

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ
ΓΕΩΡΓΟΥΛΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**



ΠΑΤΡΑ 1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2304η
----------------------	-------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	σελ.
Εισαγωγή	1
<u>Μέρος Α'</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'	2
<u>Ορισμός της χολολιθίασης</u>	2
<u>Συχνότητα, γεωγραφική κατανομή, επιδημολογία</u>	2
<u>Στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας ήπατος</u>	5
<u>Ανατομία χοληφόρου συστήματος</u>	6
<u>Φυσιολογία χοληφόρου συστήματος</u>	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'	13
<u>Αιτιολογικοί και προδιαθεσικοί παράγοντες</u>	13
<u>Κλινική εικόνα χολολιθίασεως</u>	14
<u>Τύποι λίθων, παθοφυσιολογία της λιθογένεσης</u>	15
<u>Ασυμπτωματική χολολιθίαση</u>	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ	18
<u>Επιπλοκές χολολιθίασεως</u>	18
1) Οξεία χολοκυστίτιδα	18
2) Οξεία χολοκυστίτιδα μη λιθισιακής αιτιολογίας	19
3) Χρόνια χολοκυστίτιδα	19
4) Χοληδοχολιθίαση	20
5) Ενδοηπατική λιθίαση	21
6) Οξεία χολαγγειίτιδα	21
7) Ειλεός από χολόλιθο	22
8) Καρκίνος χοληδόχου κύστης	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'	24
<u>Διαγνωστικές εξετάσεις</u>	24
1) Απλή ακτινογραφία κοιλίας	24

2) Χολοκυστογραφία	24
3) Υπερήχογράφημα	25
4) Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία	26
5) Σπινθηρογράφημα χοληφόρων	27
6) Διαδερμική - διηπατική χολαγγειογραφία	27
7) Αξονική ακτινογραφία	28
8) Διεγχειρητική χολαγγειογραφία	28
9) Μανομετρία χοληφόρων	28
10) ERCP	29
11) Χοληδοσκόπηση	29
12) Χημική και μικροβιολογική εξέταση της χολής	30
13) Εργαστηριακές εξετάσεις	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' 31

Θεραπεία χολολιθίασης 31

Συντηρητική θεραπεία 31

Χειρουργική θεραπεία 32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' 39

Διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές 39

Μέρος Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α 42

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην φροντίδα του αρρώστου 42

Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή 43

Προβλήματα του αρρώστου 45

Σκοποί της φροντίδας 45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' 46

Ο νοσηλευτικός ρόλος στις διαγνωστικές εξετάσεις 46

Διαιτητική αγωγή του ασθενούς με χολολιθίαση 51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'	53
<u>Προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς</u>	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'	62
<u>Μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς</u>	62
<u>Νοσηλευτική παρέμβαση στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και γενικές επιπλοκές</u>	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'	68
<u>Νοσηλευτική διεργασία</u>	68
<u>Περιστατικά ασθενών</u>	68
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75

Εισαγωγή

Μια πολύ διαδεδομένη νόσος στο χώρο της χειρουργικής είναι αναμφισβήτητα η χολολιθίαση. Νόσος χωρίς συγκεκριμένη αιτιολογία με πολλούς προδιαθεσικούς παράγοντες σίγουρα αποτελεί ένα θέμα για μελέτη και αναζήτηση. Η αυξανόμενη μάλιστα συχνότητα είναι ένας βασικός λόγος που οδήγησε στην εκτέλεση αυτής της εργασίας.

Η χολολιθίαση, η ύπαρξη λίθων εντός της χολής παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο από πλευράς διαγνωστικής όσο και από πλευράς θεραπευτικής. Τα διαγνωστικά μέσα παρουσιάζουν συνεχώς βελτιώσεις και μεγαλύτερα ποσοστά ακρίβειας ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση έχει δώσει μεγάλη ώθηση στην αντιμετώπιση της ασθένειας με την είσοδο της Λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

Παράλληλα ο νοσηλευτικός ρόλος και εδώ είναι σημαντικός τόσο στην πρόληψη όσο και στη διάγνωση και θεραπεία της νόσου. Στην πρόληψη μάλιστα ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να οδηγήσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού σε προφύλαξη από τους παράγοντες σχηματισμού χολόλιθων.

Η εργασία αυτή χωρίζεται βασικά σε δύο (2) μέρη. Το πρώτο το ιατρικό δίνει μια σφαιρική άποψη της νόσου με τον κλασικό τρόπο. Στο δεύτερο μέρος υπάρχει έντονη η νοσηλευτική παρουσία και ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη σε κάθε νοσοκομειακή παρέμβαση.

Μέρος Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

Ορισμός χολολιθίασης

Χολολιθίαση είναι η ύπαρξη λίθων εντός της χοληδόχου κύστης. Λίθοι στην χολή μπορεί να υπάρξουν βέβαια σε όλο το μήκος των εξωηπατικών χοληφόρων ακόμα και στο ήπαρ αλλά η κύρια εντόπιση τους παρατηρείται εντός της χοληδόχου κύστης. Η χολολιθίαση είναι μια νόσος χωρίς ειδικά συμπτώματα και η κλινική εξέταση δεν αποτελεί απόλυτο μέσο διάγνωσης. Γι' αυτό μέσω των διαγνωστικών εξετάσεων μπορούν οι λίθοι να απεικονιστούν και να διαγνωστούν. Αλλωστε μόνο το 50% των χολολιθισιακών ασθενών παρουσιάζει συμπτωματολογία χολολιθίασης (πόνος, ναυτία, εμέτοι κ.λπ.)

Τέλος εκείνο που πρέπει να παρατηρηθεί σε αυτή τη νόσο είναι η ύπαρξη επιπλοκών από τους χολολίθους. Οι επιπλοκές οι οποίες πολλές φορές είναι πιο επικίνδυνες και πιο έντονες κλινικά από την χολολιθίαση.

Συχνότητα, Γεωγραφική κατανομή, Επιδημιολογία

Η χολολιθίαση είναι μια κοινή πάθηση. Το 10-30% των ατόμων στις προηγμένες χώρες έχουν χολολιθίαση. Πάντως γενικά οι παθήσεις των χοληφόρων αποτελούν ένα μεγάλο μέρος της δραστηριότητας του γενικού χειρουργού ιδιαίτερα δε σε χώρες ανεπτυγμένες για λόγους που θα εξηγήσουμε παρακάτω.

Υπολογίζεται λοιπόν ότι το 17% του γενικού πληθυσμού πάνω από την ηλικία των 40 ετών έχει χολολιθίαση. Μετά την ηλικία των 60 ετών η συχνότητα φτάνει στο 30%. Συμπεράσματα μακροχρόνιων ερευνών που έχουν σαν βάση τη στατιστική έδειξε ότι η συχνότητα του σχηματισμού λίθων στη χολή αυξάνει ανάλογα με την ηλικία. Εδώ αξίζει να επισημάνουμε το εξής: ότι ενώ στους άνδρες η αύξηση είναι σταθερή, στις γυναίκες η πιθανότητα

χολολιθίασεως αυξάνει στην ηλικία 50-70 ετών. Αλλωστε η αναλογία των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες είναι 4:1. Πράγμα που δείχνει πόσο ευάλωτη είναι μια γυναίκα σε σχέση με τον άνδρα στον σχηματισμό λίθων.

Η αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα ορμονικού κλίματος. Νεαρές γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά ή πολύτοκες προσβάλλονται συχνότερα. Οι ορμόνες εκτός από την σύνθεση της χολής επηρεάζουν και την κινητικότητα της χοληδόχου κύστεως. Χαρακτηριστική περίπτωση γυναικών που οι πιθανότητες να αναπτύξουν χολολιθίαση είναι μεγάλες είναι οι πάνω από 40 ετών, παχύσαρκες με πολλά παιδιά.

Η εγκυμοσύνη αν και ενοχοποιείται σαν αιτιολογικός παράγοντας στη δημιουργία χολόλιθων δεν είναι κοινά αποδεκτή αιτία, ενώ πιο λογικές θεωρούνται η λήψη ορμονών αντισυλληπτικών ή οιστρογόνων.

Επιπρόσθετα να τονιστεί ο συσχετισμός της χολολιθίασεως με άλλες ασθένειες ή διάφορες παθολογικές καταστάσεις όπως σακχαρώδης διαβήτης, η κίρρωση του ήπατος, η χολοκυστίτιδα, καρδιοπάθειες κλπ. Ασθένειες που έχουν να κάνουν κυρίως με την διατροφή, τις διαιτητικές συνήθειες που εφαρμόζει κάθε λαός, κάθε κοινωνία.

Δεν είναι λοιπόν τυχαίο που στους δυτικούς λαούς της Ευρώπης ο σχηματισμός λίθων στην χολή παρουσιάζει μια προοδευτική αύξηση. Τα πρωτεία κρατά η Σουηδία, η Τσεχία και η Σλοβακία, ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά αλλά πάνω από τους μέσους όρους η Μ. Βρετανία, η Γαλλία, η Γερμανία κλπ. Τα ποσοστά αυτά (>30%) δικαιολογούνται και αποδίδονται στην διατροφή των λαών αυτών. Μια διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες και λίπη και φτωχή σε φυτικές ίνες. Αντίθετα άγνωστη είναι η ασθένεια στους Εσκιμώους και σε μια φυλή της Ανατολικής Αφρικής τους Μαζάι.

Στην συνέχεια προκειμένου να τεκμηριωθεί η άποψη που αναπτύχθηκε και αφορά τη σχέση διατροφής με το σχηματισμό λίθων θα παραθέσουμε δύο (2) παραδείγματα. Το πρώτο αφορά τους Εσκιμώους που από την εποχή που άλλαξαν διατροφικές συνήθειες και «ασπάστηκαν» τον δυτικό τρόπο ζωής σε

ότι αφορά την δίαιτα παρουσιάζουν μια αλματώδη αύξηση των περιπτώσεων χολολιθίασης με ποσοστά σχεδόν ίδια με τους δυτικούς. Ενώ αυτοί οι Εσκιμώοι που έμειναν στον παραδοσιακό τρόπο ζωής τους αγνοούν την ασθένεια.

Το δεύτερο παράδειγμα αφορά τα αποτελέσματα που βασίστηκαν σε πειραματικές έρευνες. Οι επιστήμονες έδωσαν σε πειραματόζωα τροφές πλούσιες σε ζάχαρη και γλυκίσματα σε μεγάλες δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα, συνέπεια όλων αυτών ήταν να δημιουργηθούν λίθοι στα πειραματόζωα σε συχνότητα μεγαλύτερη από ότι πριν.

Επιστρέφοντας στην γεωγραφική κατανομή της χολολιθίασης πρέπει σίγουρα να εντυπωσιαστούμε από το υψηλό ποσοστό που παρουσιάζει η πάθηση στους Ινδιάνους Pima της Βόρειας Αμερικής. Το ποσοστό 84% είναι σίγουρα μοναδικό. Τόσο στη νόσο όσο και στη Βόρειο Αμερική η συχνότητα είναι υψηλή ώστε κάθε χρόνο να γίνονται 3.000.000 χολοκυστεκτομές (ciene 1970). Αριθμός που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα των πασχόντων καθώς η ασθένεια είναι πιθανό να μην εκδηλώσει συμπτώματα και να περάσει ανώδυνα. Έτσι τα άτομα αυτά με ασυμπτωματική χολολιθίαση δεν επισκέπτονται τον ιατρό και δεν καταγράφονται ποτέ στους πάσχοντες. Χαρακτηριστικό επίσης είναι ότι οι γυναίκες της Βορείου Αμερικής εγχειρίζονται συχνότερα για χολολιθίαση παρά για σκωληκοειδίτιδα.

Στην Ελλάδα η συχνότητα είναι σχετικά μικρή ανάλογα με τις δυτικές χώρες αλλά συνεχώς αυξάνεται ιδιαίτερα στις μεγαλουπόλεις όπου η καθιστική ζωή των αστών δημιουργεί μια σοβαρή προδιαθεσική κατάσταση.

Τελειώνοντας αυτό το κεφάλαιο πρέπει να επισημάνουμε ότι οι παθήσεις των εξωηπατικών χοληφόρων αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες ασθένειας του πληθυσμού και συμμετέχουν σε μεγάλο ποσοστό στη νοσοκομειακή νοσηλεία και τις ιατρικές δαπάνες των μελών της κοινωνίας.

Στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του ήπατος

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του σώματος και μάλιστα είναι ένα όργανο συμπαγές που βρίσκεται στο άνω μέρος της κοιλιάς. Το βάρος του υπολογίζεται 2.000gr περίπου. Το χρώμα του είναι ερυθροκαστανό σε φυσιολογικές συνθήκες ενώ η υφή του είναι σπογγώδη. Το σχήμα του καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τα γειτονικά όργανα και πάντως μοιάζει με εγκάρσια τριγωνική πυραμίδα. Η κορυφή της πυραμίδας κατευθύνεται προς τα αριστερά η δε βάση της κατευθύνεται κάτω από την πλευρική μοίρα του διαφράγματος η οποία εφάπτεται στο θώρακα στο δεξιό μέρος της θωρακικής κοιλότητας. Η πάνω πλευρά κατευθύνεται προς το δεξιό θόλο του διαφράγματος η δε πρόσθια προς το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Η τρίτη πλευρά τέλος κατευθύνεται λοξά προς τα πίσω και κάτω και γειτονεύει με τα κοιλιακά όργανα.

Το ήπαρ στηρίζεται με τους εξής συνδέσμους:

- (α) στεφανιαίο
- (β) δρεπανοειδή
- (γ) γαστροηπατικό

Ανάμεσα στους συνδέσμους περνά η κάτω κοίλη φλέβα καθώς μπαίνει μέσα στο ήπαρ.

Το ήπαρ δέχεται το αίμα του πεπτικού σωλήνα από την πυλαία φλέβα και είναι ο ρυθμιστής του μεταβολισμού των διαφόρων ουσιών που μπαίνουν από τις ηπατικές φλέβες στην γενική κυκλοφορία.

Μορφολογική μονάδα του ήπατος είναι το ηπατικό λοβίο. Στα ηπατικά λοβία λοιπόν στα μικρά αυτά διαμερίσματα που μοιάζουν κυψέλες βρίσκουμε έναν κλάδο των χοληφόρων αγγείων, έναν κλάδο της ηπατικής αρτηρίας και έναν κλάδο της πυλαίας φλέβας.

Κάθε λοβίο αποτελείται από ηπατικά κύτταρα. Μεταξύ των ηπατικών κυττάρων αρχίζουν τα μικρά χολυφόρα τριχοειδή που μεταφέρουν την χολή στον ηπατικό πόρο. Η χολή παράγεται στα ηπατικά κύτταρα και αποτελεί το

εξωκρινές προϊόν του ήπατος στη χοληδόχο κύστη. Τα χοληφόρα τριχοειδή λοιπόν συνοψίζοντας εκβάλλουν στα μεσολόβια χολαγγεία που συμβάλλοντας συνεχώς σχηματίζουν τους δύο (2) ηπατικούς πόρους. Τον αριστερό ηπατικό πόρο και τον δεξιό ηπατικό πόρο από τους αντίστοιχους λοβούς του ήπατος. Οι δυο πόροι αυτοί ενώνονται με τον κυστικό και μαζί σχηματίζουν τον χοληδόχο πόρο.

Λειτουργίες ήπατος στον οργανισμό

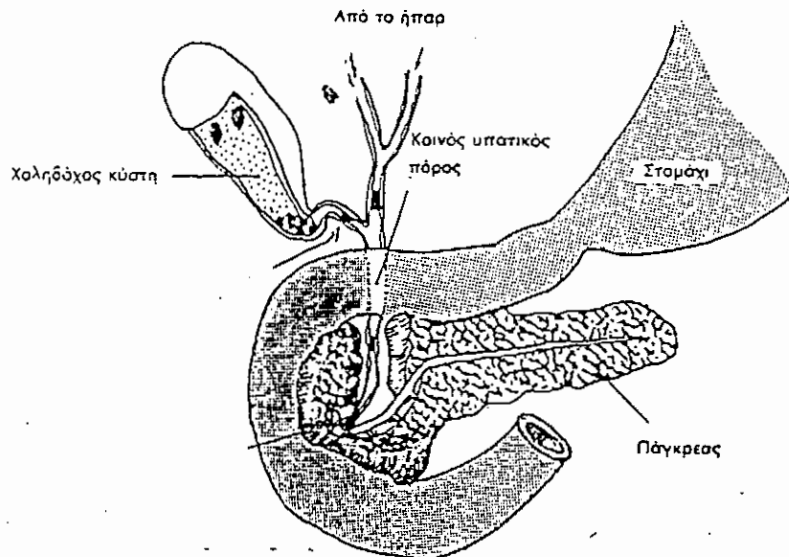
1. Αποθηκεύει σάκχαρο υπό μορφή γλυκογόνου και ρυθμίζει το ποσό της γλυκόζης στο αίμα έτσι που να μένει σταθερό.
2. Ρυθμίζει το ποσοστό της πρωτεΐνης που χρησιμοποιείται από τον οργανισμό.
3. Συνθέτει τα λίπη από τα λιπαρά οξέα, την χοληστερόλη, αποθηκεύει Fe.
4. Χρησιμεύει σαν αποθήκη λιποδιαλυτών βιταμινών A, D, E, K
5. Εκκρίνει χολή που βοηθά στην πέψη των τροφών
6. Παράγει ηπαρίνη, προθρομβίνη, και ινωδογόνο ουσίες που έχουν σχέση με την πήξη του αίματος.

Ανατομία χοληφόρου συστήματος

Το χοληφόρο σύστημα και το ήπαρ στην εμβρυϊκή τους ζωή αναπτύσσονται συγχρόνως από ένα εκκόλπωμα που εμφανίζεται την 3η εμβρυϊκή εβδομάδα από το κοιλιακό έδαφος του πρόσθιου εντέρου και επεκτείνεται ως το εγκάρσιο διάφραγμα. Από το ουραίο τμήμα αυτού του εκκολπώματος προέρχεται η χοληδόχος κύστη ενώ από το κεφαλικό του τμήμα προέρχεται το ήπαρ και οι ηπατικοί πόροι.

Η χοληδόχος κύστη έχει λεπτό τοίχωμα, απιοειδές σχήμα, καλύπτεται από περιτοναίο και είναι προσκολλημένη στην κάτω επιφάνεια του δεξιού και του τετράπλευρου λοβού του ήπατος. Η Χ.Κ. έχει μήκος 7-10cm, διάμετρο 3-5cm και η χωρητικότητά της είναι 30-60ml.

Στην Χ.Κ. διακρίνουμε τον πυθμένα ή κερυφή, το σώμα, το θύλακα του Hartmann και τον αυχένα που καταλήγει στον κυστικό πόρο. Ο κυστικός πόρος έχει μήκος 2-4cm και εκβάλλει στο δεξιό πλάγιο του κοινού ηπατικού πόρου και μαζί σχηματίζουν τον χοληδόχο πόρο.



Εικόνα 1. Εξωηπατικά χοληφόρα

Οι εξωηπατικοί χοληφόροι αρχίζουν από το ήπαρ σαν δεξιός και αριστερός ηπατικός πόρος που έχουν μήκος 2-4cm. Η συνένωση του κοινού ηπατικού πόρου με τον κυστικό πόρο σχηματίζει τον χοληδόχο πόρο μήκους 8-15cm. Ο χοληδόχος πόρος πορεύεται μέσα στο ηπατο12δακτυλικό σύνδεσμο δεξιά της ηπατικής αρτηρίας και μπροστά από τη πυλαία και εκβάλλει στο 12δάκτυλο στο φύμα του Vater. Το ύψος της εκβολής του χοληδόχου πόρου

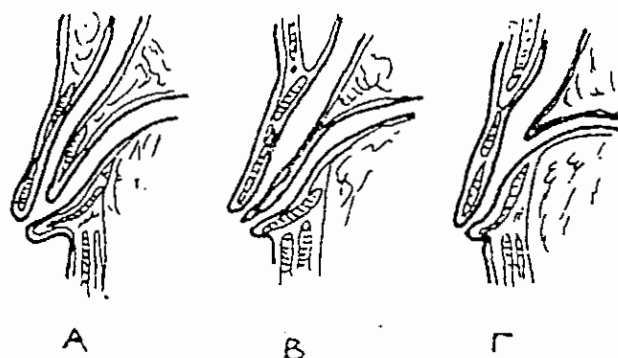
δεν είναι σταθερό. Ο χοληδόχος πόρος πριν από την εκβολή του στο 12δάκτυλο, στο φύμα του Vater συναντά το παγκρεατικό πόρο με τον οποίο έχουν κοινή εκβολή (65-90%) με σχηματισμό (50%) ή όχι της λυκήθου του Vater.

Ο μυς που περιβάλλει την χοληδόχο-παγκρεατο-12δακτυλική συμβολή ονομάζεται σφιγκτήρας του oddi, αποτελείται από σύστημα τριών (3) σφιγκτήρων και είναι ο κύριος ρυθμιστικός παράγοντας της ροής της χολής στο 12δάκτυλο. Ο σφιγκτήρας της λυκήθου του Vater και ο ίδιος σφιγκτήρας του χοληδόχου πόρου είναι οι κύριοι σφιγκτήρες που ανευρίσκονται πάντοτε. Ο ίδιος σφιγκτήρας του παγκρεατικού πόρου ανευρίσκεται στο 30% των περιπτώσεων.

Η Χ.Κ. λαμβάνει αίμα από την κυστική αρτηρία, κλάδο συνήθως της δεξιάς ηπατικής αρτηρίας. Η αρτηριακή άρδευση του χοληδόχου πόρου προέρχεται κυρίως από την οπισθο-12δακτυλική αρτηρία κλάδο της γαστρο-12δακτυλικής αρτηρίας. Η φλεβική αποχέτευση του εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος επιτελείται με την πυλαία φλέβα.

Η νεύρωση του χοληφόρου συστήματος είναι ίδια με εκείνη του ήπατος. Τα πνευμονογαστρικά προκαλούν σύσπαση της χοληδόχου κύστης και το συμπαθητικό χάλαση.

Ιστολογικώς το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης αποτελείται από βλεννογόνο με κυλινδρικό επιθήλιο, μυϊκό χιτώνα, υπορογόνο και ορογόνο. Η Χ.Κ. δεν έχει υποβλεννογόνο χιτώνα. Αδένες που εκκρίνουν βλέννα ανευρίσκονται κυρίως στον αυχένα του οργάνου. Οι ανατομικές παραλλαγές στα εξωηπατικά χοληφόρα είναι πολλές και συνηθισμένες. Οι συγγενείς ανωμαλίες της χοληδόχου κύστης σχετικά σπάνιες είναι η απλασία, ο διπλασιασμός και η αριστερή θέση του οργάνου.



Εικόνα 2. Είδη εκβολής χοληδόχου και παγκρεατικού πόρου.

A. Κοινή εκβολή. B. Χωριστική εκβολή. Γ. Κοινή εκβολή με σχηματισμό ληκύνθου.

Φυσιολογία χοληφόρου συστήματος

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

Τα χολικά οξέα που συνθέτονται στο ήπαρ από χοληστερόλη είναι τα κύρια ή πρωτογενή, χινοδεοξυχολικό οξύ και χολικό οξύ. Στο λεπτό έντερο με τη δράση των βακτηριακών ενζύμων επί των κύριων χολικών οξέων συνθέ-

τονται τα δευτερογενή χολικά οξέα δεοξυχολικό οξύ και λιθοχολικό οξύ. Όλα τα χολικά οξέα εκτός από το λιθοχολικό επαναρρωφώνται στον τελικό ειλεό και επανεκκρίνονται από το ήπαρ στη χολή δημιουργώντας έτσι τον εντερο-ηπατικό κύκλο των χολικών οξέων. Το σύνολο των χολικών οξέων η «δεξαμενή των χολικών οξέων» στον άνθρωπο είναι 3-5gr και οι ημερήσιες απώλειες με τα κόπρανα είναι 200-600mg.

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

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

Ο βαθμός κορεσμού της χολής σε χοληστερόλη εξαρτάται κυρίως από την σχετική αναλογία των χολικών αλάτων, των φωσφολιπιδίων και της χοληστερόλης και βρίσκεται σε απόλυτη σχέση με την ταχύτητα εκκρίσεως των χολικών οξέων και των φωσφολιπιδίων στη χολή. Εάν σταματήσει η έκκριση των χολικών οξέων σταματά και η έκκριση των άλλων δυο λιπιδίων.

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

Το ΡΗ της χολής κυμαίνεται από 6-8,8 και το ειδικό βάρος της 1.011 η ωσμωτική πίεση της δεν είναι ίση με αυτή του πλάσματος.

Η χολή επιτελεί και συμμετάσχει σε μια σειρά λειτουργιών που αναπτύσσονται επιγραμματικά πιο κάτω:

1. Συμμετέχει στην υδρόλυση και απορρόφηση των λιπιδίων με τον μηχανισμό της γαλακτωματοποίησης.

2. Συμβάλλει στην απορρόφηση του ασβεστίου, του σιδήρου, του χαλκού, της χοληστερόλης και των λιποδιαλυτών Βιταμινών Α, D, Κ και Ε.
3. Ενεργοποιεί και διαγείρει την έκκριση ορισμένων πεπτικών ενζύμων (λίπασης)
4. Εξουδετερώνει το γαστρικό υγρό στο 12δάκτυλο.
5. Χρησιμεύει σαν μέσο αποβολής διαφόρων στοιχείων που μεταβολίζονται στο ήπαρ.

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

Το ήπαρ εκκρίνει 600-120ml χολής την ημέρα. Η χοληδόχος κύστη συμπυκνώνει την χολή 5-10 φορές με την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών και απεκκρίνει χολή με ειδικό βάρος 1.040. Σε φυσιολογικές συνθήκες η χοληδόχος κύστη δεν απορροφά χολοχρωστικές, χολικά άλατα, πρωτεΐνες και λιπίδια.

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

Όταν δεν υπάρχει τροφή στο 12δάκτυλο ο σφιγκτήρας του Oddi βρίσκεται σε σύσπαση. Η χολή που παράγεται συνεχώς από το ήπαρ και παραμένει μέσα στους πόρους παλινδρομεί και εισέρχεται στην χοληδόχο κύστη όπου και αποθηκεύεται και συμπυκνώνεται.

Η είσοδος τροφής στο 12δάκτυλο προκαλεί έκκριση χολοκυστοκινίνης (CCK). Η ορμόνη αυτή προκαλεί σύσπαση της χοληδόχου κύστεως, χάλαση του σφιγκτήρα του Oddi και του 12δάκτυλου και ελεύθερη ροή της χολής στο 12δάκτυλο. Τα λίπη και οι πρωτεΐνες είναι ισχυρά ερεθίσματα για την σύσπαση

της χοληδόχου κύστεως, ενώ οι υδαάνθρακες έχουν μικρή επίδραση σε αυτή. Μετά από χολοκυστεκτομή η ρύθμιση της ροής της χολής εξαρτάται μόνο από τον σφιγκτήρα του Oddi.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

Αιτιολογικοί παράγοντες - Προδιαθεσικοί παράγοντες

Η αιτιολογία της χολολιθιάσεως δεν είναι ακόμα και σήμερα τελείως γνωστή και είναι βέβαιο ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες. Η μεγάλη αναλογία χοληστερόλης στους χολόλιθους έχει επικεντρώσει την έρευνα στους παράγοντες δυαλιτότητας της χοληστερόλης στη χολή. Αυτό όμως είναι δυνατό να αποτελέσει μόνο ένα μέρος του προβλήματος. Η αιτία που η χοληστερόλη καθιζάνει στην χολή έχει πλέον τελείως διερευνηθεί αλλά δεν υπάρχουν όμως αρκετά στοιχεία που να εξηγούν τον τρόπο που μεγαλώνει ο χολόλιθος.

Η στάση της χολής στη χοληδόχο κύστη, οι φυσικοχημικές διαταραχές της χολής που ακολουθούν τη στάση και η φλεγμονή της χοληδόχου κύστης, θεωρούνταν για χρόνια οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες στην παρουσία χολόλιθων.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η πρωτογενής ανωμαλία στη σύνθεση της χολής βρίσκεται στο ήπαρ και είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας στο σχηματισμό χολόλιθων.

Η χολολιθίαση λοιπόν μπορεί να είναι μια ηπατική νόσος που έχει σχέση με τη σύνθεση και μεταφορά των λιπιδίων της χολής δηλαδή τη χοληστερόλη, τα χολικά άλατα και τα φωσφολιπίδια (λεκιθίνη). Παράλληλα όμως υπάρχει μια κατηγορία προδιαθεσιακών παραγόντων που επιτείνουν το σχηματισμό χολόλιθων.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- α. Δημογραφία. Στις χώρες της βόρειας Ευρώπης και στη βόρειο και νότιο Αμερική ο σχηματισμός λίθων είναι ευκολότερος λόγω περιβάλλοντος και κληρονομικότητας.
- β. Παχυσαρκία. Τα παχύσαρκα άτομα έχουν σαφώς περισσότερες πιθανότητες σχηματισμού χολόλιθων.

- γ. Ηλικία. Ατομα μεγαλύτερα των 40 ετών είναι πολύ ευάλωτα στην χολολιθίαση
- δ. Γυναικείες ορμόνες. Οι γυναίκες μετά την ήθη νοσούν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες. Επιπρόσθετα να τονίσουμε τον ρόλο των αντισυλληπτικών και των οιστρογόνων που μειώνουν την έκκριση χολικών αλάτων.
- ε. Άλλοι παράγοντες. Όπως η κήση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χολοκυστίτιδα, η χρόνια αιμόλυση, παρασιτικές νόσοι κ.λπ.

Κλινική εικόνα της χολολιθιάσεως

Οι χολόλιθοι συνήθως προκαλούν συμπτώματα είτε από πρόκληση φλεγμονής, είτε αποφράσσοντας τον κυστικό πόρο ή τον χοληδόχο πόρο. Πάντως τα 50% των χολολιθιάσεων είναι ασυμπτωματικές και η ασθένεια ή δεν ανακαλύπτεται ποτέ ή ανακαλύπτεται τυχαία λόγω κάποιου άλλου ενοχλήματος που οδήγησε σε εξετάσεις.

Το πιο ειδικό και χαρακτηριστικό σύμπτωμα της χολολιθιάσεως είναι ο κολικός του ήπατος. Η απόφραξη του κυστικού πόρου ή του χοληδόχου πόρου από λίθο προκαλεί διάταση του οργάνου. Ο προκαλούμενος σπλαχνικός πόνος είναι χαρακτηριστικά σοβαρός με χαρακτήρα πύεσης του επιγαστρίου ή του δεξιού άνω τεταρτημορίου της κοιλιάς με συχνή αντανάκλαση στην μεσοπλάτια περιοχή, την δεξιά ωμοπλάτη ή τον ώμο. Ο πόνος μπορεί να έχει διάρκεια και 4 ώρες και είναι τόσο έντονος όσο και αιφνίδιος. Η ναυτία και ο έμετος συνήθως συνοδεύουν τα επεισόδια ηπατικού κολικού με παράλληλη μέτρια αύξηση της χολερυθρίνης. Ο επίμονος ίκτερος και τα υψηλά επίπεδα χολερυθρίνης υποδηλώνουν την ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο. Ο πυρετός και το ρίγος με κολικό των χοληφόρων σημαίνει ότι υπάρχει επιπλοκή χολοκυστίτιδας ή χολαγγειίτιδας. Ο κολικός των χοληφόρων μπορεί να προκληθεί μετά από πρόσληψη λιπαρού γεύματος ή την πρόσληψη μεγάλης ποσότητας φαγητού μετά από παρατεταμένη περίοδο νηστείας. Τέλος συμπτώματα όπως

βάρος στο στομάχι, δυσπεψία και έρυγες ιδιαίτερα με λιπαρό γεύμα δεν πρέπει να συγχέονται με κολικό των χοληφόρων.

Τύποι λίθων, παθοφυσιολογία της λιθογένεσης

Σύμφωνα με παλαιότερους διαχωρισμούς που όμως γίνονται δεκτοί μέχρι και σήμερα οι χολόλιθοι χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τις αναλογίες χοληστερίνης και χολεριθρίνης που περιέχουν στη σύστασή τους.

I. Χοληστερινικοί : οι οποίοι είναι συχνά μονήρεις ή πολλαπλοί και εύθρυπτοι, λευκοκίτρινοι στην όψη με λεία επιφάνεια και στρογγυλωποί στο σχήμα.

II. Χολεριθρίνη : οι λίθοι αυτοί είναι μικρότεροι με ακανόνιστο σχήμα και ανώμαλη επιφάνεια, σκληροί με σκούρο καφέ ή μαύρο χρώμα.

III. Μικτοί : σε αυτούς τους λίθους μπορεί να είναι περισσότερη η χοληστερίνη ή περισσότερη η χολεριθρίνη και βρίσκονται σε διάφορα μεγέθη.

Πάντως η τάση που υπάρχει τελευταία είναι να εκλείψει ο παλιός διαχωρισμός και να καλούνται όλοι οι χολόλιθοι μικτοί μια και στην πραγματικότητα υπάρχει ένα ευρύ φάσμα αναλογιών μεταξύ χοληστερίνης και χολεριθρίνης. Οι χολόλιθοι που περιέχουν μεγάλες ποσότητες αλάτων ασβεστίου είναι οι χολεριθρινικοί οι οποίοι και είναι ακτινοσκοπικοί σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους υπόλοιπους. Σε γενικές γραμμές όσο μεγαλύτερη είναι η αναλογία χοληστερίνης σε ένα λίθο τόσο μικρότερη είναι η ποσότητα αλάτων ασβεστίου και παράλληλα λιγότερες οι πιθανότητες ακτινογράφησής του.

Το 75% των λίθων που ανευρίσκονται είναι χοληστερινικοί καθ' υπεροχή ενώ το 25% καθ' υπεροχή χολεριθρινικοί. Στις χώρες της Απω Ανατολής οι χολεριθρινικοί λίθοι υπερισχύουν.

Η παθοφυσιολογία της λιθογένεσης παρόλο που έχει ακόμα αδιευκρίνιστα σημεία έχει μελετηθεί εκτεταμένα προσφέροντας τεκμηριωμένες απαντήσεις.

Στην δημιουργία των λίθων της χοληστερίνης το κυριότερο φαινόμενο είναι ο υπερκορεσμός της χολής σε χοληστερίνη και η καθίζησή της σε κρυστάλλους. Από το φαινόμενο αυτό το μόνο που δεν έχει εξηγηθεί είναι το

πως καθιζάνουν οι κρύσταλλοι μέσα στη χολή. Ποιοί είναι οι λόγοι δηλαδή που οδηγούν τους λίθους στην καθίζηση. Η λιθογόνος χολή όπως έχει αποδειχτεί σχηματίζεται στο ήπαρ και όχι στη χοληδόχο κύστη παρόλα αυτά η καθίζηση των κρυστάλλων της χοληστερίνης γίνεται στη χοληδόχο κύστη που φαίνεται ότι έχει πρωτεύοντα ρόλο στο φαινόμενο της λιθογένεσης.

Η οργάνωση των κρυστάλλων χοληστερίνης σε μακροσκοπικούς λίθους πιστεύεται ότι αρχίζει από μικρά βίσματα συμπυκνωμένης βλέννης και γλυκοπρωτεΐνες κοντά στο βλεννογόνο της χοληδόχου κύστης. Τον ίδιο ρόλο μπορεί να παίξουν και πυρήνες από νεκρά επιθηλιακά κύτταρα ή μικροοργανισμούς ή συγκρίμματα χολοχρωστικών που καθιζάνουν με την παρουσία μικροβίων.

Στο σχηματισμό των χολεριθρινικών λίθων πρωτεύοντα ρόλο παίζει η υπερπαραγωγή μη συνδεδεμένης με γλυκουρονικό οξύ χολεριθρίνης ή η ύπαρξη μικροβίων στη χοληδόχο κύστη όπως τα κολοβακτηρίδια.

Σε ορισμένες περιπτώσεις δυσκινησίας της χοληδόχου κύστης η συμπύκνωση βλέννης, σε ανάμειξη με κρυστάλλους χοληστερίνης, χολεριθρίνης και διττανθρακικού ασβεστίου σχηματίζει αυτό που πολλές φορές αναφέρεται ως λάσπη και δίνει χαρακτηριστική εικόνα στο υπερηχογράφημα. Η κατάσταση αυτή μπορεί να εμφανιστεί σαν παροδικό φαινόμενο σε καταστάσεις ολικής παρεντερικής διατροφής ή σε μακρές περιόδους νηστείας.

Ασυμπτωματική χολολιθίαση

Η ασυμπτωματική χολολιθίαση αποτελεί όπως αναφέραμε το 50% των περιπτώσεων χολολιθίασεως και διαπιστώνεται τυχαία στα πλαίσια απεικονιστικών εξετάσεων για άλλες καταστάσεις ή ενοχλήματα. Μάλιστα η διαγνωστική εξέταση με υπερήχους δίνει καθημερινά φως σε ένα μεγάλο ποσοστό χολολιθίασεων χωρίς συμπτώματα που σε διαφορετική περίπτωση θα παρέμενε αδιάγνωστο.

Από τους ασυμπτωματικούς ασθενείς ένα ποσοστό 2% κάθε χρόνο παρουσιάζει συμπτώματα και κυρίως κολικό των χοληφόρων. Στο ερώτημα αν

η ασυμπτωματική χολολιθίαση πρέπει να χειρουργείται επικρατεί η απόψη ότι η τακτική της αναμονής είναι προτιμότερη. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που η χειρουργική επέμβαση κρίνεται απαραίτητη. Αν οι χολόλιθοι έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από 2,5cm τότε ο κίνδυνος επιπλοκών είναι μεγάλος και η χολοκυστεκτομή θεωρείται επιβεβλημένη. Άλλοι λόγοι επίσης είναι σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, σε ασθενείς που θα υποστούν μεταμόσχευση οργάνου και τέλος σε ασθενείς που προγραμματίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα για ολική παρεντερική διατροφή λόγω της χολοκυστητονίας που μπορεί να οδηγήσει σε οξεία χολοκυστίτιδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

Επιπλοκές χολολιθίασης

1. Οξεία χολοκυστίτιδα

Η οξεία χολοκυστίτιδα οφείλεται κατά 95% σε χολόλιθο και μόνο ένα 5% χαρακτηρίζεται σαν οξεία χολοκυστίτιδα μη λιθισιακής αιτιολογίας.

Παρόλο που σε όλες τις οξείες χολοκυστίτιδες από χολόλιθο προηγείται απόφραξη του κυστικού πόρου από λίθο αυτό δεν κρίνεται αρκετό για να προκαλέσει οξεία φλεγμονή η οποία είναι αρχικά χημική και μετά εξελίσσεται σε μικροβιακή. Για την έναρξη της φλεγμονής αιτία εκτός από την απόφραξη του κυστικού πόρου πιστεύεται ότι ρόλο παίζει και η ύπαρξη λιθογόνου χολής (κεκορεσμένης με χοληστερίνη χολή).

Η οξεία χολοκυστίτιδα εκδηλώνεται με πόνο στο δεξιό υποχόνδριο. Ο πόνος συνοδεύεται από ναυτία που πάντα ακολουθεί εμετός. Συνήθως υπάρχει πυρετός και σπάνια μετεωρισμός.

Στο 20-25% των ασθενών διακρίνεται υπικτερική χροιά που πιστεύεται ότι οφείλεται σε απορρόφηση της χολερυθρίνης από το θλενογόνο της φλεγμίνουσας χοληδόχου κύστης. Από τις παρακλινικές εξετάσεις ανευρίσκεται λευκοκυττάρωση της τάξης των 12.000 με 15.000/mm³. Η χολερυθρίνη είναι συχνά αυξημένη αλλά όχι περισσότερο από 6mg/dl. Η αλκαλική φωσφατάση αυξάνεται αλλά όχι πολύ. Μέτρια αύξηση επίσης υπάρχει και στην SGOT και στην αμυλάση.

Η διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας γίνεται με απλή ακτινογραφία του δεξιού υποχόνδριου, το υπερηχογράφημα και καμιά φορά με την αξονική τομογραφία. Η θεραπεία της είναι συντηρητική με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, αναλγητικά φάρμακα ή χειρουργική με χολοκυστεκτομή.

2. Οξεία χολοκυστίτιδα μη λιθισιακής αιτιολογίας

Η μη λιθισιακή χολοκυστίτιδα όπως αναφέραμε προηγουμένως είναι σχετικώς σπάνια σε σχέση με την προηγούμενη μορφή που περιγράψαμε απαντάται δε σε ασθενείς που βρίσκονται σε βαριά μετατραυματική ή μεταεγχειρητική κατάσταση και έχουν ταυτόχρονα παθολογικά νοσήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη ή καρδιαγγειακά νοσήματα και ρευματοειδή αθρίτιδα.

Η παθογένεια της νόσου δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη πλήρως αλλά πιστεύεται ότι η αφυδάτωση, η ατονία της χοληδόχου κύστης (ιδίως σε νηστεία), η συμπύκνωση και η καθίζηση της χολής καθώς και οι θρομβώσεις των αγγείων στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης είναι παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με την εκδήλωση της φλεγμονής.

Δεν υπάρχει σαφής κλινική εικόνα γι' αυτήν την μορφή χολοκυστίτιδας παρά μόνο πόνο στο δεξιό υποχόνδριο, πυρετός, υπίκτηρος και η έντονη ευαισθησία στη ψηλάφηση, συμπτώματα που πρέπει να οδηγήσουν τον εξεταστή σε αυτή τη νόσο. Διαγνωστικά χρησιμοποιούνται το υπερηχογράφημα και το σπινθηρογράφημα ενώ η χειρουργική επέμβαση για παροχέτευση της χοληδόχου κύστης (χολοκυστεκτομία), η χολοκυστεκτομή τις περισσότερες φορές είναι αναπόφευκτη, διαφορετικά η θνησιμότητα είναι μεγάλη.

3. Χρόνια χολοκυστίτιδα

Η χρόνια χολοκυστίτιδα είναι συχνή πάθηση και συνυπάρχει συνήθως με την χολολιθίαση που μπορεί να είναι το αίτιο ή το αποτέλεσμα της χρόνιας χολοκυστίτιδας. μερικές φορές συμβαίνει να είναι αυτή επακόλουθο οξείας χολοκυστίτιδας.

Τα συμπτώματα της νόσου μοιάζουν με τα συμπτώματα της χολολιθιάσεως είναι όμως πιο έντονα. Η διάγνωση γίνεται εύκολα με κλινική εξέταση (επώδυνο το χολοκυστικό σημείο) και εργαστηριακή (χολοκυστογραφία)

Αν η χρόνια χολοκυστίτιδα δεν σχετίζεται με ύπαρξη λίθων εντός της χολής τότε η χρήση χολαγωγών (30-60κε ελαιόλαδου κάθε πρωί) και

χολοεκακριτικών. (χολικά άλατα) κρίνεται κατάλληλη. Καλή επίσης είναι η χρήση κατάλληλων ιαματικών νερών. Η εγχείρηση επιβάλλεται, όταν τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν ή υποχωρούν προσωρινά.

4. Χοληδοχολιθίαση

Η συχνότητα υπάρξεως χολόλιθων στα εξωηπατικά χολαγγεία σε σχέση με την λιθίαση της χοληδόχου κύστης κυμαίνεται από 8-15%. Απλό αυτούς τους λίθους οι περισσότεροι πιστεύεται ότι προέρχονται από λίθους της χοληδόχου κύστης που έχουν μεταναστεύσει μέσα από τον κυστικό πόρο πριν ή κατά τη διάρκεια χολοκυστεκτομής (διαφυγόν λίθος), ενώ σε ένα μικρό ποσοστό θεωρούνται αυτόχθονες λίθοι.

Οι παράγοντες που σχηματίζουν λίθους στο χοληδόχο πόρο είναι η ύπαρξη λιθογόνου χολής, η δυσκινησία του σφιγκτήρα του oddi, η περιφερική στένωση του χοληδόχου πόρου και η ύπαρξη ξένων σωμάτων π.χ. μη απορροφήσιμα ράμματα.

Η συμπτωματική χοληδοχολιθίαση εκδηλώνεται με ανώδυνο ή συμπτωματικό ίκτερο. Στην πρώτη περίπτωση ο ίκτερος είναι απφρακτικού τύπου, συνήθως είναι ανώδυνος μετριού βαθμού και παρουσιάζει διακυμάνσεις λόγω μετακίνησης του λίθου. Επίσης υπάρχει υπέρχρωση των ούρων και υπερχρωματισμός των κοπράνων. Ο συμπτωματικός ίκτερος είτε συνοδεύεται μόνο από πόνο είτε εφόσον υπάρχει στάση και επιμόλυνση της χολής αναπτύσσεται η χαρακτηριστική τριάδα των συμπτωμάτων (τριάδα του Charcot) πόνος, πυρετός με ρίγος και ίκτερος. Σε περιπτώσεις ασυμπτωματικής χοληδοχολιθίασης αναπτύσσεται προοδευτικά κίρρωση του ήπατος και πυλαία υπέρταση.

5. Ενδοηπατική λιθίαση

Ενδοηπατική λιθίαση είναι η ύπαρξη λίθων στα ενδοηπατικά χοληφόρα και στο δεξιό και αριστερό ηπατικό πόρο.

Η ενδοηπατική λιθίαση είναι πολύ συχνή πάθηση στις χώρες της Απω Ανατολής αποτελώντας μέχρι και το 50% των περιπτώσεων χολολιθιάσεως. Στην Ευρώπη είναι σπάνιο φαινόμενο και κυμαίνεται μέχρι 3%.

Η κλινική εικόνα σ' αυτή την μορφή χολολιθιάσεως εκδηλώνεται με τα ίδια συμπτώματα με αυτά τα συμπτώματα της λιθιάσεως των εξωηπατικών χοληφόρων. Ο πόνος, ο ίκτερος και ο πυρετός είναι τα πιο συχνά συμπτώματα. Η διάγνωση βασίζεται στο υπερηχογράφημα στην διαδερμική - διηπατική χολαγγογραφία καθώς και στην αξονική τομογραφία.

Η αντιμετώπιση των ασθενών με ενδοηπατική λιθίαση είναι προβληματική και το ποσοστό αποτυχίας υψηλό. Όταν η λιθίαση αφορά ένα τμήμα ή λοβό του ήπατος τότε καλύτερη θεραπεία θεωρείται η λοβεκτομή.

6. Οξεία χολαγγειίτιδα

Η οξεία χολαγγειίτιδα διακρίνεται σε δύο τύπους, την πυώδη και την μη πυώδη χολαγγειίτιδα. Η πυώδης η οποία οφείλεται σε πλήρη απόφραξη του χοληδόχου πόρου και συνοδεύεται από πολύ υψηλή θνησιότητα αφορά το 10-15% των περιπτώσεων. Η μη πυώδης μορφή αφορά το 90% περίπου των περιπτώσεων και υποχωρεί συνήθως με συντηρητική αγωγή.

Το κυριώτερο αίτιο προκλήσεως χολαγγειίτιδας είναι η απόφραξη ενώ σπάνια οφείλεται σε καλοήθεις στενώσεις ή νεοπλασματικές αποφράξεις. Μια αυξανόμενη τελευταία σε συχνότητα αιτία αποτελούν οι διάφορες επεμβατικές εξετάσεις όπως η διηπατική χολαγγογραφία.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει την κλασική τριάδα των συμπτωμάτων του κολικού που συνοδεύεται από ίκτερο και πυρετό με ρίγος. Η τριάδα αυτή των συμπτωμάτων συμπληρώθηκε ως πεντάδα του Reynolds με την πτώση της Α.Π. και τη διανοητική σύγχυση.

Η θεραπεία της οξείας χολαγγειίτιδας πρέπει να είναι άμεση μετά τη διάγνωση της οποίας βάση είναι το υπερηχογράφημα. Η συντηρητική θεραπεία αποσκοπεί στην ανάνηψη του ασθενούς για την αποκατάσταση της σηπτικής καταστάσεως με χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών. Η χειρουργική θεραπεία αποσκοπεί στην άμεση αποσυμφόρηση του χοληδόχου πόρου. Η αποσυμφόρηση γίνεται με χοληδοχοτομή, αφαίρεση των λίθων και τοποθέτηση σωλήνα Keur.

7. Χολικά συρίγγια - ειλεός από χολόλιθο

Η δημιουργία συριγγίου οφείλεται στη φλεγμονή της χοληδόχου κύστης και τη δημιουργία αυμφύσεων του τοιχώματός της προς παρακείμενα όργανα και κυρίως το δωδεκαδάκτυλο. Όταν η φλεγμονή υποχωρήσει η χολοπεπτική επικοινωνία συνήθως αποφράσσεται και αντικαθίσταται από πυλώδη συνθετικό ιστό. Τα συρίγγια αυτά αποτελούν επιπλοκή ασθενών μεγάλης ηλικίας και σπάνια σε άτομα κάτω των 50 ετών.

Οι λίθοι που προέρχονται από ένα χολοπεπτικό συρίγγιο στο έντερο συνήθως αποβάλλονται με τα κόπρανα. Σ' ένα ποσοστό 10-15% ο λίθος είναι δυνατόν λόγω του μεγέθους του να προκαλέσει απόφραξη του εντέρου η οποία χαρακτηρίζεται ως ειλεός από χολόλιθο. Ο λίθος για να προκαλέσει απόφραξη πρέπει να έχει μέγεθος 2-3cm.

Η θεραπεία αποσκοπεί κατά πρώτο λόγο στην άρση της εντερικής αποφράξεως η επέμβαση δε που γίνεται είναι η εντεροτομή.

Η αντιμετώπιση της χολολιθιάσεως θα εξαρτηθεί από τη γενική κατάσταση του ασθενούς και την τοπική κατάσταση της φλεγμονής της χοληδόχου. Αν ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση και δεν υπάρχουν τοπικά σημεία φλεγμονής μπορεί να γίνει χολοκυστεκτομή και αφαίρεση συρριγίων. Αν όμως, όπως συνήθως συμβαίνει, η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν του επιτρέπει η αντιμετώπιση της λιθιάσεως παραμένει δευτερεύον. Η κακή κατάσταση αυτή συνοδεύομενη και από τη μεγάλη ηλικία των πασχόντων έχει

υψηλά ποσοστά θνητότητας και παρά το ό,τι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μείωση, παραμένει όμως σε υψηλά επίπεδα 10-15%.

8. Καρκίνος χοληδόχου κύστεως

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Διαγνωστικές εξετάσεις

1. Απλή ακτινογραφία κοιλιάς:

Σε κάθε κοιλιακό πόνο η πρώτη ακτινολογική εξέταση που πρέπει να γίνεται είναι η απλή ακτινογραφία. Στην εξέταση αυτή μπορούν να φανούν ακτινοσκιεροί λίθοι σε ένα μικρό ποσοστό 10-15%. Οι λίθοι που είναι περισσότερο ακτινοσκιεροί είναι οι χολεριθρινικοί λίθοι γιατί περιέχουν μεγαλύτερες ποσότητες αλάτων ασβεστίου. Η εξέταση αυτή είναι απλή αναίμακτη και ακίνδυνη.

2. Χολοκυστογραφία:

Η χολοκυστογραφία σήμερα χρησιμοποιείται όλο και πιο σπάνια μετά την ευρεία εφαρμογή των υπερήχων. Παρόλα αυτά είναι χρήσιμη εξέταση, γιατί εκτός από τη σκιαγράφιση των λίθων μπορεί να δώσει πληροφορίες και για τη λειτουργική κατάσταση της χοληδόχου κύστης. Η σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης επιτυγχάνεται με την χορήγηση από το στόμα σκιαγραφικού σκευάσματος με οργανικό ιώδιο που απορροφάται από το έντερο απεκρίνεται από το ήπαρ στην χολή και με την συγκέντρωσή του στην χοληδόχο κύστη τη σκιαγραφεί. Η αποκάλυψη ακτινοδιαβατών ελλειμάτων μέσα στη χοληδόχο κύστη ή η μη σκιαγράφησή της θέτουν τη διάγνωση της πάθησης.

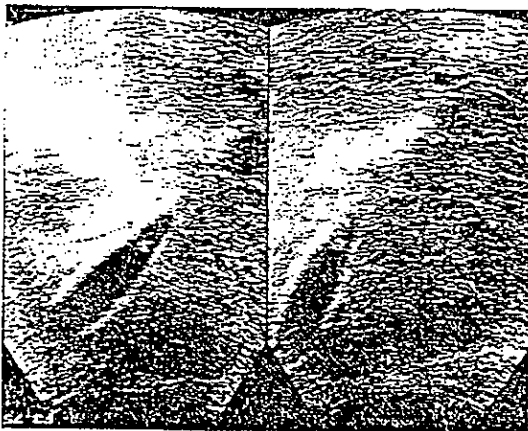
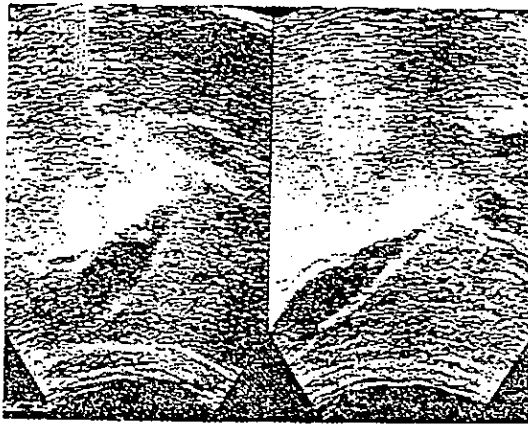
Τα ιωδιούχα σκευάσματα βρίσκονται σε μορφή tabl. και είναι τα Telepaque, Osbil, Bilorhin αυτά χορηγούνται στον ασθενή από το στόμα το βράδυ της προηγούμενης ημέρας από την εξέταση σε μια ορισμένη ποσότητα (5-7)tabl. Οι πρώτες ακτινογραφίες γίνονται 12 ώρες μετά την λήψη του φαρμάκου και μας δείχνουν τη χοληδόχο κύστη που έχει σχήμα αχλαδιού. Εδώ να τονιστεί ότι είναι δυνατή η μη σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης για διάφορους λόγους π.χ. ανεπαρκή δόση φαρμάκου, ηπατική βλάβη και μη καλή απέκκριση από το ηπατικό κύτταρο.

Στη δεύτερη φάση της εξέτασης όπου ο εξεταζόμενος λαμβάνει ερεθιστικό γεύμα π.χ. (2 αυγά) για σύσπαση της χοληδόχου κύστης και προώθηση της χολής στο 12δάκτυκο είναι δυνατό να γίνει και σκιαγράφηση του χοληδόχου πόρου. Φυσιολογικά η χοληδόχος κύστη μετά το ερεθιστικό γεύμα αδειάζει τουλάχιστο κατά τα 2/3 της. Στην δεύτερη φάση λοιπόν γίνεται μελέτη της λειτουργικότητας της χοληδόχου κύστης, η οποία φυσιολογικά συσπάται 30min μετά.

Να σημειωθεί επίσης ότι υπάρχει αυτένδειξη εκτέλεσης χολοκυστογραφίας σε ασθενείς με ίκτερο και ηπατική ανεπάρκεια με χολερυθρίνη > 2,5mg/dl γιατί είναι απίθανο να σκιαγραφηθεί η χοληδόχος κύστη.

3. Υπερηχογράφημα:

Το υπερηχογράφημα είναι η πιο απλή και ακριβής μέθοδος για την διαπίστωση λίθων στη χοληδόχο κύστη και παρόλο που η διαγνωστική του ακρίβεια εξαρτάται από την πείρα του εξεταστή κυμαίνεται γύρω στο 95%. Με το υπερηχογράφημα γίνεται απεικόνιση των ηχητικών αντανάκλασεων των διαφόρων οργάνων. Στην εξέταση αυτή το μόνο που χρειάζεται είναι να είναι νηστικός ο ασθενής γιατί μετά από γεύμα η χοληδόχος κύστη συσπάται και είναι δύσκολο να απεικονιστεί. Η παρεμβολή εντερικών ελίκων δυσχεραίνει την εξέταση. Οι χολόλιθοι αντανakλούν τα ηχητικά κύματα και σχηματίζουν πίσω από αυτούς τις χαρακτηριστικές ακουστικές σκιές. Ακόμα και μικροί λίθοι διαμέτρου 1mm είναι δυνατόν να απεικονιστούν. Στα θετικά αυτού του είδους της εξέτασης είναι ότι ο εξεταζόμενος δεν εκτίθεται στην ακτινοβολία, δεν έχει τον κίνδυνο από αλλεργικές αντιδράσεις και τέλος δεν χρειάζεται ιδιαίτερη προετοιμασία. Το υπερηχογράφημα αντεδεικνύεται όταν ο ασθενής έχει τραύμα εγχειρητικό και υπάρχουν μεταλλικά κλιπς λόγω των ισχυρών ηχητικών αντανάκλασεων.



Εικόνα 4. Υπερηχογραφική μελέτη ήπατος, χοληφόρων

4. Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία:

Είναι η σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης και του συστήματος των χοληφόρων αγγείων και γίνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση σκιερής ουσίας ιωδιούχου Billigratin ή Billigramm ή Billiscopin. Με την ενδοφλέβια ένεση της σκιερής ουσία αποκλείεται η απορρόφησή της από το έντερο και κατορθώνεται όχι μόνο η διαγραφή της χοληδόχου κύστης αλλά και των χοληφόρων οδών. Υπήρξε η πρώτη μέθοδος για τον προεγχειρητικό έλεγχο του χοληδόχου πόρου και εφαρμόστηκε κλινικά την δεκαετία 1950-1960. Πρόσφατα αμφισβητήθηκε η αξία της μεθόδου λόγω της χαμηλής σχετικά διαγνωστικότητας.

Πριν από την ενδοφλέβια χορήγηση της σκιαγραφικής ουσίας γίνεται test ευαισθησίας για τυχόν παρενέργειες φαρμάκου. Σοβαρό μειονέκτημα της

μεθόδου είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις. Έχουν αναφερθεί 1 θάνατος σε 5.000 ενδοφλέβιες χολαγγειογραφίες, 1/1.600 σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις, 1/700 μέτριες αλλεργικές αντιδράσεις. Η μέθοδος δεν εφαρμόζεται σε ικτερικούς ασθενείς με χολεριθρίνη > 3,5mg%, ενώ σπάνια γίνεται σε αρρώστους που η ολική χολεριθρίνη στο αίμα είναι 2-3,5mg%.

5. Σπινθηρογράφημα χοληφόρων:

Η εξέλιξη του σπινθηρογραφικού ελέγχου των χοληφόρων τα τελευταία 20 χρόνια με τη χρησιμοποίηση φαρμάκων πρόσφερε μεγάλη βοήθεια στη διάγνωση των παθήσεων των χοληφόρων. Το σπινθηρογράφημα γίνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση ραδιενεργού υλικού την τοποθέτηση του ασθενούς κάτω από την κάμερα και παρακολούθηση της απέκρισης του ραδιοφαρμάκου δια του χοληφόρου συστήματος. Η μέθοδος έχει αξία διαγνωστική ακόμα και σε περίπτωση ικτερικών ασθενών με αρκετά επίπεδα χολεριθρίνης. Η ένδειξη για ραδιοισοτοπική μελέτη του χοληφόρου συστήματος είναι βασικά η μελέτη της δυναμικής της ροής προς το έντερο και η ανίχνευση της διαφυγής της χολής μέσα στην ενδοπεριτοναϊκή κοιλότητα που δεν είναι δυνατό να ανιχνευτεί με άλλες διαγνωστικές εξετάσεις.

6. Διαδερμική - διηπατική χολαγγειογραφία:

Είναι η κατευθείαν έγχυση σκιαγραφικού υλικού μετά από παρακέντηση του ήπατος διαδερμικά. Η από δεκαετίες χρησιμοποίηση της βελόνας chiba διαμέτρου 2,7mm στην παρακέντηση ήπατος έχει μειώσει τη συχνότητα επιπλοκών που είναι η αιμορραγία, η σήψη, το χολοπεριτόναιο και η διάτρηση άλλων οργάνων.

Η κύρια ένδειξη για διαδερμική - διηπατική χολαγγειογραφία είναι η κάθε είδους χολόσταση η οποία εκφράζεται κλινικά (χολαγγειακές χρήσεις) ή εργαστηριακή με αύξηση της χολεριθρίνης. Πριν από την εξέταση αυτή πρέπει να γίνεται ένα υπερηχογράφημα ήπατος, χοληφόρων για την

διερεύνηση της αιτίας της χολόστασης και για την ανακάλυψη του επιπέδου της απόφραξης ή στένωσης.

Αντέδειξη για την εξέταση αυτή αποτελεί ο κυστικός εχινόκοκκος ήπατος καθώς και διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος. Σοβαρές επιπλοκές αναφέρονται σε 3,5-4,8 των περιπτώσεων με θνησιμότητα 0,2%.

7. Αξονική ακτινογραφία:

Η ηλεκτρονική υπολογιστική αξονική τομογραφία εφαρμόζεται στα χοληφόρα σε περίπτωση ίκτερου για τη διαγνωστική του διερεύνηση.

Η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στον αποφρακτικό ίκτερο και στον ηπατοκυτταρικό γίνεται με ακρίβεια 95-98%. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι το μεγάλο κόστος της καθώς και η έκθεση του ασθενή σε ακτινοβολία. Παρόλο τη μεγάλη διαγνωστική ακρίβεια δεν χρησιμοποιείται ευρέως για τη διάγνωση λίθων.

8. Διεγχειρητική χολαγγειογραφία

Η εξέταση αυτή πραγματοποιείται την ώρα του χειρουργείου με έκχυση σκιεράς ουσίας στο χοληδόχο πόρο δια μέσου ενός καθετήρα ο οποίος τοποθετείται στον κυστικό πόρο. Η μέθοδος αποσκοπεί στο να διερευνήσει κατά την ώρα της εγχείρησης την ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο. Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι ελαττώνει την υπολλευματική λιθίαση από 20% σε 2-6%, ανακαλύπτει λίθους μέσα στους χοληφόρους πόρους που χωρίς αυτήν δεν θα είχαν βρεθεί 7%, ελαττώνει τις πιθανότητες τραυματισμού των χοληφόρων και τέλος μειώνει το ποσοστό των αρνητικών διερευνήσεων του χοληδόχου πόρου από 72% χωρίς χολαγγειογραφία σε 35%. Η μέθοδος είναι ασφαλής ακόμα και για αλλεργικούς ασθενείς και δεν επιμηκύνει το χρόνο εγχείρησης περισσότερο από 15min.

9. Μανομετρία χοληφόρων

10. Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP)

Με την βοήθεια εύκαμπτου 12δακτυλοσκοπίου πλάγιας οράσεως είναι δυνατό η είσοδος καθετήρα από τη λύκηθο του Water στον χοληδόχο πόρο ή και τον παγκρεατικό πόρο. Η έγχυση σκιαγραφικού φαρμάκου επιτυγχάνει την απεικόνιση του χοληφόρου ή του παγκρεατικού συστήματος των πόρων. Όταν υπάρχει εμπειρία η διαγνωστική ακρίβεια είναι μεγάλη (85%). Είναι πολύ χρήσιμη μέθοδος στη διαφορική διάγνωση των ικτέρων και του αίτιου της αποφράξεως (λίθος, νεοπλασία). Επιπλοκές της μεθόδου είναι η παγκρεατίτιδα και η μικροβιαμιά σε 1-3% των περιπτώσεων που φθάνει το 7% όταν δεν υπάρχει εμπειρία.

Αντενδείξεις για τη χρησιμοποίηση της μεθόδου είναι η οξεία παγκρεατίτιδα, η οξεία κοιλία και γενικά όλες οι αντενδείξεις κάθε ενδοσκοπικής μεθόδου του ανωτέρου πεπτικού συστήματος.

11. Χοληδοσκόπηση

Με τη χοληδοσκόπηση επιτυγχάνεται ο άμεσος οπτικός έλεγχος του εξωηπατικού χοληφόρου δένδρου για την ύπαρξη λίθων. Για την χοληδοσκόπηση χρησιμοποιούνται δύο (2) είδη χοληδοσκοπίων.

- α) άκαμπτα χοληδοσκόπια
- β) εύκαμπτα χοληδοσκόπια σύγχρονης τεχνολογίας

Το χοληδοσκόπιο εισέρχεται μέσα από τη χοληδοχοτομή και αν διαπιστωθεί λίθος αυτός μπορεί να αφαιρεθεί μέσα από το ενδοσκόπιο. Ο χρόνος παράτασης της εγχείρησης παρατείνεται μόνο κατά 15-20min και η μέθοδος αυτή είναι η πιο αποτελεσματική από όλες τις αναφερόμενες διαγνωστικές μεθόδους. Γενικώς πάντως τα πλεονεκτήματα της χοληδοσκόπησης είναι

1. Ανεύρεση και αφαίρεση λίθων που δεν αναγνωρίστηκαν ή δεν είναι δυνατό να αφαιρεθούν με άλλες μεθόδους.

2. Επιτρέπει την αναγνώριση και διαφορική διάγνωση του αιτίου της απόφραξης ή της στένωσης των χοληφόρων πόρων (λίθος, αέρας, θρόμβος αίματος κλπ.)
3. Είναι δυνατή η λήψη βιοψιών με κατευθείαν οπτικό έλεγχο.
4. Δεν παρουσιάζει επιπλοκές.

12. Χημική και μικροβιολογική εξέταση της χολής

13. Εργαστηριακές εξετάσεις

Σ' αυτές ανευρίσκονται τα εξής στοιχεία:

1. Λεύκα αιμοσφαίρια που είναι συνήθως ανεβασμένα και αντανακλούν την φλεγμονή.
2. Χολεριθρίνη ορού που μπορεί να είναι ελαφρά υψηλή
3. Αλκαλική φωσφατάση ορού που είναι υψηλή
4. Οξαλική τρανσαμινάση (SGOT) και γαλακτική δενδρογενάση (LDH) που είναι σε υψηλά επίπεδα
5. Χολεριθρίνη ούρων που είναι υψηλή
6. Ουροχολινογόνο κοπράνων που είναι χαμηλό
7. Γενική αίματος και ούρων
8. Χρόνος προθραμβίνης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

Θεραπεία της χολολιθιάσεως

Η θεραπεία της χολολιθιάσεως έχει δύο βασικές κατευθύνσεις. Η μία είναι η συντηρητική θεραπεία και η άλλη η χειρουργική θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται σε ασθενείς με ήπια ενοχλήματα, σαν αρχική αντιμετώπιση μέχρι αυτά να υποχωρήσουν. Στην μορφή αυτή θεραπείας δυο είναι οι βασικοί άξονες, η χρήση φαρμάκων και η διαιτητική αγωγή.

Μετά το 1972 στη συντηρητική θεραπεία της χολολιθιάσης προστέθηκε η φαρμακευτική διάλυση των χολόλιθων με χηνοδεσοξυχολικό οξύ η ουρσοδεξοχολικό οξύ που βασίστηκε στη γνώση της παθογένειας της λιθογένεσης. Το χηνοδεσοξυχολικό οξύ χορηγείται σε δόσεις 15mg/kg ΣΒ/24ωρο για 6-9 μήνες οπότε πρέπει να εκτιμηθεί το αποτέλεσμα. Το ποσοστό επιτυχούς θεραπείας με τη χορήγηση χολικών οξέων ποικίλλει ανάλογα με τους ασθενείς από 15-38%. Πιστεύεται πάντως ότι η σώστη επιλογή ασθενών για φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να αυξήσει το ποσοστό επιτυχίας στο 70 - 80%.

Παραγόντες που περιορίζουν τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής θεραπείας είναι οι εξής:

1. Ανεπιθυμητές ενέργειες π.χ. διάρροια
2. Το μακροχρόνιο της θεραπείας
3. Το υψηλό κόστος της θεραπείας
4. Το υψηλό ποσοστό υποτροπών

Μετά τη χορήγηση χολικών οξέων από το στόμα για διάστημα 6-9 μήνες όπως είπαμε οι λίθοι στη χοληδόχο κύστη αρχίζουν να μικραίνουν. Πλήρης εξαφάνιση των λίθων απαιτεί χορήγηση φαρμάκου για 2 χρόνια. Σε μεγάλο ποσοστό ασθενών οι λίθοι εμφανίζονται ξανά σε 5 χρόνια.

Πάντως οι ασθενείς που θα επιλεχθούν για χορήγηση χολικών οξέων πρέπει:

1. Να μην είναι παχύσαρκοι
2. Να έχουν ακτινοδιαβατούς λίθους (χοληστερολικούς)
3. Οι λίθοι να είναι μικρότεροι από 1,5cm
4. Να γίνεται σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης στη χολοκυστογραφία.
(λειτουργούσα χοληδόχος κύστη)

ΠΙΝΑΚΑΣ

Αντεδείξεις στην χορήγηση χολικών οξέων

- Ασθενείς με έντονη συμπτωματολογία χολολιθιάσεως
- Γυναίκες που είναι πιθανό να μείνουν έγκυοι
- Προχωρημένη αρτηριοσκλήρυνση

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η χορήγηση χολικών οξέων δεν είναι η καλύτερη λύση καθώς έχει σοβαρά μειονεκτήματα. Έτσι οι περιορισμένες ενδείξεις τουλάχιστον σήμερα αφορούν άτομα μεγάλης ηλικίας που έχουν υψηλό εγχειρητικό κίνδυνο και για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των 2 ετών.

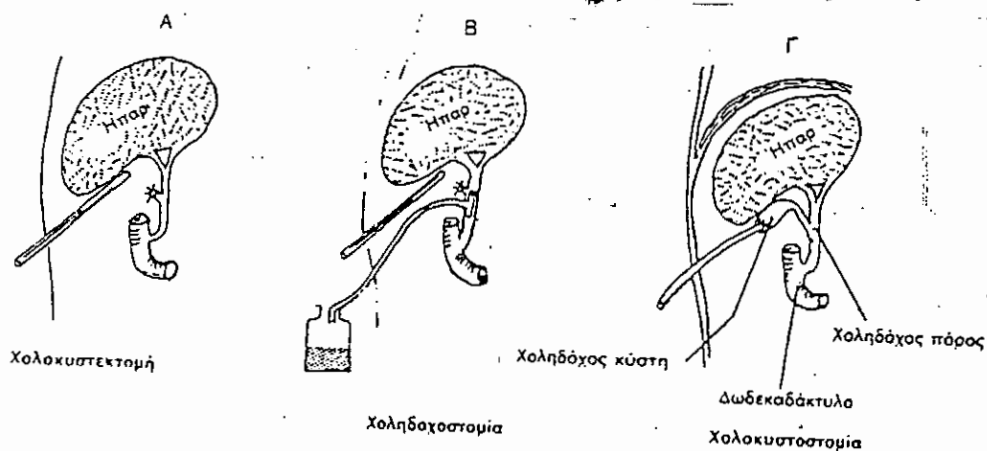
Η χειρουργική θεραπεία σε ασθενή με χολολιθίαση θα πρέπει να είναι το έσχατο θεραπευτικό μέσο αντιμετώπισης των χολόλιθων. Αν και υπάρχει διχογνωμία ανάμεσα στους χειρουργούς για το ποιές πρέπει να είναι οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης αυτές συνοψίζονται στις εξής:

1. Όλες οι συμπτωματικές χολολιθιάσεις με έντονα ενοχλήματα.
2. Οι λιθιάσεις με επιπλοκές π.χ. παγκρεατίτιδα
3. Ανεπαρκής σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης κατά την εκτέλεση χολοκυστογραφίας per os.
4. Ασθενείς με μεγάλους χολόλιθους >2cm.
5. Σε όσους ασθενείς η συντηρητική αγωγή αποτυγχάνει

Οι χειρουργικές επεμβάσεις σε χολολιθίαση είναι οι εξής:

1. Χολοκυστοτομία

Στην επέμβαση αυτή γίνεται διάνοιξη του πυθμένα της χοληδόχου κύστης και παροχέτευση του περιεχόμενου της με ένα Trocar. Η τομή έχει μήκος 3-5εκ. Από την ίδια τομή με την παροχέτευση αυτή αφαιρούνται οι λίθοι. Μετά την επέμβαση αυτή τοποθετείται μια προσωρινή παροχέτευση για συλλογή υγρού. Η ένδειξη για χολοκυστοτομία είναι η χολοκυστίτιδα και μάλιστα η βαριάς μορφής. Με την επέμβαση αυτή ο ασθενής δεν θεραπεύεται μόνιμα γιατί μεγάλος αριθμός ασθενών παρουσιάζουν την ίδια λιθιασική κατάσταση σε διάστημα 2-3 ετών. Ενώ από την άλλη και η χοληδόχος κύστη είναι ευάλωτη μετά από χολοκυστοτομία σε φλεγμονές.



Εικόνα 5. Χειρουργικές επεμβάσεις στο χοληφόρο σύστημα

2. Χολοκυστεκτομή

Η χολοκυστεκτομή είναι η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης. Είναι μια συνηθισμένη επέμβαση στην γενική χειρουργική αλλά και από τις πιο επικίνδυνες για διεγχειρητικές κακώσεις αφού η περιοχή παρουσιάζει πολλές ανατομικές παραλλαγές. Όπως μάλιστα αναφέρει ο Kune χαρακτηριστικά «λίγες επεμβάσεις υπάρχουν όπου μπορεί να γίνει τόση μεγάλη ζημιά με ένα κλείσιμο του ψαλιδιού». Ο μεγαλύτερος αριθμός χολοκυστεκτομών πραγματοποιείται για χρόνια λιθιασική χολοκυστίτιδα, για οξεία χολοκυστίτιδα και τις επιπλοκές της, για μη λιθιασική χολοκυστίτιδα, για αδενωμάτωση της χοληδόχου κύστης και για καρκίνωμα.

Η τομή που πραγματοποιείται είναι η δεξιά Kocher παράλληλη με το δεξιό υποχόνδριο συνήθως, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις η μέση ή παράμεση υπερυπομφάλμιος τομή μπορεί να δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η χοληδόχος κύστη αφαιρείται είτε από το θόλο προς τον κυστικό πόρο ή ανάστροφα. Κατά τη χολοκυστεκτομή πραγματοποιείται διεγχειρητική χολαγγειογραφία όπου διευκολύνει την διαλεύκανση της ανατομικής των χοληφόρων, αφήνει μια εικόνα μόνιμη για μελλοντικές συγκρίσεις και αποφεύγεται ο κίνδυνος τραυματισμού των χοληφόρων και η παραμονή λίθων στο χοληδόχο πόρο κάτι που συμβαίνει στο 6-8%. Η θνητότητα για επείγουσα χολοκυστεκτομή είναι 3% ενώ για εκλεκτική χολοκυστεκτομή είναι 0,5% σε ασθενείς κάτω των 60 ετών. Ο κίνδυνος φυσικά αυξάνει όταν παράλληλα με τη χολολιθίαση υπάρχουν άλλες νοσολογικές καταστάσεις ή επιπλοκές.

Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

Η πρώτη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή πραγματοποιήθηκε από τον Phillippe Mouret στην Λυών της Γαλλίας τον Μάρτιο του 1987. Στις 22 Ιουνίου 1988 έγινε στην Marietta της Georgia η πρώτη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή στις ΗΠΑ από τους Mc Kerman και Saye. Από τότε μετά από μια περίοδο διστακτικότητας και επιφυλάξεων η μέθοδος γνώρισε μια θεαματική

ανάπτυξη και διάδοση. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία στις ΗΠΑ κατά το έτος 1991 το 80% όλων των χολοκυστεκτομών πραγματοποιήθηκε με λαπαροσκοπικές τεχνικές, ενώ είναι ελάχιστα τα νοσοκομεία που δεν διαθέτουν ακόμα μονάδες λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

Ανάμεσα στα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής έναντι της ανοικτής μεθόδου

- (1) Ο περιορισμός του χρόνου της μετεγχειρητικής νοσηλείας.
- (2) Η ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών και συνεπώς η ταχύτερη επιστροφή στις εργασίες τους.
- (3) Ο περιορισμός στο ελάχιστο του μετεγχειρητικού πόνου.
- (4) Η απουσία εγχειρητικής τομής που έχει σαν συνέπεια την πλήρη σχεδόν εξαφάνιση κλασικών επιπλοκών που σχετίζονται με την παρουσία τομής όπως είναι η μετεγχειρητική κήλη και η διαπύηση του τραύματος.

Η πρώτη βασική προϋπόθεση για την εκτέλεση της μεθόδου αυτής είναι η σωστή ενημέρωση του ασθενούς περί του τι πρόκειται να επακολουθήσει. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι πρέπει να καθίσταται σαφές στον ασθενή ότι υπάρχει το ενδεχόμενο η εγχείρηση να μετατραπεί σε ανοικτή μέθοδο εφόσον για οποιοδήποτε λόγο κρίνεται επικίνδυνη ή αδύνατη η συνέχιση της με τις τεχνικές της λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

Απόλυτη αντένδειξη για την μέθοδο αποτελεί μόνο η αδυναμία του ασθενούς να υποστεί εγχείρηση υπό γενική αναισθησία λόγω συνυπάρχουσας βαριάς καρδιοαναπνευστικής νόσου. Στις σχετικές αντενδείξεις συγκαταλέγονται τα εξής:

1. Προηγούμενες επεμβάσεις στην άνω κοιλία
2. Οξεία χολοκυστίτιδα
3. Παχύ τοίχωμα χοληδόχου κύστεως (> 4mm)
4. Ενδοηπατική χοληδόχος κύστη
5. Υπόνοια λίθων χοληδόχου πόρου
6. Οξεία παγκρεατίτιδα

7. Κίρρωση πυλαία υπέρταση

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή εκτελείται με γενική αναισθησία και με τον ασθενή σε ύπτια θέση στο χειρουργικό τραπέζι. Πριν από την μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο ζητείται να ουρήσει έτσι ώστε να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη και να μην υπάρχει ο κίνδυνος κάκωσης. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η τοποθέτηση καθετήρος Foley.

Μετά την εισαγωγή της αναισθησίας και τον καθαρισμό του δέρματος με τα συνήθη αντισηπτικά διαλύματα εισάγεται στην περιοχή του ομφαλού η ειδική βελόνα Veress η οποία προωθείται εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Στη συνέχεια συνδέεται με τη συσκευή εμφυσύσεως CO₂ για τη δημιουργία του πνευμοπεριτοναίου. Μετά απ' αυτό εισάγεται στην περιοχή του ομφαλού trocar 11mm δια του οποίου προωθείται στην περιτοναϊκή κοιλότητα το λαπαροσκόπιο. Μετά την πλήρη επισκόπηση της κοιλιάς, η προσοχή επικεντρώνεται στην περιοχή της χολυδόχου κύστεως. Στη συνέχεια και αφού διαπιστώνεται ότι η μέθοδος είναι εφικτή εισάγονται άλλα τρία trocars. Δύο trocars των 5mm στην προσθία μασχαλιαία γραμμή και στην μεσοκλειδική γραμμή αντίστοιχα, απ' όπου εισάγονται ειδικές λαβίδες συλλήψεως της χοληδόχου κύστεως από τον πυθμένα της και το θάλαμο του Hartman. Τέλος ένα trocar των 10mm εισάγεται κάτωθεν της ξιφοειδούς αποφύσεως του στέρνου. Ευνόητο είναι ότι η εισαγωγή και των τριών trocars γίνεται με άμεση όραση μέσω του λαπαροσκοπίου για την αποφυγή οποιασδήποτε κακώσεως.

Από το τελευταίο trocar των 10mm που ονομάζεται και trocar «εργασία» εισάγεται ειδική λαβίδα για τη λύση τυχόν υπάρχουσών συμφύσεων. Σε περιπτώσεις αδυναμίας αναγνώρισης του κυστικού πόρου επιβάλλεται η εκτέλεση διεγχειρητικής χολαγγειογραφίας



Εικόνα 6. Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

Μετά τη διατομή του κυστικού πόρου και της κυστικής αρτηρίας αρχίζει η αποκόλληση της χοληδόχου κύστεως από την κοίτη του ήπατος με την βοήθεια μονοπολικής ή διπολικής διαθερμίας.

Ακολουθεί η μετατόπιση του λαπαροσκοπίου και η εισαγωγή του από το trocar των 10mm, ενώ από το trocar των 11mm εισάγεται ειδική λαβίδα η οποία συλλαμβάνει τη χοληδόχο κύστη και την έλκει προς την περιοχή του ομφαλού. Τέλος τοποθετείται παροχέτευση υφηπατικά, ακολουθεί κατάργηση πνευμοπεριτοναίου και συρραφή της απονευρώσεως με απορροφήσιμο ράμμα.

Ο ρινογαστρικός σωλήνας αφαιρείται λίγες ώρες μετά την εγχείρηση, ενώ η σίτιση των ασθενών αρχίζει την επόμενη της εγχειρήσεως με ελαφρύ διαιτολόγιο βέβαια. Το 80-90% των ασθενών παραμένουν στο νοσοκομείο μία έως δύο ημέρες μετά την εγχείρηση. Η συνολική δε ανάρρωση στην οικεία ολοκληρώνεται συνήθως σε έξι έως δέκα ημέρες. Πάντως η συνολική διάρκεια της εγχειρήσεως έχει διακυμάνσεις από 20min μέχρι και 4 ώρες, ανάλογα με

τη βαρύτητα της νόσου και την εμπειρία της χειρουργικής ομάδας. Η μέση χρονική διάρκεια της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής είναι 1 ώρα.

3. Χοληδοχοτομή

Η επέμβαση αυτή πραγματοποιείται για διερεύνηση του χοληδόχου πόρου και αφαίρεση λίθων που τυχόν υπάρχουν. Μετά από μια χοληδοχοτομή τοποθετείται σωλήνας Kehr που βοηθά στην παροχέτευση της χολής. Ο σωλήνας αυτός αφαιρείται 7-19 ημέρες όταν η ροή της χολής προς το έντερο είναι χωρίς εμπόδια.

4. Χολοπτεπτικές αναστομώσεις

1. Χολοκυστονηστοστομία
2. Χολοκυστοδωδεκαδακτυλοστομία

Λιθοτριψία

Εκτός από τη συντηρητική θεραπεία και τη χειρουργική θεραπεία αντιμετώπισης της χολολιθίασης ήρθε να προστεθεί τα τελευταία χρόνια μια νέα μέθοδος η λιθοτριψία.

Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στη χρήση των υπερήχων που εκπέμπονται από μια συσκευή. Τα ωστικά κύματα των υπερήχων πέφτουν πάνω στους λίθους και τους θρυματίζουν. Εδώ να σημειώσουμε ότι η λιθοτριψία μπορεί να συνδυαστεί και με φαρμακευτική αγωγή.

Υπάρχουν όμως και μερικές αντεδείξεις για την μέθοδο αυτή όπως, μεγάλοι λίθοι (> 3cm), πολλοί λίθοι εντός της χοληδόχου κύστης, η ύπαρξη ιστορικού, επιπλοκών π.χ. χολοκυστίτιδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

Διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές

Τα χοληφόρα παρουσιάζουν σε εξαιρετικώς αυξημένη συχνότητα διάφορες φυσιολογικές ανατομικές παραλλαγές που μπορεί να οδηγήσουν σε διεγχειρητικές τραγωδίες. Οι επιπλοκές μετά από εγχειρήσεις στα χοληφόρα μπορεί να χωρισθούν σε εκείνες που μπορούν να προληφθούν μετά από λεπτομερή προεγχειρητική μελέτη και προετοιμασία του αρρώστου και εκείνες που δεν μπορούν να προληφθούν αλλά πρέπει να αναγνωρίζονται εγκαίρως και να αντιμετωπίζονται.

Η πρώτη χολοκυστεκτομή που έγινε το 1978 από τον J. Marlon Sims ακολουθήθηκε από έντονη μετεγχειρητική αιμορραγία. Τα τελευταία πενήντα χρόνια η θνητότητα από εγχειρήσεις για καλοήθεις παθήσεις στα χοληφόρα κατέβηκε από το 6,6% στο 1%.

(1) Αιμορραγία

Η αιμορραγία είναι ένας από τους σοβαρότερους εγχειρητικούς κινδύνους και αίτια θανάτου ιδιαίτερα στα χοληφόρα όπου υπάρχουν πολλές συγγενείς ανωμαλίες στην πορεία των αγγείων ο κίνδυνος είναι συχνός. Η αιμορραγία μπορεί να είναι διεγχειρητική ή να παρουσιαστεί κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Πέντε (5) είναι τα κύρια αίτια της αιμορραγίας.

1. Η κυστική, ή δεξιά ηπατική αρτηρία
2. Η κοίτη της χοληδόχου κύστης
3. Αιμάτωμα από το άγκιστρο
4. Η τομή εξόδου του σωλήνα T
5. Διαταραχές πήκτηκότητας

(2) Υψηπατική συλλογή

Η επιπλοκή αυτή είναι η πιο συχνή στις εγχειρήσεις των χοληφόρων. Το υγρό που συλλέγεται είναι συνήθως μείγμα από χολή, αίμα και λέμφο. Η πρόληψη της επιπλοκής αυτής συνίσταται σε δύο σκέλη:

1. Επιμελής τεχνική ώστε να μειωθεί στο ελάχιστο η εκροή αίματος, χολής και λέμφου μετεγχειρητικώς στον υψηπατικό χώρο.
2. Τοποθέτηση επαρκούς παροχέτευσης η οποία κρίνεται απαραίτητη έστω για 1-3 εικοσιτετράωρα.

(3) Χολοπεριτόναιο

Η επιπλοκή αυτή συμβαίνει όταν μεγάλες ποσότητες χολής διαρρέουν προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα και προκαλούν γενικευμένη περιτοναϊκή αντίδραση. Ο βαθμός της περιτοναϊκής αντίδρασης εξαρτάται από την ποσότητα της χολής, το χρόνο που έχει περάσει και την παρουσία ή όχι μικροβίων.

(4) Χοληφόρο συρίγγιο

Η δημιουργία εξωτερικού χοληφόρου συριγγίου μετά από μια επέμβαση πάνω στα χοληφόρα είναι αποτέλεσμα διακοπής, ολικής ή μερικής της φυσιολογικής ροής της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο. Τέτοια εξωτερικά χοληφόρα συρίγγια είναι δυνατό να δημιουργηθούν μετά από:

1. Χολοκυστεκτομή
2. Χολοκυστοστομία
3. Χοληδοχοτομή
4. Κάκωση των χοληφόρων ή δωδεκαδακτυλοτομή

(5) Μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα

Μετεγχειρητικώς είναι δυνατό να αναπτυχθεί οξεία παγκρεατίτιδα μετά από κάθε εγχείρηση άνω κοιλιάς. Μετά όμως από ερευνητική των χοληφόρων και ιδιαιτέρως μετά από σφιγκτηροτομή το ποσοστό είναι μεγαλύτερο και

ανεβαίνει στο 6%. Η αιτιολογία της επιπλοκής αυτής δεν είναι επαρκώς γνωστή φαίνεται όμως ότι τοπικοί τραυματισμοί στο σφιγκτήρα του oddi ή την κεφαλή του παγκρέατος παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της επιπλοκής αυτής.

(6) Κακώσεις ηπατοδωδεκαδακτυλικές

Οι διεγχειρητικές κακώσεις στις πύλες του ήπατος μπορεί να αφορούν και τα τρία στοιχεία που τις αποτελούν τα χοληφόρα, την ηπατική αρτηρία και την πυλαία.

A' Κακώσεις χοληφόρων

Τα πιο συχνά αίτια είναι:

- (1) Η βιασύνη του χειρουργού
- (2) Αγνοία των ανατομικών παραλλαγών της περιοχής
- (3) Εντονη φλεγμονή της χοληδόχου κύστης
- (4) Τοποθέτηση clips ή αιμοστατικών λαβίδων προκειμένου να σταματήσει η αιμορραγία.

B. Κακώσεις της αρτηρίας

Γ. Κακώσεις της πυλαίας

(7) Παραμονή λίθου στα χοληφόρα

Το συνηθέστερο αίτιο μετεγχειρητικού ίκτερου μετά από εγχειρήσεις για χολολιθίαση ή χοληδοχολιθίαση είναι η παραμονή λίθου στα χοληφόρα. Η συχνότητα κυμαίνεται από 1% σε απλές χολοκυστεκτομές μέχρι 5-10% όταν πρόκειται για πολλαπλή λιθίαση του χοληδόχου πόρου.

(8) Επιπλοκές από τους σωλήνες

Οι σωλήνες οι οποίοι τοποθετούνται μέσα στα χοληφόρα είτε για να παροχετεύσουν το χοληδόχο πόρο (σωλήνες Kehr) είτε για την εξασφάλιση των διαφόρων αναστομώνσεων είναι δυνατό να δημιουργήσουν διάφορα προβλήματα, όπως να φύγουν από τη θέση τους να αποφραχθούν να μην είναι δυνατή η αφαίρεση τους ή να παραμείνει τμήμα τους μέσα στους πόρους.

Μέρος Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην φροντίδα του αρρώστου.

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται μέσα σε μια χειρουργική κλινική έχει ιδιαίτερα νοσηλευτικά προβλήματα και εμφανίζει πολλές νοσηλευτικές ανάγκες τις οποίες η νοσηλευτική ομάδα πρέπει και μπορεί να ικανοποιήσει.

Ο νοσηλευτής-τρια καταννοώντας τις ανάγκες του αρρώστου με χολολιθίαση και έχοντας την ικανότητα να αντιμετωπίσει αυτές με αγάπη και στοργή, συμβάλλει στο να αισθάνεται ο άρρωστος ανακούφιση και ασφάλεια, προδιαθέτει τον ίδιο να ελέγξει και να αξιολογήσει τις ψυχικές του αντιδράσεις και να τις κατευθύνει θετικά και δυναμικά στην ομαλή πορεία της θεραπείας του.

Τα προβλήματα του ασθενούς ξεκινούν από την είσοδο του στο νοσοκομείο μέχρι και την έξοδό του από αυτό. Ολο αυτό το διάστημα η νοσηλεύτρια-της πρέπει να βρίσκονται σε ένα "αγώνα δρόμου" προκειμένου να ικανοποιήσει τις δικαιολογημένες ανάγκες που προέρχονται από την κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Το μεγάλο ρόλο της νοσηλευτικής στην θεραπεία του ασθενούς έχει τονίσει άλλωστε και η FLORENCE NAGHTINGALE (1820-1910) η συμβολή της οποίας στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής και την τοποθέτηση της σε υψηλό επίπεδο υπήρξε τεράστια.

Πάντως ο νοσηλευτής-τρια για να μπορέσει να ανταπεξέλθει σε αυτές τις απαιτήσεις που ο δύσκολος ρόλος του επιφυλάσσει πρέπει να έχει αγάπη για το επάγγελμα αρχικά, σε συνδυασμό τριών βασικών αρχών που είναι:

- α) Επιστημονικές γνώσεις
- β) Τεχνικές δεξιότητες
- γ) Καλλιεργημένη προσωπικότητα

Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς

Κατά την νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου μπορεί να βρεθεί ότι αυτός παρουσιάζει ελαφρά επεισόδια κολικών κατά την διάρκεια των οποίων ο λίθος αποπαγιδευέται και η δυσχέρεια μειώνεται ή ότι βιώνει οξύ επεισόδιο, κατά τη διάρκεια του οποίου δεν υποχωρούν τα συμπτώματα.

(1) Πηγές πληροφοριών

- α. Άρρωστος
- β. Οικογένεια του ασθενούς
- γ. Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του
- δ. Ιατρικά δελτία

(2) Ιστορικό υγείας

Ποικίλει ανάλογα με την βαρύτητα του επεισοδίου. Αναγράφεται τυχόν διαπιστωμένη χολολιθίαση ή χολοκυστίτιδα. Παίρνονται πληροφορίες για τις διαιτητικές συνήθειες του αρρώστου και για τις συνθήκες που προκάλεσαν το επεισόδιο.

- α. Ο πόνος που έχει σχέση με την χολοκυστίτιδα-χολολιθίαση ονομάζεται χολικός κολικός. Τα αρχικά επεισόδια συχνά είναι ελαφριά και χαρακτηρίζονται από ένα σταθερό επιγαστρικό πόνο ή ελαφρά δυσπεψία. Καθώς η φλεγμονή οξύνεται ο πόνος αυξάνει σταθερά σε ένταση. Ο άρρωστος συχνά παραπονιέται για φοβερό πόνο που είναι εντονότερος στο δεξιό υποχόνδριο και ακτινοβολεί στον ώμο και την υπωμοπλατιαία περιοχή.
- β. συχνά υπάρχει ανορεξία ναυτία, έμμετοι
- γ. διερευνείται αν ο άρρωστος παρατήρησε αλλαγή στο χρώμα των ούρων και των κοπράνων.

(3) Φυσική εκτίμηση

Στην εξέταση του ασθενούς με χολολιθίαση θα πρέπει να διερευνήσουμε τις εξής παραμέτρους:

- α. Την οξύτητα του πόνου που κάνει τον άρρωστο να προστατεύεται με αποτέλεσμα να δυσχεραίνει το έργο της εξέτασης. Ο άρρωστος αντιλαμβάνεται

τον πόνο με την πρώτη επίκρουση στο ήπαρ. Η χοληδόχος κύστη μπορεί να είναι ψηλαφητή σαν μια ευαίσθητη μάζα.

- β. Το δέρμα και το σκληρό χιτώνα του οφθαλμού που εξετάζονται για διαπίστωση ικτερικού χρώματος. Συνήθως υπάρχει ελαφρός ίκτερος, ενώ ένας βαρύς ίκτερος δείχνει απόφραξη του κοινού ηπατικού πόρου ή του χοληδόχου πόρου από λίθο ή οίδημα.
- γ. Την λήψη της θερμοκρασίας του αρρώστου γιατί συχνά υπάρχει πυρετός εξαιτίας της λοίμωξης. Τα ζωτικά σημεία δείχνουν μικρό βαθμό ταχυκαρδίας και υπότασης αν δεν έχουν αναπτυχθεί επιπλοκές.
- δ. Την αναπνοή η οποία γίνεται επιπόλαια εξαιτίας του πόνου και μπορεί να ακούγονται ρόγχοι στις βάσεις των πνευμόνων.
- ε. Την λήψη του βάρους του σώματος και σύγκριση με το ιδεώδες.

(4) Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Απλή ακτινογραφία κοιλιάς
- β. Χολοκυστογραφία
- γ. Υπερηχογράφημα
- δ. Ενδοφλέβια χολλαγγειογραφία
- ε. Σπινθηρογράφημα χοληφόρων
- ζ. Διαδερμική-δηπατική χολαγγειογραφία
- η. Αξονική τομογραφία
- θ. Διεγχειρητική χολαγγειογραφία
- ι. Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία
- κ. Χοληδοσκόπηση
- λ. Χημική και μικροβιολογική εξέταση της χολής
- μ. Εργαστηριακές εξετάσεις.

Προβλήματα του αρρώστου

Τα προβλήματα σε έναν ασθενή με χολολιθίαση είναι τα εξής:

1. Πλημελής οξυγόνωση των ιστών (πόνος, επιπόλαιες αναπνοές)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ατελής πέψη, κακή απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών)
3. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός)
4. Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο (έμετοι, ειλεός, πυρετός)
5. Οξεοβασικό ανισοζύγιο (έμετοι, πυρετός)
6. Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων (πόνος, κνησμός, θεραπευτική ανάπαυση)
7. Προβλήματα κένωσης εντέρου
8. Πόνος

Σκοποί της φροντίδας

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με χολολιθίαση χωρίζονται σε άμεσους και σε έμμεσους (μακροπρόθεμους)

1. Άμεσοι

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

2. Έμμεσοι

- α. Προαγωγή επαρκούς θρέψης
- β. Πρόληψη επιπλοκών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

Ο νοσηλευτικός ρόλος στις διαγνωστικές εξετάσεις

Το νοσηλευτικό προσωπικό στον τομέα των διαγνωστικών εξετάσεων έχει μεγάλη ευθύνη για την προετοιμασία των ασθενών πριν τις εξετάσεις αλλά και κατά την διάρκεια αυτών.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει:

- α) Να ενημερώνει τον ασθενή για τον τρόπο εκτέλεσης της εξέτασης.
- β) Να τον καθοδηγεί κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.
- γ) Να τον ενθαρρύνει, προκειμένου να ξεπεράσει την ψυχολογική του ένταση.

Παράλληλα με τις παραπάνω γενικές νοσηλευτικές ενέργειες πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να εκτελέσει και τις απαραίτητες διαδικασίες που η κάθε μια διαγνωστική εξέταση επιβάλλει

Η χολοκυστογραφία από το στόμα γίνεται για την εκτίμηση της ικανότητας της χοληδόχου κύστης να γεμίζει, να συμπυκνώνει και να αδειάζει το περιεχόμενο της στο δωδεκαδάκτυλο ή για την ανεύρεση λίθων εντός της χοληδόχου κύστης. Η προετοιμασία του ασθενούς περιλαμβάνει:

- α) Εξήγηση του τι θα συμβεί πριν, κατά και μετά την χολοκυστογραφία.
- β) Λήψη ελαφράς διαίτας από την προηγούμενη ημέρα για την ανάγκη της εξέτασης. Το φαγητό αποτελείται από άπαχο κρέας ή ψάρι, το δείπνο αποτελείται από τσάι και φρυγανιά.
- γ) Μετά το δείπνο πραγματοποιείται καθαρτικός υποκλισμός ο οποίος επαναλαμβάνεται το πρωί.
- δ) Μισή ώρα μετά το δείπνο χορήγηση από το στόμα 6 tabl των 500mg Teleraque σε διάστημα 5 min.
- ε) Μετά την λήψη των ταμπλετών ο άρρωστος μπορεί να πάρει μόνο νερό ως την εκτέλεση της εξέτασης.
- στ) Μεταφορά του ασθενούς στο ακτινολογικό με φορείο.

Στη συνέχεια ο ασθενής τοποθετείται για τις ακτινογραφίες στην ανάλογη θέση από τον ακτινολόγο. Αν από τις ακτινογραφίες διαπιστωθεί η ύπαρξη λίθων δεν είναι απαραίτητη η λήψη άλλων ακτινογραφιών. Αν όμως δεν έχουμε ανίχνευση λίθων τότε γίνεται χορήγηση ερεθιστικού γεύματος (π.χ 2 αυγά) και φαγητό πλούσιο σε λίπος για να προκαλέσει σύσπαση της κύστης και να προωθηθεί η χολή στο 12δάκτυλο. Μετά από αυτό η χοληδόχος κύστη εκκενώνεται κατά τα 2/3 της. Λήψη νέων ακτινογραφιών γίνεται σε 15-10 min για διαπίστωση της βατότητας του κυστικού πόρου και της ικανότητας της κύστης να εκκενώνεται. Σε περίπτωση μη σκιαγράφησης της χοληδόχου κύστης η εξέταση μπορεί να επαναληφθεί. Η διαίτα που εφαρμόζεται μετά την εξέταση είναι η ίδια με την διαίτα πριν από αυτήν. Το ίδιο ισχύει και για τις ιατρικές εντολές.

Ειδικές πληροφορίες

1. Επειδή το Teleraque περιέχει μικρές ποσότητες ιωδίου γίνεται έλεγχος για ιστορικό αλλεργίας.
2. Ο ασθενής παρακολουθείται για ναυτία, εμέτους, διάρροια πριν από την λήψη ακτινογραφιών διότι τέτοια συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν στην αναβολή της εξέτασης.
3. Η χολοκυστογραφία προηγείται οποιασδήποτε βαριούχου εξέτασης.

Η προετοιμασία του ασθενούς για την ενδοφλέβια χολαγγειογραφία είναι ίδια με την χολοκυστογραφία, διαφέρει μόνο ο τρόπος χορήγησης της σκιαράς ουσίας. Οι λόγοι που οδηγούν σε αυτήν την εξέταση είναι οι εξής: α) Η αδυναμία λήψης του ιωδιούχου σκευάσματος Teleraque από το στόμα β) Με τη χολαγγειογραφία γίνεται σκιαγράφηση εκτός της χοληδόχου κύστης και του συστήματος των χοληφόρων αγγείων.

Η διαδικασία της προετοιμασίας του ασθενούς περιλαμβάνει

- α) Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς.
- β) Υποβάλλεται σε δίαιτα ο ασθενής την προηγούμενη μέρα. Λαμβάνονται μόνο υγρά για την ενυδάτωση του οργανισμού.

- γ) Μεταφορά στο ακτινολογικό με φορείο.
- δ) Λήψη ακτινογραφιών πριν την έγχυση της σκιεράς ουσίας.
- ε) Χορήγηση Billigrafin ενδοφλέβια 10' πριν την εξέταση.
- στ) Λήψη νέων ακτινογραφιών σε διάστημα 2 ωρών περίπου.

Σε όλο το διάστημα της εξέτασης το νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρεί τον ασθενή για παρενέργειες του φαρμάκου όπως ναυτία, έμετοι, έξαψη ή ωχρότητα, ρίγος και πυρετό, οίδημα φλεβάρων. Πριν από την εξέταση γίνεται και έλεγχος για ιστορικό αλλεργίας διότι το Billigrafin περιέχει μικρές ποσότητες ιωδίου.

Στο υπερηχογράφημα η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει

- α) καθοδήγηση και ενημέρωση του ασθενούς για την εξέταση των υπερήχων.
Ανάλυση του τρόπου εξέτασης και προετοιμασία του ασθενούς όσο αφορά το διαιτολόγιο που είναι ίδιο με τις προηγούμενες εξετάσεις.
- β) Διενεργείται υποκλισμός για κένωση του εντέρου.
- γ) Μεταφορά του ασθενούς στο διαγνωστικό εργαστήριο όπου μέσω της απεικόνισης των ηχητικών αντανάκλασεων των χοληφόρων γίνεται μελέτη για παθολογικά ευρήματα.
- δ) Μετά την εξέταση και την μεταφορά του ασθενούς στο θάλαμο παρακολουθείται για την κανονική οίτησή του από την νοσηλεύτρια-τη.

Τέλος να υπογραμμιστεί ότι αυτή η εξέταση έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- α) Δεν έχει επιπλοκές, ούτε παρενέργειες.
- β) Έχει μεγάλη διαγνωστικότητα.

Μια ακόμη διαγνωστική εξέταση είναι η διαδερμική - διηπατική χολαγγοειογραφία. Σε αυτήν σκιαγραφούνται οι ηπατικοί πόροι μέσα στο ήπαρ, ο κοινός ηπατικός πόρος, ο κυστικός, και η χοληδόχος κύστη.

Η προετοιμασία γ' αυτήν την εξέταση περιλαμβάνει

- α) Test ευαισθησίας, έλεγχος ιστορικού αλλεργίας και ψυχολογική προετοιμασία
- β) Ανάπτυξη διαλόγου με τον ασθενή και απομάκρυνση από κάθε σκέψη και ανησυχία γύρω από την εξέταση.

- γ) Αιματολογικές εξετάσεις για διαπίστωση ελέγχου ταυτόχρονου προθρομβίνης των αιμοπεταλίων. Παθολογικά αποτελέσματα αναφέρονται στον ιατρό.
- δ) Πριν από την εξέταση (7-8 ώρες) ενημερώνεται ο ασθενής για την αποφυγή λήψης τροφής ή νερού *per os*
- ε) Όταν υπάρχει ανησυχία ή άγχος τότε μετά από ιατρική εντολή χορηγούμε Demetol ή Valium ή άλλο αγχολυτικό φάρμακο.
- στ) Μεταφορά του ασθενή στο ακτινολογικό εργαστήριο
- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει
- α) Τοποθέτηση του ασθενούς σε ύπτια θέση.
- β) Καθαρισμός και αντισηψία της χώρας πάνω από το ήπαρ.
- γ) Πραγματοποιείται στην ηπατική κάψα ένεση τοπικού αναισθητικού.
- δ) Εισαγωγή μακριάς βελόνας βιοψίας εφαρμοσμένης σε σύριγγα στο χοληδόχο πόρο και αναρρόφηση μικρής ποσότητας χολής. Στην συνέχεια γίνεται έγχυση μετρημένης ποσότητας χρωστικής.
- ε) Λήψη ακτινογραφιών.
- στ) Αναρρόφηση της χρωστικής και περισσότερης χολής για πρόληψη διαφυγής από το δρόμο της βελόνας.
- ζ) Εφαρμογή στεγνών γαζών, αποστειρωμένων στο σημείο της παρακέντησης.
- Μετά την εξέταση:
- α) Έλεγχος ζωτικών σημείων, μετά την επιστροφή στο θάλαμο του ασθενούς και στη συνέχεια κάθε μισή ώρα μέχρι τα ζωτικά σημεία να σταθεροποιηθούν. Τις επόμενες 24 ώρες γίνεται λήψη ζωτικών ανά 3ωρο.
- β) Παρακολούθηση για αιμορραγία εξαιτίας τραυματισμού αγγείου και για περιτονίτιδα λόγω διαρροής της χολής στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- γ) Διατήρηση του αρρώστου για 6 ώρες στο δεξιό πλάγιο του κρεβατιού.
- δ) Ειδοποίηση του γιατρού για επιπλοκές όπως κοιλιακός πόνος, διάταση, ανύψωση θερμοκρασίας, ρίγος και μεγάλες μεταβολές στα ζωτικά σημεία.
- ε) Ενθάρρυνση για λήψη άφθονων υγρών για ενυδάτωση του οργανισμού.

Στην ενδοσκοπική παλίδρομη χολαγγειο-παγκρεατογραφία η οποία γίνεται για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό της ύπαρξης λίθων στο χοληδόχο πόρο ή στένωσης και παγκρεατίτιδας η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

1. Εξήγηση του τι θα συμβεί σε όλη τη διάρκεια της εξέτασεως καθώς και ψυχολογική τόνωση.
2. Έλεγχος αλλεργίας στο ιώδιο.
3. Προετοιμασία του ασθενούς με διαίτα (ζελέ, σούπα) από την προηγούμενη ημέρα.
4. Χορήγηση κατευναστικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή.
5. Αφαίρεση τεχνικών οδοντοστοιχειών και μεταφορά του ασθενή στο ακτινολογικό εργαστήριο με φορείο.
6. Τοποθέτηση του ασθενή σε ύπτια θέση.
7. Χορήγηση κατά τη διάρκεια της εξέτασης Valium για αποφυγή τυχόν δυσχερειών.
8. Εισαγωγή δια μέσου του στόματος στο στομάχι, ενδοσκοπίου που φτάνει μέχρι το φύμα του Vater. Χορηγώντας βέβαια ατροπίνη για χάλαση του φύματος του Vater και του 12δακτύλου.
9. Διαμέσου του ενδοσκοπίου εισάγεται ένας καθετήρας στο φύμα του Vater με αργό ρυθμό. Ο καθετήρας περιέχει σκιερή ουσία και μετά την έγχυση της γίνεται λήψη ακτινογραφιών. Μπορεί επίσης να γίνει και λήψη βιοψίας.
10. Σε όλη τη διάρκεια της εξέτασης ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τον ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων που δημιουργούν πρόβλημα στην εξέταση.

Μετά την εξέταση ο νοσηλευτικός ρόλος περιλαμβάνει:

- 1) Έλεγχος ζωτικών σημείων αμέσως μετά την επιστροφή του ασθενούς από το διαγνωστικό εργαστήριο.
- 2) Συστάσεις στον ασθενή να μην πάρει τίποτα από το στόμα έως ότου να λειτουργήσει το φαρυγγικό αντανάκλαστικό περίπου (2 - 4 ώρες)

3) Παρακολούθηση για εμφάνιση ταχυκαρδίας, ξηρότητα στόματος, δυσκολία στην κατάπτηση και ομιχλώδη όραση.

Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί επίσχεση των ούρων λόγω της δράσης των ανπχοληνεργικών φαρμάκων ή πυρετός, κοιλιακός πόνος, ρίγος. Όλα τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να αναφέρονται στον ιατρό.

Διαιτητική αγωγή του ασθενούς με χολολιθίαση

Η χολολιθίαση, νόσος κατ'εξοχήν του τρόπου διατροφής έχει φυσικά μια ιδιαίτερη διαιτητική αγωγή. Ετσι λοιπόν πρέπει να αποφεύγονται, τα λίπη, οι τηγανιτές τροφές, οι τροφές που προκαλούν μετεωρισμό, τα καρυκεύματα, τροφές με πολύ κυτταρίνη γιατί αυξάνουν την περισταλτικότητα του εντέρου και έχουν σαν αποτέλεσμα τον ερεθισμό της χολής. Εξαρτάται επίσης από τον οργανισμό κατά πόσο ανέχεται ωρισμένα φρούτα και λαχανικά.

Οι πρωτεΐνες μπορούν να δίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα ενώ οι υδατάνθρακες μπορούν είτε να αυξηθούν είτε να μειωθούν ανάλογα το βάρος του αρρώστου.

Επιτρέπονται για τον χολολιθισιακό ασθενή: Ψωμί λευκό ή φρυγανιά, γάλα ή γιαούρτι άπαχο, κρέμα, κρέας άπαχο, ψάρια, πατάτες βραστές ή πουρέ, χόρτα τρυφερά καλοβρασμένα, φρούτα ώριμα, τσάι ελαφρό.

Απαγορεύονται Οινοπνευματώδη, παχύ κρέας, αλλαντικά, κονσέρβες, ξηροί καρποί, σοκολάτες, αυγά, γλυκίσματα παρασκευασμένα με ξηρούς καρπούς και σοκολάτα.

Εάν αφαιρεθεί η χοληδόχος κύστη πρέπει να δώσουμε δίαιτα χαμηλή σε λίπος για αρκετό χρονικό διάστημα για να υποχωρήσουν οι φλεγμονές των ιστών γύρω από την κύστη.

Υπόδειγμα διαιτολογίου

Πρωινό: Αποβουτυρωμένο - γάλα - ψωμί

Μαρμελάδα - τυρί άπαχο - φρούτο ή κομπόστα

Γεύμα: Σούπα (χωρίς λίπος, κρέας ψητό ή βραστό άπαχο, ρύζι ή πατάτες

βραστές, χορταρικά βραστά, ψωμί - φρούτο ή κομπόστα

Δείπνο: Κοτόπουλο βραστό ή ψητό άπαχο, βραστά χορταρικά (φασολάκια)

φρούτο ή κομπόστα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Εάν κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από την σοβαρότητα της εγχείρησης και την νευροψυχική κατάσταση του ασθενούς.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με λεπτότητα, ευγένεια και κατανόηση καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τα συναισθήματα της ανησυχίας του φόβου που τις περισσότερες οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής καταστάσεως καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Η προετοιμασία του ασθενούς πριν την εγχείρηση αρχίζει από τις προηγούμενες ημέρες έτσι ώστε η νοσηλεύτρια-της να κάνει κατανοητές όλες τις προεγχειρητικές οδηγίες και να μπορέσει να λύσει όλες τις απορίες του ασθενούς. Όταν ο ασθενής ενημερώνεται σωστά και τεκμηριωμένα τότε εμπιστεύεται το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς νιώθει ότι δημιουργείται ένα κλίμα ασφάλειας γύρω του.

Παράλληλα με τον ασθενή η νοσηλεύτρια-της πρέπει να ασχοληθεί και με τους οικείους του. Περιοριζόμενη στον κύκλο των αρμοδιοτήτων της οφείλει να πλησιάσει τους οικείους του ασθενούς για να διαλύσει κάθε φόβο και ανησυχία τους και να απαντήσει στα πολλά ερωτήματα τους.

Δυστυχώς δεν υπάρχει υπηρεσία απασχολήσεως των ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο, εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή τους, για να μην μένουν μόνοι, χωρίς απασχόληση, με συνέπεια να οδηγούνται σε σκέψεις που δημιουργούν φόβο και ανησυχία.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος επέμβασης και την κατάσταση του ασθενούς.

Η προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με χολολιθίαση συνίσταται σε:

1. Γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα
2. Τοπική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα
3. Τελική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Στην γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνονται

A. Σωματική τόνωση

Η σωματική τόνωση για έναν χολολιθισιακό ασθενή στηρίζεται στη χρήση σωστού διαιτολογίου πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού σε άτομα που θα υποστούν εγχείρηση κατά την οποία ο ασθενής δεν θα τρέφεται επαρκώς για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σε εξασθενημένα άτομα γίνεται τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (π.χ. βιταμίνες) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού π.χ. αίματος, ηλεκτρολυτών.

Για τη σωματική τόνωση του ασθενούς η νοσηλεύτρια-της έχει μεγάλη ευθύνη γιατί ενώ ο ιατρός καθορίζει το διαιτολόγιο αυτή είναι υπεύθυνη-ος για την παρακολούθηση της διατροφής και καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν.

Η νοσηλεύτρια-της λοιπόν πρέπει

- α) Να γνωρίζει το κατάλληλο διαιτολόγιο που χρειάζεται ο χολολιθισιακός ασθενής
- β) Να αγνωρίζει την επίδραση της εγχείρησης στις λειτουργίες του μεταβολισμού.
- γ) Να προετοιμάζει τον ασθενή για την τροφή που πρόκειται να δοθεί όταν αυτή δεν συμπίπτει με τις επιθυμίες του.

Ιδιαίτερα προβλήματα πάντως το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει με παχύσαρκους ασθενείς καθώς η παχυσαρκία προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές και γι' αυτό ενθαρρύνει αυτά τα άτομα να μειώσουν το βάρος τους.

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε μια εγχείρηση χολολιθιάσεως έχει πιθανόν απώλειες αίματος, ιδρώτα και εμέτους δηλαδή χάνει μεγάλες ποσότητες υγρών. Σκοπός της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να παρακολουθεί με μεγάλη προσοχή την επάρκεια του οργανισμού σε υγρά προκειμένου να αποφευχθούν επιπλοκές μετά την εγχείρηση όπως shock, ναυτία, δίψα. Αν διαπιστωθεί ότι οι απώλειες είναι μεγάλες τότε αναπληρώνονται με παρεντερική χορήγηση υγρών.

Το τρίπτυχο της σωματικής τόνωσης εκτός από το κατάλληλο διαιτολόγιο και την παρεντερική χορήγηση υγρών συμπληρώνεται από την καταπολέμηση του πόνου. Η καταπολέμηση του πόνου γίνεται με χορήγηση κάποιων αναλγητικών φαρμάκων π.χ. pethidine. Επίσης εδώ να προσθέσουμε ότι γίνεται και χρήση εκτός από αναλγητικών φαρμάκων και αντιβιοτικών για προφύλαξη από τις λοιμώξεις π.χ. ampicilline, tetracycline.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως ημέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς υπολείμματα) έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα per os για τον κίνδυνο εμέτου και μετεωρισμού της κοιλιάς.

B. Τόνωση ηθικού

Η ψυχολογική υποστηρίξη ενός ασθενούς που οδεύει προς το χειρουργείο είναι σημαντική δραστηριότητα της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η σχέση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς με την μετεγχειρητική κατάστασή του είναι τέτοια που δεν αφήνει περιθώρια στο νοσηλευτικό προσωπικό να αγνοήσει τον παράγοντα της ηθικής προετοιμασίας. Ο φόβος και η αγωνία του αρρώστου από την πρώτη στιγμή που εισήλθε στο νοσοκομείο όχι μόνο μπορεί να επεκταθούν όταν η ώρα που το χειρουργείο πλησιάζει αλλά μπορεί να οδηγήσουν σε έναρξη της φάσης stress από την προεγχειρητική περίοδο κατάσταση που θα επιδινωθεί μετεγχειρητικά.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με την παρέμβαση του έχει τη δυνατότητα να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου και να αντιλαμβάνεται τα σημεία αγωνίας ή κατάθλιψης ώστε:

1. Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει
2. Να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί την θέση του

Όλα τα παραπάνω μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο όταν υπάρχουν οι σχέσεις εμπιστοσύνης και ασφάλειας του ασθενούς απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό. Όταν δεν υπάρχουν οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις η επικοινωνία νοσηλεύτριας-τή - ασθενή ή δεν πραγματοποιείται ή αν πραγματοποιηθεί τότε δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Ο άνθρωπος σαν ψυχοσωματοπνευματική οντότητα έχει ανάγκη όχι μόνο ιατρικά μέσα ή νοσηλευτικές διαδικασίες αλλά και ψυχολογική ανάταση. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια-τής μέσω του διαλόγου καταφέρνει να γνωρίσει τον ασθενή, να εντοπίσει τα προβλήματα και τις ανάγκες του, να εξετάσει με ποιό τρόπο η ασθένεια έχει επηρεάσει την γενικότερη κατάσταση του και τέλος επισημαίνει και τονίζει τις προσπάθειες που πρέπει ο ίδιος ο ασθενής να καταβάλλει για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Γ. Ιατρικές εξετάσεις

Οι ιατρικές εξετάσεις είτε κλινικές είτε εργαστηριακές έχουν μεγάλη σημασία για την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή διότι μέσω αυτών μπορούν οι υπεύθυνοι ιατροί να επιλέξουν τόσο τα μέσα αντιμετώπισης όσο και το είδος της χειρουργικής επέμβασης που πιθανό να είναι απαραίτητη.

Στην γενική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνονται οι εξής εξετάσεις:

1. Χειρουργική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς για επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.
2. Παθολογική εκτίμηση για την μελέτη όλων των συστημάτων.
3. Εκτίμηση από αναισθησιολόγο, η εξέταση αυτή αποσκοπεί στο να καθοριστεί το είδος της νάρκωσης (γενική, τοπική) και το κατάλληλο αναισθητικό.

Εκτός από τις κλινικές εξετάσεις υπάρχουν και οι εργαστηριακές εξετάσεις. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ασθενούς με χολολιθίαση είναι:

- α) Γενική αίματος
- β) Εξέταση ούρων
- γ) Η.Κ.Γ.
- δ) Χοληριθρίνη ορού
- ε) α/α θώρακος

Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι εκτός από τις παραπάνω εξετάσεις που γίνονται σε κάθε εγχείρηση στη χολολιθίαση εκτελούνται και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις π.χ. χολοκυστογραφία για την ακριβέστερη διάγνωση της ασθένειας. Αλλωστε οι εξετάσεις αυτές αναφέρονται αναλυτικά στο πρώτο μέρος και δεν χρειάζεται να τις επαναλάβουμε.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτή την παράμετρο της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας, τις εξετάσεις δηλαδή είναι σημαντικός και περιλαμβάνει:

- α) Εξήγηση στον ασθενή για τις εξετάσεις είτε κλινικές είτε εργαστηριακές.
- β) Εξήγηση της όλης διαδικασίας καθώς και ποιοί ιατροί θα τον εξετάσουν, και τι θα του ζητήσουν.
- γ) Προστασία της προσωπικότητας του με την τοποθέτηση παραβάν την ώρα της κλινικής εξέτασης.
- δ) Δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών προκειμένου οι εξετάσεις να μη δημιουργούν προβλήματα ούτε στον ιατρό (π.χ. ανεπαρκής φωτισμός) ούτε στον ασθενή (προστασία από κρουολόγημα).

Δ. Καθαριότητα του ασθενούς

Η καθαριότητα του ασθενούς, συνίσταται σε:

- α) Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα
- β) Καθαριότητα του σώματος

Η καθαριότητα του εντέρου αποβλέπει σε:

- 1) Στην αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι
- 2) Στην ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από το χειρουργό λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.

3) Στην αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες

Η καθαριότητα του εντέρου επιτυγχάνεται με καθαρτικό υποκλισμό. Συνήθως γίνονται 2 υποκλισμοί. Ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι (6) ώρες πριν από την εγχείρηση. Με αυτούς τους υποκλισμούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου.

Η νοσηλεύτρια-τής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλισμών και ενημερώνει την λογοδοσία.

Η καθαριότητα του σώματος εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας το οποίο αποθλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθατο δέρμα.

Το λουτρό προ της εγχειρήσεως περιλαμβάνει την καθαριότητα όλου του σώματος με σαπούνι τρίφτη και νερό. Κατά το διάστημα του λουτρού γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων όπως του ομφαλού. Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η αντησιψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

E. Άλλες προεγχειρητικές γενικές νοσηλευτικές ενέργειες

α) Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

Η έλλειψη ύπνου προκαλείται κυρίως λόγω της εντάσεως από την έγχειρηση που θα ακολουθήσει. Ένας ασθενής που διακατέχεται από φόβο και αγωνία δεν μπορεί να κοιμηθεί και να ηρεμήσει. Γι' αυτό αν χρειαστεί και μετά από ιατρική εντολή γίνεται χορήγηση κάποιου ηερμιστικού ή υπνωτικού φαρμάκου. Άλλωστε η αυπνία και η κόπωση προδιαθέτουν στην μη ομαλή μετεγχειρητική κατάσταση και την εμφάνιση επιπλοκών.

β) Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να διδάξει στον ασθενή μετεγχειρητικές αναπνευστικές ασκήσεις, ασκήσεις των άκρων διότι οι ασκήσεις αυτές τον

βοηθούν τόσο στην καλύτερη οξυγόνωση των πνευμόνων όσο και στην γενικότερη τόνωση του οργανισμού.

Μεγάλη σημασία έχει επίσης η νοσηλεύτρια-της να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάλληλη θέση που πρέπει να έχει ώστε ο πόνος που παρουσιάζεται έντονος στο ΔΕ υποχόνδριο να μην επιβαρύνεται και από τις κινήσεις του ασθενούς. Η θέση του ασθενούς προεγχειρητικά δεν είναι συγκεκριμένη απλά τοποθετείται σε τέτοιο τρόπο που να νοιώθει άνετα και να μην επιδυνώσει το αίσθημα πόνου που νιώθει στο δεξιό υπογάστριο.

Τοπική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο νοσηλευτικός ρόλος στην τοπική νοσηλευτική ετοιμασία προεγχειρητικά είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου του σημείου δηλαδή του σώματος που θα γίνει η χειρουργική επέμβαση. Αυτή συνίσταται σε καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε να μην υπάρχει ο κίνδυνος μολύνσεων άρα και επιπλοκών λόγω κακής αντισηψίας.

Η έκταση του πεδίου που θα γίνει η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία πρέπει να καταλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Τελική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Στο τρίτο μέρος της προεγχειρητικής φροντίδας περιλαμβάνονται οι εξής ενέργειες της νοσηλεύτριας-τή:

- α) Παρατήρηση και γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς.
- β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς.
- γ) Προνάρκωση.

Στο πρώτο σημείο της νοσηλευτικής παρέμβασης πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να παρατηρεί, τόσο κατά την λήψη ζωτικών σημείων όσο και κατά την εκτέλεση άλλων νοσηλευτικών ενεργειών, παρεκκλίσεις από τα φυσιολογικά όρια ή οτιδήποτε άλλο που να προκαλέσει ανησυχία και δυσφορία στον ασθενή.

Η εμφάνιση έντονου θήχα λόγου χάρη θα μπορούσε να φανερώνει την ύπαρξη ενός βαρύ κρυσταλλώματος. Όλες αυτές οι παρατηρήσεις πρέπει να αναφέρονται είτε στην προϊσταμένη είτε στον υπεύθυνο ιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή.

Στο δεύτερο σημείο της τελικής προεγχειρητικής ετοιμασίας η νοσηλεύτρια-τής είναι υπεύθυνη-ος για την κατάλληλη ενδυμασία του ασθενούς. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής πρέπει να ουρήσει για να κενωθεί η ουροδόχος κύστη διότι μπορεί αυτή να κενωθεί πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Στην συνέχεια ο ασθενής φορά τα ρούχα που είναι κατάλληλα για το χειρουργείο αφαιρώντας προηγουμένως όλα τα είδη εσωρούχων και τις πυτζάμες φυσικά. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα πλην της βέρας αν ζητηθεί να μείνει στη θέση της από τον ασθενή. Τα προσωπικά αντικείμενα του ασθενούς τοποθετούνται σε ένα φάκελλο με το ονοματεπώνυμο του ασθενούς και το θάλαμό του και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Στο τρίτο και τελευταίο σημείο της τελικής φροντίδας προεγχειρητικά πρέπει να γίνει η προνάρκωση του ασθενούς. Αυτό γίνεται περίπου μισή ώρα πριν την αναχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο. Το είδος της νάρκωσης έχει καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο και σκοπός της νάρκωσης είναι η μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος αφενός και αφετέρου η ελάττωση των εκκρίσεων από το βλενογόνο του αναπνευστικού συστήματος.

Η νοσηλεύτρια-τής μετά την χορήγηση της προνάρκωσης στην ακριβή ώρα με την κατάλληλη δόση συνιστά στον ασθενή να μην μετακινείται και να μείνει στο κρεβάτι ως την ώρα της μεταφοράς του με το φορείο στο χειρουργείο.

Ο ασθενής κατά τη μεταφορά του στο χειρουργείο πρέπει να έχει αποβάλλει την ένταση και ήρεμος και ψυχολογικά συγκεντρωμένος να αντιμετωπίσει την κατάσταση.

Η νοσηλεύτρια-της από την άλλη πρέπει να αναγράφει στην λογοδοσία όλα όσα παρατήρησε μέχρι στιγμής στον ασθενή να γίνει λήψη ζωτικών σημείων και αφού τακτοποιήσει και τις τελευταίες εκκρεμότητες εύχεται στον ασθενή καλή επιτυχία.

Προετοιμασία της κλίνης και του θαλάμου του ασθενούς

Ο ασθενής βέβαια αναχώρησε για το χειρουργείο αλλά η νοσηλεύτρια-της είναι υπεύθυνη-ος για την τακτοποίηση της κλίνης του ασθενούς καθώς και τον αερισμό του θαλάμου. Η κλίνη που θα δεχθεί τον χειρουργημένο ασθενή πρέπει:

- α) Να είναι ζεστή για προφύλαξη του ασθενούς από επιπλοκές. Στους χειμερινούς μήνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν θερμοφόρες.
- β) Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την αποβολή του ναρκωτικού όσο το δυνατόν ταχύτερα.
- γ) Να υπάρχει προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού ώστε ο ασθενής να μην χτυπήσει σε περίπτωση διεγέρσεων στο στάδιο της αποναρκώσεως.
- δ) Να προστατευτεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από τυχόν εμέτους με χρήση κάποιου αδιάβροχου ή κάποιας πετσέτας.

Από την άλλη πλευρά εκτός του κρεβατιού ετοιμασία γίνεται και στο κομοδίνο όπου μπορούν να τοποθετηθούν:

1. Ποτήρι νερό
2. Port - cotton
3. Νεφροειδές και κάψα με τολύπια βάμβακος.

Σε περίπτωση διεγέρσεων το κομοδίνο απομακρύνεται

Τέλος για τον αερισμό του θαλάμου αφήνεται ανοικτό ένα παράθυρο και αφού κατεβαστούν τα ρολά για να μην υπάρχει έντονος φωτισμός ο νοσηλευτής-τρια περιμένει πλέον την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς

Η μετεγχειρητική φροντίδα πρέπει να γίνεται από νοσηλευτές με εμπειρία η οποία κατέχει βασικές γνώσεις για την παρακολούθηση και στήριξη του ασθενούς.

Το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα χειρουργημένο ασθενή συντελεί:

- α) Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της αναλήψεως.
- β) Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξελίξεως της ασθένειας.
- γ) Στην ανακούφιση του από τα ενοχλήματα.
- δ) Στην πρόληψη επιπλοκών.
- ε) Στην βοήθεια του ασθενούς για να επανέλθει το συντομότερο χρονικό διάστημα στην φυσιολογική του κατάσταση.

Από την στιγμή της επιστροφής του ασθενή στο θάλαμο από το χειρουργείο αρχίζει η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Κατά την διάρκεια αυτή προφυλάσσεται ο ασθενής από ρεύματα αέρα που είναι πιθανό να του δημιουργήσουν επιπλοκή. Από εκεί και πέρα η νοσηλεύτρια-της πρέπει:

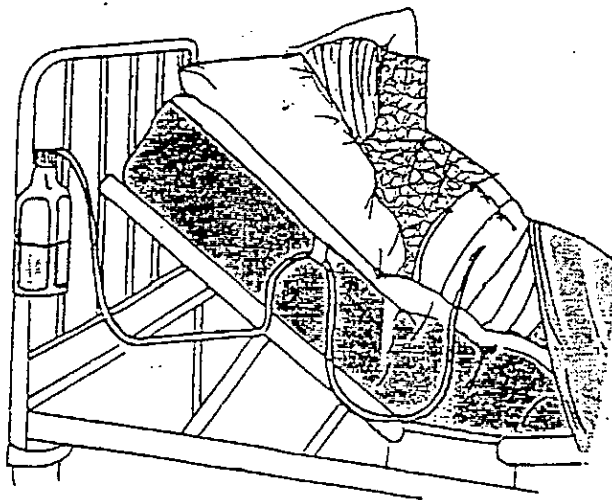
- α) Να δώσει κατάλληλη θέση στον άρρωστο διότι με την κατάλληλη θέση προκαλείται χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών και επιτρέπει την λειτουργία των παροχετεύσεων (θέση fowler)
- β) Να παρακολουθεί συνέχεια το τραύμα της εγχειρήσεως και να το περιποιείται
- γ) Να παρακολουθεί τον ασθενή μέχρι την αφύπνισή του καθώς ο κίνδυνος τόσο από τις διεγέρσεις όσο και από την εισρόφηση πιθανόν εμεσμάτων είναι μεγάλος.
- δ) Να φροντίζει την σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα (π.χ σωλήνας Kehr).

ε) Να επιμελείται της προφύλαξης και θεραπείας του ασθενούς από μετεγχειρητικές επιπλοκές

στ) Είναι υπεύθυνη για την φροντίδα του ασθενούς και την ανακούφισή του από τον πόνο που είναι σύμπτωμα που συνήθως εμφανίζεται έντονο το πρώτο 48ωρο μετά την εγχείρηση.

Αναλυτικά λοιπόν η νοσηλεύτρια-τής μετά την παραλαβή του χειρουργημένου ασθενούς και την τοποθέτησή του στην κλίνη λαμβάνει ζωτικά σημεία. Μετά τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων και την πλήρη απονάρκωση ο ασθενής τοποθετείται σε ανάρροπη θέση με το κρεβάτι να έχει κλίση 30° προς τα πάνω περίπου. Ο ασθενής μπορεί να τοποθετηθεί και πλάγια αρκεί να μην παρεμποδίζεται η λειτουργία των παροχετεύσεων.

Οι παροχετεύσεις που μπορεί να φέρει ένας χειρουργημένος για χολόλιθους ασθενής είναι σωλήνας T ή σωλήνας Kehr, σωλήνας Levin, Foley. Η τοποθέτηση σωλήνα T όπως έχουμε αναφέρει στο πρώτο μέρος γίνεται σε εγχειρήσεις χοληφόρων για παροχέτευση της χολής προς τα έξω. Αμέσως μετά την τοποθέτηση του ασθενή στο κρεβάτι γίνεται έλεγχος της σύνδεσης του Kehr με τον συλλέκτη.



Εικόνα 7. Μετεγχειρητική παροχέτευση της χολής

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να στερεώσει τον συλλέκτη στο κρεβάτι διότι σε περίπτωση μετακινήσεώς του υπάρχουν δύο δυσμενή ενδεχόμενα, ένα είναι να φύγει ο σωλήνας από την θέση του οπότε μόνο με νέα χειρουργική επέμβαση θα επανέλθει στην αρχική και το άλλο είναι ότι σε παρεμπόδιση της ροής της χολής προς το συλλέκτη η χολή διοχετεύεται γύρω από το σωλήνα και ενδέχεται να διαφύγει και προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Μετά την πάροδο 7-10 ημερών ο σωλήνας T αφαιρείται στο χειρουργείο αφού προηγηθεί χολαγγειογραφία.

Μετεγχειρητικώς υγρά δίνονται παρεντερικά. Μετά από 24 ώρες μπορούν να δοθούν παράλληλα και per os, τηρείται βέβαια δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών για τη ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών.

Όλες αυτές οι παροχετεύσεις είναι φυσικό να δημιουργούν στον ασθενή αίσθημα ανασφάλειας και εξαρτήσεως γι'αυτό ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να τον ενθαρρύνει και να τον ενημερώνει για την χρησιμότητα τους έτσι ώστε τελικά να ανκουφίζεται ο ασθενής από την υπερένταση.

Εκτός από τις πιο πάνω παροχετεύσεις ο χειρουργημένος ασθενής έρχεται από το χειρουργείο με ρινογαστρικό σωλήνα Levin ο οποίος αφαιρείται συνήθως το (2) δεύτερο 24ωρο οπότε αρχίζει η λήψη τροφής από το στόμα. Στις νοσηλευτικές ενέργειες εδώ να προστεθούν τόσο η παρακολούθηση της χροιάς του δέρματος κάτι που φανερώνει αν υπάρχει ροή της χολής στο 12δάκτυλο ή γίνεται η απορρόφησή της από την κυκλοφορία, όσο και η παρακολούθηση του χρώματος των κοπράνων για τον ίδιο λόγο.

Στην τελευταία παράγραφο αυτού του κεφαλαίου θα γίνει μια απλή αναφορά στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες αφού η εργασία αυτή ασχολείται εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο.

Ο νοσηλευτικός ρόλος εδώ είναι η πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών διότι όσο πιο γρήγορα αυτές ανακαλυφτούν τόσο πιο εύκολη είναι η αντιμετώπισή της και με λιγότερες συνέπειες για τον ασθενή.

Νοσηλευτική παρέμβαση στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και γενικές επιπλοκές.

Εξαιρετικά βασικός είναι ο νοσηλευτικός ρόλος στις δυσχέρειες και επιπλοκές μετεγχειρητικά. Διότι μια εγχείρηση χολολιθίασης είτε είναι χολοκυστεκτομή είτε χολοκυστοστομία έχει τον κίνδυνο ανεπιθύμητων καταστάσεων για τον ασθενή που κουράζουν, τον ταλαιπωρούν και επιβραδύνουν την ανάρρωσή του. Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές και αποτελεί βασική ευθύνη για το νοσηλευτικό προσωπικό η προσπάθεια να προφυλάξει τον ασθενή από αυτές.

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

- 1) Πόνος
 - 2) Δίψα
 - 3) Εμετοι
 - 4) Αιμορραγία
 - 5) Shock
 - 6) Άλλες επιπλοκές από διάφορα συστήματα
- 1) Ο πόνος αντιμετωπίζεται με τις ακόλουθες νοσηλευτικές ενέργειες
 - α) Κατάλληλη θέση του ασθενούς για χαλάρωση των μυών
 - β) Εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος
 - γ) Προστασία στον ασθενή κατά το θήχα και τους εμέτους
 - δ) Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων
 - ε) Ενίσχυση ψυχολογική στον ασθενή
 - 2) Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση και δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού. Η δίψα αντιμετωπίζεται ως εξής:
 - α) Με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας
 - β) με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό
 - γ) με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής οδού ή παρεντερικά

3) Η ναυτία και ο έμετος είναι συνηθισμένα φαινόμενα μετά από εγχείρηση, σπάνια όμως διαρκούν πέρα από 24 ώρες από την νάρκωση του ασθενούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτή την δυσχέρεια περιλαμβάνει:

α) Τοποθέτηση του ασθενούς σε πλάγια θέση

β) Η νοσηλεύτρια-τής προμηθεύει τον ασθενή με νεφροειδές το οποίο απομακρύνει μετά τον εμετό διότι η παραμονή προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία.

γ) Ενθαρρύνει τον ασθενή να παίρνει βαθιές ανάσες

δ) Χορήγηση αντιεμετικών μετά από ιατρική εντολή

ε) Σε συνεχιζόμενους εμέτους τοποθετείται Levin

στ) Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων) πρέπει να καταγράφονται στη λογοδοσία.

4) Οι αιμορραγίες σε ένα ασθενή μετά το χειρουργείο δημιουργούνται είτε από κακή απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών είτε από βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς. Η αιμορραγία επίσης μπορεί να οφείλεται και σε άλλους λόγους όπως η μη καλή πήκτικότητα του αίματος. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντιμετωπίσει τον ασθενή ως εξής:

α) Θέτει τον ασθενή σε ακινησία και ταυτόχρονα καλεί τον ιατρό

β) εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στο μέλος του αρρώστου που αιμορραγεί

γ) ετοιμάζει δίσκο με αιμοστατικά φάρμακα

δ) ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για τον αιμορραγούντα ασθενή

ε) Απαλλάσσει τον ασθενή από οποιαδήποτε περίσφυξη.

5) Shock ή καταπληξία είναι η κατάρπωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται είναι η αφαίρεση του μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου, θέρμανση του ασθενούς με χρήση κουβερτών και

θερμοφόρων, περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς για μείωση των καύσεων του οργανισμού και τέλος καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από ιατρική εντολή.

Η προφύλαξη του ασθενούς από το μετεγχειρητικό Shock συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στην αύξηση του όγκου του αίματος πριν της εγχειρήσεως, στον έλεγχο της καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και τέλος στην ηθική τόνωση.

6) Άλλες επιπλοκές από διάφορα συστήματα

Οι επιπλοκές μετεγχειρητικά είναι πολλές και κάθε σύστημα έχει τις δικές του.

Οι πιο σημαντικές είναι αυτές που εμφανίζονται στο αναπνευστικό σύστημα όπως η πνευμονία, η πνευμονική εμβολή και η ασφυξία. Συχνές είναι και αυτές που εμφανίζονται στο πεπτικό σύστημα όπως παρωτίτιδα, διάταση του στομάχου, μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας, παραλυτικός ειλεός.

Τα νοσηλευτικά μέτρα είναι διαφορετικά βέβαια σε κάθε μια περίπτωση. Πάντως στην χολολιθίαση σαν νόσο του πεπτικού συστήματος οι επιπλοκές όπως παραλυτικός ειλεός και διάταση στομάχου είναι συνηθέστερες.

Παραλυτικός ειλεός είναι η παρατεταμένη διάταση εντέρου και στομάχου λόγω συγκέντρωσης σε αυτά υγρών και αερίων. Η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτήν την περίπτωση περιλαμβάνει

- α) Την τοποθέτηση του ασθενή προς τα πλάγια
- β) Την χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα του εντέρου.
- δ) Την διασωλήνωση του εντέρου με σωλήνα Miller-Abbot ο οποίος συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση και επιφέρει καλά αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

Νοσηλευτική διεργασία

Περιστατικά ασθενών

1ο Περιστατικό

Όνομα : Κωροναίου Μαρία Ετών 65

Τόπος κατοικίας : Κόρινθος Διεύθυνση: Κολιάτσου 113

Επάγγελμα : οικιακά

Η Κωροναίου Μαρία εξετάστηκε στις 17/5/93 στα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου όπου και διεγνώσκει αρχικά πιθανή χολολιθίαση. Την ίδια μέρα έκανε εισητήριο εισαγωγής για την Α' χειρουργική του ίδιου νοσοκομείου. Κατά την εισαγωγή της επάρθησαν ζωτικά στα οποία δεν παρατηρήθηκε κάτι το ανησυχητικό εκτός της (Α.Π.) (αρτηριακής πίεσης) η οποία βρέθηκε 150mg/Hg. Ενώ στο ιστορικό της αναφέρεται υψηλή Α.Π. η οποία ρυθμίζεται. Επίσης στο ιστορικό αναφέρεται η προ 22 ετών υστεροκτομή όπως και εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα.

1η ημέρα. 17.5.93

Μετά από ιατρική εξέταση ο κατάλογος προβλημάτων αναφέρει τα εξής: αυξημένη Α.Π., χολολιθίαση και ευερέσθιτο παχύ έντερο. Επειδή όμως η αρχική εκτίμηση για χολολιθίαση στηρίζεται στην ιατρική εξέταση και τα άτυπα επιγαστρικά ενοχλήματα δεν μπορούν να αποδοθούν με βεβαιότητα στην χολολιθίαση θα γίνει περαιτέρω διερεύνηση με γαστροσκόπηση και κολο-νοσκόπηση. Την ίδια μέρα γίνεται ενημέρωση του ασθενούς για τις εξετάσεις που θα ακολουθήσουν έτσι ώστε να είναι νήστης. Το απόγευμα γίνεται Ρο θώρακος. Έχει μπει σε 8ωρη μέτρηση Α.Π. ενώ η ασθενής παίρνει Hygnoton Reserp για μείωση της Α.Π.

2η ημέρα. 18.5.93

Πραγματοποιείται γαστροσκόπηση. Ενώ γίνεται και σιγμοειδοσκόπηση. Στις 13:00 γίνεται ένα fleet enema. Αρχίζει επίσης και το alimix 5mg (1x3). Η διαίτα της ασθενούς είναι ελαφρά. Προγραμματίζεται χειρουργείο για την επόμενη 19.5. Το απόγευμα γίνεται ένα fleet enema που απέδωσε καθώς και προεγχειρητική ετοιμασία.

3η ημέρα. 19.5.93

Το πρωί στις 6 π.μ. γίνεται 1cc logiparine και στέλνεται μαζί της στο χειρουργείο (1) fl Mandocel και ένα (1) fl uragrafine 58% μετά από ιατρική εντολή. Η ασθενής στέλνεται στο χειρουργείο και επιστρέφει στις 12:00μ.μ. Στην επιστροφή της η Α.Π. είναι 170mg/Hg. έχει Levin και Flor. Επίσης έχει περιφερική φλέβα από την οποία παίρνει N/S 1000cc (1x1) και D/W 1000cc (1½x1) fraxiparine (1x1) pethidine (50mgx3) επί πόνου και mandocel (1x2). Η πίεση της ασθενούς το απόγευμα είναι 180mg/Hg γι' αυτό και δίνεται 1 + b adala + 5mg. Ενώ επί πόνου στις 10:00 γίνεται και μία (1) pethidine 0,1. Το βράδυ στην νοσηλεία της προστίθεται και Zantac (1x3).

4η ημέρα. 20.5.93 1η μετεγχειρητική ημέρα

Η ασθενής συνεχίζει ορούς. Ενώ γίνεται .1 amp. Vomex για τους ιλίγγους και αρχίζει αναπνευστική γυμναστική και Aerolin Rota caps. Επί πόνου παίρνει pethidine 100mg. Στις 6:00μ.μ. ετέθησαν 100cc N/S με 2Kcl για 2-2:30 ώρες. Με νέα ιατρική εντολή προστέθονται και άλλα Kcl που συνολικά φτάνουν τα 10 Kcl στο N/S 0,9% και στο D/W 5%.

5η ημέρα. 21.5.93 2η μετεγχειρητική ημέρα

Αφαιρείται το Levin, ενώ συνεχίζει τους ορούς. Τίποτα per os. Επίσης συνεχίζει fraxiparine, Zantac, aerolin Rota caps και amp. Vomex. Στα ζωτικά δεν παρουσιάζεται κάτι το ιδιαίτερο. Συνεχίζονται και οι εργαστηριακές εξετάσεις που άρχισαν από 17.5 την ημέρα εισόδου.

6η ημέρα. 22.5.93 3η μετεγχειρητική ημέρα

Συνεχίζει ορούς N/S (1/2x1) και D/W (1x1). Η νοσηλεία παραμένει η ίδια. Per os παίρνει sur Vomex. Η Α.Π. παραμένει με μικρές διακυμάνσεις όλο το 24ωρο στο 130mg/Hg.

7η ημέρα. 23.5.93 4η μετεγχειρητική ημέρα

Οι οροί διακόπτονται και η ασθενής παίρνει 1lit. νερό για όλο το 24ωρο. Το απόγευμα αφαιρείται και ο φλεβοκαθετήρας. Τα ζωτικά παραμένουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Απύρετη.

8η ημέρα. 24.5.93 5η μετεγχειρητική ημέρα

Γίνεται εξιτήριο.

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
<p>Ψυχολογική αδυναμία, φόβος, ανηυχία</p>	<p>Τόνωση του ηθικού του ασθενούς.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. 2. Εξωτερικευση των σκέψεων και των ανηυχιών του ασθενούς. 3. Εξοικίωση με το περιβάλλον του θαλάμου που νοσηλεύεται. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Επαφή της νοσηλεύτριας με τον ασθενή και ανάπτυξη διάλογου. 2. Περιορισμός των θορύβων και του έντονου φωτισμού. 3. Ανάπτυξη σχέσεων με νοσηλευόμενους στον ίδιο θάλαμο που πιθανόν να έχουν το ίδιο πρόβλημα. 	<p>Ο φόβος και το άγχος έχουν υποχωρήσει σημαντικά.</p>
<p>Κένωση του εντέρου προεγχειρητικά.</p>	<p>Η διευκόλυνση των χειρουργικών κινήσεων με την μείωση της κινητικότητας του εντερικού σωλήνα και την αποφυγή κένωσης πόνω στο χειρουργικό τραπέζι.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ενημέρωση του ασθενούς για το τι πρόκειται να ακολουθήσει. 2) Τήρηση όλων των κανόνων έτσι ώστε να μην δημιουργηθούν προβλήματα από κακή νοσηλευτική εκτίμηση (π.χ. θερμοκρασία νερού). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε ενημέρωση που θάρηκε ανταπόκριση από τον ασθενή. 2. Τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες με ακρίβεια. Οι χειρισμοί ήταν σωστοί και το νερό στην κατάλληλη θερμοκρασία. Ο Υποκλιτισμός που έγινε απέδωσε. 	<p>Με την κένωση του εντέρου πετύχαμε την ανακούφιση του ασθενούς και την ετοιμασία του για εγχειρητικούς χειρισμούς.</p>

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Πόνος	Απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να τοποθετήσουμε τον ασθενή σε λειτουργική θέση 2. Να κάνουμε συχνές εντριβές της ράχης. 3. Να παρατηρήσουμε και να ψηλαφήσουμε την περιοχή όπου πονά για διαπίστωση σημείων φλεγμονής. 4. Να ενημερώσουμε τον ιατρό για την κατάσταση του ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δίδεται η κατάλληλη θέση στον ασθενή. 2. Εγιναν εντριβές με οινόπνευμα για σωματική τόνωση. 3. Μετά από ιατρική εντολή εκτελείται το θρόυ στις 19.5.93 1 amp. pethidine επί πόνο. 	Ανακούφιση από τον πόνο μετά από την χορήγηση του παυσίπνου.

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Τοποθέτηση Levin.	Η παροχέτευση των γαστρικών εκκρίσεων και η ανακούφιση από τους συνεχείς εμέτους.	Εξασφάλιση σωστής λειτουργικότητας του Levin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Τοποθέτηση του συλλέκτη σε σημείο που να μην οδηγεί σε παλινδρόμηση των γαστρικών υγρών. 2. Παρατήρηση της ποσότητας οσμής, χροιάς και συχνότητας των παροχέτευομένων υγρών. 	Σωστή λειτουργία της παροχέτευσης έτσι ώστε ν'ανακουφίζετε ο ασθενής.
Εναρξη οροθεραπείας με D/W 5% και N/S 0.9%.	Διατήρηση της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών στον οργανισμό.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημέρωση από τις κάρτες νοσηλείας σχετικά με το τι ορούς πρέπει να πάρει ο ασθενής. 2. Ετοιμασία δίσκου ενδοφλέβιας έγχυσης. 3. Ενημέρωση για τα φάρμακα που πρέπει να χορηγηθούν ενδοφλέβια και να εμπλουτίσουν τους ορούς. 4. Τήρηση όλων των κανόνων φλεβοκέντησης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε ενημέρωση από τις κάρτες νοσηλείας. Οι οροί εμπλουτίστηκαν με τα κατάλληλα φάρμακα. 2. Με το κατάλληλο υλικό έγινε η σωστή παροχή ενδοφλέβιας έγχυσης μετά από σχετική ενημέρωση του ασθενούς. Τηρήθηκαν οι κανόνες αντισηψίας και έγινε η ρύθμιση των σταγόνων για την αποφυγή υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας. 	Αναπλήρωση των υγρών που χάθηκαν από εμέτους. Παράλληλα έγινε προληπτική ενυδάτωση.

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Υπέρταση	Διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και των σφυγμών λόγω του ιστορικού της ασθενούς 2. Παρακολούθηση άλλων σημείων υπερφωσφωσέως της κυκλοφορίας ή παρουσία τυχόν οιδήματος. 3. Άνοδος της αρτηριακής πίεσης οδηγεί στην ενημέρωση του ιατρού. (Α.Π. 180mg/Hg). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο ασθενής παρακολουθείτε για Α.Π. κάθε 8 ώρες και οι μετρήσεις αυτές καταγράφονται εντός τους block των ειδικών μετρήσεων. 2. Μείωση προσαφθανόμενων υγρών. 3. Μετά την ιατρική ενήμερωση δίδεται εντολή για χορήγηση 1 tb. adalat 5mg. 	Η αρτηριακή πίεση μειώνεται σε φυσιολογικά επίπεδα (130mg/Hg).
Περιποίηση χειρουργικού τραύματος	Η αποφυγή μόλυνσης ώστε να αποφευχθούν τυχών επιπλοκές από πλημελή φροντίδα του τραύματος.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Τοποθέτηση πάνω στο τροχήλατο όλων των απαραίτητων αντικειμένων που χρειάζονται για την αλλαγή του τραύματος. 2) Τήρηση των κανόνων απόστέρωσης των χειροποιούμενων μέσων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Η νοσηλεύτρια ετοιμάζει το τροχήλατο και συνεργάζεται με τον ιατρό για την περιποίηση του τραύματος. 2) Η νοσηλεύτρια τηρεί όλους τους κανόνες ασήψας με προσεκτικούς χειρισμούς. 	Σωστή φροντίδα του τραύματος χωρίς κινδύνους μόλυνσης.

δωρη ηαρι67

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
265 00 ΡΙΘ ΠΑΤΡΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ

ΟΝΟΜΑ: Λορωναίου

ΘΑΛΑΜΟΣ: 209

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 2/15

				ΕΙΣΟΔΟΣ ΥΓΡΩΝ		ΕΞΟΔΟΣ ΥΓΡΩΝ		
ΩΡΑ	ΘΕΡ.	ΣΤ.	ΠΙΕΣΗ	ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ	ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΣ	ΟΥΡΑ	LEVIN	ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΙΣ
7πμ					D/W S/ 1000 + 4cc			
8								
9	36,5	65	160 mmHg				1x VU = 0 φάρμακ	
10								
11								R.O.P. αναρτηθ 140 cc φάρμακ
12								
1πμ								
2	5							
3	36	70	130		D/W 1000 + 1cc			
4								
5								
6								
7								
8								
9	2							
10	36	72	130					
11					W/S 1000 cc + 2.10cc			
12								
1πμ								
2								
3								
4								
5								
6	36,9							

Καθαρισμός Στόμα	3000cc		140cc
	Σύνολο εισόδου	Σύνολο εξόδου	Ισοσοφία
Υδαρ:			
Βιταρ:	3000cc	140cc	
Επι. Υδαρ:			
Καθαρισμός			

ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΝΟΣΗΤΕΥΟΝΤΟΣ: Γ. ΟΡΩΝΑΝΟΥ ΗΛΙΚΙΑ: 65 ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ: 17/5

ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΧΗΜΑΤΙΑ- ΟΔΟΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ						
	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.	ΗΜΕΡ.
Nls 1000	20/5	21/5	22/5	23			
ΔΟΣΗ	1x1	1x1	1/2x1	1x1			
ΩΡΕΣ							
Dlw sl. 1000	1 1/2x1	2x1	1x1	1x1			
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
pedhidize 50mg	60						
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
fraxiparine	1x1	1x1	1x1	1x1			
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
Zantac sup	1x3	1x3	1x3	1x3			
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
Aerolij rotacap	1x3	1x3	1x3	1x3			
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
kel	2x2	2x3	2x2	2x1			
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
Vomex - A sup	1x2	1x2	1x2	1x2			
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
Nls 1000	1x1						
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
kel	2x1		2x2				
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							
Nzel				2x1			
ΔΟΣΗ							
ΩΡΕΣ							

ΤΑΜΙΑ
ΥΠΟΧΡ
ΥΠΟΧΡ
ΥΠΟΧΡ

2ο Περιστατικό

Όνομα : Στυλιανοπούλου Χρυσούλα

Ετών : 68

Τόπος κατοικίας : Πάτρα

Διεύθυνση: Γρανικού 11

Επάγγελμα : οικιακά

Η Στυλιανοπούλου Χρυσούλα εισήχθει στην Α' χειρουργική στις 17/5 μετά από εξέταση με τη διάγνωση εισαγωγής να αναφέρει χολολιθίαση. Κατά την εισαγωγή της ελήφθησαν ζωτικά τα οποία ήσαν σε φυσιολογικά επίπεδα. Στο ιστορικό της αναφέρεται πόνος πριν μια 10ετία στο ΔΕ υποχόνδριο με κολικό χωρίς πυρετό ή ίκτερο. Εχει γίνει υπερηχογράφημα στο οποίο είχαν ανευρεθεί λίθοι εντός της χοληδόχου κύστεως στις 8/2/92. Εκτοτε η ασθενής αναφέρει και άλλα επεισόδια κολικών του ΔΕ υποχονδρίου παρόμοια του προηγούμενου με συχνότητα 2-4 το χρόνο. Τελευταίο επεισόδιο πριν 2μήνου. Η εισαγωγή της έγινε για χειρουργική αντιμετώπιση. Στον κατάλογο προβλημάτων εκτός της συμπτωματικής χολολιθιάσεως αναφέρεται και υπέρταση. Τα φάρμακα τα οποία λαμβάνει είναι: inderal 40mg, Tildiem και τα κολλύρια Tentil, Yesan, isoptolapine. Η κατάσταση της ασθενούς κατά την εισαγωγή της κρίνεται γενικά καλή.

1η ημέρα. 17.5.93

Αφού ελήφθησαν ζωτικά σημεία τα οποία ήταν φυσιολογικά ακολουθείται η εξής φαρμακευτική αγωγή: Tendil coll., Kesan coll., inderal 40mg, Tildiem, isoptolapine. Προγραμματίζεται Ro θώρακος για την επόμενη ημέρα όπως και ορθοσκόπηση. Γίνονται επίσης συνολικά 2 fleet enema που απέδωσαν, ένα στις 6μ.μ. και ένα στις 6π.μ.

2η ημέρα. 18.5.93

Γίνεται η ορθοσκόπηση όπου τα ευρήματα δεν ήταν σπουδαία παρά μόνο αμφοριδες Ι βαθμού, ουδέν μέχρι βάθους 20cm. Η ασθενής επίσης εστάλει για καρδιολογική εκτίμηση. Η θεραπευτική αγωγή ήταν η ίδια με την προσθήκη 1

tabl. adalat 10mg επί Α.Π. 180mg/Hg. Η ασθενής έχει τοποθετηθεί σε 8ωρη παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσεως.

3η ημέρα. 19.5.93

Η αγωγή είναι η ίδια. γίνεται ένα fleet enema και προεγχειρητική ετοιμασία. Η αρτηριακή πίεση παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα. Δίνεται εντολή για 1cc Longiparine στις 8π.μ. και να σταλεί μαζί της urogrofine 58% και 1 fl Solvetan την ημέρα του χειρουργείου. Η ασθενής έχει προγραμματιστεί να χειρουργηθεί την επόμενη ημέρα 20.5.93.

4η ημέρα. 20.5.93

Η ημέρα χειρουργείου. Η επιστροφή της γίνεται στις 8μ.μ. με ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Η ασθενής φέρει περιφερική φλέβα από την οποία παίρνει D/W 5% 1000cc (1x1) και N/S 1000cc (1x1) και επίσης Solvetan (2x2). Η ασθενής είναι σε 3ωρη παρακολούθηση. Στις 2π.μ. έγινε 50mg pethidine επί πόνου.

5η ημέρα. 21.5.93 1η μετεγχειρητική ημέρα

Η ασθενής παίρνει το D/W και N/S όπως και στην προηγούμενη. Το Solvetan διακόπτεται ενώ προστίθεται στην φαρμακευτική αγωγή και Zantac (1x3), Bisolvon (1x3), primperan (1x3), ενώ η ασθενής συνεχίζει Tildiem, inderal 40mg όπως την προηγούμενη. Επίσης αρχίζει η αναπνευστική γυμναστική. Στους ορούς D/W και N/S προστίθεται 5kcl. Η ασθενής παρουσιάζει θερμοκρασία σώματος 38,2°C.

6η ημέρα. 22.5.93 2η μετεγχειρητική ημέρα

Έγινε διακοπή ορών συνεχίζει όμως την υπόλοιπη φαρμακευτική αγωγή. Η διαίτα της ασθενούς είναι διαίτα χολοκυστοπαθούς. Τα ζωτικά σημεία της είναι φυσιολογικά. Απίρετη.

7η ημέρα. 23.5.93 3η μετεγχειρητική ημέρα

Ιδια αγωγή

8η ημέρα. 24.5.93 4η μετεγχειρητική ημέρα

Γίνεται εξιτήριο.

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Πόνος στο δεξιό υποχόνδριο προεγχειρητικά	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο που εκδηλώνεται λόγω της ύπαρξης χολόλιθου	Ενημέρωση του ιατρού για την κατάσταση της ασθενούς προκειμένου να χορηγηθεί κάποιο αναλγητικό.	Μετά από ιατρική εντολή εκτελείται μια amp. pethidine 50mg.	Μείωση του πόνου από την χορήγηση του αναλγητικού φαρμάκου.
Ναυτία, έμετοι, απώλεια της όρεξης με αποτέλεσμα κακή θρέψη.	Λήψη καθημερινά από τον ασθενή των αναγκαίων θρεπτικών συστατικών για την καλή λειτουργία του οργανισμού.	1) Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να αντισταθμίσει την κακή θρέψη που έχει παρουσιάσει στον ασθενή με την χρήση σωστού διατολογίου. 2) Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. 3) Χορήγηση φαρμάκων αντιεμετικών αν χρειαστεί μετά από ιατρική εντολή.	1. Στον ασθενή σεβριεται διατολογία χολοκυστοπαθούς που είναι πτωχό σε λίπος και πλούσιο σε υδατάνθρακες. 2) Η νοσηλεύτρια λαμβάνει πάντα υπόψη της τις προσωπικές προτιμήσεις του ασθενή. 3. Χορήγηση amp. primpelan μετά από ιατρική εντολή για τους εμέτους.	Λήψη απαραίτητων θρεπτικών συστατικών για την καλή λειτουργία του οργανισμού.

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Πυρετός 38,2°C	Διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Λήψη θερμοκρασίας ανά 3ωρο και καταγραφή των τιμών θερμοκρασίας στο βιβλίο των ειδικών μετρήσεων. 2) Ενημέρωση του ιατρού για την άνοδο της θερμοκρασίας της ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ελήφθη η θερμοκρασία του σώματος όπου διαπιστώθηκε στις 8μ.μ. ότι η τιμή της ήταν 38,2°C 2) Δροσίστηκε τον ασθενή με ψυχρές περιτυλιξείς. 3) Χορηγήθηκε 1 amp. αποπρε μετά από ιατρική εντολή. 	Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος στους 36,8°C.
Προνάρκωση	Η μυϊκή χάλαση και η ελάττωση των εκκρίσεων του βλενογόνου του αναπνευστικού.	Ετοιμασία του κατάλληλου φαρμάκου.	Εκτέλεση της προνάρκωσης (1M) μισή ώρα πριν από το χειρουργείο.	Ο ασθενής είναι έτοιμος για το χειρουργείο.

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Μετεγχειρητικός πόνος.	Ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο του ασθενούς	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημέρωση του ιατρού για την επιπλοκή αυτή. 2. Έλεγχος των παροχέυσεων προκειμένου να ελεγχουμε την αιτία. 3. Να δοθεί ανακουφιστική θέση για τον ασθενή. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μετά από ιατρική εντολή χορηγείται 1 amp. pethidine 50mg. 2. Καθημερινός έλεγχος των παροχέυσεων. 3. Δίνεται η καταλληλότερη θέση έτσι ώστε ο ασθενής να ανακουφιστεί. 	Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
Υπέρταση (180mg/Hg)	Μείωση της αρτηριακής πίεσεως.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Καταγραφή των τιμών της αρτηριακής πίεσεως στο τετράδιο ειδικών μετρήσεων. 2. Λόγω του ιστορικού της ασθενούς τοποθετείται σε 3ωρη παρακολούθηση της ΑΠ. 3. Ενημέρωση του ιατρού της κλινικής. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Έγινε η 3ωρη παρακολούθηση της ΑΠ που έδειξε 180 mg/Hg στις 18.5.93 2) Ενημερώθηκε ο ιατρός και έδωσε εντολή για 1 + b adalait 10mg. 	Μείωση της αρτηριακής πίεσεως από την επόμενη ημέρα.

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Διαιτητικές συμβουλές κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.	Η μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης χολόλιθων	Ενημέρωση για την διατροφή που πρέπει να έχει ο ασθενής στην καθημερινή του ζωή.	Δόθηκαν οι συμβουλές και οι οδηγίες και εξηγήθηκαν οι λόγοι, οι αιτίες και οι προδιαθεσιακοί παράγοντες που οδήγησαν στο σχηματισμό χολόλιθων.	Κατανόηση από τον ασθενή όλων των διαιτητικών συμβουλών.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΤΥΠΟΥ: 125
ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ: 69
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 17-5

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ						
ΚΩΔΙΚΟΣ - ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	17	18	19	20			
TENTIL collipr	ΔΟΣΗ 1x3	1x3	1x3				
	QPEE 95f						
YESAN collipr	ΔΟΣΗ 1x2	1x2	1x2				
	QPEE 81f-81f						
Indrad 100	ΔΟΣΗ 1/4x1	1/4x1	1/4x1				
	QPEE 10f	10f	10f				
Tildiem	ΔΟΣΗ 1x1	1x1	1x1				
	QPEE 10f	10f	10f				
ISOTOCAPINE 64	ΔΟΣΗ 1x3	1x3	1x3				
	QPEE 10f						
fleel-cuena	ΔΟΣΗ 1x1	1x1	1x1				
	QPEE 6f	6f	4f				
Adalat 100	ΔΟΣΗ 1x1	1x1					
	QPEE 530f						
Solvatan 50	ΔΟΣΗ 1x1						
	QPEE						
Zorgarine 50	ΔΟΣΗ 1x1						
	QPEE						
Lozepam	ΔΟΣΗ 1x1						
	QPEE 80f						
	ΔΟΣΗ						
	QPEE						
	ΔΟΣΗ						
	QPEE						
	ΔΟΣΗ						
	QPEE						
	ΔΟΣΗ						
	QPEE						

[Handwritten signature]

Υπερ-βασική χορ/ε.α.σ.
Το Υπερ-βασικό χορ/ε.α.σ.

1

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΛΑΝΟ

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας αυτήν την εργασία θα ήθελα να τονίσω την μεγάλη προσφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη, διάγνωση θεραπεία και μετεγχειρητική φροντίδα του χολολιθιακού ασθενούς. Στο δεύτερο μέρος ειδικά γίνεται σαφές ότι μόνο έμπειρο, επιστημονικά άρτιο, με υψηλή τεχνική, νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να φέρει σε πέρας -(με τα καλύτερα αποτελέσματα φυσικά)- το δύσκολο έργο της προσέγγισης του ασθενούς, της διδασκαλίας και εκμάθησης, της εφαρμογής θεραπευτικών και μη μέσων και τέλος της παρακολουθήσεως της πορείας του ασθενούς από την είσοδο μέχρι και την έξοδό του από την κλινική.

Η χολολιθίαση είναι μια νόσος που οφείλεται σε συγκυρία προδιαθεσικών παραγόντων χωρίς σαφή αιτιολογία. Αυτή η ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει τόσο η χολολιθίαση όσο και μια ομάδα ασθενειών που οφείλονται γενικότερα στις διαιτητικές συνήθειες και στον τρόπο διατροφής, μας οδηγεί στην ανάδειξη της πρόληψης σαν το σημαντικότερο και αποτελεσματικότερο μέσο καταπολέμησης των χολολίθων. Μόνο με την διαφώτιση και την ενημέρωση της κοινωνίας μπορούν να μειωθούν οι πιθανότητες χολολιθιάσεως, αρκεί η ενημέρωση αυτή να είναι επαρκής και να δείνει την σωστή διάσταση της ασθένειας αποφεύγοντας τις υπερβολικές επισημάνσεις.

Η είσοδος πάντως νέων τεχνικών στην χειρουργική έχει απλουστεύσει τα πράγματα καθώς ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στο κανονικό ρυθμό της ζωής μετά από χειρουργική επέμβαση σε διάστημα λίγων ημερών. Ενώ η χειρουργική επέμβαση είναι τώρα πιο ανώδυνη, καλύτερων προοπτικών, χωρίς επιπλοκές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.: Επίτομη χειρουργικής και ορθοπεδικής, έκδοση 5η, Αθήνα 1987
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ. Ειδική νοσολογία, τρίτη έκδοση. Επιστημονικές εκδόσεις "Παρισινός Γ." Αθήνα 1981.
- HARRISON: Εσωτερική παθολογία τόμος γ'. Έκδοση 10η. Εκδόσεις «Παρισινός Γ.», Αθήνα 1988
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. : Γενική και παθολογική χειρουργική νοσηλευτική, Τόμος Α'. Έκδοση 19η. Εκδόσεις «Η Ταβίθα», Αθήνα 1988
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α.: Σημειώσεις «Ειδικές δίαιτες» Νοσηλευτική ΤΕΙ, Πάτρας
- ΜΠΑΛΛΑΣ Π.: Χειρουργική τόμος Β' «ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης», Αθήνα 1987
- ΜΠΟΝΑΤΣΟΣ Γ.: Νοσηλευτική Γραμμή, Λαπαροσκοπική χειρουργική, τεύχος 1, Επιστημονικές Εκδόσεις ΕΠΕ, Αθήνα 1993
- ΣΑΧΙΝΗ Α. ΠΑΝΟΥ Μ.: Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος 2ος μέρος Β', Β' επανέκδοση, «Εκδόσεις ΒΗΤΑ», Αθήνα 1988
- ΣΜΠΑΡΟΥΝΗΣ Χ.: Γενική χειρουργική τόμος Γ', Κοιλιά, αγγεία, εκδόσεις «university studio press», Θεσσαλονίκη 1991
- ΤΟΥΝΤΑ Κ.: Επίτομος χειρουργική, τεύχος 3ο, Επιστημονικές εκδόσεις «Παρισινός», Αθήνα 1981
- ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.: Παθήσεις χοληφόρων εκδόσεις «Πασχαλίδης», Αθήνα 1984

