής που περιέχει, μέσα στο δωδεκαδάκτυλο, αντιδρώντας κυρίως στο ερέθισμα της χολοκυστοκινίνης. Όταν η τροφή δεν περιέχει λίπος, η χοληδόχος δεν αδειάζει καλά, όταν όμως η ποσότητα του λίπους είναι αρκετή, η κύστη αδειάζει σχεδόν τελείως περίπου σε μια ώρα.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

Ο πρώτος ο οποίος ασχολήθηκε με την παθογένεια της χολο-
λιθίασης είναι ο Παράκελσος το 1.500 μ.Χ., ο οποίος εξέφρασε
την άποψη ότι ο σχηματισμός των χολολίθων οφείλεται σε διατα-
ραχή χημικών οργανικών ουσιών στα χοληφόρα. Η άποψη αυτή πλη-
σιάζει στα σημερινά δεδομένα.

Όπως είναι γνωστό, η χολή που απεκκρίνεται από το ήπαρ
είναι υδατικό διάλυμα, στο οποίο βρίσκονται εν διαλύσει διά-
φορες οργανικές ουσίες. Όμως, τα κύρια συστατικά της χολής
είναι τα χολικά άλατα, τα φωσφολιπίδια και η χοληστερίνη, τα
οποία έχουν ιδιαίτερη σημασία στο σχηματισμό χολολίθων. Η
μεταξύ τους φυσιολογική σχέση είναι χολικά άλατα 72%, φωσφο-
λιπίδια 24% και χοληστερίνη 4%.



Εικ. Σχηματική παράσταση διατομής διαφόρων
ειδών χολολίθων

Οι χολόλιθοι σχηματίζονται από τα παραπάνω συστατικά της
χολής. Βασικά διακρίνουμε 3 τύπους χολολίθων και συγκεκριμένα
τους λίθους από χοληστερίνη, τους λίθους από χολοχρωστίνες και
τους μικτούς, με κύρια διαφορά μεταξύ των στην περιεκτικότητά
τους σε χοληστερίνη, χολοχρωστικές και ασβέστιο. Επειδή το πο-

σοστό στο οποίο απαντούν οι χολόλιθοι από χοληστερίνη είναι πολύ υψηλό, για τις δυτικές χώρες το ποσοστό της χοληστερινικής χολολιθίασης αναβιβάζεται στο 80%, η παθογένεια είναι λογικό να συγκεντρώνεται στην επίλυση της αιτιολογίας αυτής της παθογένειας. Η βασική διαταραχή, η προϋπόθεση για το σχηματισμό χοληστερινικών χολολίθων, είναι η μεταβολή στη χολή των φυσιολογικών σχέσεων μεταξύ χοληστερίνης, φωσφολιπιδίων και χολικών αλάτων, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε στη χολή να υπάρξει περίσσεια χοληστερίνης. Έτσι η χολή μετατρέπεται από ακόρεστο σε χοληστερίνη διάλυμα σε διάλυμα υπερκορεσμένο σε χοληστερίνη ή όπως αλλιώς ονομάζεται, μετατροπή σε λιθογόνο διάλυμα. Αφίζει να σημειωθεί ότι η χοληστερίνη, όπως και τα φωσφολιπίδια, είναι ουσίες αδιάλυτες στο νερό, η διατήρησή τους δε σε διάλυση σε υδατικό διάλυμα, όπως είναι η χολή, επιτυγχάνεται με το σχηματισμό συμπλεγμάτων, των γνωστών μυκιλίων. Ο σχηματισμός των μυκιλίων γίνεται δυνατός, χάρις στις ιδιότητες των χολικών αλάτων και κυρίως χάρις στις υδρόφιλες και υδρόφοβες ομάδες τις οποίες διαθέτουν.

Από τη στιγμή που θα διατηρηθεί η σχέση των συστατικών της χολής, ο σχηματισμός χολολίθων είναι μια διαδικασία που απαιτεί την επίδραση και άλλων παραγόντων, όπως την ύπαρξη πυρήνα από βλεννώδεις και άλλες ουσίες. Για να αναπτυχθεί ο λίθος χρειάζεται ένας πυρήνας γύρω από τον οποίο θα συγκεντρώνουν οι κρύσταλλοι της χοληστερόλης.

Όταν υπάρχει μεγάλος κορεσμός της χολής σε χοληστερόλη, τότε τα ίδια μόρια της χοληστερόλης μπορούν να αποτελέσουν το λιθογόνο πυρήνα, αλλιώς χρειάζεται ένας άλλος λιθογόνος πυρήνας που μπορεί να προέρχεται από διάφορες πηγές. Έτσι, στο κέντρο των χολολίθων (πυρήνας) έχει βρεθεί ότι μπορεί να

είναι μόρια χολερυθρίνης, λιπαρών οξέων, ασβεστίου, λευκωμάτων και βέβαια ξένα σώματα.

Συζητείται ιδιαίτερα η συμβολή της βλέννης που εκκρίνεται από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης στη λιθογένεση. Αυτή η βλέννη μπορεί να χρησιμεύσει είτε σα λιθογόνος πυρήνας, είτε σαν υποδοχή κρυστάλλων χοληστερόλης. Αυτό ενισχύεται και από τα γεγονότα.

- α. Ο τόπος σχηματισμού των χολολίθων είναι συνήθως η χοληδόχος κύστη.
- β. Από ό,τι αποδεικνύεται πειραματικά, στη χολολιθίαση υπάρχει αυξημένη έκκριση βλέννης από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως, πριν το σχηματισμό χολολίθων.

Η συμμετοχή όμως της χοληδόχου κύστεως στη λιθογένεση δεν είναι μόνο η έκκριση της βλέννης. Η φλεγμονή του τοιχώματος του οργάνου φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για το σχηματισμό των χολολίθων. Συγκεκριμένα: Είναι γνωστό ότι ο φυσιολογικός βλεννογόνος της χοληδόχου δεν απορροφά χολικά άλατα, η απορρόφηση των οποίων είναι δυνατή δια του φλεγμαίνοντος βλεννογόνου. Το δίλημμα όμως είναι αν η φλεγμονή του τοιχώματος της κύστεως προηγείται της χολολιθίασης ή ακολουθεί μετά από αυτή. Επιπλέον η κλινική εμπειρία αποδεικνύει την ύπαρξη των χολολιθιασικών χολοκυστίτιδων. Ακόμη, η χοληδόχος κύστη είναι η εστία παραγωγής των περισσότερων λιθογόνων πυρήνων, δηλαδή τοιχωματικών κυττάρων, βακτηριδίων, χολοχρωστικών. Τέλος, η στάση της χολής, μπορεί σε μερικές φορές ατονίας κυρίως να υπάρξει μέσα στην κύστη, ενδέχεται να συμβάλλει στην πρόκληση φλεγμονής και κατ' επέκταση λιθογένεσης.

Για τους χολολίθους από χολοχρωστικές ο μηχανισμός δημιουργίας είναι τελείως διαφορετικός. Σ' αυτούς τους χολολί-

θους το κύριο συστατικό είναι το άλας ασβεστίου της μη συνδεδεμένης χολερυθρίνης και συνεπώς για το σχηματισμό τους απαιτείται χολή υπερκορεσμένη σε έμμεση χολερυθρίνη. Για να γίνει αυτό πρέπει είτε:

- α. Να εκκρίνεται από το ήπαρ προς τη χολή μεγάλη ποσότητα έμμεσης χολερυθρίνης, όπως συμβαίνει στις αιμολυτικές αναιμίες.
- β. να υπάρχει λοίμωξη της χοληδόχου κύστεως με μικροοργανισμούς στους οποίους απαντάται το ένζυμο Β-γλυκουρονιδάση που αποσυνδέει τη διαλυτή στο νερό άμεση χολερυθρίνη, οπότε παράγεται η αδιάλυτη στο νερό έμμεση χολερυθρίνη, η οποία κατακρημνίζεται, μαζί με το ασβέστιο και σχηματίζεται ο χολόλιθος.

Οι λίθοι από χολοχρωστικές είναι κατά συνέπεια, στην πλειονότητά τους, ακτινοσκιεροί, λόγω της απαραίτητης προς τούτο περιεκτικότητας σε ασβέστιο.

Οι αιτίες μεταβολής της χολής σε λιθογόνο είναι πολυάριθμες, γενικά όμως μπορούν να διακριθούν σε δυο κατηγορίες:

- 1.- Σε αιτίες που έχουν σαν επακόλουθο τη διαταραχή του μεταβολισμού ή της έκφωσης της χοληστερίνης ή των χολικών αλάτων ή των φωσφολιπιδίων και ξεχωριστά ή σε συνδυασμό.
- 2.- Σε αιτίες που προκαλούν διαταραχή στη διακίνηση της χολής και ιδιαίτερα στον ενδοηπατικό κύκλο των χολικών αλάτων.

Αυτές οι καταστάσεις μπορούν να προκληθούν από παθήσεις του ήπατος, των εξωηπατικών χοληφόρων οδών ή του εντέρου.

Στην πρώτη κατηγορία υπάγονται περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ελάττωση των φωσφολιπιδίων και των χολικών αλάτων της χολής, δηλαδή ελαττωμένη έκκριση ουσιών που είναι απαραίτητες

για τη διατήρηση της χοληστερίνης εν διαλύσει ή αυξημένη έκκριση χοληστερίνης. Είναι δυνατή επίσης η συνύπαρξη των δυο αυτών διαταραχών, όπως αυτό πιστεύεται ότι συμβαίνει στους Ινδιάνους της Αμερικής, στους οποίους, όπως αναφέρθηκε, το ποσοστό χολολιθίασης είναι πολύ υψηλό.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αφορούν σε περισσότερο γνωστές μας νοσολογικές οντότητες, εμφανίζουν οι αιτίες που μπορούν να επιφέρουν διαταραχή στην εντεροηπατική κυκλοφορία των χολικών αλάτων και επομένως να ευνοήσουν το σχηματισμό χολολίθων, όπως επίσης οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν αυξημένη ηπατική έκκριση χοληστερίνης και ακόμη οι παθήσεις της χοληδόχου κύστης που μπορούν να επηρεάσουν τη σύσταση της χολής.

Η σημαντικότερη πρόοδος των τελευταίων χρόνων, όσον αφορά τη χολολιθίαση, είναι ότι μετά από πολυάριθμες μελέτες και καλύτερη κατανόηση των φυσικοχημικών ιδιοτήτων της χολής, θεωρείται πια αποδεδειγμένο ότι βασική προϋπόθεση για το σχηματισμό χολολίθων είναι η διαταραχή των σχέσεων: χολικά άλατα + φωσφολιπίδια προς χοληστερίνη στη χολή, με την έννοια της περισσειας σε χοληστερίνη.

Η εδραίωση της γνώσης αυτής απετέλεσε και την αφετηρία των πρόσφατων προσπαθειών για τη συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης.

Προδιαθεσικοί παράγοντες :

Λίθοι χοληστερόλης :

1. Ηλικία - φύλο - φυλή. Η παρουσία χολολίθων είναι συχνότερη στις γυναίκες (3:1), στους ηλικιωμένους (περίπου 5 μέχρι

10% του πληθυσμού πάνω από 50 ετών) και στις πολιτείες. Επίσης, υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις διάφορες φυλές.

2. Παχυσαρκία. Συνδέεται με αυξημένη σύνθεση και έκκριση χοληστερόλης.
3. Φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως. Δημιουργεί εστίες από κατεστραμμένα επιθηλιακά κύτταρα, γύρω από τα οποία μπορεί να δημιουργηθούν λίθοι.
4. Κίρρωση του ήπατος. Περίπου 30% των πασχόντων από κίρρωση συμπεριλαμβανομένης και της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης πάσχουν από χολολιθίαση.
5. Εκτομή ειλεού. Λόγω διακοπής της εντεροηπατικής κυκλοφορίας τα χολικά άλατα ελαττώνονται.
6. Φάρμακα:
 - α. Μακρόχρονη θεραπεία με χολεστυραμίνη
 - β. Χορήγηση αντισυλληπτικών
 - γ. Χορήγηση CLOFIBRATE.
7. Καρκίνος χοληδόχου κύστεως
8. Ολική εκτομή των πνευμονογαστρικών
9. Σακχαρώδης διαβήτης
10. Υπερλιπιδαιμία.

Λίθοι χολερυθρίνης:

Αποτελούν περίπου το 27% των αφαιρούμενων με χολοκυστεκτομή χολολίθων. Δεν διαλύονται συντηρητικά. Παρατηρούνται πιο συχνά από τους λίθους χοληστερόλης στις παρακάτω καταστάσεις:

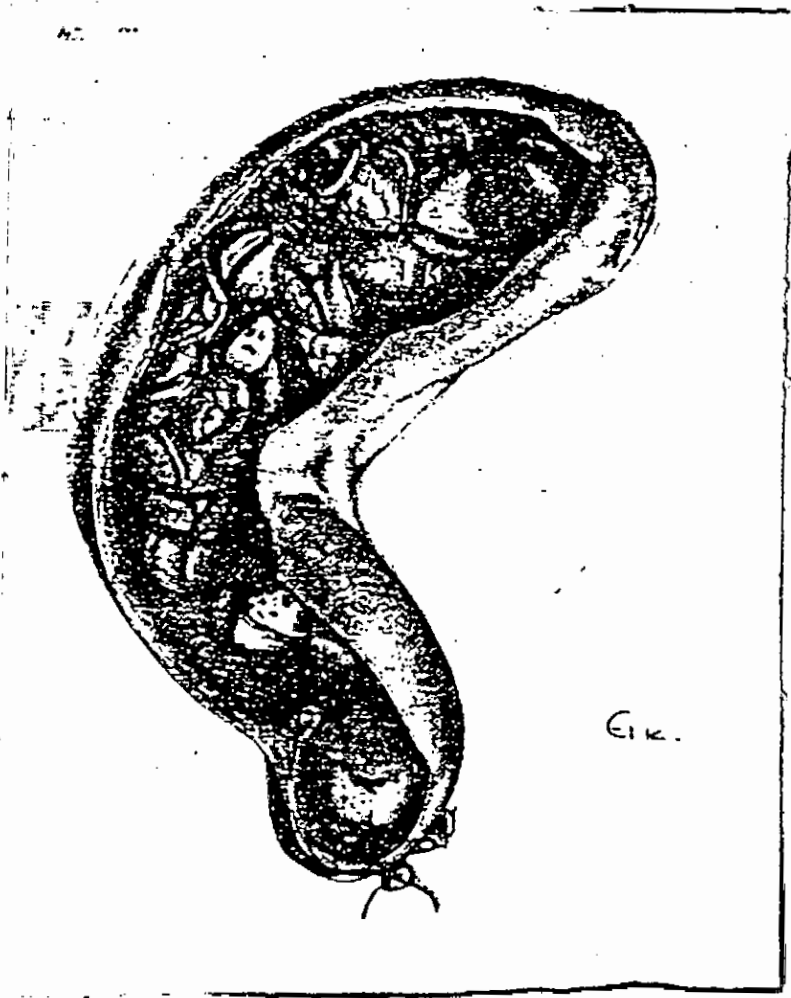
1. Αιμόλυση: (δρεπανοκυτταρική αναιμία - κληρονομική σφαιροκυττάρωση, μηχανική καταστροφή ερυθροκυττάρων, όπως στην

μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία).

2. Κίρρωση ήπατος
3. Φλεγμονές χοληφόρων οδών
4. Απόφραξη ή ανωμαλίες των χοληφόρων οδών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

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



Εικ. Η χοληδόχος κύστη γεμάτη χολολίθους. Σε τέτοιες περιπτώσεις η κλινική εικόνα μπορεί να είναι έντονη ή ανύπαρκτη.

Έπια κολικοειδή άλγη κατά καιρούς στην περιοχή του δεξιού υποχόνδριου ή ακόμη εντονώτερη συμπτωματολογία πόνου (κολικός) ύστερα από τη λήψη πλούσιων σε λίπος γευμάτων είναι ενδεικτικά ύπαρξης χολολιθίασης.

Η αιφνίδια απόφραξη του κυστικού πόρου ή του κοινού ηπατικού πόρου από λίθους οδηγεί σε πόνο, που ονομάζεται παραδοσιακά "κωλικός" του ήπατος. Το πρότυπο του κωλικού του ήπατος διαφέρει από τους παροξυσμούς πόνου που προκαλούνται από βίαιη περίσταση του εντέρου. Ο κωλικός από το έντερο φτάνει σε εναγώνια κορύφωση και στη συνέχεια η έντασή του μειώνεται, για να επανέλθει μέσα σε χρονικό διάστημα 5-10 λεπτών. Αντίθετα, ο κωλικός του ήπατος αρχίζει απότομα και φτάνει σε επίπεδο μέγιστης έντασης που μπορεί να διαρκέσει ώρες. Αν ένας λίθος του κυστικού πόρου επανέλθει στη χοληδόχο κύστη ή ένας αποφρακτικός λίθος περάσει, η κρίση μειώνεται τόσο ξαφνικά όσο άρχισε, αφήνοντας υπολειμματικό πόνο. Ο πόνος δεν εντείνεται από την κίνηση.

Το συνηθέστερο αίτιο του κωλικού του ήπατος είναι χολόλιθος που ενσφηνώνεται ξαφνικά στον κυστικό πόρο. Ο πόνος περιγράφεται σαν βαρύ αλγεινό αίσθημα πίεσης που εντοπίζεται αρχικά στο επιγάστριο ή στο δεξιό υποχόνδριο. Μπορεί να αντανακλάται στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο στο κάτω άκρο της δεξιάς ωμοπλάτης στη μέση της ράχης ή στην κορυφή του δεξιού ώμου δια μέσου του φρενικού νεύρου. Έμετος εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό κρίσεων. Ο πόνος σπάνια μπορεί να αρχίσει υποστερνικά, έτσι που να μοιάζει με πόνο από το μυοκάρδιο. Πολλές φορές παρατηρούνται Η.Κ.Γ. διαταραχές, λόγω του αντανακλαστικού σπασμού των στεφανιαίων αγγείων, οπότε τίθεται πρόβλημα διαφοροδιάγνωσης από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η απόλυτα ασυμπτωματική χολολιθίαση είναι πράγματι σπάνιο φαινόμενο και αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια διαγνωστικής διερεύνησης του ασθενή για κάποιο άλλο λόγο. Πάντως, είναι αρκετά υπολογίσιμο το ποσοστό ($\approx 20\%$) των ασθε-

νών με πολύ ήμπια σημειολογία, η οποία πολλές φορές και δεν εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο, αλλά στο επιγάστριο ή στην οσφύ ή είναι αρκετά ασαφής, όπως μόνο έμετοι κατά καιρούς, ή καυστικό αίσθημα στο επιγάστριο. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που με βάση τη σημειολογία αυτή "θεραπεύονται" ασθενείς, για χρόνια, για γαστρίτιδα ή για κολίτιδα, ώσπου μια επιπλοκή (χολοκυστίτιδα) ή ένας κωλικός θα δώσει την πρώτη διαγνωστική κατεύθυνση προς τη χολολιθίαση.

Εξάλλου, η χολολιθίαση είναι δυνατό να συνυπάρχει και με άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως η διαφραγματοκήλη, εκκολπωματώση του παχέως εντέρου, έλκος του δωδεκαδακτύλου, νεοπλασμάτα του πεπτικού σωλήνα, διάφορες παθήσεις του ήπατος και του παγκρέατος με εντονώτερη σημειολογία, η οποία και έλκει το ενδιαφέρον του ιατρού, με αποτέλεσμα να παραβλέπεται η χολολιθίαση. Σύμφωνα με εμπειρία του κ. Φωτόπουλου από το Αρεταίειο, στο 1% των περιπτώσεων των λαπαροτομιών για κάποιον άλλο συγκεκριμένο λόγο, αποτελεί εγχειρητικό συνεύρημα η χολολιθίαση, χωρίς να υπάρχει προεγχειρητικά κάποια ένδειξη ή κάποιο διαγνωστικό εύρημα με βάση το οποίο θα μπορούσε ο γιατρός να υποπτευθεί χολολιθίαση.

Συνοψίζοντας για την κλινική εικόνα της χολολιθίασης, αναφέρονται τα παρακάτω συμπτώματα:

- α. Ήπιος κατά καιρούς πόνος στο δεξιό υποχόνδριο
- β. Νιγμώδη άλγη στο δεξιό υποχόνδριο
- γ. Κωλικός του δεξιού υποχόνδριου
- δ. Βάρος στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο, ή στην οσφύ.
- ε. Τάση για έμετο ή και έμετοι.
- στ. Καύσος στο επιγάστριο
- ζ. Δυσκοιλιότητα

η. Ρεψίματα

θ. Ανύπαρκτη συμπτωματολογία.

Τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης των χολολιθιασικών ασθενών εξαρτώνται από το βαθμό των ενοχλημάτων και από τη συνύπαρξη επιπλοκών ή άλλης ενδοπεριτοναϊκής πάθησης.

Το κλασσικό σημείο MURPHY (πρόκληση πόνου κάτω από τη μεσότητα του δεξιού πλευρικού τόξου και σταμάτημα της αναπνοής όταν ο ιατρός πιέσει με τις ράγες των δακτύλων του ενός χεριού του στο σημείο αυτό και ταυτόχρονα να παραγγείλει στον άρρωστο να πάρει βαθειά εισπνοή) υπάρχει και στη χολολιθίαση, ενώ είναι πιο έντονο όταν έχουμε οξεία χολοκυστίτιδα.

Σε μερικές περιπτώσεις, εφόσον η χοληδόχος κύστη διαταθεί, είναι δυνατό αυτή να ψηλαφείται, οπότε αυτό αποτελεί παθολόγο εύρημα που χρειάζεται διερεύνηση. Είναι δυνατό εξάλλου σε υπάρχουσα χολολιθίαση να υπάρχει διόγκωση του ήπατος ψηλαφούμενη, που μπορεί να έχει σχέση ή όχι με τη χολολιθίαση, οπότε δεν έχει διαγνωστική αξία γι' αυτή τη νόσο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ

Η διαγνωστική τεκμηρίωση της χολολιθίασης γίνεται κατά πρώτο λόγο με το υπερηχογράφημα και κατά δεύτερο λόγο με τη διαστοματική ή ενδοφλέβια χολοκυστογραφία. Η ακρίβεια της ηλεκτρονικής - υπολογιστικής τομογραφίας στη διάγνωση της χολολιθίασης υπολείπεται εκείνης του υπερηχογραφήματος, πολλές φορές όμως, με την εξέταση αυτή που θα γίνει για κάποιο άλλο λόγο, αποδεικνύεται σαν παρεύρημα η χολολιθίαση.

Ο βιοχημικός έλεγχος αίματος - ούρων - κοπράνων δεν παρέχει παθογνωμικά κατατοπιστικά στοιχεία για τη διάγνωση της απλής χολολιθίασης, είναι όμως απαραίτητος για τη γενική εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών και την πιθανή αναζήτηση άλλων παθήσεων.

Σ' ένα ποσοστό 2-3% αυτών που έχουν τυπική σημειολογία, από το δεξιό υποχόνδριο με επεισόδια κωλικών και ενδεχομένως ικτέρων ή υποϊκτέρων και που η συνήθης διαγνωστική μελέτη δεν μπορεί να αποδείξει την ύπαρξη χολολιθίασης, αλλά αντίθετα αρκετά συχνά αποδεικνύονται με το υπερηχογράφημα ή την χολοκυστογραφία, φυσιολογικά εξωηπατικά χοληφόρα (κύστη, πόρος).

Ένα τεστ που μπορεί να γίνει στις περιπτώσεις αυτές είναι η αναζήτηση μικροσκοπικών κρυστάλλων χοληστερόλης σε δείγμα χολής που μπορεί να ληφθεί με ρινο-γαστρικο-δωδεκαδακτυλικό καθετήρα από τη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Η ύπαρξη κρυστάλλων χοληστερόλης στη χολή αποτελεί ένδειξη ύπαρξης λιθογόνου χολής και το γεγονός αυτό, όταν συνδυαστεί με την έντονη συνήθως κλινική εικόνα, ενισχύει την πιθανότητα ύπαρξης χολοκυστοπάθειας και μικρών λίθων, στους οποίους οφείλεται η σημειολογία.

Η έκκριση λιθογόνου χολής δεν σημαίνει απαραίτητα και το σχηματισμό χολολίθων, η τυπική όμως κλινική εικόνα, αφού βέβαια έχουν αποκλεισθεί οι άλλες παθήσεις με σημειολογία από το δεξιό υποχόνδριο, είναι που μπορεί να δώσει σημασία στο γεγονός.

Ακτινολογικός διαγνωστικός έλεγχος χολολιθίασης

Η ακτινολογία, με το σημερινό φάσμα των δυνατοτήτων της, φέρει το κύριο βάρος της μελέτης των παθήσεων των χοληφόρων και συμβάλλει τόσο στην προεγχειρητική διάγνωση όσο και στη μετεγχειρητική αξιολόγηση της κατάστασης.

α. Απλή ακτινογραφία

Είναι γνωστό ότι η πρώτη ακτινολογική εξέταση, η οποία πρέπει να γίνει σε κάθε οξύ κοιλιακό σύνδρομο, είναι η απλή ακτινογραφία κοιλίας, η οποία στην περίπτωση οξείας σημειολογίας από το δεξιό υποχόνδριο πρέπει να είναι απλή ακτινογραφία της περιοχής.

Σε ποσοστό 15% των χολολιθιάσεων, η απλή ακτινογραφία μπορεί να αποδείξει την ύπαρξη ακτινοσκιερών λίθων. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι η απλή ακτινογραφία είναι εξέταση απλή, αναίμακτη, τελείως ακίνδυνη, και επιπλέον ότι, αξιολογώντας τα θετικά σημεία της χολολιθίασης, έχεις εντοπίσει τη νόσο, ενώ σε περιπτώσεις που τα αποτελέσματα της ακτινογραφίας είναι αρνητικά, συνεχίζεται ο έλεγχος με άλλες εξετάσεις.



Εικ. Απλή ακτινογραφία. Στη χοληδόχο κύστη εμφανίζονται πολλαπλοί μικροί ακτινοσκιεροί χολόλιθοι.

β. Από του στόματος Χολοκυστογραφία

Κατά την εξέταση αυτή αποσκοπείται η διάγνωση της χολολιθίασης με τη σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστεως με ειδική ακτινοσκιερή ουσία, η οποία χορηγείται από το στόμα. Συγκεκριμένα, χορηγείται από το στόμα μια ποσότητα ΙΟΡΑΝΟΙC ΑCΙD ή SODIUM ΡΟDΑΤΕ, με τη μορφή δισκίων, η οποία στη συνέχεια απορροφάται από το λεπτό και παχύ έντερο. Η ουσία μπαίνει στην κυκλοφορία, συνδέεται με τη λευκωματίνη του ορού, προσλαμβάνεται από το ήπαρ και αποβάλλεται με τη χολή με αποτέλεσμα να συγκεντρώνεται στη χοληδόχο κύστη, όπου συμπυκνώνεται με την απορρόφηση ύδατος από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως και δίνει σκιαγράφιση του οργάνου.

Για τη λήψη των ακτινολογικών απεικονίσεων της σκιαγραφημένης χοληδόχου κύστης λαμβάνονται ακτινογραφίες του δεξιού υποχονδρίου 12 ώρες μετά τη λήψη του σκιαγραφικού υλικού από του στόματος.

Μη σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης με τη μέθοδο αυτή μπορεί να σημαίνει:

1. Απόφραξη του κυστικού πόρου και συνεπώς χειρουργική πάθηση της χοληδόχου.
2. Διαταραχή στην απορρόφηση από το έντερο της σκιεράς ουσίας (συχνά εντοπίζονται στο έντερο τα ακτινοσκιερά δισκία).
3. Διαταραχή της απέκκρισης της σκιεράς ουσίας από το ήπαρ.
4. Διαταραχή στην απορρόφηση του ύδατος από το τοίχωμα της κύστης και συνεπώς στη μη συμπύκνωση της σκιεράς ουσίας μέσα σ' αυτή.

Η μέθοδος αυτή είναι εύκολη και σχετικά ακριβής. Φαίνεται ότι συνοδεύεται από αρκετά αμφιλεγόμενα σημεία και ερωτηματικά, που έχουν αντίκτυπο στην αξιοπιστία της. Τα αδιευκρίνιστα θέματα σχετίζονται: α) με τη μεθόδευση της λήψης του ακτινοσκιερού υλικού, β) με το χρονικό διάστημα που πρέπει να μεσολαβήσει από της διαστοματικής λήψης των ακτινοσκιερών δισκίων μέχρι της λήψης των ακτινογραφιών, γ) με τη λήψη πλούσιας ή φτωχής σε λίπος δίαιτας κατά τη διάρκεια της εξέτασης για την αξιολόγηση της σύσπασης της χοληδόχου κύστης. Διαφωνία υπάρχει ακόμη και ως προς την ευαισθησία της μεθόδου στην ανάδειξη της χολολιθίασης. Έτσι, κατ' άλλους η χολολιθίαση αποκαλύπτεται με την PEROS χολοκυστογραφία στο 98% των περιπτώσεων, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι θετικά αποτελέσματα έχουμε μόνο στο 85-90% των περιπτώσεων.

Στα προβλήματα αξιοπιστίας και τεχνικών δυσχερειών της

μεθόδου προστίθενται και η αδυναμία χρησιμοποίησής της σε οξείες περιπτώσεις, καθώς και σε κάθε επείγουσα κατάσταση που χρειάζεται να ξέρουμε επειγόντως αν πρόκειται για χολολιθίαση ή όχι.



Εικ. PECOS Χολοκυστογραφία. Η χοληδόχος κύστη απεικονίζεται με διαύγηση που συνοδεύεται με σκίαση, στο βέλος. Έτσι, απεικονίζεται ο χολόλιθος, με χαρακτηριστική σκιά ή ευδιάκριτο διαυγαστικό έλλειμμα.

Σε ύπαρξη χολολιθίασης και κανονικής σκιαγράφησης με τη μέθοδο αυτή της χοληδόχου κύστης χολόλιθοι φαίνονται μέσα στη

χοληδόχο σαν σκιαγραφικά ελλείμματα και βεβαίως η μέθοδος, όταν είναι θετική, αποτελεί μια σοβαρή τεκμηρίωση της πάθησης. Η σκιαγράφιση του χοληδόχου πόρου με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατή, αλλά σπάνια, και επιτυγχάνεται στη β' φάση της εξέτασης όπου, με λήψη χοληστερινικού γεύματος (αυγά) ή τη χορήγηση χολοκυστοκινίνης, προκαλείται σύσπαση της χοληδόχου κύστης και προώθηση της σκιεράς ουσίας προς το χοληδόχο πόρο και το δωδεκαδάκτυλο.

γ. Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία ή χολαγγειοκυστογραφία

Η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία παριστά τη μέθοδο της σκιαγραφικής απεικόνισης των εξωηπατικών χοληφόρων ύστερα από ενδοφλέβια χορήγηση της σκιεράς ουσίας. Το ενδοφλεβίως χορηγούμενο σκιερό υλικό προσλαμβάνεται από το ήπαρ, αποβάλλεται από τα χοληφόρα και δίνει σε χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από 15 λεπτά μέχρι 2 ώρες σκιαγράφιση του εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος και, ίσως καλύτερα, των χολαγγείων και της χοληδόχου κύστης.

Οι λήψεις αρχίζουν με την ολοκλήρωση της έγχυσης του φαρμάκου και επαναλαμβάνονται ανά 10-15 λεπτά σε θέση πρηνή και οπισθοπρόσθια φορά της ακτινικής δέσμης. Συχνά απαιτούνται τομογραφίες για καλύτερη διερεύνηση των πόρων και για αποφυγή συμπροσβολής με άλλα μόρια, όπως το περιεχόμενο του εντέρου. Για την απεικόνιση της χοληδόχου κύστης χρειάζονται καθυστερημένες λήψεις 1-3 ώρες μετά την έγχυση του σκιαγραφικού.

Κατά τη διάρκεια της χολοκυστεκτομής συχνά χρειάζεται διερεύνηση των κύριων πόρων, ώστε ο χειρουργός να είναι βέβαιος ότι κλείνοντας την τομή του δεν αφήνει λίθους μέσα στους πόρους. Η ακτινολογική αυτή εξέταση γίνεται στο χειρουργικό

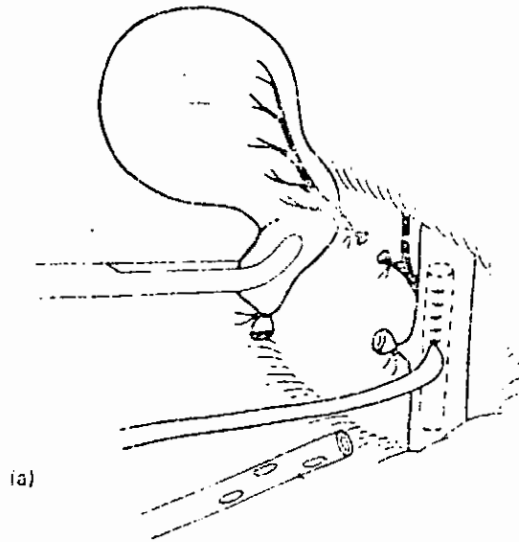
τραπέζι με εισαγωγή σκιερής ουσίας που γίνεται από σωλήνα που τοποθετείται για αυτό το σκοπό και ονομάζεται εγχειρητική χολαγγειογραφία.

Μετά τη χολακυστεκτομή, στις περιπτώσεις που υπάρχει διασωλήνωση του ηπατικού και του χοληδόχου πόρου με σωλήνα KEHR (T-TUBE), συχνά εκτελείται άμεση χολαγγειογραφία. Η εισαγωγή της σκιερής ουσίας γίνεται από το σωλήνα, οπότε σκιαγράφονται καλά οι πόροι, ακόμη και οι μικρότεροι ενδοηπατικοί κλάδοι και διαπιστώνεται η καλή ή όχι μορφολογία και τοπογραφία τους και η ελεύθερη διαβατότητά τους.

Σοβαρό μειονέκτημα της ενδοφλέβιας χολαγγειογραφίας είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις που μπορεί να προκαλέσει και οι οποίες σχετίζονται οπωσδήποτε με μια υπολογίσιμη νοσηρότητα και ίσως θνητότητα που καθιστά τη μέθοδο όχι άμοιρη κινδύνων. Σε στατιστική του Αρεταίειου Νοσοκομείου Αθηνών (1982, Νικολαΐδης) από 200 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοφλέβια χολαγγειογραφία κατά την τελευταία τριετία παρουσίασαν κάποια μικρή (αίσθημα θερμότητας, τάση για εμετό - φτέρνισμα, κνησμό, εξάνθημα) ή μεγάλη (βρογχοσπασμό, δύσπνοια, καρδιακή ανακοπή) αλλεργική αντίδραση 21 συνολικά ασθενείς με μηδενική θνησιμότητα. Η πιθανότητα για ανάπτυξη αλλεργικής αντίδρασης είναι σαφέστατα μικρότερη, όταν το σκιαγραφικό υλικό χορηγείται σε αργή συνεχή - στάγδην έγχυση.

Τονίζεται ότι τόσο η PEROS όσο και η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία παριστούν μεθόδους μελέτης ανικτερικού ασθενή και είναι γεγονός ότι με τις μεθόδους αυτές είναι αδύνατη η διαγνωστική σκιαγράφιση του χοληφόρου συστήματος όταν η ολική χολερυθρίνη στον ορό του πάσχοντος είναι μεγαλύτερη των 5,5 έως 9%. Αναφορικά με το θέμα επιλογής μεταξύ της PEROS χολοκυστογραφίας και

της ενδοφλέβιας χολαγγειογραφίας πιστεύεται ότι:



Εικ. Τελικό στάδιο χολοκυστεκτομής. Ο χοληδόχος πόρος παρασκευασμένος για διεγχειρητική χολαγγειογραφία.

1. Η από του στόματος χολοκυστογραφία απεικονίζει καλύτερα τη χοληδόχο κύστη, ενώ η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία του χοληδόχου πόρου.
2. Η από του στόματος χολοκυστογραφία είναι απλούστερη και με λιγότερες επιπλοκές.
3. Οι δυο εξετάσεις θεωρούνται ότι συμπληρώνουν η μια την άλλη όταν το απαιτούν οι κλινικές ενδείξεις.

δ. Υπερηχογράφημα

Η απεικόνιση ηχητικών αντανακλάσεων των διαφόρων οργάνων και των παθολογικών τους εξεργασιών και ειδικά για τα χοληφόρα έχει υψηλή διαγνωστική αξία.

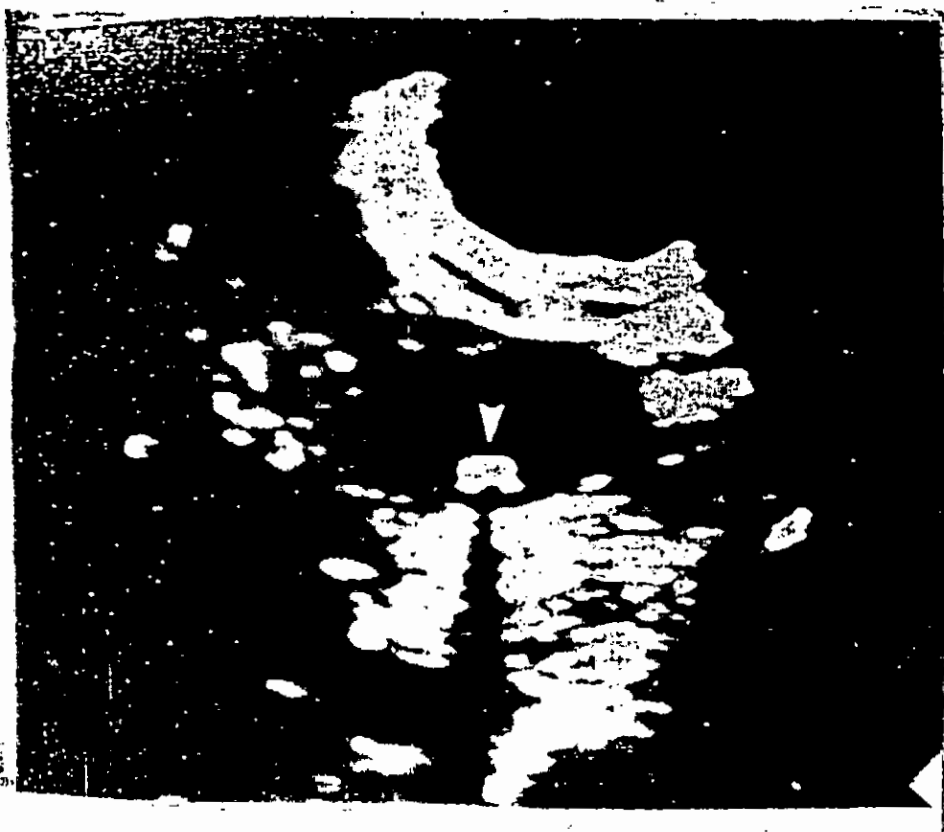
Το υπερηχογράφημα αποτελεί την εξέταση πρώτης εκλογής για τις περιπτώσεις της λιθίασης της χοληδόχου κύστης.

Η φυσιολογική χοληδόχος κύστη απεικονίζεται σαν μια "διαυ-

γαστρική περιοχή" πίσω από τη σκιά του δεξιού λοβού του ήπατος. Η φυσιολογική χοληδόχος κύστη είναι δυνατό να απεικονισθεί στο 95% των νηστικών ατόμων.

Βασικές προϋποθέσεις για τη διαγνωστική αξιοπιστία του υπερηχογραφήματος είναι η ύπαρξη καλού υπερηχογράφου και ειδικευμένου γιατρού στο χειρισμό του μηχανήματος και στην ερμηνεία των εικόνων που λαμβάνονται. Η υπερηχογραφική εξέταση δεν είναι δυνατή σε πεδία με πρόσφατο εγχειρητικό τραύμα, καθώς και όπου υπάρχουν μεταλλικά CLIPS, λόγω των ισχυρών ηχητικών αντανακλάσεων που προκαλούνται.

Στη χολολιθίαση η μέθοδος τεκμηριώνει με επιτυχία τη νόσο στο 92-96% των περιπτώσεων, εφόσον η διάμετρος των λίθων είναι μεγαλύτερη των 3 MM. Η εικόνα του υπερηχογραφήματος στη χολολιθίαση είναι σαφής. Απεικονίζεται η χοληδόχος κύστη και μέσα σ' αυτή οι λίθοι ως σωματίδια που αντανακλούν τον ήχο.



Εικ. Στο βέλος είναι χολόλιθος με την τυπική τριγωνική σκιά. Αυτή είναι η τυπική εικόνα του υπερηχογραφήματος.

Σε σύγκριση με την από του στόματος χολοκυστογραφία το υπερηχογράφημα εκτός από τη μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια έχει και άλλα πλεονεκτήματα. Συγκεκριμένα, το υπερηχογράφημα δεν χρειάζεται προετοιμασία, χρειάζεται λιγότερο χρόνο για να γίνει, ο ασθενής δεν εκτίθεται στην ακτινοβολία της χολοκυστογραφίας, καθώς και στους κινδύνους των αλλεργικών αντιδράσεων, μπορεί να γίνει σε επείγουσες περιπτώσεις και δεν εξαρτάται από απορροφήσεις φαρμάκων, επίπεδο χολερυθρίνης, ηπατική λειτουργία κ.λ.π., ενώ ταυτόχρονα μπορεί να ελέγξει και τα παρακείμενα όργανα, ήπαρ και πάγκρεας. Για τους λόγους αυτούς, σε ορισμένα νοσοκομεία τείνει να καταργηθεί η από του στόματος χολοκυστογραφία για τη διαγνωστική διερεύνηση της χολολιθίασης.

ε. Αξονική τομογραφία - Υπολογιστική

Η ηλεκτρονική υπολογιστική αξονική τομογραφία αποτελεί την επανάσταση στην ακτινολογία της τελευταίας 10ετίας και οπωσδήποτε έχει την εφαρμογή της και στην περιοχή των χοληφόρων. Η κύρια ένδειξή της στα χοληφόρα είναι ο ίκτερος και η διαγνωστική διερεύνησή του όπου η συμβατική ακτινολογία ανεπαρκεί.

Στη λιθίαση της χοληδόχου κύστης η αξονική τομογραφία υστερεί σε ακρίβεια σε σύγκριση με το υπερηχογράφημα και συνυπολογίζοντας το κόστος της εξέτασης πρέπει να πούμε ότι η χρησιμότητα της αξονικής τομογραφίας για τη διάγνωση της χολολιθίασης είναι περιορισμένη σε αντίθεση με τη χοληδοχολιθίαση όπου το υπερηχογράφημα κρίνεται ανεπαρκές ως προς την αξονική τομογραφία, η οποία αποδεικνύει την ύπαρξη των χοληδοχολιθίων στο 50% των περιπτώσεων.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι σημαντικότερες επιπλοκές των χολολίθων είναι οξεία και χρόνια χολοκυστίτιδα, χοληδοχολιθίαση, παγκρεατίτιδα. Λιγότερο συνηθισμένες επιπλοκές είναι η χολαγγειΐτιδα, τα ηπατικά αποστήματα, η χολική κίρρωση, το εμπύημα, τα συρίγγια προς τα γειτονικά σπλάχνα και ο ειλεός από χολολίθους.

α. Οξεία χολοκυστίτιδα

Συσχετίζεται με ενσφήνωση χολολίθου στον κυστικό πόρο σε ποσοστό 90% με 95% των περιπτώσεων. Η ξαφνική διάταση της χοληδόχου κύστης περιορίζει την αιμάτωση και την αποχέτευση της λέμφου και τα βακτηρίδια που βρίσκονται κανονικά μέσα στη χοληδόχο κύστη που περιέχει λίθους πολλαπλασιάζονται. Ποσοστό 5% του συνόλου των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας δεν συσχετίζονται με την παρουσία χολολίθων.

Συμπτώματα: Ο έντονος πόνος στο άνω δεξιό τεταρτημόριο, η ναυτία, ο έμετος, ο πυρετός και ελάχιστος ίκτερος, είναι ενδείξεις για τη διάγνωση. Εντούτοις, ο πόνος μπορεί να είναι πιο ήπιος, αισθητός μόνο σαν επιγαστρική δυσφορία και συχνά ανακουφίζεται με τον έμετο. Αν ο πόνος επεκτείνεται στον ώμο και την περιοχή κάτω από την ωμοπλάτη η διάγνωση ενισχύεται. Πυρετός παρατηρείται σε περισσότερους από τα δυο τρίτα των ασθενών. Στα τοπικά σημεία περιλαμβάνονται μυική προφύλαξη ή ευαισθησία στην περιοχή της χοληδόχου κύστης, με δυσφορία κατά την πρώτη επίκρουση πάνω από το ήπαρ. Ευαίσθητη μάζα, που περιλαμβάνει την εξοιδημένη χοληδόχο κύστη και το προσκολλημένο επίπλουν ψηλαφείται σε ποσοστό περίπου 50%

των περιπτώσεων.

Εργαστηριακά - ακτινογραφίες: Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων είναι αυξημένος σε ευρύ πλαίσιο, ανάλογα με τη φλεγμονώδη αντίδραση. Συχνά ανευρίσκεται υπερχολερυθριναιμία, αυξημένη δραστηριότητα της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού και κατακράτηση της BSP. Η γλουταμίνη τρανσαμινάση και η δραστηριότητα της γαλακτικής δενδρογενάσης του ορού είναι μερικές φορές αυξημένες. Εκσεσημασμένη παροδική αύξηση και των δυο ενζύμων παρέχει την ένδειξη για την παρουσία λίθων μέσα στον κοινό ηπατικό πόρο. Η χολοκυστογραφία PEROS έχει ελάχιστη διαγνωστική αξία, κατά τη διάρκεια της οξείας κρίσης. Η ενδοφλέβια χολοαγγειογραφία έχει χρησιμοποιηθεί για τη διαφοροποίηση μεταξύ της οξείας χολοκυστίτιδας και της παγκρεατίτιδας.

Πορεία: Ποσοστό περίπου 75% από τους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα εμφανίζουν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων μέσα σε μια ως τέσσερες μέρες με συντηρητική θεραπεία. Ασθενείς με μόνο τοπική ένδειξη χολοκυστίτιδας μπορεί να νοσηλευθούν στο σπίτι, με κατάκλιση και κατάλληλα αναλγητικά, περιμένοντας την ακτινολογική εξέταση των χοληφόρων και της γαστρεντερικής οδού. Για εκείνους που εμφανίζουν σημεία συστηματικής τοξικότητας θα απαιτηθεί νοσηλεία σε νοσοκομείο και εντατική θεραπεία με υγρά και αντιβιοτικά. Σε ποσοστό 25% η τοξιναιμία είναι παρούσα, απαιτείται δε επείγουσα χειρουργική επέμβαση για την πρόληψη μοιραίων επιπλοκών (γάγγραινας, διάτρησης, εμπυήματος, παγκρεατίτιδας και χολαγγειίτιδας). Στον ηλικιωμένο ασθενή η χολοκυστίτιδα είναι εξαιρετικά επικίνδυνη νόσος, γιατί πυρετός και λευκοκυττάρωση μπορούν να εμφανισθούν με ελάχιστες κλινικές ή χημικές ενδείξεις

νόσου της χοληδόχου κύστεως.

β. Χρόνια χολοκυστίτιδα

Επανελημμένες κρίσεις ελαφράς μέχρι και βαρείας οξείας χολοκυστίτιδας αξίζει να διαγνωσθούν κλινικά ως χρόνια χολοκυστίτιδα. Παθολογοανατομικά ο βλεννογόνος και οι λείες μυϊκές ίνες της χοληδόχου κύστης αντικαθίστανται εν μέρει από ινώδη ιστό, βιοχημικά δε η ικανότητα συμπύκνωσης της χολής είναι ελαττωματική.

Τα συμπτώματα μοιάζουν με την οξεία μορφή και κυμαίνονται από κωλικό του ήπατος μέχρι λανθάνοντα πόνο στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλίας και το υπογάστριο. Χαμηλός πυρετός και υπερχολερουθριναιμία είναι συνηθισμένα.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την αποτυχία της χοληδόχου κύστης να αδιαφανοποιηθεί μετά από δυο δόσεις ακτινοσκιερούς ουσίας. Κατά την εγχείρηση ποσοστό 95% αυτών των χοληδόχων κύστεων ανευρίσκονται σκληρωτικές και περιέχουν λίθους.

Η χολοκυστεκτομή θα επιφέρει ίαση στους 9 από τους 10 ασθενείς με την κλινική αυτή εικόνα. Ασθενείς με χρόνια, άριστο, κοιλιακό πόνο και δυσπεπτικά συμπτώματα, συχνά πιστεύεται ότι έχουν χρόνια χολοκυστίτιδα παρά τις ακτινογραφικές ενδείξεις φυσιολογικής λειτουργίας της χοληδόχου κύστης. Τα δείγματα που λαμβάνονται με την εγχείρηση μπορεί να εμφανίσουν ελάχιστες ανωμαλίες του βλεννογόνου, οι ασθενείς όμως δεν ανακουφίζονται συνήθως από τα συμπτώματά τους.

γ. Χοληδοχολιθίαση

Οι λίθοι φτάνουν συνήθως στους χοληφόρους πόρους με εκβολή από τη χοληδόχο κύστη. Το όργανο αυτό μπορεί να αναπτύξει εντυπωσιακή ισχύ, ακόμα και σε παρουσία νόσου. Έτσι, λίθοι που έχει δειχθεί ακτινογραφικά ότι γεμίζουν τη χοληδόχο κύστη, τον κυστικό και τον κοινό ηπατικό πόρο, έχει καταδειχτεί ότι είναι εντελώς μετατοπισμένοι από το χοληφόρο δένδρο μετά τυπική προσβολή κωλικού ήπατος. Η συχνότητα ανεύρεσης λίθων στον κοινό ηπατικό πόρο κατά τη συνήθη χολοκυστεκτομή, χωρίς να υπήρχε νωρίτερα υπόνοια για την παρουσία τους, είναι 6-26%, το ποσοστό δε αυτό αυξάνεται με την ηλικία. Λίθοι του κοινού ηπατικού πόρου μπορεί να εμφανιστούν χωρίς να υπάρχουν συγχρόνως λίθοι στη χοληδόχο κύστη ή μπορεί να εμφανιστούν χρόνια μετά τη χολοκυστεκτομή. Οι λίθοι αυτοί εμφανίζονται εξαιτίας στάσεως ή λοιμώξεως και μπορεί να σχηματιστούν στους ηπατικούς πόρους.

Συμπτώματα: Τα συμπτώματα της χοληδοχολιθίασης είναι πόνος, ίκτερος, πυρετός και ρίγη. Ο πόνος είναι σταθερός, εντοπίζεται στο επιγάστριο, συχνά επεκτείνεται στη ράχη και στο δεξιό υποχόνδριο και συνεχίζεται με εμετό. Λίθοι του κοινού ηπατικού πόρου σπάνια προκαλούν επίμονη απόφραξη, ο ίκτερος είναι συνήθως παροδικός και ελαφρύς και συχνά δεν εμφανίζεται. Τόσο στο 20% των ασθενών με χοληδοχολιθίαση δεν έχουν πόνο και 25% δεν έχουν σημεία ικτέρου. Πυρετοί με εξάρσεις υποδηλώνουν την παρουσία χολαγγειίτιδας.

δ. Ειλεός από χολόλιθους

Η απόφραξη του εντέρου από χολόλιθο αποτελεί σπάνια επι-

πλοκή της χολολιθίασης και αντιστοιχεί σε ποσοστό 2% του συνόλου των αποφράξεων του λεπτού εντέρου. Ο λίθος ευρίσκεται συνήθως στο κάτω άκρο του ειλεού, που αποτελεί το στενότερο τμήμα του φυσιολογικού εντέρου, λίθοι όμως μπορούν να ενσφηνωθούν στον πυλωρό, στο δωδεκαδάκτυλο, στη νηστίδα ή στο παχύ έντερο. Η παθοφυσιολογία στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνει επανειλημμένα επεισόδια οξείας χολοκυστίτιδας, δημιουργία συμφύσεων με προσκείμενα κοίλα σπλάχνα και το άνοιγμα του χολοκυστοεντερικού συριγγίου. Τα περισσότερα συρίγγια εμφανίζονται μεταξύ της χοληδόχου κύστεως και του δωδεκαδακτύλου, επικοινωνίες όμως μπορεί να εμφανιστούν και προς το στόμαχο και το παχύ έντερο. Λίθοι διαμέτρου κάτω των 3 εκ. συνήθως διέρχονται αυτόματα από το έντερο.

Ο ειλεός από χολολίθους είναι νόσος των ηλικιωμένων. Τα πρώτα συμπτώματα μπορεί να είναι αόριστα και παροδικά εξαιτίας της διαλείπουσας απόφραξης, συχνά υπάρχει καθυστέρηση πριν εκτιμηθεί το επείγον της κατάστασης. Η μέση θνησιμότητα είναι 30%. Χρήσιμο για τη διάγνωση του ειλεού από χολολίθους είναι ιστορικό χολοκυστίτιδας, ανώμαλων ακτινογραφιών που δείχνουν εντερική απόφραξη με ακτινοορατή πύκνωση στην κάτω κοιλία ή ακτινογραφική ένδειξη για μεταβαλλόμενο επίπεδο απόφραξης. Η σκιαγράφιση του χοληφόρου δένδρου με αέρα, σε απουσία προηγούμενης χειρουργικής θεραπείας των χοληφόρων, είναι σχεδόν παθognωμική του χολοκυστοεντερικού συριγγίου. Η προσεκτική χειρουργική διερεύνηση είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό της παρουσίας πρόσθετων λίθων. Το ποσοστό υποτροπής ειλεού από χολολίθους είναι 10-15%.

ε. Υδρωπας- Εμπύημα - Απόστημα

Η ενσφήνωση χολολίθου στον κυστικό πόρο θα προκαλέσει ύδρωπα ή εμπύημα σε ποσοστό περίπου 15% των περιπτώσεων. Και στις δυο περιπτώσεις η χοληδόχος κύστη διατείνεται και αποκτά όγκο αρκετές φορές μεγαλύτερο από τον κανονικό. Η παγιδευμένη χολή είναι στείρα στην περίπτωση τού ύδρωπα και μολυσμένη στο εμπύημα. Παράξενο και σπάνιο φαινόμενο, επακόλουθο της αποφράξεως του κυστικού πόρου, είναι η απόθεση γάλακτος ασβεστούχου χολής μέσα στη χοληδόχο κύστη. Αυτό έχει κλινική σημασία, γιατί ομοιογενής κατανομή των αλάτων του ασβεστίου προκαλεί σκιά που μοιάζει με τη φυσιολογική χοληδόχο κύστη όταν γεμίζει με σκιαγραφική ουσία.

Η διάτρηση της χοληδόχου κύστης που προκαλεί γενικευμένη περιτονίτιδα, εμφανίζεται σε ποσοστό κάτω του 1% από τους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα. Το επίπλυν και ο ορογόνος των προσκείμενων σπλάχνων περιορίζουν έγκαιρα τη διατήρηση και συχνά σχηματίζουν ψηλαφίσιμη μάζα και τριβή. Η χολοκυστοτομία ή η χολοκυστεκτομή ενδείκνυνται, ανάλογα με την κλινική κατάσταση.

στ.Χολική κίρρωση

Οφείλεται σε χρόνια χοληδοχολιθίαση ή λιθίαση του χοληδόχου πόρου, αποτελεί καταστρεπτική επιπλοκή των χολολίθων, που προέρχεται συνήθως από τέλεια έλλειψη αναγνώρισης είτε από το γιατρό είτε από αμέλεια εκ μέρους του αρρώστου. Ενώ η ίνωση του ήπατος εμφανίζεται μέσα και σε 2 μήνες ακόμα μετά την πλήρη απόφραξη, ακόμα και απουσία σημαντικής λοίμωξης, η πρόοδός της

μπορεί γενικά να ανακοπεί και να αναστραφεί με την αναγνώριση της απόφραξης σ' αυτό το αρχικό στάδιο. Με συνεχιζόμενη απόφραξη και ιδιαίτερα με παράλληλη λοίμωξη, ο ασθενής προσβάλλεται προοδευτικά από κνησμό, στεατόρροια και πυλαία υπέρταση. Η θεραπεία του κνησμού είναι δύσκολη. Αντιϊσταμινικές ουσίες ωφελούν μερικά τους ασθενείς.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συντηρητική Θεραπεία

Οι προσπάθειες για συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης είναι πολύ παλιές και ασφαλώς θα ήταν πολύ περισσότερες αν έλειπε ο αναμφισβήτητος ανασταλτικός ρόλος που έπαιξαν στο σημείο αυτό οι μεγάλες επιτυχίες της χειρουργικής. Εντούτοις, παρά τις επιτυχίες των χειρουργών, έστω και υποτονικά, ποτέ δεν σταμάτησαν οι προσπάθειες συντηρητικής θεραπείας. Οι περισσότερο σημαντικές από αυτές έχουν γίνει με βάση τη δίαιτα, τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών και την προσπάθεια αλλαγής της σύστασης της χολής με τη συστηματική PEROS χορήγηση χηνοδεοξοχολικού οξέως.

1. Δίαιτα: Η συσχέτιση δίαιτας με τη χολολιθίαση είναι πολύ παλιά, συστηματικές όμως μελέτες συγκεκριμένων τύπων δίαιτας και χολολιθίασης έχουν γίνει τα τελευταία μόνο χρόνια. Οι μελέτες αυτές, πάνω σε πειραματόζωα, έδειξαν ότι τα πλούσια σε υδατάνθρακες και ελεύθερα λιπών ή κυτταρίνης γεύματα προκαλούν ελάττωση των χολικών αλάτων της χολής, μετατρέποντάς την σε λιθογόνο, με επακόλουθο έτσι το σχηματισμό χολολίθων.

Με βάση αυτά τα πειραματικά δεδομένα, χορηγήθηκε σε ανθρώπους δίαιτα πλούσια σε κυτταρίνη και παρατηρήθηκε αύξηση της διαλυτότητας της χοληστερίνης στη χολή. Επίσης, η χορήγηση σε χολολιθιακούς ασθενείς μεγάλων δόσεων κυτταρίνης (54 γρ.) ημερησίως έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση του κορεσμού της χολής σε χοληστερίνη.

Από τα στοιχεία αυτά είναι φανερό ότι η δίαιτα ασφαλώς έχει ιδιαίτερη σημασία στο σχηματισμό χολολίθων, οι προσπάθειες

όμως θεραπείας της χολολιθίασης μόνο με τροποποίηση της διαίτας του ασθενούς δεν έχει στεφθεί με επιτυχία.

2. Φαρμακευτικές ουσίες: Στη συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα φάρμακα. Έτσι, έχει χορηγηθεί χολεστυραμίνη και κλοφιβράτη, χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Αντίθετα, οι ουσίες αυτές και ιδιαίτερα η κλοφιβράτη μετατρέπουν τη φυσιολογική χολή σε λιθογόνο και ευνοούν επομένως το σχηματισμό χολολίθων. Άλλες ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν είναι η φαινοβαρβιτάλη και η σιτοστερόλη, είτε μόνες είτε σε συνδυασμό με χολικό οξύ, χωρίς όμως και οι ουσίες αυτές να προκαλούν, όταν χορηγούνται μεμονωμένα, διάλυση των χολολίθων. Φαίνεται ότι η φαινοβαρβιτάλη, καθώς και η σιτοστερόλη, που και οι δυο μειώνουν τον κορεσμό της χολής σε χοληστερίνη, δρουν ευνοϊκά πριν ακόμα σχηματισθούν κρύσταλλοι χοληστερίνης. Έχει όμως υποστηριχθεί και η άποψη ότι η φαινοβαρβιτάλη, εάν χορηγηθεί με χηνοδεοξυχολικό οξύ, αναστέλλει τη δράση του. Αντίθετα, η σιτοστερόλη, σε συνδυασμό με το ίδιο οξύ, επιτυγχάνει διάλυση των χολολίθων. Ικανοποιητικά εξάλλου αποτελέσματα φαίνεται να επιτυγχάνονται με τη χορήγηση φυτικών ελαίων.

3. Με τη χορήγηση χολικών οξέων και συστατικών χολής:

Αριθμός κλινικών δοκιμών έχει δείξει ότι το χηνοδεοξυχολικό οξύ διαλύει τους χολολίθους από χοληστερόλη στα δυο τρίτα των ασθενών. Η άριστη δόση είναι 5-10 MG/KG/ημέρα, η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται από 6 ως 30 μήνες. Λίγους μήνες μετά τη διακοπή της θεραπείας η χολή γίνεται και πάλι κορεσμένη και εμφανίζονται χολόλιθοι σε ποσοστό 10% των ασθενών μέσα σε ένα χρόνο. Έτσι, η παρατεταμένη θεραπεία φαίνεται απαραί-

τητη. Η διάρροια δεν παρατηρείται με δόσεις κάτω του 1 γραμ. την ημέρα. Δεν έχει αναφερθεί ηπατοτοξικότητα σε ανθρώπους μέχρι σήμερα ακόμα και σε βιοψίες ήπατος. Παροδική αύξηση της τρανσαμινάσης σε χαμηλά επίπεδα παρατηρείται στο 1/3 των ασθενών. Δεν έχουν ανιχνευθεί μεταβολές στα λιπίδια του ορού ή στο απόθεμα χοληστερόλης του σώματος.

Ο τρόπος δράσης των ουσιών αυτών χηνοδεοξυχολικό οξύ, ακροδεοξυχολικό οξύ και φυτικά έλαια, αφορά στην ανασταλτική δράση στο αναγωγικό ένζυμο υδροξυ-μεθυλ-γλουταρυλ-συνένζυμο Α το οποίο μετατρέπει το οξεικό σε χοληστερίνη και κατά δεύτερο λόγο στο ένζυμο 7α-υδροξυλάση, που έχει σημασία για την παραγωγή χολικών αλάτων από τη χοληστερίνη.

Με το μηχανισμό αυτό ελαττώνεται η πυκνότητα της χοληστερίνης στη χολή και η λιθογόνος χολή μετατρέπεται σε ακόρεστη. Είναι ενδιαφέρον ότι η μετατροπή αυτή της χολής γίνεται 4-6 εβδομάδες ή και μεγαλύτερο χρόνο επί χορήγησης CDCA, ενώ επί χορηγήσεως UDCA γίνεται μετά 1-4 εβδομάδες ή επί χορήγησης φυτικών ελαίων μετά 48ωρο.

Οπωσδήποτε, δεν είναι κατάλληλοι όλοι οι χολολιθιασικοί ασθενείς, για να υποβληθούν σε θεραπεία διάλυσης των χολολίθων. Η θεραπεία χορηγείται σε ασθενείς οι οποίοι επιλέγονται βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, όπως τύπος χολολίθου, λειτουργικότητα χοληδόχου κύστης, συμπτωματολογία, ηλικία, φύλο, υψηλός κίνδυνος ή άρνηση χειρουργικής επέμβασης και ακόμη βάσει των δυνατοτήτων συνεργασίας.

Όσον αφορά τον τύπο του χολολίθου επιλέγονται μόνο οι αμιβώς χοληστερινικοί χολόλιθοι. Οι μικτοί και οι από χολοχρωστικές είναι ακατάλληλοι για θεραπεία. Η χοληστερινική φύση των χολολίθων διαπιστώνεται καλύτερα με την μελέτη της

σύστασης της χολής, που αν βρεθεί ότι είναι λιθογόνος και βρεθούν κρύσταλλοι μονοϋδρικής χοληστερίνης τότε οι ακτιδιαφανείς χολόλιθοι είναι χοληστερινικοί. Σημειώνεται επίσης ότι χοληστερινικοί χολόλιθοι είναι συνήθως μικροί, πολλαπλοί και σφαιρικοί.

Εκτός της ακτινοδιαφάνειας της λίθου, της λιθογόνου χολής και των κρυστάλλων, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η καλή λειτουργικότητα της χοληδόχου κύστης, η οποία μπορεί να σκιαγράφεται και να συσπάται ικανοποιητικά μετά από λιπαρό γεύμα.

Αρχικά χορηγούνταν θεραπεία διάλυσης χολολίθων μόνο σε εκείνους που δεν παρουσίαζαν συμπτωματολογία. Σήμερα χορηγείται και σε ασθενείς που παρουσίασαν ή παρουσιάζουν στο ιστορικό τους κωλικούς χοληδόχου κύστης και ακόμη σε εκείνους που είχαν ένα ή δυο το πολύ επεισόδια χολαγγειίτιδας αλλά μετά τρίμηνη παρέλευση από το επεισόδιο.

Είναι πλέον βέβαιο ότι οι ασθενείς, οι οποίοι πριν από την έναρξη της θεραπείας υπέφεραν από κωλικούς, μετά την έναρξη της θεραπείας τα επεισόδια αυτά γίνονται αραιότερα και μικρότερης έντασης έως ότου υποχωρούν τελείως και αυτό είναι πολύ σημαντικό για τον συμπτωματικό ασθενή. Όσοι από τους ασθενείς αναφέρουν στο ιστορικό τους επιπλοκές από χολοκυστίτιδα, αποφρακτικό ίκτερο, παγκρεατίτιδα, θεωρούνται ακατάλληλοι για θεραπεία, γιατί στις περιπτώσεις αυτές συνήθως υπάρχει αποκλεισμός της χοληδόχου κύστης.

Σαν κριτήριο επιλογής λαμβάνεται υπόψη και η ηλικία του ασθενή. Έχει διαπιστωθεί ότι μετά τη διάλυση των χολολίθων αν η θεραπεία διακοπεί, σε ποσοστό περίπου 50% η χολή γίνεται λιθογόνος μετά από χρονικό διάστημα που ποικίλλει από μια

εβδομάδα ή μερικούς μήνες, ίσως και μερικά χρόνια. Γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαίο η θεραπεία να συνεχίζεται με διάφορους τρόπους και μετά τη διάλυση των λίθων.

Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι για νέα άτομα η πολύχρονη θεραπεία είναι λογικό να αποφεύγεται όταν μάλιστα σαν εναλλακτική λύση υπάρχει μια ακίνδυνη χειρουργική επέμβαση και να χορηγείται μόνο σε άτομα ηλικίας πάνω από 60 χρονών. Η συντηρητική θεραπεία εξάλλου αποφεύγεται και σε νέες γυναίκες σε ηλικία αναπαραγωγής, γιατί έχει αποδειχθεί ότι το χηνοδεοξυχολικό οξύ (CDCA) σε πειραματόζωα περνάει τον πλακούντα και προκαλεί βλάβες στο ήπαρ του εμβρύου. Αντίθετα, το ήπαρ του ενήλικα δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το CDCA ή το βακτηριδιακό μεταβολή του, το λιθοχολικό οξύ, που αδρανοποιείται.

Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα από τη χορήγηση των χολικών αλάτων CDCA, UDCA είναι πάρα πολύ ικανοποιητικά. Το ψηλότερο ποσοστό διάλυσης χολολίθων με CDCA ανέρχεται στο 94%. Η θεραπεία με UDCA, σύμφωνα με μετρήσεις που έχουν γίνει, είναι ανάλογη της δόσης με την οποία γίνεται η θεραπεία.

Η θεραπεία με φυτικά έλαια είναι βέβαιο ότι διαλύει τους χολολίθους, μετατρέποντας τη λιθογόνο χολή σε φυσιολογική. Όμως, ο αριθμός των ασθενών που έχουν χορηγηθεί δεν είναι μεγάλος και δεν μπορούν να αναφερθούν ποσοστά.

Ο απαιτούμενος χρόνος για την πλήρη διάλυση των χολολίθων, εκτός από την χορηγούμενη ημερήσια δόση, είναι σε εξάρτηση και με τη διάμετρο του χολολίθου. Μικροί χολόλιθοι κάτω από 15 χιλ. διαμέτρου διαλύονται σε χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από 6-12 μήνες. Μεγαλύτεροι χολόλιθοι απαιτούν πολύ περισσότερο χρόνο. Είναι από όλους παραδεκτό ότι χολόλιθοι πρόσφατα σχηματισθέντες διαλύονται σε πολύ μικρότερο χρονικό

διάστημα από εκείνους που χρονολογούνται από πολλού, η διάκριση όμως μεταξύ αυτών είναι μάλλον αδύνατη.

Η θεραπεία διάλυσης των χολόλιθων, κύρια με CDCA δεν πρέπει να θεωρείται σαν ένα υποκατάστατο της χειρουργικής θεραπείας της χολολιθίασης. Αυτό δεν αποκλείεται να συμβεί στο μέλλον. Η θέση αυτή είναι σήμερα εύλογη απόλυτα, αφού η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας περιορίζεται σε ένα ποσοστό μόνο των περιπτώσεων που έχουν τις προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν και που το ποσοστό αυτό δεν ξεπερνά το 70%. Και σ' αυτές τις περιπτώσεις, όμως, ακόμα μετά τη διακοπή της θεραπείας είναι δυνατό η χολολιθίαση να υποτροπιάσει. Γι' αυτό συστήνεται μια προφυλακτική θεραπεία με μικρές δόσεις (250 MG το 24ωρο) με CDCA για αρκετό διάστημα μετά τη διάλυση των χολολίθων. Γενικά, συντηρητική θεραπεία της χολολιθίασης ενδείκνυται:

1. Όταν οι χοληστερινικοί χολόλιθοι είναι πολύ μικροί, οπότε συνήθως διαλύονται μέσα σε 6-12 μήνες.
2. Ανεξάρτητα από το μέγεθος των χολολίθων υπάρχει σχετική ή απόλυτη αντένδειξη για χειρουργική θεραπεία (ηλικιωμένα άτομα με άλλες σοβαρές παθήσεις) κ.λ.π.

Χειρουργική θεραπεία χολολιθίασης

Η χειρουργική θεραπεία της χολολιθίασης αποτελεί, σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, τη μέθοδο εκλογής για την περίπτωση και η διάγνωση της νόσου θέτει ταυτόχρονα και την ένδειξη για εγχείρηση.

Εργαστηριακές παράμετροι αξιολόγησης ασθενούς προς επέμβαση

Πριν την είσοδο του αρρώστου στο χειρουργείο, ο διαγνωστικός έλεγχος ολοκληρώνεται με τις επόμενες εργαστηριακές εξετάσεις, απεικονίζοντας έτσι την πραγματική εικόνα στην οποία βρίσκονται διάφορα όργανα και αποκαλύνονται οι λειτουργίες τις οποίες επιτελούν και εάν αυτές οι λειτουργίες και τα αποτελέσματά τους είναι φυσιολογικά ή όχι:

α. Γενική αίματος

β. Γενική ούρων

γ. Σάκχαρο αίματος

δ. Ουρία αίματος

ε. Κρεατίνη ορού αίματος

στ. Εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας:

- Χολερυθρίνη

- Τρανσαμινάσες

- Χρόνος προθρομβίνης

- Λευκοματίνες αίματος (σφαιρίνες)

- Αλκαλική φωσφατάση.

ζ. Εξετάσεις ελέγχου ανοσοβιολογικής κατάστασης:

T λεμφοκύτταρα

B λεμφοκύτταρα

Ανοσοσφαιρίνες

Δερματικά τεστ.

η. Εξετάσεις ασβεστίου - φωσφόρου - μαγνησίου - αίματος.

θ. Ηλεκτρολύτες αίματος.

ι. Πλήρης έλεγχος πήκτικότητας

ια. Ακτινογραφία θώρακος

ιβ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα

ιγ. Σπειρομέτρηση

ιδ. Μέτρηση αερίων και οξεοβασικής ισορροπίας στο αρτηριακό αίμα.

A. Η εγχειρητική τομή:

Η προσπέλαση του οργάνου-στόχος, αποτελεί οπωσδήποτε ένα σοβαρό θέμα στην εγχείρηση. Η χειρουργική τομή των διάφορων στρωμάτων μέχρι την περιοχή που κατά κύριο λόγο θα απασχολήσει το χειρουργό, πρέπει να εξασφαλίζει ορισμένες προϋποθέσεις - προδιαγραφές:

- α. Εξασφάλιση ευρέως και άνετου εγχειρητικού πεδίου.
- β. Δυνατότητα επέκτασης.
- γ. Στις επείγουσες περιπτώσεις να μπορεί να γίνει γρήγορα.
- δ. "Σεβασμός" στην αιμάτωση και στη νεύρωση των ιστών.
- ε. Εξασφάλιση δυνατοτήτων καλής και ασφαλούς σύγκλησης της τομής.
- στ. Εξασφάλιση κατά το δυνατό ηπιότερου μετεγχειρητικού πόνου.
- ζ. Μικρότερη δυνατή λειτουργική επιβάρυνση του οργανισμού.
- η. Καλή απώτερη μετεγχειρητική εμφάνιση της ουλής που θα γίνει.

Η τομή, από τις τρεις που έχει να εκλέξει ο χειρουργός, εξαρτάται με την περίπτωση και τον/την ασθενή.

α) Η μέση υπερομφάλια τομή, από την ξιφοειδή απόφυση μέχρι τον ομφαλό με επέκταση, αν χρειαστεί, προς τα κάτω, αριστερά του ομφαλού. Αυτή η τομή μπορεί να γίνει γρήγορα, άνετα, αναίμακτα και προτιμάται σε ασθενείς με μικρό εύρος κοιλιακού τοιχώματος και μεγάλη, σχετικά, απόσταση μεταξύ ξιφοειδούς απόφυσης και ομφαλού. Επιπλέον, αυτή η τομή εξασφαλίζει προσπέλαση σε όλα τα όργανα της άνω κοιλίας και συνεπώς προσφέρεται για συνδυασμένες εγχειρήσεις. Πλεονεκτήματα έχει και στη σύγ-

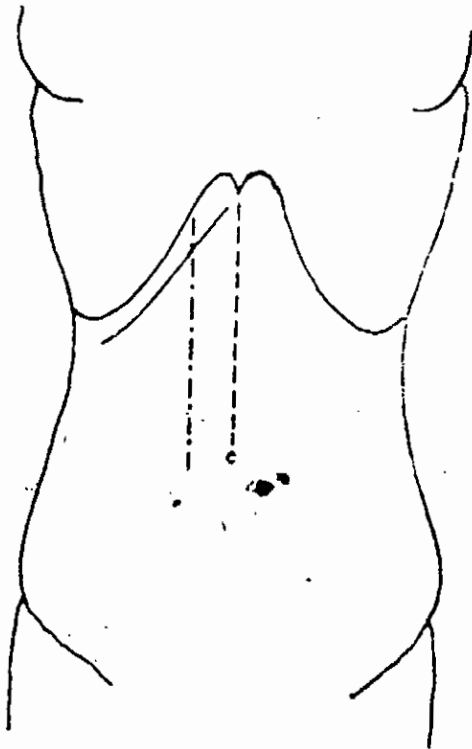
κλιση αυτή η τομή, διότι μπορεί να κλεισθεί γρήγορα και χωρίς "νεκρούς χώρους". Ωστόσο, η μέση γραμμή στην κοιλιά αποτελεί την κατεξοχή εστία άσκησης των πιέσεων του κοιλιακού τοιχώματος και συνεπώς η αντοχή αυτής της τομής και αργότερα της ουλής δοκιμάζεται συνεχώς μετεγχειρητικά. Έτσι, η μέση τομή παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα των άμεσων (εκσπλάχνωση) και απώτερων (μετεγχειρητική κήλη) μετεγχειρητικών διασπάσεων.

β) Η δεξιά παράμεσος τομή, παραορθική ή διαορθική (προτιμάται η διαορθική) που προσφέρει, ελαφρώς, καλύτερη προσπέλαση προς την ηπατική πειροχή, απ' ότι η μέση τομή και προτιμάται αυτής, ιδίως σε άτομα με "στενό" θώρακα και κοιλιά. Υστερεί της μέσης τομής κατά το ότι χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να γίνει και να κλεισθεί, είναι πιο αιματηρή και παρέχει περιορισμένη δυνατότητα προσπέλασης άλλων σπλάχνων, που βρίσκονται αριστερά της μέσης γραμμής. Ωστόσο, οι πιέσεις που ασκούνται σ' αυτή είναι μικρότερες εκείνης που ασκούνται στη μέση γραμμή και συνεπώς οι μετεγχειρητικές διασπάσεις είναι σπανιότερες.

γ) Η δεξιά υποχόνδριος τομή (Kocher) προσφέρει εξωτερική ορατότητα στην περιοχή των χοληφόρων και αποτελεί την τομή εκλογής σε παχύσαρκα ιδίως άτομα, με ευρύ κοιλιακό τοίχωμα. Πλεονεκτήματά της, εκτός από την εξασφάλιση του άνετου χειρουργικού πεδίου, είναι η μικρότερη λειτουργική επιβάρυνση του οργάνισμού, ο ηπιότερος μετεγχειρητικός πόνος και η μικρότερη συχνότητα μετεγχειρητικών διασπάσεων του τραύματος, σαν αποτέλεσμα των μικρότερων πιέσεων που ασκούνται σ' αυτή. Ωστόσο, διαθέτει και αρκετά μειονεκτήματα, όπως ο χρόνος που χρειάζεται να γίνει και να κλειστεί, η καταστροφή της νεύρωσης και,

εν μέρει, της αιμάτωσης του δεξιού πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος που έχει σαν αποτέλεσμα μετεγχειρητικές μυικές ατροφίες σ' αυτό το σημείο και βέβαια το γεγονός, ότι είναι πιο αιματηρή τομή από τις άλλες.

Πάντως στα παχύσαρκα άτομα συνίσταται ανεπιφύλακτα κυρίως λόγω του εγχειρητικού πεδίου που εξασφαλίζει και της μικρότερης λειτουργικής επιβάρυνσης στο αναπνευστικό. Αν χρειαστεί μπορεί να επεκταθεί προς τα αριστερά σαν "αριστερά υποχόνδριος". Οι τομές αυτές βρίσκονται στην πρώτη σειρά εκλογής και ο χειρουργός θα διαλέξει, κατά κρίση, αυτή που χρειάζεται για την περίπτωση.



ειμ. Σχηματική παράσταση των κερών εγχειρητικών τομών, που αποστέφουν την πρώτη κυλότητα για τις εγχειρίσεις στα χορτοφάγα - Μέτωπο κοιλία - Παράμετρο κοιλία - Δεξιά υποχόνδριος κοιλία (κοστές).

Το είδος της επέμβασης

Η χολοκυστεκτομή αποτελεί την εγχείρηση της χοληδόχου κύστης στις συνηθέστερες παθήσεις που συμβαίνουν σ' αυτή. Η πρώτη χολοκυστεκτομή έγινε το 1882 από το LANGENFUCH και από τότε χρησιμοποιείται για τη χειρουργική αντιμετώπιση είτε χολολιθίασης είτε άλλων παθήσεων του χοληφόρου δένδρου. Για ένα μεγάλο διάστημα η χολοκυστεκτομή ήταν μέθοδος εκλογής για αντιμετώπιση χολολιθίασης, διότι χρησιμοποιούνταν σαν επεμβάσεις και η χολοκυστοτομία. Σήμερα, η χολοκυστοτομία έχει καταργηθεί και αναφέρεται στην εργασία ως προϊόν γνώσεως και σαν μόνη επέμβαση στη χολολιθίαση της χοληδόχου κύστης αποτελεί η χολοκυστεκτομή, η οποία συνοδεύεται με πλήρη έρευνα της κύστης, του κυστικού και του χοληδόχου πόρου.

A. ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ :

Οι ενδείξεις της χολοκυστεκτομής είναι:

- α. Οξείας χολοκυστίτιδα
- β. Χρόνια χολοκυστίτιδα λιθιασική
- γ. Χολολιθίαση της κύστης, του κυστικού και του χοληδόχου πόρου.
- δ. Τραυματικές ρήξεις της χοληδόχου κύστης
- ε. Υδρώπας ή εμπύημα κύστης
- στ. Γαγγραινώδης χολοκυστίτιδα
- ζ. Καρκίνος της χοληδόχου κύστης
- η. Εσωτερικά ή εξωτερικά χοληφόρα συρίγγια.

Η προπαρασκευή αποβλέπει στην προ της επέμβασης ανόρθωση του οργανισμού όσον αφορά τα υγρά, τους ηλεκτρολύτες, τις πρωτεΐνες, τη χορήγηση βιταμίνης Κ, τη βελτίωση της καρδιακής και ηπατικής λειτουργίας.

Η αναισθησία που χρησιμοποιείται είναι στην κρίση του κάθε χειρούργου. Κυρίως σε παχιά κοιλιακά τοιχώματα γίνεται τομή παράλληλη προς το δεξιό πλευρικό τόξο. Σε χαλαρά κοιλιακά τοιχώματα προτιμάται υπερομφάλειος μέση τομή. Μπορεί εξάλλου να γίνει παραορθική τομή με ανέλκυση του ήπατος για καλύτερο οπτικό πεδίο με μικρό μαξιλάρι.

Η τεχνική της χολοκυστεκτομής :

Μετά τη διάνοιξη του περιτοναίου, την ανέλκυση του ήπατος, την αναζήτηση της χοληδόχου κύστης στην κάτω επιφάνεια του ήπατος δεξιά του στρογγυλού συνδέσμου η χολοκυστεκτομή συνεχίζεται ως εξής: είτε με χολοκυστεκτομή από τον κυστικό πόρο προς τον πυθμένα, είτε από τον πυθμένα προς τον κυστικό πόρο.

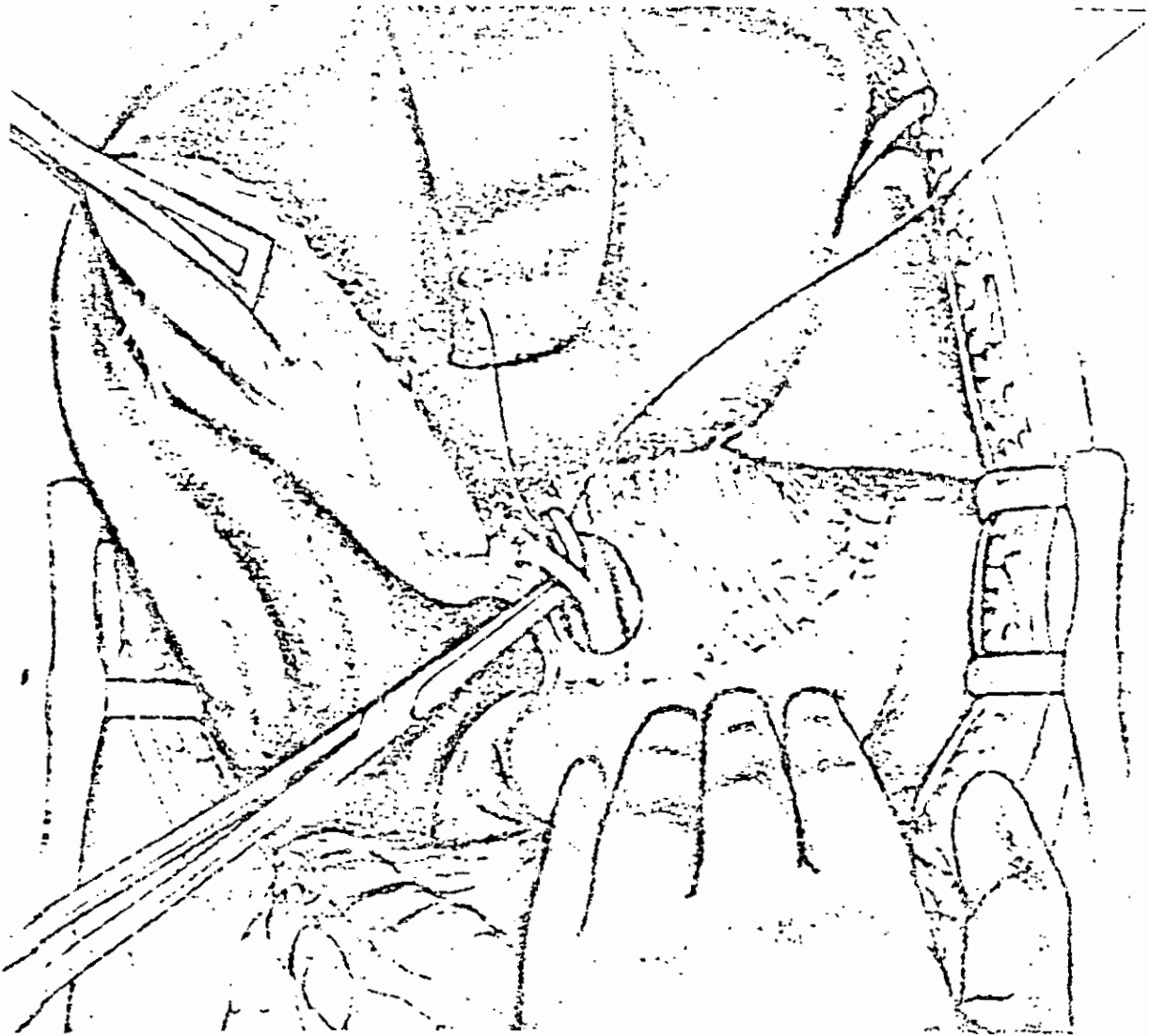
Η πρώτη τεχνική εκτελείται κατά προτίμηση όταν δεν υπάρχει διήθηση που να εμποδίζει την ανατομική παρασκευή του κυστικού πόρου και της κυστικής αρτηρίας. Η τεχνική αυτή είναι συνήθως αναίμακτη, γιατί έχουν απολινωθεί τα αγγεία προ των αποκολλήσεων.

Τα σημεία της τεχνικής αυτής είναι:

1. Διαιρείται ο ηπατοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος κατά μήκος για αποκάλυψη του αγγειακού μίσχου.
2. Αναζητείται ο κυστικός πόρος κοντά στην έκφυσή του και όταν βεβαιωθεί διαιρείται με 2 κυρτές αιμοστατικές λαβίδες.
3. Αποψιλώνεται ο κυστικός πόρος μέχρι τον αυχένα της κύστης, όπου αναδύεται η κυστική αρτηρία η οποία προχωρεί στον πρόσθιο κυστικό τοίχωμα. Παρασκευάζεται και απολινώνεται κοντά στην κύστη και μακριά από το δεξιό κλάδο της ηπατικής αρτηρίας, από εκεί δηλαδή όπου εκφύεται.
4. Ακολουθεί η αποκόλληση της χοληδόχου κύστης από τον κυστικό βόθρο. Με ψαλίδι διαιρείται το κυστικό περιτόναιο και ενεργ-

γείται στη συνέχεια η αποκόλληση της κύστης από το ήπαρ, η οποία έλκεται από τον κυστικό πόρο. Εφόσον η κύστη αποκολλάται, γίνεται κάλυψη της κενής πλέον τραυματικής επιφάνειας με το κυστικό περιτόναιο με διακεκομμένες ραφές CAT-GUT.

5. Η διασωλήνωση της περιοχής εξαρτάται από την ύπαρξη αιμορραγίας ή φλεγμονής και της καλής επικάλυψης του περιτόναιου με τον κυστικό βόθρο.



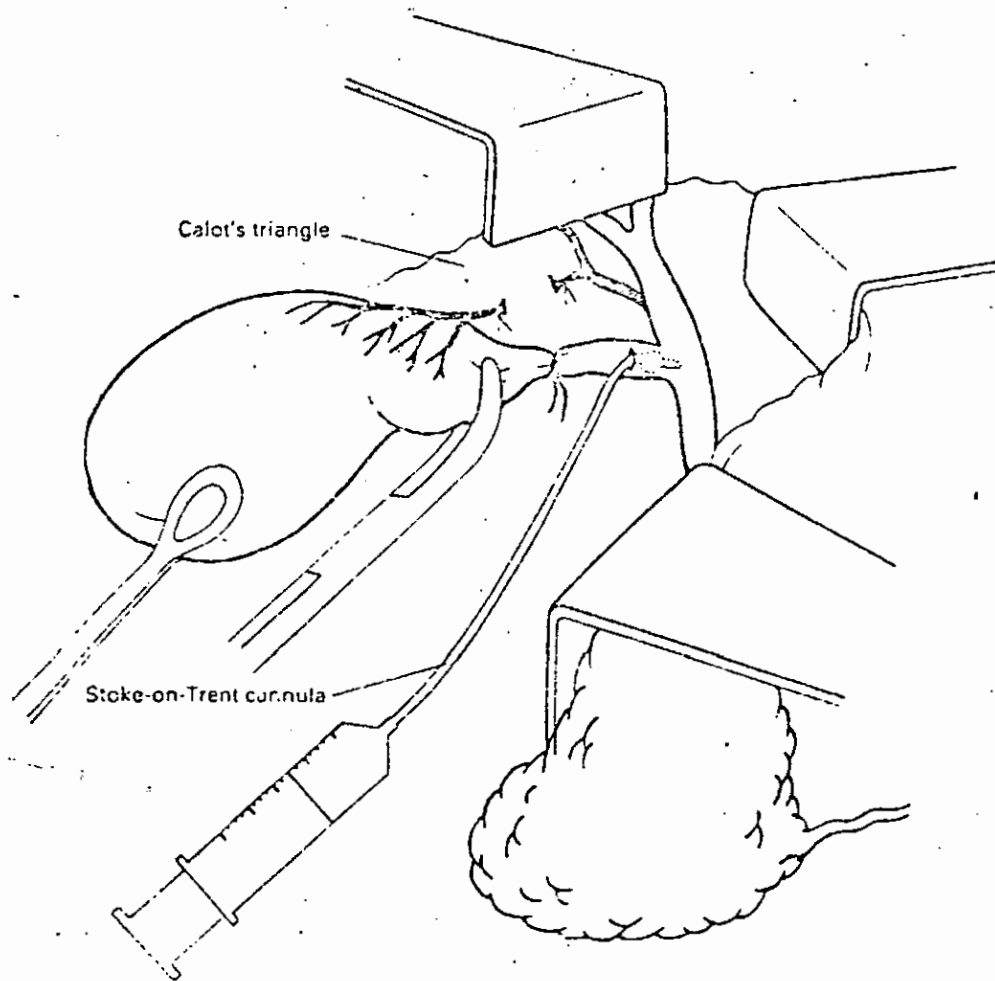
Εικ. Χολοκυστεκτομή. Αναζήτηση του κυστικού πόρου εντός του γαστροηπατικού συνδέσμου.

Εάν η χολοκυστεκτομή, η οποία γίνεται χωρίς φλεγμονή και αιμορραγία κλείνεται η κοιλία τις πιο πολλές φορές, ενώ μπορεί να τοποθετηθεί λεπτός σωλήνας στην περιοχή της επέμβασης για χρονικό διάστημα το οποίο εξαρτάται από το αν θα παροχετεύει ή όχι. Ο σωλήνας αυτός συνήθως τοποθετείται έτσι ώστε να μην κάμπτεται και εκβάλλεται από μια μικρή τομή που γίνεται δίπλα από την τομή της επέμβασης. Η διεγχειρητική χολαγγειογραφία διενεργείται όταν πλέον έχει τερματιστεί η χολοκυστεκτομή από τον κυστικό πόρο, με παρακέντηση του χοληδόχου πόρου. Γίνεται έγχυση 4-6 εκατοστά σκιαγραφικής ουσίας και λαμβάνεται η α' εικόνα, ενώ πολλές φορές γίνεται και δεύτερη έγχυση αυξημένης ποσότητας αυτή τη φορά σκιαγραφικού υλικού περίπου 8-10 εκ. Με τις εγχύσεις αυτές και τις χολαγγειογραφίες που λαμβάνονται ελέγχεται η διαβατότητα του χοληδόχου πόρου από το ήπαρ μέχρι το έντερο στο σημείο που εκβάλλει αυτός στο δωδεκαδάκτυλο.

Τα σημεία της τεχνικής από τον πυθμένα προς τον κυστικό πόρο είναι:

1. Γίνεται παρακέντηση της κύστης για βεβαίωση της παρουσίας της σε περιπτώσεις που υπάρχουν πολλές συμφύσεις της κύστης με το επιπλόουν και τον πυλωρό. Γίνεται λαβή του πυθμένα με ελαφρά έλξη προς τα έξω και πάνω.
2. Γίνεται καθαρισμός της χοληδόχου με τολύπια από υπάρχουσες προσφύσεις με το επιπλόουν, τον πυλωρό, το δωδεκαδάκτυλο.
3. Αποκολλάται ο ορογόμος χιτώνας της κύστης από τον πυθμένα της μέχρι τον κυστικό πόρο. Στη φάση αυτή γίνονται κινήσεις που δεν επιτρέπουν την καταστροφή του κυστικού περιτόναιου το οποίο θα καλύψει μετά την τραυματική επιφάνεια.
4. Γίνεται καθαρισμός της κύστης από το ηπατικό παρέγχυμα. Γίνεται έλξη του πυθμένα της κύστης, απομακρύνοντας αυτή από

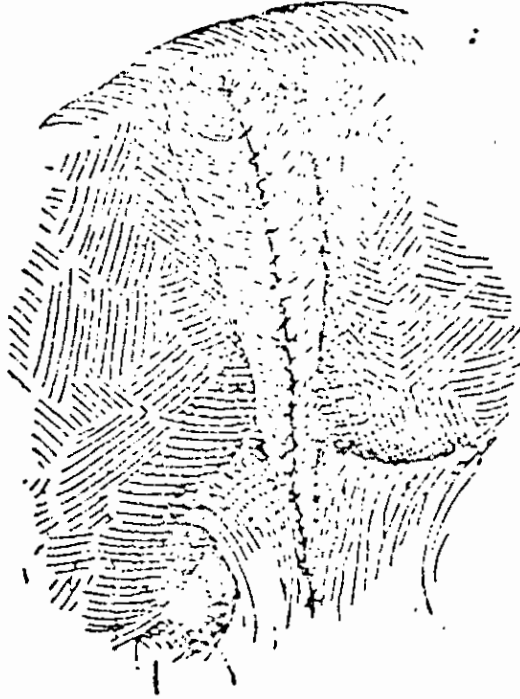
το ηπατικό χείλος του οποίου το περιτόναιο έχει διαχωριστεί. Με τη βοήθεια της ανατομικής λαβίδας και τολυπίων αποκολλάται η κύστη από το ηπατικό παρέγχυμα. Η αποκόλληση αυτή είναι εύκολη αν δεν υπάρχει ισχυρή φλεγμονή η οποία να έχει καθλώσει την κύστη πάνω στο ήπαρ. Όταν υπάρχουν συμφύσεις, κατά την αποκόλληση προκαλούνται ρήξεις του ηπατικού παρεγχύματος, αιμορραγία και χολόρροια. Η αποκόλληση μπορεί να γίνει πιο εύκολα, αν έχει προηγηθεί κένωση της κύστης από το περιεχόμενό της.



Εικ. Τελικό στάδιο χολοκυστεκτομής. Έγχυση ακτινοσκιερής ουσίας σίας για διαπίστωση χοληδοχολιθίασης. Απολινωμένη η κυστική αρτηρία και έτοιμη για αφαίρεση η χοληδόχος κύστη.

5. Όταν η αποκόλληση της κύστης προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό (παραπάνω από μισό) διακρίνεται στον αυχένα της χοληδόχου η κυστική αρτηρία, η οποία προχωράει στην πρόσθια επιφάνεια της χοληδόχου κύστης. Συνήθως, η κυστική αρτηρία φέρεται πίσω από τον κοινό ηπατικό πόρο, αλλά και μπροστά απ' αυτόν, ενώ υπάρχει πιθανότητα σε αναλογία 8% η κυστική αρτηρία να είναι διπλή. Αφού γίνει παρασκευή του αγγείου συλλαμβάνεται η αρτηρία όσο το δυνατό πιο κοντά στην κύστη και απολινώνεται. Βεβαιώνεται αν το αγγείο που απολινώθηκε είναι η κυστική αρτηρία και όχι ο δεξιός κλάδος της ηπατικής αρτηρίας ή ο κοινός ηπατικός πόρος.
6. Καθαρισμός και παρασκευή του κυστικού πόρου μέχρι την έκφυσή του από το χοληδόχο πόρο.
7. Απολίπωση του κυστικού πόρου. Γίνεται κοντά στην έκφυσή του με μετάξι. Συχνά δε γίνεται καθαρισμός του πόρου μέχρι την έκφυσή του και η απολίπωση δεν γίνεται κοντά στην έκφυσή του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα: (1) λειτουργικές μετεγχειρητικές διαταραχές, γιατί αποτελεί χώρο αντανάκλασης που επηρεάζει το χοληφόρο δέντρο και ιδίως το σφικτήρα του ODDI, (2) Γίνεται λιθίαση του κολοβώματος του κυστικού πόρου με υποτροπή των ενοχλημάτων της χολολιθίασης. (3) Αναπτύσσεται φλεγμονή του κολοβώματος του κυστικού πόρου και των γειτονικών οργάνων κύρια του παγκρέατος και του χοληφόρου πόρου.
8. Γίνεται η διεγχειρητική χολαγγειογραφία με την έγχυση του σκιαγραφικού υλικού στο χοληδόχο πόρο. Μετά από αυτή ακολουθεί διερεύνηση των γειτονικών οργάνων.
9. Γίνεται κάλυψη του κυστικού βόθρου του ήπατος με το περιτόναιο της χοληδόχου κύστης. Με λεπτό CAT-GUT κλείνεται το

περιτοναϊκό άνοιγμα του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου και στη συνέχεια ο κυστικός βόθρος από το διατηρημένο περιτόναιο της κύστης.



Εικ. κάλυψη της κοίτης της χοληδόχου κύστης μετά από χολοκυστεκτομή.

10. Τοποθέτηση στην περιοχή της επέμβασης (υψηπατική περιοχή) λεπτού σωλήνα. Εάν ο βόθρος αιμορραγεί σε σπάνιες περιπτώσεις, αφού έχει προηγηθεί αιμόσταση κατά την επέμβαση, της περιοχής του κυστικού βόθρου ο λεπτός σωλήνας συγκεντρώνει τα αποτελέσματα της αιμορραγίας αυτής αλλά και των προϊόντων των χειρουργικών διεργασιών που έγιναν στην επέμβαση. Η παραμονή του σωλήνα στην περιοχή αυτή γίνεται μέχρι να σταματήσει η παροχέτευση του υπάρχοντος υλικού της επέμβασης.

11. Ραφή κοιλιακών τοιχωμάτων: Συνήθως χρησιμοποιείται CAT-GUT

CHROMIC No 1 για το περιτόναιο και No 3 για τους μυς και τις απονευρώσεις. Στη ραφή του λίπους και του δέρματος χρησιμοποιούνται ράμματα από μετάξι για ασφάλεια, και προφύλαξη από πιθανή εκσπλάχνωση.

Δυσάρεστα συμβάντα στη χολοκυστεκτομή

1. Αιμορραγία διάχυτη κατά την αποκόλληση της χοληδόχου κύστης από το ήπαρ. Η αιμορραγία αυτή αντιμετωπίζεται με την ανεύρεση του κύριου αιμορραγούντος αγγείου και τη θρόμβωσή του με ηλεκτροπληξία.
2. Διάνοιξη της χοληδόχου κύστης. Το επεισόδιο είναι άνευ σημασίας, αφού αντιμετωπίζεται με αναρρόφηση του κυστικού περιεχομένου, εάν αυτό έχει διαχυθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
3. Τρώση του δωδεκαδακτύλου.
4. Τρώση του δεξιού κλάδου της ηπατικής αρτηρίας κατά την απολίνωση της κυστικής αρτηρίας, επειδή θεωρήθηκε ότι είναι η κυστική. Οι συνέπειες της τρώσης αυτής γίνονται εμφανείς μετά από μέρες και είναι καρδιακή ή ηπατική ανεπάρκεια εξαιτίας της νέκρωσης του ήπατος.
5. Τρώση της πυλαίας φλέβας. Η μόνη σωτηρία είναι η αγγειοραφή.
6. Τρώση των κύριων ηπατικών πόρων. Η απολίνωση, ο τραυματισμός, η διαίρεση των πόρων, αποτελούν βαριά επιπλοκή που μπορεί να αντιμετωπιστεί αν γίνουν αντιληπτά.

Επιπλοκές χολοκυστεκτομής

Οι επιπλοκές της χολοκυστεκτομής μπορεί να είναι άμεσες αλλά και απώτερες:

1. Α ι μ ο ρ ρ α γ ί α :

Η αιμορραγία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ρήξης του ήπατος από άγγιστρο, από την κοίτη της κύστης, από διαφυγή της κυστικής αρτηρίας, από την αποκόλληση του επίπλου από την κύστη, από προϋπάρχουσα κίρρωση, εξαιτίας θρόμβωσης της πυλαίας, εξαιτίας προϋπάρχοντος έλκους. Εάν υπάρχει παροχέτευση το αίμα διαβρέχει την επίδεση του χειρουργικού τραύματος. Όταν δεν υπάρχει σχηματίζεται αιμοπεριτόναιο, το οποίο εκδηλώνεται είτε με συσπάσεις της κοιλίας, είτε με μετεωρισμό και φαινόμενα εσωτερικής αιμορραγίας.

Σε σπάνιες περιπτώσεις απαιτείται άμεση επανεπέμβαση εκτός και εάν έχει διαφύγει η κυστική αρτηρία, η οποία στη διάρκεια της επέμβασης δεν έδινε αίμα. Στην εκ νέου διάνοιξη βρισκόμαστε μπροστά σε ένα τεράστιο αιμάτωμα, το οποίο καθιστά δύσκολη την ανεύρεση του αιμορραγούντος αγγείου. Στην περίπτωση αυτή να αναζητηθεί και εδώ είναι ο κίνδυνος για τραυματισμό της ηπατικής αρτηρίας ή του πόρου.

2. Ι ν ω δ ό λ υ σ η :

Αντιμετωπίζεται με μεταγγίσεις αίματος, χορήγηση ινωδογόνου, όταν αυτό βρίσκεται σε αναλογία 0,1 γρ. με χορήγηση ανασταλτικών της ινωδόλυσης, π.χ. κορτικοειδή. Η έγκαιρη χορήγηση των φαρμάκων αυτών φέρνει την αντιμετώπιση του προβλήματος.

3. Χ ο λ ό ρ ρ ο ι α :

(α) Χολόρροια από την κοίτη της κύστης, μικρή ή μεγάλη, οπότε χρωματίζονται οι γάζες επίδεσης, (β) εξαιτίας της λύσης της απολίωσης του κυστικού πόρου πρώιμα ή αργότερα, εντός 8-10 ημέρες, (γ) εξαιτίας ανώμαλης επικοινωνίας της κύστης με ενδοηπατικό χολαγγείο (σπάνια και ιδιόμορφη περίπτωση). Το μέγεθος της χολόρροιας και η διάρκειά της ποικίλλουν και εξαρ-

τώνται από τη φυσιολογική ή μη κατάσταση του χοληδόχου πόρου ή του σφιγκτήρα του ODDI. Συνήθως σταματάει μόνη της εντός 1 ή 2 εβδομάδων, εάν ο χοληδόχος πόρος δεν παρουσιάζει κώλυμα εξαιτίας λίθου ή νεοπλάσματος.

4. Ί κ τ ε ρ ο ς

Ο άμεσος ίκτερος που οφείλεται (α) Σε κάποιο βαθμό ηπατικής ανεπάρκειας. Στην περίπτωση αυτή ο ίκτερος είναι ελαφρός, παροδικός, διάρκειας λίγων ημερών, (β) Σε φλεγμονή. Είναι εμπύρετος ίκτερος που οφείλεται σε προϋπάρχουσα χολαγγειίτιδα. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση αντιβιοτικών και σπάνια απαιτεί διασωλήνωση του χοληδόχου πόρου, (γ) μηχανικό κύκλωμα. Κάκωση του χοληδόχου πόρου στην επέμβαση. Συνηθέστερα πρόκειται για στένωση του χοληδόχου πόρου από κακή απολίπωση του κυστικού ή σε διαίρεση του πόρου επειδή θεωρήθηκε ως ο κυστικός, σε συγγενή έλλειψη αυτού ή βραχέος κυστικού, ο οποίος φέρει λίθο στην έκφυσή του. Ο μετεγχειρητικός ίκτερος άνευ φλεγμονής απαιτεί πολλές φορές νέα επέμβαση προς άρση του αιτίου που τον προκάλεσε.

5. Η π α τ ι κ ή α ν ε π ά ρ κ ε ι α :

Πρόκειται για σπάνια αλλά βαρειά επιπλοκή. Πρόκειται περί τοξικού συνδρόμου, όπου το ήπαρ δεν είναι μόνο το πάσχον όργανο. Συμπάσχουν το πάγκρεας, οι νεφροί, η καρδιά και το αγγειακό σύστημα.

6. Ο ξ έ ω σ η :

Η αιτία της οξέωσης είναι η παρατεταμένη νηστεία του πάσχοντος που αρχίζει προ της επέμβασης και παρατείνεται πολλές μέρες μετά. Εκδηλώνεται με ναυτία, εμέτους, πάρεση της κοιλίας και κώμα. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση αλκαλικών διαλυμάτων σακχάρου, ινσουλίνης και πλάσματος. Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται

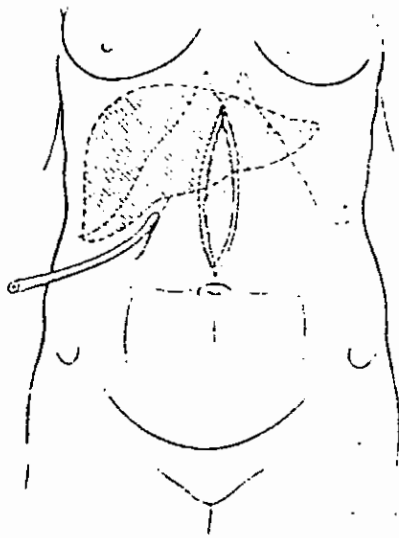
έλεγχος του σακχάρου του αίματος.

7. Ο ξ ε ί α δ ι ά τ α σ η του στομάχου και δωδεκαδακτύλου.

Παρατηρείται σε αναλογία 2-10% των χολοκυστεκτομών, κυρίως στις γυναίκες. Η άμεση ιατρική επέμβαση είναι εκείνη που δίνει καλή έκβαση στην επιπλοκή. Διενεργείται καθετηριασμός του στομάχου με χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών και επιπλέον ανορθώνεται το περιφερικό κυκλοφορικό σύστημα.

8. Ο ξ ύ κ α ρ δ ι α γ γ ε ι α κ ό COLLAPSUS :

Εμφανίζεται συχνά σε ικτερικούς χειρουργημένους ασθενείς. Η κλινική του εικόνα είναι ταχυσφυγμία, ταχύπνοια, υποθερμία, ψυχρός ιδρώτας. Τα χαρακτηριστικά αυτά αποδίδονται είτε σε άθροιση χολής στην υπηπατική χώρα όπου γίνεται παροχέτευση χωρίς θετικά αποτελέσματα, είτε γιατί προϋπάρχει μυοκαρδίτιδα.



Εικ. Μέση τομή. Παροχέτευση της υπηπατικής χώρας σε χολοκυστεκτομή.

Απώτερες επιπλοκές χολοκυστεκτομής

Η χολοκυστεκτομή δίνει άριστα αποτελέσματα όταν οι ενδείξεις της εγχείρησης είναι σωτές και η εκτέλεση της επέμβασης ήταν επιβεβλημένη. Η αποτυχία της εγχείρησης συνίσταται στην

αφαίρεση κύστης χωρίς ενοχλήματα η αιτία των οποίων είναι άλλη.

Γενικά, τα μετά χολοκυστεκτομή συμπτώματα οφείλονται:

- α. Στη συνύπαρξη άλλων παθήσεων, όπως γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, σκωληκοειδίτιδα, παγκρεατίτιδα, εχινόκοκκος ήπατος, όγκος ήπατος, διαφραγματοκοίλη, ηπατίτιδα, κίρρωση, καρκίνος κεφ. παγκρέατος.
- β. Σε τεχνικά λάθη, όπως μακρύ κολόβωμα του κυστικού πόρου, νεοκυστίτιδα, στελέχωση του χοληδόχου πόρου, ύπαρξη λίθων στον ηπατικό πόρο.
- γ. Στη συνεχιζόμενη πάθηση, κατά την οποία, παρά την ένδειξη για επέμβαση και παρά την τέλεια εκτέλεση της επέμβασης, ο ασθενής δεν θεραπεύεται αλλά παρουσιάζει διαταραχές και ενοχλήματα, η αιτία των οποίων είναι:
 - ι. Παραγωγική φλεγμονή του αγγειακού ηπατικού μίσχου,
 - ιι. Μετεγχειρητικές συμφύσεις
 - ιιι. Λειτουργικές διαταραχές του σφιγκτήρα του ODDI, όπως: υποτονία, υπερτονία, που οφείλονται στην αντανακλαστική ζώνη του κολοβώματος του κυστικού πόρου,
 - ιιιι. Στη λιθίαση των ενδοηπατικών πόρων.

Β. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ - ΣΩΛΗΝΑΣ ΚΕΗΡ

Ο έλεγχος του χοληδόχου πόρου κατά τη διάρκεια μιας χολοκυστεκτομής αποτελεί απαραίτητο εγχειρητικό χειρισμό και διαδικασία.

Αφού παρασκευαστεί καλά η συμβολή του κυστικού και του κοινού ηπατικού, αποκαλύπτεται ο χοληδόχος πόρος και ελέγχεται οπτικά το εύρος του, το οποίο κυμαίνεται από 8-1,2 χιλιοστά/

/εκατοστά . Ακολουθεί στη συνέχεια σχολαστική ψηλάφηση του χοληδόου πόρου καθόλο του το μήκος, καθώς και του κοινού ηπατικού, με σκοπό την ψηλάφηση τυχόν υπάρξεως λίθων μέσα σ' αυτόν.

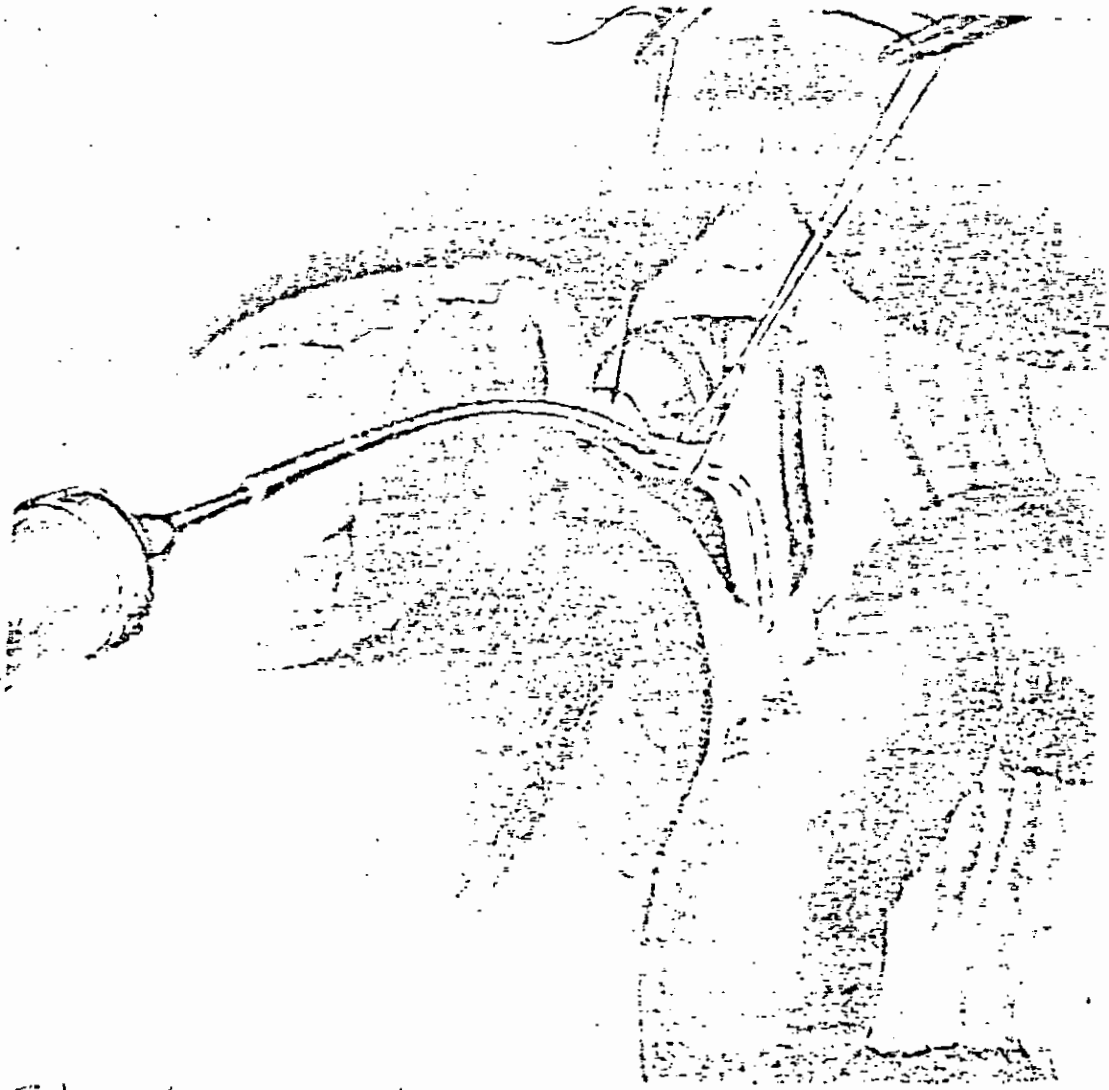
Επί ύπαρξης της σχετικής ένδειξης προχωρούμε στην ανοικτή διερεύνηση του χοληδόχου πόρου. Στην αρχή περίπου του χοληδόχου πόρου το πρόσθιο τοίχωμα του αμέσως κατω από τη συμβολή κυστικού και κοινού ηπατικού πόρου, τοποθετούνται δυο ράμματα οδηγιά και μεταξύ αυτών γίνεται επιμήκης τομή 1 εκ. η οποία κατευθύνεται προς το δωδεκαδάκτυλο. Αφού αναρρόφηθεί με προσοχή η χολή που εξέρχεται από την τομή, γίνεται προσπάθεια με τη βοήθεια λαβίδας να αφαιρεθούν οι λίθοι που υπάρχουν μέσα σ' αυτόν. Κατόπιν γίνεται έκπλυση του χοληδόχου πόρου με ειδικό καθετήρα, ο οποίος έχει εισαχθεί μέσα σ' αυτόν δια της χοληδοχοτομής. Η έκπλυση αυτή γίνεται και προς το δωδεκαδάκτυλο και προς τους ηπατικούς πόρους.

Μετά την έκπλυση αυτή εισάγεται μέσα στο χοληδόχο πόρο, από το άνοιγμα, ένας καθετήρας FOGARTY, ο οποίος κατ' αρχή διεκβάλλεται μέσω του σφιγκτήρα του ODDI προς το δωδεκαδάκτυλο και κατόπιν, με φουσκωμένο το "μπαλονάκι", έλκεται προς τα πάνω, με σκοπό να συμπαρασύρει τυχόν υπάρχοντες λίθους στο περιφερικό κολόβωμα του χοληδόχου πόρου.

Μετά την αφαίρεση των υπολειματικών λίθων μ' αυτόν τον τρόπο γίνεται νέα έκπλυση στο χοληδόχο πόρο.

Κατόπιν τοποθετείται ο σωλήνας του KEHR μέσα στο χοληδόχο πόρο από το άνοιγμα της χοληδοχοτομής. Γύρω από τον KEHR συγκλείεται σε ένα στρώμα με λεπτές μεμονωμένες ραφές - ή συνεχόμενη ραφή με απορροφήσιμα ράμματα DEXON 4/0 ή 5/0 το πραγματοποιηθέν άνοιγμα του χοληδόχου πόρου. Μετά την τοποθέτηση του KEHR πραγματοποιείται νέα χολαγγειογραφία δι' αυτού

με σκοπό την ακτινολογική τεκμηρίωση της αφαίρεσης όλων των λίθων από τα εξωηπατικά χοληφόρα. Εδώ πρέπει να γίνει μια αναφορά στο σωλήνα του ΚΕΗΡ.



Εικ. Διεγχειρητική χολαγγειογραφία

Ο σωλήνας του ΚΕΗΡ έχει σχήμα T και προορίζεται να τοποθετείται στο χοληδόχο πόρο μετά από διερεύνηση και χοληδοχοτομή. Η τοποθέτησή του αποσκοπεί: (1) στη διενέργεια μετεγχειρητικά δια του ΚΕΗΡ χολαγγειογραφίας για την τυχόν ανακάλυψη υ-

πολειμματικών λίθων, (2) στην αποσυμπίεση του χοληδόχου πόρου μετεγχειρητικά, οπότε μπορεί ,προφανώς από σπασμό ή οίδημα του σφιγκτήρα του ODDI, να ανέβει η πίεση μέσα στο χοληδόχο πόρο, οπότε μπορεί να δοκιμαστεί επικίνδυνα η στεγανότητα της ραφής της χοληδοχοτομίας.

Ο Σωλήνας του KEHR είναι κατασκευασμένος από λάστιχο με προσθήκη σιλικόνης. Η κατασκευή αυτή προκαλεί την ταχύτερη και εντονότερη αντίδραση των ιστών, ώστε να σχηματίζεται γρήγορα ένας καλός ιστικός αυλός γύρω από αυτόν , στεγανός στα υγρά.

Ο Σωλήνας του KEHR συνίσταται να βγαίνει από την κοιλιά από διαφορετικό αντιστόμιο από την εγχειρητική τομή και την υφηπατική παροχέτευση.

Η τήρηση της αρχής της συντομότερης εξόδου έχει ιδιαίτερη σημασία για το σχηματισμό του περιϊστικού αυλού και της διατήρηση της συνοχής του κατά την αφαίρεση του σωλήνα.

Καλό είναι να μη βγαίνουν ποτέ μαζί από το ίδιο αντιστόμιο η υφηπατική παροχέτευση και ο σωλήνας του KEHR, γιατί είναι δυνατό, όταν αφαιρεθεί η παροχέτευση, να τραβηχτεί μαζί της και ο σωλήνας του KEHR σε ανεπιθύμητη χρονική στιγμή.

Γ. ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΣΤΟΜΙΑ

Σκοπός της χολοκυστοστομίας είναι η παροχέτευση της χοληδόχου κύστεως και η παροχέτευση των ενδοηπατικών χοληφόρων στην περίπτωση που ο κυστικός πόρος και η εξωηπατική χοληφόρος οδός έχουν απρόσκοπτη βατότητα.

Η εκτέλεση της επέμβασης γίνεται ως εξής:

Υπό τοπική αναισθησία γίνεται μια μικρή (ύψους 3-5 εκ.

τουμή, ακριβώς κάτω από τη χοληδόχο κύστη, που ψηλαφείται να κλυδάζει, και αποκαλύπτεται αμέσως ο πυθμένας της, ο οποίος απομονώνεται από την υπόλοιπη κοιλιά και το τραύμα με γάζες. Στη συνέχεια γίνεται μια περίπαρση στον πυθμένα της κύστης. Κατόπιν, στο κέντρο της περίπαρσης, παρακεντάται η χοληδόχος κύστη, με ένα TROCAR και αναρροφάται το περιεχόμενό της. Μετά την αναρρόφηση του υδαρούς περιεχομένου της χολ. κύστης, αφαιρείται το TROCAR και από το ίδιο άνοιγμα αφαιρούνται οι λίθοι που υπάρχουν μέσα στην κύστη με τη βοήθεια μιας λαβίδας με καρδιόσχημα άκρα. Αφού αφαιρεθούν οι λίθοι τοποθετείται μέσα στη χοληδόχο κύστη ένας σωλήνας για τη διαρκή παροχέτευσή της. Μετά την τοποθέτηση του σωλήνα μέσα στη χοληδόχο κύστη δένεται η περίσπαση γύρω απ' αυτόν, ο σωλήνας συνίσταται να βγαίνει από την κοιλιά από αντιστόμιο. Το αρχικό εγχειρητικό τραύμα ράβεται κατά στρώματα.

Μετά την πραγματοποίηση της χολοκυστοστομίας, ο σωλήνας της συνδέεται απλώς με έναν ουροσυλλέκτη για τη συλλογή του υγρού, του υγρού υλικού που καταλήγει στη χοληδόχο κύστη, χωρίς να χρειάζεται προς τούτο συσκευή αναρρόφησης. Ο σωλήνας αυτός μένει σε λειτουργία τουλάχιστον 15 ημέρες. Στο διάστημα αυτό διεξάγεται και χολοκυστογραφία δια του σωλήνα για έλεγχο της τοπικής κατάστασης. Η διατήρηση σε λειτουργία του σωλήνα της χολοκυστοστομίας θα εξαρτηθεί από το είδος και την ποσότητα της παροχής του. Όταν "δίνει" πύον τον αφήνουμε να παροχετεύει όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται για να καθαρίσει τελείως η κύστη, όταν όμως παροχετεύει χολή τα πράγματα είναι διαφορετικά. Στη δεύτερη αυτή περίπτωση έχουμε ένα εγκατεστημένο εξωτερικό χοληφόρο συρίγγιο και εφόσον διατηρείται δυνατότητα διάβασης της χολής δια κανονικής οδού, προς το έντερο

αρχίζει η προοδευτική σύγκλιση του σωλήνα.

Η αφαίρεση του σωλήνα γίνεται με διατομή του τραύματος που το συγκρατεί στο εξωτερικό κοιλιακό τοίχωμα και απλή έλξη του σωλήνα προς τα έξω.

Η χολοκυστοστομία και η αφαίρεση λίθων από το άνοιγμα της χοληδόχου κύστης δεν συνεπάγεται ίαση της/του ασθενούς από τη νόσο. Μετά την αφαίρεση του σωλήνα χολοκυστοστομίας εγκαταλείπεται μέσα στην κοιλιά μια παθολογική χοληδόχος κύστη, ευαίσθητη σε φλεγμονές και σε σχηματισμό νέων λιθών.

Στο 50% των ασθενών που υποβάλλονται σε αφαίρεση λίθων από τη χοληδόχο κύστη με χολοκυστοστομία επανασχηματίζονται χολόλιθοι μέσα σ' ένα χρονικό διάστημα 2 ετών.

Η εκτέλεση χολοκυστεκτομής μετά από χολοκυστοστομία συνίσταται να γίνεται ανάλογα με την κάθε περίπτωση και όπως κρίνει ο χειρουργός.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όπως σε κάθε ασθενή, ο οποίος πρόκειται να υποβληθεί σε οποιαδήποτε επέμβαση, η Νοσηλευτική προσφέρει τα πάντα στον τομέα της, έτσι και τώρα στο χολολιθιασικό χειρουργούμενο έχει τη δυνατότητα να προσφέρει πολλά. Τη δυνατότητα αυτή την προσφέρουν οι επιστημονικές γνώσεις, η άριστη τεχνική που απαιτείται, αλλά και η διάθεση των Νοσηλευτών-τριών που βλέπουν τον άρρωστο σαν κάτι το οικείο, κάτι το δικό τους, και όχι κάτι που επιβάλλεται.

Οι όποιες ενέργειες γίνονται, έρχονται να συμπληρώσουν τις ιατρικές πράξεις, οι οποίες στηρίζονται στη χειρουργική εξέλιξη.

Η χειρουργική παρουσίασε αλματώδη πρόοδο τις τελευταίες δεκαετίες. Οι παράγοντες που συντέλεσαν σ' αυτήν είναι πολλοί:

1. Κατανοήθηκε η φύση ορισμένων παθήσεων.
2. Αναγνωρίσθηκε η σπουδαιότητα του ρόλου της υδατοηλεκτρικής οξέο-βασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου.
3. Βελτιώθηκαν τα εργαλεία, οι συσκευές και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις.
4. Προόδευσε η αναισθησιολογία.
5. Καταπολεμήθηκαν αποτελεσματικά οι λοιμώξεις.
6. Συμπληρώθηκε η χειρουργική και με άλλες θεραπείες, όπως η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.
7. Βελτιώθηκε η αποκατάσταση του χειρουργημένου αρρώστου με διάφορα τεχνητά μέλη του σώματος.

8. Άλλαξε το πρίσμα μέσα από το οποίο η υγειονομική ομάδα βλέπει το χειρουργημένο άρρωστο.

Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του χειρουργημένου αρρώστου επικεντρώνεται σήμερα στην πλήρη αποκατάστασή του και την επιστροφή του στο κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον.

Στο πλαίσιο αυτό της ανάπτυξης και προόδου της χειρουργικής εντάσσεται και η όσο το δυνατό καλύτερη και ανώτερη Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με χολολιθίαση, ως αποτέλεσμα χρόνιας και οξείας χολοκυστίτιδας. Η παρουσία κάθε ασθενούς, ο οποίος θα υποβληθεί σε θεραπεία χειρουργική για αντιμετώπιση των χολολίθων, συνοδεύεται από άμεση νοσηλευτική εγρήγορση. Σκοπός η αποτελεσματικότερη, η πιο σίγουρη και σύντομη παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο και η απόδοσή του στο κοινωνικό σύνολο ως ένα υγιές μέλος του.

Η βάση στη σωστή αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου είναι η προσεκτική προεγχειρητική κατάστασή του. Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα του νοσηλευτή. Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία για την επέμβαση κατά την προεγχειρητική περίοδο συμβάλει στην έναρξη στρες. Ο Νοσηλευτής, με τον ειδικό μοναδικό του τρόπο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιτυγχάνει την ανάρρωσή του.

Βασικοί παράμετροι σ' αυτό αποτελούν:

- η ψυχολογική προετοιμασία
- η φυσική προετοιμασία
- οι ειδικές εξετάσεις
- η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου
- η άμεση προεγχειρητική ετοιμασία.

Στην ψυχολογική προετοιμασία η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία στα προβλήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από κάθε ενέργεια, είτε ιατρική είτε νοσηλευτική, ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία του νοσηλευτή να ακούσει τον άρρωστο όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον τον βοηθά πολύ επίσης στη διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στο Νοσηλευτικό προσωπικό από ό,τι στους συγγενείς τους.

Στη φυσική προετοιμασία η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Οι ειδικές εξετάσεις οι οποίες γίνονται σε περιπτώσεις εγχείρησης για αντιμετώπιση χολολιθίασης είναι:

- α. Χολοκυστογραφία PEROS
- β. Χολοκυστογραφία IV, όχι πάντοτε.
- γ. Διαδερμική χολλαγγειογραφία
- δ. Υπερηχογράφημα.

ε. Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολλαγγειοπαγκρεατογραφία, με την οποία είναι δυνατό να φανεί απόφραξη στο φύμα του VATER και στο χοληδόχο πόρο.

στ. Εργαστηριακά:

1. Λευκά αιμοσφαίρια
2. Χολερυθρίνη ορού
3. Αλκαλική φωσφατάση
4. Γλουταμινική οξαλική τρανσαμινάση SCOT/γαλακτική δενδρογενάση LDH.
5. Χολερυθρίνη ούρων
6. Ουροχολινογόνο κοπράνων.

Νοσηλευτικές ενέργειες πριν και κατά τις δοκιμαστικές εξετάσεις.

Πριν ο κάθε ασθενής υποβληθεί σε δοκιμαστικές εξετάσεις της χοληδόχου κύστης, το Νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποχρέωση να υποδείξει στον άρρωστο τι πρέπει να κάνει. Οι οδηγίες αυτές είναι:

Την προηγούμενη μέρα της εξέτασης γύρω στη μια ώρα μετά το δείπνο και 42-10 ώρες πριν την ακτινογραφία ο ασθενής παίρνει από το στόμα 6 δισκία του ακτινοσκιερού υλικού. Τα δισκία αυτά παίρνονται σε μεσοδιαστήματα 2 έως 5 λεπτών.

Ο άρρωστος, από εκεί και πέρα, αποφεύγει τη λήψη οποιασδήποτε τροφής, εκτός από νερό, μέχρι την ώρα του ύπνου.

Από εκεί και πέρα μέχρι την ακτινολογική εξέταση δεν επιτρέπεται η λήψη καμμιάς τροφής ή νερού από τον άρρωστο. Αν κατά τη στιγμή αυτή ο άρρωστος εμφανίσει ναυτία στη χρωστική που έχει πάρει διακόπτεται η προετοιμασία της εξέτασης και αναβάλ-

λεται αυτή.

Δεν κρίνεται σκόπιμο να χορηγηθούν καθαρτικά κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας.

Το πρωί της εξέτασης διενεργείται υποκλυσμός του εντέρου με φυσιολογικό ορό και ο άρρωστος οδηγείται στο χώρο που θα γίνει η εξέταση (χολοκυστογραφία ή χολαγγειογραφία).

Αν η χολοκυστογραφία είναι ενδοφλέβια, τότε ακολουθείται η ίδια διαδικασία. Βέβαια, ο άρρωστος δεν παίρνει χρωστική το βράδυ. Το ιωδιούχο σκεύασμα χορηγείται ενδοφλέβιο 10 λεπτά προ του ελέγχου. Κατά το διάστημα μεταξύ της λήψης του ιωδιούχου σκευάσματος μέχρι του ακτινολογικού ελέγχου ο άρρωστος παραμένει νηστικός, γιατί με την τροφή ερεθίζεται και συσπάται η χοληδόχος κύστη, με αποτέλεσμα την κένωσή της από το ακτινοσκοπικό περιεχόμενό της.

Στη συνέχεια γίνεται η ακτινογράφιση στο δεξιό άνω κοιλιακό τεταρτημόριο. Αν η χοληδόχος κύστη είναι γεμάτη και η χρωστική ή το ιωδιούχο σκεύασμα έχει συμπυκνωθεί σ' αυτή, τότε η χοληδόχος κύστη φυσιολογικά φαίνεται σαν απιδοειδή σκίαση μεγέθους 5-8 εκ. κάτω από το δεξιό πλευρικό τόξο. Αν υπάρχουν χολόλιθοι διακρίνονται διαυγασίες μέσα στη σκιά. Στη συνέχεια για έλεγχο της συσταλτικότητας της χοληδόχου κύστης χορηγείται στον ασθενή ένα λιπαρό γεύμα, κρέμα, βούτυρο ή δυο αυγά και επαναλαμβάνεται η χολοκυστογραφία κατά διαστήματα, μέχρι να κενωθεί η χοληδόχος κύστη και να γίνει αόρατη.

Ο άρρωστος οδηγούμενος και πάλι στην κλινική, επιτρέπεται να πάρει από το στόμα ό,τι επιθυμεί, εκτός βέβαια τροφών που είναι πλούσιες σε λιπος.

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν τη γενική αναισθησία. Σε ιστορικό αιμορραγίας και θρόμβωσης ελέγ-

χεται η πυκνότητα του αίματος - ψευδοχολινεστεράση.

Σε πολλά νοσοκομεία η ακτινογραφία θώρακα και ΗΚΓ είναι τυπικές εξετάσεις.

Ελέγχεται η ομάδα αίματος του αρρώστου, γίνεται διασταύρωση και εξασφαλίζεται η παρουσία μιας ποσότητας αίματος στην τράπεζα αίματος για την επέμβαση.

Η προετοιμασία του προεγχειρητικού πεδίου

Σκοπός της προετοιμασίας είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης της συνέχειας του δέρματος. Το χειρουργικό πεδίο στη συγκεκριμένη περίπτωση περιλαμβάνει τη δεξιά πλευρά της άνω μοίρας της κοιλίας και μια ευρεία περιφέρεια γύρω από αυτή. Η προετοιμασία γίνεται με αντισηπτικό καθαρισμό και ξύρισμα του χώρου που προαναφέρθηκε.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία:

Το βράδυ της προηγούμενης ημέρας της επέμβασης επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με ή όχι χορήγηση κατευναστικού. Αν η εγχείρηση γίνεται το πρωί της επομένης, το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν την επέμβαση. Μέχρι τη μεταφορά στο χειρουργείο διεξάγονται από το Νοσηλευτή οι παρακάτω ενέργειες:

1. Ντύνει τον άρρωστο με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου
2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
3. Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα, που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
5. Χορηγεί προνάρκωση πριν την εγχείρηση περίπου μισή ώρα ή αμέσως μετά από εντολή αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα εξαρτώνται

από το συγκεκριμένο άρρωστο. Συνήθως χρησιμοποιούνται οπιούχα, παράγωγα μελλαντόνας - βαρβιτουρικά.

6. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται. Μετρά την αρτηριακή πίεση το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας και το πρωί προ και μετά την προνάρκωση.
7. Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή, το συνοδεύει στο χειρουργείο και παραμένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Αμέσως μετά την επέμβαση ο ασθενής μεταφέρεται στο χώρο ανάνηψης. Ο χώρος αυτός αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές και άλλο βοηθητικό προσωπικό. Η χρησιμοποίησή του έχει πρακτικά εξαφανίσει τους άμεσους κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι ασθενείς βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα, καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανάνηψει, δηλαδή αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία,

πίεση και αναπνοές του σταθεροποιηθούν μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου είναι:

- α. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
- β. Λήψη αμέσως και σε συχνά χρονικά διαστήματα των ζωτικών σημείων κατόπιν.
- γ. Σύνδεση σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους.
- δ. Εκτέλεση των οδηγιών μιας φοράς.
- ε. Παρακολούθηση του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
- στ. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.
- ζ. Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών. Εξ αιτίας μετεγχειρητικού STRESS ο όγκος των ούρων, ανεξάρτητα της ποσότητας των υγρών που χορηγούνται στον άρρωστο, είναι μικρό. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες τα ούρα του 24ωρου είναι μόνο 600-700 MIL και με υψηλό ειδικό βάρος.

Μεταφορά του αρρώστου στη χειρουργική κλινική

Ο χρόνος παραμονής του αρρώστου στο χώρο ανάνηψης εξαρτάται από την αντίδραση του ίδιου του αρρώστου στην αναισθησία, το δείκτη επικοινωνίας που έχει, τις ανάγκες οι οποίες παρουσιάζονται. Αν οι παράμετροι οι οποίοι αξιολογούνται για την παραμονή του αρρώστου στην ανάνηψη σταθεροποιηθούν, ο άρρωστος μεταφέρεται με φορείο στη χειρουργική κλινική. Κατά το χρονικό διάστημα της μεταφοράς ελέγχονται οι σωλήνες παροχέτευσης

αν παροχετευτούν, παρατηρούνται τα χαρακτηριστικά του αρρώστου και ανά πάσα στιγμή είναι έτοιμη η χορήγηση O_2 για την αντιμετώπιση δυσάρεστων συμβάντων.

Αν ο άρρωστος μεταφερθεί χωρίς κανένα απρόοπτο, τότε τοποθετείται στο θάλαμό του, ενημερώνεται το διάγραμμά του για την επέμβαση που έγινε, σημειώνονται στα επί μέρους διαγράμματα οι ποσότητες των παροχετεύσεων, λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία και παραλαμβάνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής για τη μετεγχειρητική πληρέστερη και σαφέστερη αντιμετώπισή του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις α' 24ώρου

Η παραλαβή του χειρουργημένου ασθενή και η τοποθέτησή του στο θάλαμο είναι η πρώτη νοσηλευτική δραστηριότητα. Ταυτόχρονα με αυτή έπιτελούνται και άλλες. Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές είναι κύρια αναπνευστικές επιπλοκές, όπως η αναπνευστική οξέωση. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στο σημείο αυτό είναι πολύ σημαντικός. Μπορεί να προλάβει την εμφάνισή της αν ενθαρρύνει τον άρρωστο να βήχει και να αναπνέει σε κανονικά χρονικά διαστήματα, όπως και να παίρνει βαθιές εισπνοές. Επίσης η συχνή αλλαγή θέσης στο χειρουργημένο βοηθάει πρώτα στην ανακούφιση του ασθενή και δεύτερον στην πρόληψη πνευμονίας, ατελεκτασίας και επομένως της πνευμονικής οξέωσης.

Η θέση του αρρώστου στο κρεβάτι είναι η χαμηλή θέση FOWLER. Είναι η πιο συνηθισμένη θέση στην οποία τοποθετούνται οι χειρουργημένοι, αλλά και η θέση στην οποία δεν μπορεί να διατηρηθεί ο άρρωστος. Ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να

σχηματίζει γωνία 60° με 70° με το οριζόντιο επίπεδο. Στη θέση αυτή συνήθως ο άρρωστος παραπονείται για ζάλη. Εάν συμβεί κάτι τέτοιο, τοποθετείται σε θέση ύπτια και μετά από ένα διάστημα 2 ωρών τοποθετείται και πάλι σε θέση FOWLER. Για να διατηρηθεί στη θέση αυτή ο άρρωστος κάτω από τα πέλματα τοποθετούνται υποστηρίγματα.

Μπορεί εξάλλου ο άρρωστος να τοποθετηθεί και σε θέση ημι-FOWLER. Το κεφάλι ανυψώνεται 30-32 εκ. και τα γόνατα κάμπτονται.

Με την τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι ελέγχονται οι παροχετεύσεις που μπορεί να έχει. Οι παροχετεύσεις αυτές είναι:

α. Ρινογαστρικός σωλήνας ή σωλήνας LEVIN. Η τοποθέτησή του είναι, τις περισσότερες φορές, αιτία διαμάχης των χειρουργών. Οι περισσότεροι πάντως τοποθετούν LEVIN για να κενωθεί ο στόμαχος από βλέννες και σίελο.

β. Παροχέτευση του σωλήνα που έχει τοποθετηθεί υφηπατικά. Η ύπαρξη του σωλήνα αυτού κρίνεται απαραίτητη από το χειρουργό αν στη διάρκεια της χολοκυστεκτομής διαπιστώνει φλεγμονή ή εμπύημα. Στις απλές χολοκυστεκτομές συνήθως ο σωλήνας αυτός δεν υπάρχει. Πάντως, η μη παρουσία της παροχέτευσης αυτής μπορεί να τεθεί σε σοβαρή βάση, διότι είναι δυνατό πολλές φορές να υπάρχουν επικουρικοί χοληφόροι οδοί, που συνδέουν τη χοληδόχο με το ήπαρ και να έχουν διανοιχθεί κατά την επέμβαση, με αποτέλεσμα μια μετεγχειρητική χολλόροια, η οποία θα ήταν καλό να παροχετεύεται προς τα έξω. Αυτό βέβαια εξαρτάται κατά πρώτο λόγο από το χειρουργό, ο οποίος μπορεί να αποφασίσει την τοποθέτησή του ή όχι. Αφού πάντως είναι τοποθετημένος, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να ελέγξει την τυχόν χολόροια,

όσο και την έξοδο των άχρηστων αποτελεσμάτων της επέμβασης, όπως: αιματώδη πύγματα, λίπη, μυες κ.λ.π. από την παροχέτευση αυτή. Αν κατά τη διάρκεια του α' 24ωρου ο σωλήνας δεν παροχετεύει άχρηστα υπολείμματα της επέμβασης και χολή, έτσι συμβαίνει τις πιο πολλές φορές, αφαιρείται.

γ. Σωλήνας του KEHR ή σωλήνας T: Παροχετεύει χολή σχεδόν αμέσως μετά την εγχείρηση. Η χροιά του παροχετεύοντος υλικού δεν είναι καθαρή κίτρινη, αλλά μπορεί η χρώση του να είναι πυώδης κ.λ.π. Η νοσηλευτική παρατήρηση σ' αυτό το σημείο έχει σα σκοπό να παρατηρεί τη χροιά του παροχετεύοντος υλικού και την ποσότητά του. Εξάλλου, η παρατήρηση των γαζών του χειρουργικού τραύματος μας δίνει πληροφορίες για το αν διαφεύγει κάποια ποσότητα χολής. Εάν έχουν βρεχτεί οι γάζες προβαίνουμε σε αλλαγή των γαζών του τραύματος κάτω από άσηπτες συνθήκες. Εάν δεν υπάρχει διαφυγή, το τραύμα παραμένει καθαρό. Η ποσότητα της χολής που παροχετεύεται το πρώτο 24ωρο ανέρχεται στα 500 κ.εκ. Την πρώτη ημέρα συνίσταται η πλούσια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, η παρατήρηση του χειρουργικού τραυματος για τυχόν διαφυγή και η παρατήρηση της παροχέτευσης για το αν παροχετεύει. Εάν η ποσότητα που παροχετεύεται παρουσιάζει αύξηση της χολής στα 1000 κ.εκ. αυτό σημαίνει ότι έχει αποφραχτεί το άκρο του σωλήνα KEHR προς το δωδεκαδάκτυλο. Εάν η ποσότητα της χολής που παροχετεύεται την πρώτη ημέρα είναι σημαντικά ελαττωμένη, τότε αυτό αποτελεί ένδειξη ηπατικών αλλοιώσεων.

Εάν κατά την παρατήρηση της παροχέτευσης διαπιστωθεί ότι ο σωλήνας δεν παροχετεύει χολή, τότε γίνεται αναρρόφηση και πλύση με φυσιολογικό ορό του σωλήνα, ώσπου να αποκατασταθεί η λειτουργία του.

δ. Καθετήρας ουροδόχου κύστης: Οι πιο πολλοί χειρουργημένοι έχουν καθετήρα ουροδόχου κύστης, έτσι ώστε τις δύσκολες πρώτες μετεγχειρητικές ώρες να αποφευχθούν δυσάρεστα συμβάντα για τον ίδιο τον άρρωστο, όπως η διαφυγή των ούρων, αλλά και γιατί μπορεί να γίνει μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Μετά τον έλεγχο των παροχετεύσεων γίνεται μέτρηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου. Η μέτρηση της θερμοκρασίας, της αρτηριακής ή φλεβικής πίεσης, των σφυγμών και των αναπνοών βοηθά στο πρώτο 24ωρο στην πρόληψη και αποφυγή εμφάνισης κάποιου SHOCK ή κάποιας αιμορραγίας. Η τακτική μέτρησή τους και η γνώση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν την εμφάνιση των καταστάσεων που αναφέρθηκαν είναι εκείνο που σώζει τον άρρωστο. Η παρατήρηση του αρρώστου είναι μια σημαντική παράμετρος των νοσηλευτικών ενεργειών. Εάν διαπιστώσει ότι ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος, το δέρμα του είναι κρύο και ωχροό, ο σφυγμός συχνός και ταχύς, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές συχνές και βαθιές, τα χείλη και οι επιφυκότες είναι ωχροί, έχει καθήκον σαν υπεύθυνος λειτουργός υγείας να κάνει κάθε τι το οποίο θα είναι υπέρ της υγείας του ανθρώπου, της καλής μετεγχειρητικής εξέλιξης της υγείας του.

Αφού εκτιμηθεί από την υγειονομική μονάδα η κατάσταση του αρρώστου, πρέπει να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, όπως: Ανοξία ιστών, απαρρύθμιση κυκλοφορίας, διαταραχές ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας, διαταραχή θερμικής ισορροπίας, συγκινησιακές διαταραχές, με φροντίδα που σκοπός της θα είναι, η αποκατάσταση της ιστικής άρδευσης, η επαρκής οξυγόνωση των ιστών, η αποκατάσταση της οξεοβασικής ισορροπίας, η αποκατάσταση της ενεργειακής ισορροπίας, η συγκι-

νησιακή υποστήριξη.

Η σίτιση του χειρουργημένου είναι ένα άλλο σημαντικό τμήμα των νοσηλευτικών διαδικασιών του α' 24ωρου.

Εάν ο ασθενής έχει σωλήνα LEVIN, τότε δεν τον εγκαταλείπει ένα αίσθημα ναυτίας. Από το στόμα δεν επιτρέπεται να πάρει τίποτε. Ο άρρωστος σιτίζεται ενδοφλέβια με τη λήψη υγρών. Τα υγρά που λαμβάνει ο άρρωστος είναι πλούσια σε Na και η ποσότητά τους το πρώτο 24ωρο είναι γύρω στα 3 λίτρα. Βασική υπόθεση σ' αυτό είναι ο ασθενής να μην έχει παθολογικές απώλειες, γιατί τότε τα διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που πρέπει να πάρει είναι πολύ περισσότερα. Για να φεύγει το αίσθημα της δίψας επιτρέπεται το βρέξιμο των χείλων του αρρώστου με σπάτουλα, με βαμβάκι εμποτισμένο σε νερό.

Η έγερση του αρρώστου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της επανόδου του στη φυσιολογική δραστηριότητα. Λόγω της θέσης της τομής στον ασθενή προκαλείται υποσυνείδητα η τάση ακινητοποίησης του χειρουργικού πεδίου κι έτσι αρνούνται να σηκωθούν από το κρεβάτι τους. Στο σημείο αυτό χρειάζεται η νοσηλευτική υποστήριξη, έτσι ώστε ο άρρωστος να δεχτεί να σηκωθεί από το κρεβάτι. Η προειδοποίηση, η ενημέρωση και όχι ο εκφοβισμός για τα αποτελέσματα της μη έγκαιρης έγερσης ωθεί το χειρουργημένο στην κινητοποίηση.

Οι λόγοι που επιβάλλουν την έγερση είναι:

- α. Η πρόληψη πνευμονικών - αγγειακών επιπλοκών. Ανά πάσα στιγμή παραμονεύει ο κίνδυνος της θρόμβωσης αγγείων των κάτω άκρων και η εμφάνιση επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.
- β. Η επιτάχυνση επούλωσης του τραύματος.
- γ. Η μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
- δ. Η συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη δίαιτα. Όσο

νωρίτερα άρχισε η κινητοποίηση του αρρώστου, τόσο πιο νωρίς αρχίζει η ενεργοποίηση του εντέρου κι έτσι ο άρρωστος είναι πλέον έτοιμος να αρχίσει διατροφή από το στόμα.

ε. Συντόμευση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο Νοσοκομείο.

Κατά την έγερση του αρρώστου χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Πρώτα, ο χειρουργημένος τοποθετείται σε ανάρροπη θέση, ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνεται ζάλη. Κατόπιν τοποθετείται στην καθιστή θέση με τα πόδια κρεμασμένα. Οι κινήσεις αυτές είναι επώδυνες για το χειρουργημένο και μόνο με την άμεση συμβολή και υποστήριξη νοσηλευτή μπορούν να εκτελεστούν από τον άρρωστο. Στο τέλος, ο άρρωστος σηκώνεται υποβασταζόμενος. Ο χρόνος ο οποίος απαιτείται και επιβάλλεται να βηματίσει ο άρρωστος εξαρτάται από τη γενική κατάστασή του και την ηλικία του.

Εάν ο χειρουργημένος είναι υπερήλικας και δεν είναι δυνατή η έγερση μέσα στο πρώτο 24ωρο ή ο άρρωστος εμμένει λόγω φόβου να σηκωθεί από το κρεβάτι, τότε κρίνεται απαραίτητο να εκτελεσθούν διάφορες ασκήσεις από το χειρουργημένο με την άμεση εποπτεία νοσηλευτή και φυσικοθεραπευτή. Οι ασκήσεις αυτές βέβαια δεν αναπληρούν την έγερση, αλλά προσφέρουν μια σημαντική βοήθεια στον άρρωστο.

Οι ασκήσεις που ενδείκνυνται είναι:

- α. Βαθιές αναπνευστικές κινήσεις, για πλήρη έκπτυση των πνευμόνων.
- β. Ασκήσεις βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ' ώμον άρθρωση.
- γ. Ασκήσεις άκρων χεριών.
- δ. Ασκήσεις άκρων ποδιών.
- ε. Ασκήσεις προετοιμασίας του αρρώστου για έγερση από το κρεβάτι.

στ. Ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών.

Επειδή κύρια είναι απαραίτητος ο πνευμονικός αερισμός για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών, αλλά και εξαιτίας της θέσης του χειρουργικού τραύματος, μπορεί να χορηγηθούν αναλγητικά και να ενθαρρύνεται ο ασθενής να αναπνέει βαθιά και να κινείται έστω και πάνω στο κρεβάτι όσο μπορεί.

Πρόληψη επιπλοκών

Σ' αυτό το κρίσιμο εικοσιτετράωρο για την όσο το δυνατό πιο ασφαλή και σίγουρη εξέλιξη της υγείας του χειρουργημένου πρέπει να αντιμετωπιστούν όλες οι ανάγκες οι οποίες θα παρουσιαστούν και να λυθούν όλα τα προβλήματα τα οποία θα δημιουργηθούν.

Η εκτέλεση της νοσηλείας του χειρουργημένου βρίσκεται στην πρώτη γραμμή. Ο άρρωστος πρέπει να καλυφθεί με αντιβίωση για την προληπτική αντιμετώπιση μολύνσεων από μικρόβια του περιβάλλοντος είτε του χειρουργείου π.χ. ψευδομονάδα ή του χώρου της κλινικής.

Η παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος έρχεται να συμπληρώσει την εκτέλεση της νοσηλείας του χειρουργημένου. Το χειρουργικό τραύμα σχεδόν πάντοτε είναι καλυμένο με αποστερωμένο υλικό με σκοπό:

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

Άλλοτε πάλι, μετά το αρχικό δέσιμο στο χειρουργείο αφαιρείται το επιδεσμικό υλικό και μένει το τραύμα ανοιχτό. Η τεχνική αυτή έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- α. Παρεμπόδιση δημιουργίας θερμότητας, υγρασίας, σκοταδιού, που είναι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη μικροβίων.
- β. Εύκολη παρακολούθηση του τραύματος.
- γ. Απλοποίηση της μετεγχειρητικής φροντίδας.
- δ. Αποφυγή δερματικών αντιδράσεων από το επιδεσμικό υλικό.
- ε. Διευκόλυνση δραστηριοτήτων του αρρώστου.
- στ. Οικονομία.

Οι παρακολούθηση του τραύματος έχει σαν σκοπό να μειωθούν στο ελάχιστο οι επιπλοκές από το τραύμα, όπως:

α) Αιμάτωμα: Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την επούλωση του τραύματος αφαιρείται, αφού κοπούν μερικά ράμματα.

β) Ρήξη ραμμάτων: Εκσπλάχνωση. Οφείλεται η εκσπλάχνωση, στη ρήξη των ραμμάτων - στο βήχα - στην κοιλιακή διάταση και είναι μεγάλο πρόβλημα και για τον άρρωστο και για την υγειονομική μονάδα. Η ρήξη μπορεί να συμβεί ξαφνικά με έξοδο των εντερικών ελίκων στο κοιλιακό τοίχωμα. Προκαλεί έντονο πόνο που συνήθως συνδυάζεται με εμετό. Όταν τα χείλη του τραύματος αποχωρίζονται βαθμιαία, τα σπλάχνα μπορεί να βγουν από το τραύμα, ή και καθόλου, και το κύριο σύμπτωμα να είναι η απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού που θα βρεθεί μπροστά

σε μια τέτοια κατάσταση είναι κύριος. Πρέπει να σκεπάσει με αποστειρωμένο τετράγωνο ό,τι έχει εμφανιστεί, να ειδοποιήσει το γιατρό αμέσως και να συμπαρασταθεί στο χειρουργημένο με κάθε τρόπο και μέσο.

Ο άρρωστος εισέρχεται και πάλι στο χειρουργείο και υπόκειται σε μια νέα δοκιμασία υπό γενική αναισθησία για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Για την πρόληψη της ρήξης χρησιμοποιείται ειδικός επίδεσμος.

Η εκσπλάχνωση είναι συχνότερη σε ηλικιωμένους αρρώστους, καχεκτικούς, παχύσαρκους που μετά την εγχείρηση παρουσιάζουν βήχα, εμέτους και είναι ασυμβίβαστοι με τη θέση στην οποία βρίσκονται.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος το πρώτο μετεγχειρητικό εικοσιτετράωρο είναι:

1) Ο πόνος.

Είναι χαρακτηριστικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος το πρώτο 24ωρο. Ξεκινά από το δέρμα, τους μύς, το περιτόναιο, τα σπλάχνα. Οφείλεται στο τραύμα (τομή απαγωγή συρραφή ιστών). Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-13 ώρες.

Όταν ο άρρωστος πονά ο νοσηλευτής οφείλει:

- α. Να εντοπίζει τον πόνο.
- β. Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ. Να διαπιστώνει την έκτασή του.
- δ. Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις αναφέρει στο γιατρό.

Το αίσθημα του πόνου, όπως εμφανίζεται στο χειρουργημένο με χολοκυστεκτομή, επιδεινώνεται με κάθε αναπνευστική κίνηση. Επίσης ο πόνος το πρώτο 24ωρο μπορεί να οφείλεται στην υπο -

λειμματική δράση των μέσων αναισθησίας.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητά του. Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται ελεύθερα. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Χορηγούνται κατόπιν εντολής του γιατρού ισχυρά αναλγητικά, λ.χ. MORFINE, PETHIDINE, ALGAFAN, ROMIDON, για την άμεση καταστολή του.

Αν και ο πόνος των πρώτων 24ωρων οφείλεται στην εγχείρηση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι σωλήνες παροχέτευσης, σφικτικές επιδέσεις. Τα πιο βαριά ναρκωτικά πρέπει μέσα στο 24ωρο να αντικαθίστανται με ελαφρότερης δράσης.

2) Ο έμετος.

Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται:

- α. Στον έμετο κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού.
- β. Στον έμετο που διαρκεί το πρώτο 24ωρο.
- γ. Στον έμετο που συνεχίζεται.

Ο έμετος ο οποίος εμφανίζεται καθώς παρέρχεται η δράση του αναισθητικού εκδηλώνεται σε διάρκεια 2-8 πρώτων ωρών μετά την επέμβαση. Στη φάση αυτή το στομάχι αδειάζει από βλέννη και σίελο. Αντιμετωπίζεται με πλύση του στόματος με διάλυμα σόδας. Αυτά όταν δεν έχει τοποθετηθεί ρινογαστρικός σωλήνας στον άρρωστο στο χειρουργείο.

Ο έμετος που διαρκεί το πρώτο 24ωρο οφείλεται στα παρακάτω αίτια:

- α. Παρενέργειες από την αναισθησία.
- β. Ευαισθησία σε φάρμακα, οπότε και παρουσιάζεται μετά τη χο-

ρήγησή τους, π.χ. μορφίνη.

γ. Παράλυση της εντερικής λειτουργίας εξαιτίας βλάβης των κοιλιακών οργάνων στη διάρκεια της επέμβασης.

Και για τους τρεις παράγοντες η μόνη λύση είναι η εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα κι εδώ είναι η διαμάχη των χειρουργών για το αν θα εφαρμόσουν σωλήνα LEVIN την ώρα της επέμβασης η τώρα και να υποβληθεί ο άρρωστος σε νέα δοκιμασία, τη δεύτερη σε μακρό χρονικό διάστημα.

Ο έμετος που συνεχίζεται θα αναφερθεί παρακάτω.

3) Διάταση κύστης.

Εάν δεν έχει τοποθετηθεί καθετήρας στο χειρουργείο, τότε, τις περισσότερες φορές, μέσα στο πρώτο 24ωρο είμαστε υποχρεωμένοι, εξαιτίας της κατακράτησης των ούρων, να προβούμε σε καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης του χειρουργημένου. Η κατακράτηση των ούρων οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα της κύστης.

4) Ανησυχία - δυσφορία.

Οι αιτίες που δημιουργούν την ανησυχία και δυσφορία είναι:

- α. Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος
- β. Επίσχεση ούρων
- γ. Μετεωρισμός ή λόξυγγας
- δ. Αϋπνία.

Για κάθε μια από τις παραμέτρους ο Νοσηλευτής προβαίνει:

Εάν είναι βρεγμένο το επιδεσμικό υλικό προβαίνει σε αντικατάστασή του, με ταυτόχρονη ενημέρωση του γιατρού για το είδος και τη χροιά που είχε πάρει το υλικό που απομάκρυνε.

Για την επίσχεση ούρων προβαίνει σε καθαρισμό της περιγεννητικής περιοχής του χειρουργημένου, όπως και σε αντικατάσταση των λευχυμάτων του αρρώστου.

Τον βοηθά να ανταπεξέλθει το λόξυγκα.

Για την αύπνία του αρρώστου οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις.

Σ' αυτό το πρώτο 24ωρο ο χειρουργημένος βρίσκεται κάτω από διαρκή παρακολούθηση. Αυτές τις ώρες χρειάζεται ηρεμία - ησυχία. Ο συνοδός στη φάση αυτή δημιουργεί μόνο προβλήματα. Γι' αυτό είναι αναγκαίο και επιβεβλημένο να μη βρίσκεται δίπλα στο χειρουργημένο. Αυτές οι πρώτες ώρες είναι της επιστήμης, της ζωής, της θέλησης. Ο συνοδός δεν μπορεί να έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει. Μόνο η υγειονομική μονάδα προσφέρει. Κλείνοντας αυτό το πρώτο 24ωρο ο νοσηλευτής θα σταθεί δίπλα στο χειρουργημένο. Προσπαθεί με κάθε τρόπο ο ύπνος του να είναι ήρεμος, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Ο άρρωστος θα κοιμηθεί. Ο νοσηλευτής όμως αγρυπνά. Την ώρα του ύπνου παρακολουθεί τον άρρωστο. Ελέγχει τα πάντα. Η πιστή τήρηση της δεοντολογίας της νοσηλευτικής επιστήμης αυτό προστάζει. Παρακολούθηση του αρρώστου μέχρι την ώρα που θα αφήσει το νοσοκομειακό κρεβάτι και θα επιστρέψει στο κοινωνικό σύνολο ως υγιής μονάδα.

Τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα ο άρρωστος συνήθως βρίσκεται στην ίδια κατάσταση που βρισκόταν την πρώτη ημέρα. Μπορεί βέβαια να έχουν μειωθεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αλλά οι νοσηλευτικές δραστηριότητες παραμένουν οι ίδιες και συμπληρώνονται από νέες που πρέπει να γίνουν αυτό το 24ωρο αλλά και ελαττώνονται αν η γενική κατάσταση του αρρώστου είναι καλή.

Το πρωί της δεύτερης μετεγχειρητικής ημέρας ο ασθενής σηκώνεται και πάλι από το κρεβάτι του και κάνει, υποβασταζόμενος

πάντα, βηματισμούς, για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις ενδεχόμενες επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.

Την ίδια στιγμή το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε δι-αρκή κίνηση. Ελέγχονται οι παροχετεύσεις του αρρώστου, λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία, εκτελείται η Νοσηλεία του, γίνεται η χορήγηση υγρών παρεντερικά, ταυτόχρονα γίνεται και χορήγηση Na, K και άλλων ηλεκτρολυτών, γίνεται πρωινή περιποίηση του αρρώστου και του δωματίου. Η περιποίηση του προσώπου, του στόματος, είναι οι πρώτες ενέργειες. Μετά την τακτοποίηση του θαλάμου, ο άρρωστος ελέγχεται για σφύξεις, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, αναπνοές. Η επανάληψη των μετρήσεων αυτών σε πολύ τακτά χρονικά διαστήματα προσφέρει στον άρρωστο την ασφάλεια και ικανοποίηση για το ενδιαφέρον που δείχνει η υγειονομική μονάδα σ' αυτόν, αλλά ταυτόχρονα με την ικανοποίηση του ίδιου του ατόμου, προσφέρεται και έλεγχος των διαφόρων συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού κι έτσι ελέγχονται αποκλίσεις και μεταβολές που σημειώνονται.

Γίνεται καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Ο άρρωστος συνεχίζει να παίρνει υγρά παρεντερικά. Οι οροί που χορηγούνται είναι εμπλουτισμένοι με στοιχεία Na, K και βιταμίνες που βοηθούν τον οργανισμό να ανταπεξέλθει στο STRESS της επέμβασης. Η νοσηλεία του αρρώστου περιλαμβάνει χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη ενδεχόμενης μόλυνσης - λοίμωξης.

Η παρακολούθηση των παροχετεύσεων περιλαμβάνει σ' αυτό το 24ωρο μόνο -τις περισσότερες φορές- τον καθετήρα της ουροδόχου κύστης, από τον οποίο καταγράφεται το ποσό των αποβαλλόμενων ούρων και σημειώνεται στο διάγραμμα που υπάρχει γι' αυτό το λόγο.

Εάν δεν έχει αφαιρεθεί ο σωλήνας παροχέτευσης του τραύμα-

τος -αν δεν έχει αφαιρεθεί την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα- που συμβαίνει σε σπανιες περιπτώσεις -αφαιρείται την τέταρτη μετεγχειρητική-, τότε γίνεται μέτρηση της ποσότητας των αποβαλλόμενων υγρών και εάν ο σάκκος συλλογής έχει γεμίσει, αφού έγινε η καταγραφή της ποσότητας- γίνεται αντικατάστασή του.

Το LEVIN έχει αφαιρεθεί - ή αφαιρείται αυτή την ημέρα- και ο άρρωστος μπορεί πλέον να αρχίσει να παίρνει υγρά και από το στόμα. Εάν ο άρρωστος έχει εμετό, τότε το LEVIN παραμένει και στον ασθενή χορηγούνται αντιεμετικά. Ελέγχεται αν ο σωλήνας KEHR παροχετεύει χολή. Το ποσό της χολής που παροχετεύεται σ' αυτό το δεύτερο 24ωρο είναι μικρότερο της ποσότητας του α' 24ωρου.

Όλες αυτές οι δραστηριότητες έχουν σα σκοπό την ανακούφιση του ίδιου του αρρώστου και την ετοιμασία όλου του τμήματος σε ό,τι αφορά τον άρρωστο, έτσι ώστε στη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης ο νοσηλευτής θα μπορέσει να εκφέρει τη γνώμη του για τη γενική κατάσταση του αρρώστου, τις αντιδράσεις του, τα προβλήματά του.

Στη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης γίνεται από όλο το ιατρικό τμήμα της κλινικής η εκτίμηση της κατάστασης και της πορείας του χειρουργημένου. Σ' αυτή τη φάση το άγρυπνο μάτι του νοσηλευτή παρακολουθεί και τυπώνει κάθε τι που αφορά το συγκεκριμένο άρρωστο. Συνήθως, κι αυτό συμβαίνει στα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα, η ιατρική επίσκεψη συνοδεύεται και από την αλλαγή του χειρουργικού τραύματος. Τη στιγμή της αλλαγής ελέγχεται η επούλωση του χειρουργικού τραύματος και το σύνολο των διεργασιών που έχουν σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος. Για την αλλαγή προετοιμάζεται ο άρρωστος με ενημέρωση. Αφαιρείται το επιδεσμικό υλικό που τοπο-

θειτήθηκε στο χειρουργείο και αντικαθίσταται από άλλο. Κάτω από άσηπτες συνθήκες παρατηρείται το τραύμα, ελέγχεται η ανάπτυξη οιδήματος ή φλεγμονής και η συρραφή των χειλέων του τραύματος. Εάν ο σωλήνας παροχέτευσης είναι ακόμη σε λειτουργία, ελέγχεται η λειτουργικότητά του, όπως και η λειτουργικότητα του σωλήνα ΚΕΗΡ, αν υπάρχει. Αν έχει αφαιρεθεί γίνεται καθαρισμός με ιωδιούχο σκεύασμα και αντισηπτικές ουσίες. Η νέα επίδεση του χειρουργικού πεδίου είναι ανάλογη με τη φύση του χειρουργικού τραύματος. Αν έχει ερεθιστεί η περιοχή τοποθετούνται βαζελινούχες αλοιφές, όπως και αντισηπτικά σκευάσματα για την προστασία του δέρματος από το επιδεσμικό υλικό. Εάν το τραύμα δεν έχει παρουσιάσει καμιά επιπλοκή, γίνεται νέα πιεστική επίδεση με αποστειρωμένο υλικό. Μπορεί εξάλλου, ανάλογα με τη φύση λειτουργίας του κάθε Νοσοκομείου, το τραύμα να μην κλεισθεί για τους λόγους που έχω αναφέρει, αλλά μόνο με τον ψεκασμό NEBACETINE SPRAY να αφεθεί ελεύθερο. Η θέση νοσηλευτικού προσωπικού κατά την αλλαγή του χειρουργικού τραύματος έχει σαν σκοπό:

- α. Να καταγράψει στο δελτίο παρακολούθησης του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού, τυχόν διαφυγή χολής από τον ΚΕΗΡ, όπως και το ποσό της παροχέτευσης ΚΕΗΡ, εάν είναι τοποθετημένος.
- β. Με την παρακολούθηση της κατάστασης του αρρώστου μπορεί να δώσει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.
- γ. Η ομάδα ως σύνολο δίνει στον άρρωστο πιο επιμελημένη φροντίδα.
- δ. Παρακολουθεί την εκτέλεση της αλλαγής από το γιατρό, έτσι ώστε να μπορέσει να αναλάβει την εκτέλεση των επομένων.

ε. Φροντίζει για την προμήθεια επιδεσμικού υλικού, ανάλογα με τις ανάγκες, όπως και για την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.

Τα προβλήματα του αρρώστου σ' αυτό το χρονικό διάστημα παραμένουν τα ίδια. Ο πόνος, είτε σαν υποκειμενικό πρόβλημα του ίδιου του αρρώστου, είτε σαν αντικειμενικό γνώρισμα της μετεγχειρητικής εξέλιξης της επέμβασης, παραμένει. Για την αντιμετώπισή του χορηγούνται σταδιακά και ανάλογα με την οξύτητα του πόνου αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής. Τα αναλγητικά αυτά χορηγούνται σε καθορισμένο χρόνο και δόση. Οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δένδρο, με αποτέλεσμα πνευμονικές επιπλοκές. Συνάμα η χορήγηση των αναλγητικών πρέπει να συνδυάζεται με την κατάσταση του αρρώστου και τις παραμέτρους αξιολόγησής της. Δ.χ. στη χαμηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση η χορήγηση της μορφίνης, γιατί μπορεί να προκαλέσει SHOCK. Η δίψα, αφού πλέον έχει αφαιρεθεί ο LEVIN, αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση υγρών από το στόμα.

Η ανησυχία και η δυσφορία παραμένουν αφού αποτελούν τη χαρακτηριστική στάση του χειρουργημένου στα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Μαζί με όλες τις άλλες δραστηριότητες, ο νοσηλευτής σ' αυτό το στάδιο προσπαθεί στη μείωση των παραγόντων που δημιουργούν το βάρος αυτό στο χειρουργημένο και συμβάλλει με ό,τι τρόπο πιστεύει ότι θα βοηθήσει στην καλύτερη νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου.

Η τρίτη μετεγχειρητική ημέρα βρίσκει σε καλύτερη κατάσταση τον άρρωστο. Η μετεγχειρητική κατάστασή του εξελίσσεται ομαλά, αν βέβαια δεν υπάρχουν παράμετροι που να δείχνουν την παραμικρή απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια. Γι' αυτό, το τρίτο

24ωρο συνεχίζεται η εντατική παρακολούθηση, που αφορά στον τακτικό χρονικό προσδιορισμό των ζωτικών σημείων του αρρώστου, στην τακτική χρονικά στιγμή εκτέλεση της νοσηλείας του αρρώστου, στην ικανοποίηση των φυσικών αναγκών του ασθενή, στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που πιθανόν συνεχίζουν να προβληματίζουν τον άρρωστο. Έτσι, ο πόνος, η δίψα, η δυσφορία, πρέπει να βρίσκουν τη λύση όσο το δυνατό συντομότερα. Η κινητοποίηση του αρρώστου εξακολουθεί να αποτελεί το πρώτιστο μέλημα. Ήδη τώρα ο άρρωστος, απαλλαγμένος από τις διάφορες παροχετεύσεις και με τον πόνο να έχει μειωθεί, εκτελεί περισσότερες ασκήσεις και είναι πιο κινητικός. Η λήψη των υγρών παρεντερικά συνεχίζεται, αλλά τώρα ο άρρωστος έχει τη δυνατότητα να παίρνει και υγρά σε μεγάλες ποσότητες από το στόμα. Η λήψη υγρών από το στόμα προϋποθέτει την ελάττωση της διάτασης του εντέρου, που αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια που παραμένει τις δυο πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.

Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί τον περισταλτισμό του εντέρου. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Η κινητοποίηση του αρρώστου και ο χαμηλός υποκλιτισμός ή ο σωλήνας αερίων που εφαρμόζεται βοηθούν στην έξοδο των αερίων και την ανακούφιση του αρρώστου.

Το τρίτο αυτό 24ωρο αρχίζει ο άρρωστος να σιτίζεται από το στόμα. Η δίαιτα του αρρώστου είναι χαμηλή στη χορήγηση λιπών και πλούσια στη χορήγηση υδατανθρακών και πρωτεϊνών. Τις περισσότερες φορές οι ίδιοι οι άρρωστοι αποφεύγουν ή αρνούνται να τρώγουν λιπαρές τροφές, διότι επακολουθεί ναυτία. Επίσης, μπορεί να χορηγηθεί και από το στόμα βιταμίνη Κ.

Αυτό το χρονικό διάστημα αποστέλλονται στο εργαστήριο

δείγματα ούρων και κοπράνων προς εξέταση των χολοχρωστικών. Με αυτόν τον τρόπο ο χειρουργός έχει τη δυνατότητα να πει αν οι χολοχρωστικές εξαφανίστηκαν από το αίμα, που αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η χολή άρχισε να ρέει κανονικά στο δωδεκαδάκτυλο.

Η επιβεβαίωση αυτή γίνεται με την επισκόπηση του δέρματος και του χειρουργικού πεδίου, όπως και με την επισκόπηση του σκληρού χιτώνα.

Εξακολουθεί να παρατηρείται το χειρουργικό τραύμα για διαπίστωση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται, όπως και να λαμβάνονται μέτρα για την προστασία του δέρματος γύρω από την τομή από τη δράση της χολής. Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι:

α. συχνή αλλαγή γαζών.

β. Εφαρμογή προστατευτικών αλοιφών. Εάν έχει εφαρμοσθεί σωλήνας KEHR, τότε με την κινητοποίηση του εντέρου τα δωδεκαδακτυλικά υγρά φεύγουν στο έντερο και έτσι μειώνεται η ποσότητά τους στη χολή. Η ποσότητα που παροχετεύεται τώρα είναι περίπου 350 KG το 24ωρο.

Την 4η μετεγχειρητική ημέρα συνεχίζονται όλες οι νοσηλευτικές διαδικασίες των προηγούμενων ημερών. Οι παράμετροι τώρα αξιολογούνται πιο σταθερά από ό,τι τις πρώτες ημέρες, διότι ο άρρωστος έχει επανέλθει από το ψυχολογικό βάρος του χειρουργείου.

Η ικανοποίηση των αναγκών του, η παρακολούθηση της κατάστασής του, η κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του, η ενυδάτωσή του και η νοσηλεία του, ο έλεγχος για διαπίστωση κανονικής ροής της χολής στο δωδεκαδάκτυλο, η προστασία του αρρώστου από κάθε είδους προβλήματα εξακολουθούν να παραμένουν.

Η εκτέλεση της αλλαγής επιβεβαιώνει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το τραύμα.

Το μοναδικό πρόβλημα το οποίο δημιουργείται είναι ο έμετος, ο οποίος μπορεί να παραμένει στο χειρουργημένο από το 1ο μετεγχειρητικό 24ωρο.

Η ύπαρξη αυτού του έμετου οφείλεται:

- α. Σε εντερική απόφραξη.
- β. Σε οξεία διάταση του στομάχου.
- γ. Σε ουραιμία ή νεφρική ανεπάρκεια.
- δ. Σε περιτονίτιδα.

Η αντιμετώπιση ενός τέτοιου εμέτου προϋποθέτει τον έλεγχο της αιτίας που εμφανίζεται. Η χρήση ρινογαστρικού σωλήνα LEVIN, η χορήγηση αντιεμετικών, η αντιμετώπιση της διατάσης του εντέρου με συνεχείς υποκλισμούς, όσο και η αντιμετώπιση με διουρητικά της νεφρικής ανεπάρκειας ή ουραιμίας με τη χορήγηση ορών πλούσιων σε Na είναι οι ενέργειες οι οποίες ενδείκνυνται σε μια τέτοια κατάσταση.

Η 5η, 6η, 7η μετεγχειρητικές ημέρες είναι οι ημέρες στις οποίες ολοκληρώνονται όλες οι ενέργειες που έχουν γίνει τα προηγούμενα εικοσιτετράωρα. Ο άρρωστος παρακολουθείται, αλλά ταυτόχρονα αρχίζουν σιγά-σιγά να διακόπτονται οι οροί, η νοσηλεία, η συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων και ο άρρωστος να παραμένει υπό έλεγχο με βάση τα υποκειμενικά συμπτώματα που ο ίδιος εκφράζει, αλλά και που διαπιστώνονται με την απλή παρακολούθηση του αρρώστου όσο και με τον εργαστηριακό έλεγχο αίματος και ούρων.

Οι αλλαγές του τραύματος εξακολουθούν να εκτελούνται τώρα πλέον από Νοσηλεύτη, ο οποίος με υπέρμετρη υπευθυνότητα παρακολουθεί το χειρουργικό τραύμα και ελέγχει τις αντιδράσεις του χειρουργημένου σε κάθε προσπάθεια για συμπίεση των χειλέων του τραύματος ή απώθηση. Ο χειρουργημένος τώρα είναι σε συνεχή έ-

γερση. Μοναδικό πρόβλημά του κάποιες μικροενοχλήσεις από τα ράμματα όσο και από την αποκατάσταση των ιστικών βλαβών που γίνονται αυτό το χρονικό διάστημα.

Εάν ο ασθενής δεν αντιμετωπίζει προβλήματα στη λήξη της υπολοιπούχου τροφής, τότε η δίαιτά του συνεχίζεται με τη χορήγηση πρωτεϊνών, υδατανθράκων, Na, K. Η θρέψη του χειρουργημένου αρρώστου αυτά τα εικοσιτετράωρα είναι ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που αξιολογούνται, γιατί ο άρρωστος υποβλήθηκε σε μια επέμβαση στην οποία μπορεί, όχι πάντα, να ενοχοποιηθεί ως παράγοντας που βοήθησε σ' αυτό η σίτισή του.

Σ' αυτές τις μετεγχειρητικές ημέρες, εάν ο ασθενής φέρει σωλήνα ΚΕΗΡ, τότε γίνονται επιπλέον ενέργειες και διαγνωστικός έλεγχος των εξωηπατικών χοληφόρων μέσω του σωλήνα Τ.

Την 5η μετεγχειρητική ημέρα ο άρρωστος υποβάλλεται μέσω του ΚΕΗΡ σε χολαγγειογραφία, με σκοπό την εκ νέου επιβεβαίωση της μη ύπαρξης λίθων στα εξωηπατικά χοληφόρα και την ομαλή ροή της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο.

Την 6η μετεγχειρητική ημέρα και αφού η ποσότητα της χολής που παροχετεύεται έχει σταθεροποιηθεί στα 100-200 κ.ε. η γενική κατάσταση του αρρώστου είναι καλή. Είναι απύρετος, η χρώση κοπράνων και ούρων φυσιολογική, η χροιά του παροχετεύοντος είναι διαυγής κίτρινη, ο σωλήνας του ΚΕΗΡ κλίνει σταδιακά και δοκιμαστικά. Το χρονικό διάστημα που κλείνεται ο ΚΕΗΡ συνεχώς μεγαλώνει, αν βέβαια ο άρρωστος δεν παρουσιάζει πόνο και ίκτερο.

Την 7η μετεγχειρητική ημέρα συνεχίζεται η γυμναστική αυτή στη λειτουργικότητα του σωλήνα ΚΕΗΡ.

Η όγδοη μετεγχειρητική μέρα για τον άρρωστο αποτελεί κάπου ένα τέρμα στη δοκιμασία της χειρουργικής αντιμετώπισης της

πάθησής του. Αν η γενική του κατάσταση έχει σταθεροποιηθεί και εξελίσσεται ομαλά, αφαιρούνται τα ράμματα του τραύματος και ελέγχεται η επούλωση που έχει επέλθει. Αν φέρει σωλήνα KEHR συνεχίζεται η γυμναστική στη λειτουργικότητά του. Ο άρρωστος σιτίζεται με υπολιπούχα τροφή.

Την ένατη μετεγχειρητική ημέρα ο άρρωστος υπόκειται στην τελευταία δοκιμασία, αν φέρει σωλήνα KEHR, γιατί γίνεται η αφαίρεσή του, αν όλα είναι φυσιολογικά. Ο σωλήνας αφαιρείται με την εξής τεχνική:

Απαιτούνται 2 λαβίδες και 1 AMP.PETHIDINE. Ο σωλήνας αφαιρείται συνέχεια και με ήπιες έλξεις. Βίαιες κινήσεις στην αφαίρεση του σωλήνα μπορεί να προκαλέσουν :

- α. Ρήξη του χοληδόχου πόρου με φαινόμενα αιμορραγίας και απώτερα φαινόμενα στένωσης.
- β. Ρήξη του σωλήνα KEHR, οπότε το κάθετο τμήμα παραμένει μέσα στο χοληδόχο πόρο. Εάν συμβεί αυτό, τότε απαιτείται νέα επέμβαση. Σπανιώτατα συμβαίνει το κάθετο τμήμα να εξωθείται από το δωδεκαδάκτυλο εντός λίγων ημερών.

Μετά την αφαίρεση του σωλήνα είναι δυνατό χολή να ρέει από το σημείο της παροχέτευσης. Τη διάρκεια που ρέει η χολή προς τα έξω απαιτείται επιμελημένη η φροντίδα και ο καθαρισμός της περιοχής για την πρόληψη εμφάνισης εγκαυμάτων από τη δράση της χολής στο δέρμα με αντισηπτικά και βεζελινούχες αλοιφές.

Η ροή σιγά σιγά σταματάει το αργότερο σε 2 μέρες από την ημέρα αφαίρεσης του σωλήνα. Το επιδερμικό υλικό που χρησιμοποιήθηκε αλλάζεται με άλλο αποστειρωμένο.

Την ίδια μέρα ο ασθενής φεύγει από το Νοσοκομείο. Έχει

παραμείνει μια μέρα παραπάνω από τότε που αφαιρέθηκαν τα ράμματα για παρακολούθηση όποιος δεν έχει ΚΕΗΡ, όπως κι αυτός που είχε ΚΕΗΡ, απαλλαγμένος από την ύπαρξη της παροχέτευσης.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Την 9η μετεγχειρητική ημέρα, που αποτελεί την ημέρα της εξόδου του αρρώστου από το νοσοκομείο, αξιολογούνται τα θετικά και αρνητικά σημεία της νοσηλευτικής αντιμετώπισης του αρρώστου. Οι όποιες ενέργειες έγιναν το 10ήμερο αυτό που βρισκόταν στο Νοσοκομείο ο άρρωστος πρέπει να τον βρουν σε πλήρη αποκατάσταση, τόσο από την πλευρά της ίασης, όσο και την ψυχολογική και ηθική. Αξιολογείται η λειτουργική αποκατάσταση του αρρώστου και διδάσκεται τι πρέπει να κάνει από εδώ και προς.

Η πλήρης λειτουργική αποκατάσταση επέρχεται στο 6μηνο από την επέμβαση. Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη είναι αυτή που πρέπει να αποκατασταθεί. Οι φόβοι και οι ευθύνες που καλλιεργήθηκαν πρέπει να σβήσουν. Ταυτόχρονα όμως, απαιτείται και εκ μέρους του ασθενούς η τήρηση ορισμένων αρχών που θα οδηγήσουν στην πλήρη ίαση και επαναφορά του στο σύνολο ως υγιούς μέλους.

Οι αρχές αυτές συγκεντρώνονται:

Στη λήψη θρεπτικής τροφής υπολιπούχας τις πρώτες ημέρες. Μια υποδειγματική δίαιτα αναφέρεται παρακάτω:

Π ρ ω ι ν ό : 1 φλυτζάνι τσάι - φρυγανιά - μαρμελάδα.

Γ ε ύ μ α : Κρέας (μπιφτέκι), κομπόστα - πατάτες - ψωμί.

Α π ό γ ε υ μ α : Ζελέ

Δ ε ί π ν ο : Ζυμαρικά (χωρίς τυρί), κομπόστα, ψωμί.

Μετά το πέρασμα του εξαμήνου η δίαιτα εξακολουθεί να παραμένει, αλλά ο άρρωστος μπορεί να τρώει τροφές που περιέχουν λίπος. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι ο ασθενής μπορεί να τρώει ανεξέλεγκτα λιπαρές τροφές. Τα πολλά λίπη είναι σκόπιμο να αποφεύγονται.

Μετά τη νοσοκομειακή αγωγή, ενδείκνυται η επίσκεψη στο σπίτι του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα δίνει απαντήσεις στις ερωτήσεις του αρρώστου, αλλά θα έχει επιπλέον τη δυνατότητα να παρατηρεί την πρόοδο που έχει επιτελέσει.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας το θέμα τούτο, θεωρώ αναγκαίο να επισημάνω ότι:

Η ασθένεια που αναφέρθηκε δεν είναι από αυτές που θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή του ανθρώπου. Τη διαπίστωση αυτή τη γνωρίζουν όλοι ασχολούνται με τον άρρωστο, εκτός από τον ίδιο τον άρρωστο. Είναι απαραίτητη λοιπόν η ενημέρωση του ασθενή πάνω σε ορισμένα θέματα που σχετίζονται με την αρρώστια και τη θεραπεία της. Ο άνθρωπος από τη στιγμή που ξέρει ότι πάσχει γκρεμίζεται ψυχολογικά. Την όποια ενέργεια γίνεται στο πρόσωπό του τη θεωρεί σαν μείωση της αξιοπρέπειας, του σεβασμού του. Είναι αντιδραστικός σε οποιες ενέργειες γίνονται γι' αυτόν. Ο άρρωστος απαιτεί ζεστασιά, φροντίδα, υποστήριξη, συμπάθεια. Το υγειονομικό σύνολο πρέπει να γίνει αρωγός του.

Η προσφερόμενη φροντίδα έγκειται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, στη θεραπεία, συντηρητική ή χειρουργική, και στη μετανοδομομειακή αγωγή.

Στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων βρίσκουν θέση όλες οι ενέργειες που θα ανακουφίσουν τον ασθενή, είτε αυτές είναι ιατρικές πράξεις είτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες.

Στη θεραπεία, εάν αυτή είναι συντηρητική ο άρρωστος, εξαιτίας της φύσης της θεραπείας, αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής στη θεραπεία και στο χρόνο διάρκειάς της. Σ' αυτή τη φάση απαιτείται η όσο το δυνατό γρηγορότερη προσαρμογή του αρρώστου σ' αυτή την κατάσταση, γιατί ο άρρωστος διαφορετικά βλέπει την κάθε ενέργεια σαν παρέμβαση στη ζωή του, σαν μείωση της δικής του προσωπικότητας σε παθητικό ρόλο.

Στη χειρουργική θεραπεία ο άρρωστος πλέον αποτελεί άβουλο ον, το οποίο δέχεται κάθε ενέργεια. Η ιατρική, με καθαρούς σκοπούς, που απορρέουν από τις αρχές της επιστήμης, οδηγεί τον ασθενή στην ίαση με τους τρόπους και χειρισμούς που αυτή ξέρει.

Η Νοσηλευτική, ως επιστήμη και όχι μόνο επιστήμη, αλλά και σαν τέχνη, μετεγχειρητικά έχει σα σκοπό την παροχή συνεχούς, ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλείας στον άρρωστο που πάσχει, φροντίζοντας συνάμα υπέρ του δέοντος στην προστασία της αξιοπρέπειας του χειρουργημένου.

Έχοντας πλέον ο άρρωστος φύγει από το νοσοκομειακό χώρο χρειάζεται τις συμβουλές, τις οδηγίες που θα τον βοηθήσουν να ξαναγυρίσει νωρίτερα στη δραστηριότητα. Ίσως αυτό να είναι το σημαντικότερο στοιχείο σ' όλο το θέμα. Η προσαρμογή του αρρώστου - υγιούς μέλους της κοινωνίας πλέον, στις νέες συνθήκες. Οι υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες και η σταδιακή επαναφορά στην πλήρη δραστηριότητα είναι σημαντικά βήματα που πρέπει να κάνει ο άρρωστος.

Έχοντας ολοκληρώσει κάθε ενέργεια στον άρρωστο, στην αρρώστια, το υγειονομικό σύνολο αξιολογεί τα αποτελέσματα. Αισθάνεται ευτυχία γιατί κάποιος άνθρωπος ξαναβρήκε την υγεία του. Ένας άνθρωπος από το σύνολο που αντιμετωπίζεται κάθε μέρα, κάθε ώρα, κάθε λεπτό, σε κάθε υγειονομικό σταθμό, σε κάθε χώρο όπου ο ανθρώπινος πόνος αξιολογείται σαν δύσκολη αποστολή στο λειτούργημα κάθε υγειονομικού φορέα.

Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Ζαχαριά Γεωργία

Προεγχειρητική διάγνωση: Χολολιθίαση

Εγχειρητική διάγνωση: Χοληδοχολιθίαση

Εγχείρηση: Χολοκυστεκτομή +Δ.Χ.Π.

Διάρκεια εγχείρησης: 2 ώρες

Χειρουργός: Κούκουρας

Βοηθοί: Καραβίας, Νικολόπουλος.

Ευρήματα:

Τομή Koher, Διάνοιξη περιτοναϊκής κοιλότητας και ανεύρεση της χοληδόχου κύστης που περιέχει πέτρες. Απολίπωση κυστικής αρτηρίας και ανεύρεση κυστικού πόρου.

Ιστολογική εξέταση:

Διάνοιξη κυστικού πόρου. Διεγχειρητική χολ'φία. Πέτρες εντός του χοληδόχου πόρου. Εκτελείται χολοκυστεκτομή, καθαρισμός και διάνοιξη χοληδόχου πόρου. Ανευρίσκονται 6 λίθοι. Επιμελής καθαρισμός.

Τοποθέτηση Koher N° 8.

Σύγκλιση χοληδόχου πόρου με μεμονωμένες Dexon 3:0.

Επιμελής αιμόσταση Rendreave. Σύγκλιση κατά στρώματα.

Ιστορικό ασθενούς:

Κύριο ενόχλημα εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο:

Διάχυτα κοιλιακά άλγη - εμπύρετοι έμετοι.

Ιστορικό παρούσης νόσου:

Ασθενής ηλικίας 83 ετών από 24ώρου παρουσιάζει διάχυτα κοιλιακά άλγη, πυρετό με ρίγος, τάση προς έμετο και 3-4 εμέτους, οι οποίοι ήταν δύσσομοι και κοπρανώδεις. Αναφέρει αποβολή αερίων και μικρή ποσότητα κοπράνων μετά από υποκλυσμό.

Προ τριμήνου είχε νοσηλευθεί στην π/χ για αποφρακτικό ειλεό και υπήρχε υποψία για Ca παχέος εντέρου.

Εισάγεται στην κλινική για περαιτέρω έλεγχο και θεραπεία.

Αρχικό πλάνο:

27/6/88. Ασθενής ηλικίας 83 ετών, προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία, επειδή από 24ωρο παρουσίασε διάχυτα κοιλιακά άλγη, πυρετό με ρίγος και εμέτους. Έγινε υποκλυσμός ο οποίος απέδωσε μικρή ποσότητα κοπράνων και αερίων.

Ιστορικό ατελούς αποφρακτικού ειλεού προ 3μήνου και εισαγωγή στην π/χ.

Στα εξωτερικά ιατρεία διαπιστώθηκε:

Α.Π.: 140/70 mm/Hg

Σφ. : 80/min

Θερμ. : 37,6°C

Χορηγήθηκε γαστρογραφίνη και μετά από 3-6 ώρες η ασθενής ενεργήθηκε και απέβαλε μεγάλη ποσότητα κοπράνων. Οι κοιλιακοί πόνοι συνεχίζουν και σήμερα.

Κλινική εξέταση:

Δέρμα-βλεννογόνοι : ικτερική χροιά

Θώρακας: Τρίζοντες ρόγχοι εις αμφοτέρες πνευμονικές βάσεις με επίταση αριστερά.

Κοιλία: Μετεωρισμένη, μαλακή και ελαφρά ευαίσθησία κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση.

Δακτυλική εξέταση: αρνητική.

Εντερικοί ήχοι: ελαφρώς αυξημένοι.

Καρδιά: s_1-s_2 , όχι φυσήματα.

Λοιπά συστήματα: χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Πρόβλημα:

Ro θώρακος: υποψία πύκνωσης στην αριστερή πνευμονική βάση.

Αέρια αίματος:

PH	7,525	T CO ₂	24,3
PCO ₂	28,5	BE	1,9
PO ₂	62,9	SBE	9
HCO ₂	23,5	SAT	93,3

Ακτινολογική εξέταση:

Διάταση της χοληδόχου κύστεως με πολλαπλούς λίθους εκτός αυτής. Πιθανή ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο.

Το ήπαρ και το πάγκρεας δεν εμφανίζουν αδρή παθολογία.

Δεξιός νεφρός κατά φύσης.

Πορεία νόσου και θεραπεία:

4/7/88. 3η μετεγχειρητική μέρα απύρετη. Ο σωλήνας Koher έδωσε χθες 800 ml οροαιματηρού υγρού.

Υπέρηχοι: ήχος ελαφρός, όχι ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλιάς. Καλή κατάσταση εγχειρητικής τομής. Η pt αναφέρει ότι δεν έχει αέρια, ούτε κένωση. Δόθηκε υπόθετο Florisan για να κινητοποιηθεί το έντερο.

Δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα στην ακρόαση των πνευμόνων. Η Pt αναφέρει ότι αισθάνεται αδυναμία.

5/7/88. 4η μετεγχειρητική ημέρα: Απύρετη. Καλή γενική κατάσταση. Εντερικοί ήχοι, επίσχεση ούρων, ακράτεια.

Το έντερο λειτουργεί.

6/7/88. 5η μετεγχειρητική ημέρα: Καλή γενική κατάσταση. Εντερικοί ήχοι, kids ελαφρά. Το Kehr έδωσε χθες 800cc και προχθές 800cc.

8/7/88. 7η μετεγχειρητική ημέρα. Απύρετη. Δεν είχε νέα κένωση. Αναφέρει αποβολή αερίων. Χθές 450cc το Kehr έδωσε και 1000cc ούρα.

11/7/88. 10η μετεγχειρητική ημέρα. Απύρετη. Καλή γενική κατάσταση. Αναφέρει δυσκοιλιότητα. Θα γίνει υποκλεισμός. Αναφέρει αποβολή αερίων. Χθες από το FLet enema 1000cc και υγρά 3500cc.

Θεραπεία:

S Normal 1x1

Kemicetin 1x4 1M

S.Glycose 1x1

Amp.Kcl 2x2

Sup. Aludrox 30x12

Amp. Primperan iv 1x3 Δίαιτα: τίποτα από το στόμα.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Όνοματεπώνυμο: ΜΑΓΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Εγχειρητική διάγνωση: Εμπύημα χοληδόχου κύστης

Εγχείρηση: Χολοκυστεκτομή

Διάρκεια εγχείρησης: 1 και 15'

Χειρουργός: Καραβίας

Βοηθοί: Χιόνης

Ευρήματα:

Τομή Koher. Μετά τη διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας ανευρίσκεται η χοληδόχος κύστη φλεγμαίνουσα και υπάρχει σφηνωμένη λίθος στο Harhnam.

Ιστολογική εξέταση:

Γίνεται άτυπος χολοκυστεκτομή.

Δεν ανευρίσκεται η κυστική αρτηρία.

Γίνεται διεγχειρητική χολ/φία, όπου είναι ελεύθερη λίθων.

Επιμελής αιμόσταση.

Έγκλειση κατά στρώματα.

Ιστορικό ασθενούς:

Κύριο ενόχλημα εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο:

Διάχυτα κοιλιακά άλγη - εμπύρετο, έμμετοι.

Ιστορικό παρούσης νόσου:

Το ιστορικό της ασθενούς αρχίζει πριν 5 ημέρες, οπότε εμφάνισε έντονο πόνο στο δεξιό επιγάστριο και πυρετική κίνηση $37,2^{\circ}\text{C}$.

Επισκέφθηκε το Νοσοκομείο Πύργου, όπου έγινε εισαγωγή.

Την επομένη υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα δεξιού υποχονδρίου, που απέδειξε παθολογικά ευρήματα και μπήκε η διάγνωση εμπύηματος χοληδόχου. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στον Πύργο ο πόνος συνεχίστηκε και η πυρετική κίνηση συνεχίστηκε μέχρι $40,2^{\circ}\text{C}$.

Στις 1/7/88 έγινε διακομιδή στο Νοσοκομείο Πατρών, όπου έγινε εισαγωγή στην κλινική μας την ίδια μέρα.

Ατομικό αναμνηστικό:

1. Εισαγωγή σε νοσοκομείο πριν 6 έτη για εκφυλιστική οστεοαρθροπάθεια.
2. Εισαγωγή σε νοσοκομείο πριν 11 έτη για μικροβιακή μόλυνση δέρματος.
3. Σ.Δ. που διεγνώσθη στο Νοσοκομείο Πύργου.

Κλινική εξέταση:

1. Κεφαλή-τράχηλος: Συμμετρική κεφαλή χωρίς παθολογικά ευρήματα.
Τράχηλος συμμετρικός. Λεμφαδένες ή όγκος δεν ψηλαφώνται.
Συμμετρική έκπτυξη ημιθωρακίου.
 2. Θώρακας
Δεν ακούγονται φυσήματα ή πρόσθετος ήχος.
Φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθίρισμα.
 3. Κοιλιά: έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφιση δεσμού υποχονδρίου Murphy (+) εντερικώς.
 4. Άκρα: χωρίς παθολογικά ευρήματα.
- Τελικό συμπέρασμα: Εμπύημα χοληδόχου.

Κατάλογος προβλημάτων:

1. Εμπύημα χοληδόχου.
2. Σακχαρώδης διαβήτης.
3. Μυοπάθεια.

Πορεία νόσου και θεραπεία:

12/7/88. Θ = 37,2^oC. Καθετήρας ούρων 500cc.

Δεν είχε κένωση.

Εντερικοί ήχοι, αναπνευστικά ψιθυρίσματα. 1η μετεγχ. ημέρα.

15/7/88. 3η μετεγχ. ημέρα. Απύρετη. Καλή γενική κατάσταση. Επίσχεση αερίων και κοπράνων. Δόθηκε σήμερα υπόθετο γλυκερίνης. Εγχειρητική τομή καλή κατάσταση.

Ακρόαση πνευμόνων χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Θεραπεία:

S. Normal 1x1

S. Glycose 1x1

Sup. Aludrox 30x12

Amp. Prumperan IV 1x3

Kemicetin 1x4 IM

Amp. KCl 2x2

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Όνοματεπώνυμο: Ζούγρα Αδαμαντία

Προεγχειρητική διάγνωση: Οξεία χολοκυστίτιδα

Εγχείρηση: Χολοκυστεκτομή

Διάρκεια: 90'

Χειρουργός: Καραβίας

Βοηθός: Χιόνης

Ευρήματα:

Τομή Koher. Ανεύρεση χοληδόχου κύστεως, περιέχει λίθους πολλαπλούς. Ψηλάφηση ενδοκοιλιακών οργάνων.

Αιτία εισόδου: Χολοληθίαση διεγνωσμένη με U/S.

Ιστορικό παρούσης νόσου:

Η παρούσα νόσος ξεκινά 1 χρόνο πριν την εισαγωγή της ΡΤ στην κλινική. Η ασθενής αναφέρει έντονους πόνους στο δεξιό υποχόνδριο, που αντανακλούσε στην οσφύ. Συνοδό σύμπτωμα: πυρετός. Δεν ενθυμείται πόσος.

6 μήνες πριν την εισαγωγή η ίδια αναφέρει ότι έκανε εμέτους, δεν ενθυμείται πόσους, καθώς και ίκτερο. Οι έμετοι ήταν κιτρινοπράσινης χρώσης.

Πήγε στο Νοσοκομείο Ζακύνθου όπου διεγνώσθησαν χολόλιθοι.

Από εκεί διακομίσθη στην Πάτρα.

Ατομικό αναμνηστικό:

- Δεν καπνίζει.
- Παίρνει zodalin 5 mg 3x1
- Nootrop 2x1
- Peptonorm 1gr 3x1
- Κάταγμα ισχίου Μάρτιο 1987
- Αναφέρει υπέρταση
- Αυχενικό σύνδρομο

- Σκωλικοειδεκτομή
- Αρτηριοσκλήρυνση χειρουργηθείσα.

Κλινική εικόνα:

1. Κεφαλή - τράχηλος: χωρίς παθολογικά ευρήματα
2. Θώρακας: Βυθιότητας S_1-S_2 . Αναπνευστικό ψιθύρισμα.
3. Κοιλία: έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση ιδίως δεξιού υποχονδρίου. Εντερικοί ήχοι Κ.Φ. Σύσπαση δεξιού υποχονδρίου.

Τελικό Συμπέρασμα: Χολολιθίαση διεγνωσμένη.

Κατάλογος προβλημάτων:

1. Χολολιθίαση
2. Υπέρταση από βετίας
3. Αυχενικό σύνδρομο
Σκωληκοειδίτιδα
Αρτηριοσκλήρυνση
Κάταγμα ισχύος (Α) Αλλαγή κεφαλής (Α) 1987.

Διαφορική διάγνωση:

1. Χολολιθίαση
2. Χοληδοχολιθίαση
3. Οξεία χολοκυστίτιδα
4. Λίθοι στη χοληδόχο με εικόνα χολολιθίασης

Πρακτικό εγχείρησης:

Προεγχειρητική διάγνωση: χολολιθίαση

Εγχειρητική διάγνωση: χολολιθίαση

Εγχειρητική : χολοκυστεκτομή

Διάρκεια : 90'

Μετάγγιση

Ιστολογική εξέταση:

Τυπική χολοκυστεκτομή

Διευχειρητική χολαγγειογραφία με καλή διάβαση σκιαγραφικών.

Κριτική περίληψη εξόδου:

- Αιμόπτυση
- Σύγκλιση κατά στρώματα.

Πορεία νόσου - θεραπεία:

4/7/88: Η ΡΤ αναφέρει ότι από χθες το απόγευμα δεν πονά στο δεξιό υποχόνδριο. Στη φυσική εξέταση βρέθηκαν εντερικοί ήχοι, ευαισθησία στην ψηλάφιση του δεξιού υποχονδρίου.

Πνεύμονες - καρδιά Κ.Φ.

7/7/88. 1η μετεγχειρητική μέρα: Απύρετη. Καλή γενική κατάσταση. Επίσχεση αερίων - κοπράνων. Απουσία εντερικών ήχων. Ελαφρά διάταση της κοιλίας.

8/7/88. 2η μετεγχειρητική μέρα: Απύρετη. Επίσχεση αερίων, κοπράνων. Συνεχίζεται απουσία εντερικών ήχων. Διάταση - μετεωρισμός κοιλίας. Αναπνευστικό ψιθύρισμα και φωνητική δόνηση στη βάση πνευμών άμφιν. Χθες εμφάνισε επεισόδιο οξέος πόνου στη δεξιά ωμοπλάτη ή δύσπνοιας. Πιθανή διαρροή χολής εκ του κολοβώματος του κυστικού πόρου.

11/7/88. 5η μετεγχειρητική μέρα. $\theta = 37,6^{\circ}\text{C}$. Καλή γενική κατάσταση. Εντερικοί ήχοι Κ.Φ. Κοιλιά μαλακή και χωρίς ευαισθησία στην ψηλάφιση. Εγχειρητική τομή καλή. Έξοδος μικρής ποσότητας κίτρινου υγρού από το δερματικό στόμιο της παροχέτευσης κοιλίας.

Θεραπεία:

S. Normal 1x1 Kemicetin 1x3 IM S. Clycose 1x1

Αρμ. KCl 2x2 Sup. Aludrox. 30x12 Δίαιτα: Τίποτα από το στόμα.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Όνοματεπώνυμο: ΓΑΓΙΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Ετών: 86

Εισαγωγή: 14/7/88

Πιθανή διάγνωση: Χολαγγειακή κρίση χολολιθίασης

Χειρουργός: Καραβίας

Βοηθός: Χιόνης

Αίτια εισόδου:

Άλγος δεξιού υποχονδρίου και επιγαστρίου με πυρετό και ρίγος.

Ιστορικό παρούσης νόσου:

Η παρούσα νόσος άρχεται προ 20ετίας περίπου, οπότε η ασθενής αισθανόταν πόνο στο δ. υποχόνδριο που υποχωρούσε και επανεμφανιζόταν σε άτακτα χρονικά διαστήματα. Στις 23/5/88 εισήχθη στην παθολογική κλινική με χολαγγειακή κρίση, όπου νοσηλεύτηκε μέχρι την 1/6/88. Συνεστήθη χειρουργική επέμβαση αλλά η ίδια αρνήθηκε. Το βράδυ της 12/7/88 η ασθενής αισθάνθηκε έντονο άλγος στο δ. υποχόνδριο και επιγάστριο. Την επομένη παρουσίασε πυρετό ($37,5^{\circ}$) που αυξήθηκε τις απογευματινές ώρες (41°C) και συνοδευόταν από ρίγος και τάση προς έμετο. Η ασθενής έπεσε μια φορά. Την επισκέφθηκε 2 φορές εξωτερικός ιατρός που της συνεότησε φαρμακευτική αγωγή (Holoron, Moxacef, Lonarid) και τα ξημερώματα της 14/7/88 εισήχθη στην κλινική μας.

Ατομικό αναμνηστικό:

Καρδιοπάθεια από 5ετίας.

Υπέρταση

Αρθρίτις ώμου

Γαστρορραγία προ 25ετίας.

Χολολιθίαση - χολοκυστίτιδα προ 6 εβδομάδων.

Κλινική εξέταση:

1. Κεφαλή - τράχηλος: Θυροειδής δεν ψηλαφείται.
Τραχηλικές διογκώσεις δεν ψηλαφώνται.
Υπικτερική χροιά επιπεφυκώτων.
2. Θώρακας: S_1 , S_2 ευκρινείς. Ήπιο συστολικό φύσημα, φυσιολογική έκτιση ημιθωρακίων. Αναπνευστικά ψιθυρίσματα.
3. Κοιλία: Κοιλιακή ανώδυνη συμπίεση - παχύσαρκη. Εντερικοί ήχοι. Ήπαρ - σπλήνας αψηλάφητος. Murphy (-)

Κατάλογος προβλημάτων:

1. Χολαγγειακή κρίση - χολολιθίαση
2. Καρδιοπάθεια
3. Υπέρταση
4. Αρθρίτις ώμου
5. Τρίτη ηλικία
6. Παχυσαρκία.

Ακτινολογία εξέταση:

Ρίκνη χοληδόχος κύστη πλήρης λίθων. Ήπαρ με αυξημένες διαστάσεις, λόγω ιδιοσυστασίας του σώματος της ασθενούς.

Πορεία νόσου - θεραπεία

14/7/88. Η ασθενής είναι απύρετη. Σε καλή γενική κατάσταση, με μόνο πρόβλημά της τον πόνο του δεξιού υποχονδρίου, που, όπως αναφέρει, είναι ηπιότερος σήμερα.

15/7/88. Η ασθενής απύρετη (37°C) σε καλή γενική κατάσταση, χωρίς να αναφέρει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.

20/7/88. Η ασθενής παραμένει σε καλή γενική κατάσταση. Δεν δέχεται χειρουργική αντιμετώπιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞ. : "Παθήσεις των χοληφόρων", σελ. 35-102,
Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ - Αθήνα 1984.
2. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: "Μετεκπαιδευτικά μα-
θήματα γαστρεντερολογίας - Σειρά Α'",
τόμοι Α-Β, σελ. 207-221, 376-384.
Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ - Αθήνα 1982.
3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: "Μετεκπαιδευτικά μαθή-
ματα γαστρεντερολογίας" Τόμος Γ', Σειρά
Β, σελ. 98-99.
Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ - Αθήνα 1982.
4. HARRISON : "Εσωτερική Παθολογία", Έκδοση 8η, τό-
μος 3ος, σελίδες 1987-1999.
Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ - Αθήνα 1985.
5. WILLIAM F. CANOUG: "Ιατρική Φυσιολογία", Έκδοση 11η, Τόμος
2ος, σελ. 508-513.
Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ - Αθήνα 1985.
6. GAYTON : "Φυσιολογία GAYTON", σελίδες 579-683.
Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 1985.
7. H. FRICK - H.LEONHARDT - D.STARCT: "Γενική και Ειδική Ανατο-
μία", σελίδες 394-397.
Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 1985.
8. Β. ΜΠΕΝΑΚΗΣ : "Εισαγωγή στην Ακτινοδιαγνωστική", σελ.
434-440. Ο.Ε.Δ.Β. - Αθήνα 1983.
9. Α. ΜΟΥΓΓΙΑΣ : "Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστή-
ματος", Έκδοση 2η, κεφ. 8, σελ. 657-716.
Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 1971.

10. ΠΑΝΟΥ - ΣΑΧΙΝΗ : "Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική"
Τόμος 2ος, σελ. 517-521.
Εκδόσεις ΑΛΦΑ-ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.
11. BRYNNER - EMERSON - FERGUSON: "Παθολογική Χειρουργική Νο-
σηλευτική", τόμος 3, σελ. 144-152,
ΣΧΟΛΗ ΑΕΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ,
Αθήνα 1978.
12. ΠΑΝΟΥ - ΣΑΧΙΝΗ : "Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική",
Τόμος 1ος, σελ. 63-87.
Εκδόσεις ΑΛΦΑ-ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.