

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

“ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ”

ΘΕΜΑ

**“ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ”**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ - ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΜΕΝΤΙΖΗΣ ΠΑΥΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 1996

| | |
|----------------------|------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 1947 |
|----------------------|------|

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

| | |
|--------------------------------------|----|
| Πρόλογος | 1 |
| Εισαγωγή | 2 |
| ΜΕΡΟΣ Α' | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι | |
| 1. Πεπτικό σύστημα | 3 |
| 1.1. Εντερικός σωλήνας | 4 |
| 1.1.1. Κοίλο του στόματος | 4 |
| 1.1.2. Φάρυγγας | 5 |
| 1.1.3. Οισοφάγος | 5 |
| 1.1.4. Περιτόναιο | 6 |
| 1.1.5. Υποδιαίρεση κοιλίας σε χώρες | 6 |
| 1.1.6. Στόμαχος | 8 |
| 1.1.7. Λεπτό έντερο | 10 |
| 1.1.8. Παχύ έντερο | 13 |
| 1.1.9. Αγγείωση του εντερικού σωλήνα | 16 |
| 1.2. Πεπτικοί αδένες | 18 |
| 1.2.1. Ηπαρ | 18 |
| 1.2.2. Πάγκρεας | 21 |
| 1.2.3. Σπλήνας | 22 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π

| | | |
|--------|-------------------------------|----|
| 2. | Οξεία κοιλία | 25 |
| 2.1. | Ορισμός | 25 |
| 2.2. | Επιδημιολογία | 25 |
| 2.3. | Διαγνωστικά βοηθήματα | 28 |
| 2.3.1. | Ιστορικό | 28 |
| 2.3.2. | Προκαταρτικά στοιχεία | 28 |
| 2.3.3. | Ατομικό αναμνηστικό | 29 |
| 2.3.4. | Συμπτώματα | 29 |
| 2.3.5. | Κλινική ή φυσική εξέταση | 31 |
| 2.3.6. | Ειδικές εξετάσεις | 34 |
| 2.3.7. | Ακτινοδιαγνωστική | 35 |
| 2.3.8. | Παρακέντηση και πλύση κοιλιάς | 35 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

| | | |
|--------|---------------------------------------|----|
| 3. | Αιτίες οξείας κοιλίας | 37 |
| 3.1. | Μη ειδικός κοιλιακός πόνος (Μ.Ε.Κ.Π.) | 37 |
| 3.2. | Οξεία σκωληκοειδίτιδα | 38 |
| 3.3. | Οξεία περιτονίτιδα | 42 |
| 3.3.1. | Πρωτοπαθής περιτονίτιδα | 42 |
| 3.3.2. | Δευτεροπαθής περιτονίτιδα | 43 |
| 3.4. | Οξεία χολοκυστίτιδα | 45 |
| 3.5. | Οξεία χολαγγειίτιδα | 47 |
| 3.6. | Ηπατικά αποστήματα | 48 |
| 3.7. | Οξεία παγκρεατίτιδα | 51 |

| | Σελίδα |
|---|---------------|
| 3.8. Διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους | 54 |
| 3.9. Οξείες παθήσεις παχέος εντέρου | 57 |
| 3.9.1. Οξεία εκκολπωματίτιδα | 57 |
| 3.10. Εντερική απόφραξη | 60 |
| 3.11. Αγγειακές παθήσεις που προκαλούν οξεία κοιλία | 63 |
| 3.11.1. Οξεία απόφραξη άνω μεσεντερίου αρτηρίας | 64 |
| 3.11.2. Θρόμβωση μεσεντερίου φλέβας | 64 |
| 3.11.3. Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής | 65 |
| 3.12. Τραυματικές κακώσεις της κοιλιάς | 66 |
| 3.12.1. Κακώσεις του ήπατος | 66 |
| 3.12.2. Κακώσεις του σπλήνα | 68 |

ΜΕΡΟΣ Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

| | |
|-----------------------------|----|
| 1. Νοσηλευτική και άνθρωπος | 70 |
|-----------------------------|----|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

| | |
|--|----|
| 2. Νοσηλευτική παρέμβαση στην οξεία κοιλία | 72 |
| 2.1. Πρώτες βοήθειες | 72 |
| 2.2. Ψυχολογική υποστήριξη του οξέως πάσχοντος | 75 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

| | |
|---|----|
| 3. Νοσηλευτική φροντίδα χειρουργικού ασθενούς | 76 |
| 3.1. Προεγχειρητική ετοιμασία | 76 |
| 3.2. Ειδική προεγχειρητική αγωγή | 79 |
| 3.3. Μετεγχειρητική φροντίδα | 84 |
| 3.4. Ειδική μετεγχειρητική φροντίδα | 90 |
| 3.5. Νοσηλευτική παρέμβαση στις μετεγχειρητικές επιπλοκές | 91 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

| | | |
|------|---|-----|
| 4. | Νοσηλευτική φροντίδα στην συντηρητική αγωγή | 100 |
| 4.1. | Οξεία μη χειρουργική χολοκυστίτιδα | 100 |
| 4.2. | Οξεία μη χειρουργική παγκρεατίτιδα | 102 |
| 4.3. | Οξεία πρωτοπαθής περιτονίτιδα | 104 |
| 4.4. | Παραλυτικός ειλεός | 105 |
| 4.5. | Διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους | 106 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

| | | |
|----|---|-----|
| 5. | Νοσηλευτικές διαδικασίες κατά την παρακέντηση κοιλίας | 108 |
|----|---|-----|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

| | | |
|--|----------------------------------|-----|
| Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους ασθενείς με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας | | 111 |
| 6. | Νοσηλευτική διεργασία | 111 |
| 6.1. | Κλινική περίπτωση Α' | 113 |
| 6.1.1. | Νοσηλευτικό ιστορικό | 113 |
| 6.1.2. | Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας | 120 |
| 6.2. | Κλινική περίπτωση Β' | 128 |
| 6.2.1. | Νοσηλευτικό ιστορικό | 128 |
| 6.2.2. | Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας | 135 |
| Βιβλιογραφία | | 143 |

Πρόλογος

Πολλές φορές ακούμε στο νοσοκομείο να μιλάνε για οξεία κοιλία.

Ποτέ δεν ξέρουμε τι θα συναντήσουμε.

Το μόνο σίγουρο είναι ότι τις περισσότερες φορές χρειάζονται ένα και δυο εικοσιτετράωρα ώσπου να βρεθεί ή να δοθεί λύση στην περίπτωση. Η έκφραση οξεία κοιλία δεν αντιστοιχεί με κάποια συγκεκριμένα οξεία νοσηρή οντότητα (νόσο ή σύνδρομο).

Ούτε δηλώνει κάποιο συγκεκριμένο κλινικό σύμπτωμα ή σημείο.

Πρόκειται για γενική κλινική εντύπωση, με καθόλου ή ατελή εργαστηριακό έλεγχο.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να εξασφαλίσει στους σπουδαστές νοσηλευτικής, ειδικές οδηγές γραμμές για τη φροντίδα του ασθενούς που έχει οξεία κοιλία.

Εισαγωγή

Πολλές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν οξεία κοιλία.

Οι παθήσεις αυτές μπορεί να προέρχονται από διαφορετικά συστήματα του ανθρώπινου σώματος: οξεία κοιλία και πεπτικό σύστημα, οξεία κοιλία και ουροποιητικό σύστημα, οξεία κοιλία στη γυναικολογία. Επίσης έχουμε οξεία κοιλία στην εγκυμοσύνη, οξεία κοιλία στα παιδιά.

Οι κύριες αιτίες όμως του οξέως κοιλιακού πόνου προέρχονται από το πεπτικό σύστημα.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στα διαγνωστικά μέσα, στις αιτίες καθώς και στην νοσηλευτική παρέμβαση της οξείας κοιλίας προερχόμενη από το πεπτικό σύστημα.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα σε δυο ασθενείς, με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, που προσήλθαν στο νοσοκομείο με έντονο κοιλιακό πόνο αδιάγνωστης φύσης.

ΜΕΡΟΣ Α΄

- **ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**
- **ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ**
- **ΑΙΤΙΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η διατήρηση της μορφολογίας και της λειτουργίας των οργάνων του σώματος γίνεται με την συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια προλαμβάνεται με τις τροφές, οι οποίες αποτελούνται κυρίως από πρωτεΐνες, λίπη και υδατάνθρακες, καθώς και ζωτικές ουσίες όπως οι βιταμίνες.

Η πέψη είναι η εξεργασία της απελευθέρωσης θρεπτικών ουσιών από τις τροφές, διασπώμενες στα χημικά συστατικά τους με τη δράση ενζύμων. Η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών γίνεται από τα όργανα του πεπτικού συστήματος.

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος, όπως και των άλλων συστημάτων (αναπνευστικό, ουροποιητικό, γεννητικό), ονομάζονται σπλάχνα. Κύριος ιστός των σπλάχνων είναι ο επιθηλιακός. Όλα τα σπλάχνα βρίσκονται στο κύτος του θώρακος και της κοιλίας.

Τα σπλάχνα διακρίνονται σε δυο είδη:

- α) στα κοίλα, με κοιλότητα και
- β) στα συμπαγή ή παρεγχυματώδη, χωρίς κοιλότητα.

Κοίλα σπλάχνα

Το τοίχωμα των κοίλων σπλάχνων αποτελείται από ομόκεντρους κυλινδρικούς χιτώνες που από μέσα προς τα έξω είναι:

1. Βλεννογόνος χιτώνας, που αποτελείται από: α) καλυπτήριο επιθήλιο, β) χόριο, γ) αδένες.
2. Υποβλεννογόνιος χιτώνας, που αποτελείται από αραιό συνδετικό ιστό. Έχει μεγάλη ελαστικότητα χρήσιμη για την διάταση του σπλάχνου, όταν αυξηθεί το περιεχόμενο.
3. Μυϊκός χιτώνας, που αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες.

4. Ορογόνοος χιτώνας, που περιβάλλει τα όργανα από παντού και δίνει γυαλιστερή και λεία όψη στα σπλάχνα. Για τα σπλάχνα της κοιλιάς, προέρχεται από το περιτόναιο.

Το πεπτικό σύστημα αποτελείται από τον εντερικό σωλήνα και τους πεπτικούς αδένες.

Ο εντερικός σωλήνας αρχίζει από το στόμα και τελιώνει στον πρωκτό.

Αποτελείται δε από:

- το κοίλο του στόματος,
- τον φάρυγγα,
- τον οισοφάγο,
- τον στομάχο,
- το λεπτό έντερο και
- το παχύ έντερο.

Οι πεπτικοί αδένες διακρίνονται σε τοιχωματικούς (αυτοί που βρίσκονται στο τοίχωμα του εντερικού σωλήνα), όπως είναι οι αδένες του οισοφάγου, του στομάχου κ.λ.π. και εξωτοιχωματικούς, που βρίσκονται έξω από το τοίχωμα του σωλήνα και συνδέονται με αυτόν με εκφορητικούς πόρους, όπως οι μεγάλοι σιελογόνοι (παρωτιδα, υπογλώσσιος, υπογνάθιος), το ήπαρ και το πάγκρεας.

1.1. ΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ

1.1.1. ΤΟ ΚΟΙΛΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Αποτελείται από:

- α)** το προστόμιο, που αφορίζεται εξωτερικά από τα χείλη και τις παρειές, εσωτερικά από τα δόντια και τα ούλα, και
- β)** το ιδίως κοίλο στόματος, που αφορίζεται μπροστά από τα δόντια (χωρίζοντας προστόμιο και ιδίως κοίλο στόματος), άνω από την υπερώα (σκληρή, μαλακή) και κάτω από την γλώσσα. Επίσης προς τα πίσω επικοινωνεί με τον φάρυγγα διά μέσου του ισθμού.

1.1.2. ΦΑΡΥΓΓΑΣ

Ο φάρυγγας είναι ένας ινομυώδης σωλήνας, που έχει μήκος 12-14 εκατοστόμετρα. Αρχίζει στη βάση του κρανίου και προς τα κάτω συνεχίζει στον οισοφάγο στο ύψος του κρικοειδή χόνδρου του λάρυγγα.

Από τοπογραφικής άποψης ο φάρυγγας διαιρείται σε κεφαλικό και τραχηλικό με όριο μεταξύ τους την γωνία της κάτω γνάθου.

Από περιγραφικής άποψης διαιρείται σε τρεις μοίρες:

- Ρινική (ρινοφάρυγγας ή επιφάρυγγας).
- Στοματική (στοματοφάρυγγας ή μεσοφάρυγγας) και
- Λαρυγγική (λαρυνοφάρυγγας ή υποφάρυγγας).

1.1.3. ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Ο οισοφάγος είναι ινομυώδης σωλήνας μήκους 25-30 εκατοστόμετρων. Αποτελεί συνέχεια του φάρυγγα και φθάνει μέχρι την καρδιακή μορία του στομάχου.

Διακρίνουμε τέσσερες μοίρες:

- Τραχηλική
- Θωρακική
- Διαφραγματική
- Κοιλιακή

Ο αυλός του οισοφάγου παρουσιάζει τέσσερα στενώματα:

- Το κρικοειδές στένωμα, που αντιστοιχεί στο ύψος του κρικοειδή χόνδρου του λάρυγγα. Συγκλείει ατελώς το άνω στόμιο του οισοφάγου και αποτελεί το στενότερό του τμήμα.
- Το αορτικό στένωμα που οφείλεται στην πίεση από το αορτικό τόξο.
- Το βρογχικό στένωμα, που δημιουργείται από την πίεση του διχασμού της τραχείας και του αριστερού βρόγχου.

- Το φρενικό στένωμα, που αντιστοιχεί στο οισοφαφικό τμήμα του διαφράγματος.

Επειδή τα υπόλοιπα όργανα του πεπτικού συστήματος βρίσκονται στην κοιλιακή κοιλότητα, είναι αναγκαίο να περιγράψουμε εν ολίγοις, το περιτόναιο και την περιτοναϊκή κοιλότητα, όπως επίσης να χωρίσουμε την κοιλιά σε χώρες, ώστε να μπορούσαμε να μελετήσουμε στη συνέχεια καλύτερα το θέμα μας.

1.1.4. ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ

Το περιτόναιο αποτελεί τον μεγαλύτερο από τους ορογόνους υμένες. Επενδύει τα κοιλιακά τοιχώματα και περιβάλλει τα περισσότερα σπλάχνα της κοιλίας και έτσι διευκολύνει την ολίσθηση των οργάνων μεταξύ τους κατά τις κινήσεις τους. Το περιτόναιο που καλύπτει τα σπλάχνα καλείται περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου, ενώ αυτό που επενδύει την έσω επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος καλείται περίτονο ή τοιχωματικό πέταλο του περιτοναίου.

Τα δυο πέταλα συνέχονται μεταξύ τους και σχηματίζουν σχισμοειδή χώρο που ονομάζεται περιτοναϊκή κοιλότητα. Η περιτοναϊκή κοιλότητα περιέχει ελάχιστη ποσότητα ορώδους υγρού, περίπου 50 κυβικά εκατοστόμετρα, για να εφυγραίνονται οι προστριβόμενες επιφάνειες.

Στις θέσεις όπου το τοιχωματικό ή περίτονο πέταλο ανακάμπτει στο περισπλάχνιο πέταλο, που περιβάλλει τελείως κάποιο όργανο, δημιουργούνται διπέταλες περιτοναϊκές πτυχές, οι οποίες μεταξύ των δυο πετάλων τους περιέχουν τα αγγεία και τα νεύρα αυτών των οργάνων.

1.1.5. ΥΠΟΔΙΑΙΡΕΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ

Υπάρχουν πολλοί τρόποι υποδιαίρεσης της κοιλίας σε χώρες. Ο πιο συνήθης τρόπος είναι η υποδιαίρεσή της σε 9 χώρες με δυο οριζόντια και δυο κάθετα επίπεδα.

Το ανώτερο από τα οριζόντια επίπεδα περνά από τα κατώτερα σημεία των πλευρικών τόξων και λέγεται υποπλευρίο επίπεδο.

Το κατώτερο οριζόντιο επίπεδο ενώνει τα πρόσθια γλουτιαία φύματα, δηλαδή τα πιο απομακρυσμένα σημεία των λαγόνιων ακρολοφίων, και λέγεται μεσοφυμάτιο επίπεδο.

Τα κάθετα επίπεδα περνούν από το μέσο της απόστασης μεταξύ της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας και της ηβικής σύμφυσης.

Με τα οριζόντια επίπεδα η κοιλιά διαιρείται σε τρεις χώρες:

- Την επιγάστρια
- Την μεσογάστρια και
- Την υπογάστρια

Κάθε μια από τις χώρες αυτές υποδιαιρείται με τα κάθετα επίπεδα σε μικρότερες χώρες.

Η επιγάστρια χώρα διαιρείται στο:

- αριστερό υποχόνδριο,
- δεξιό υποχόνδριο και
- ιδίως επιγάστριο.

Η μεσογάστρια χώρα διαιρείται στην:

- ομφαλική χώρα,
- δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα και
- αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα.

Τέλος, η υπογάστρια χώρα διαιρείται σε:

- αριστερή βουβωνική ή λαγόνια χώρα,
- δεξιά βουβωνική ή λαγόνια χώρα και
- ηβική χώρα.

1.1.6. ΣΤΟΜΑΧΟΣ

Ο στόμαχος είναι το ευρύτερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα και βρίσκεται στην άνω κοιλία κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος με επέκταση στο ιδίως επιγάστριο.

Στον στόμαχο διασπώνται χημικά οι καταπινόμενες τροφές με την επίδραση του γαστρικού υγρού. Το γαστρικό υγρό περιέχει πρωτεϊνολυτικά ένζυμα (πεψυνογόνα), υδροχλωρικό οξύ και βλέννα ή βλεννίνη. Ο παραγόμενος γαστρικός χυμός προωθείται κατά διαστήματα προς το δωδεκαδάκτυλο.

Ο στόμαχος περιγραφικώς εμφανίζει δυο επιφάνειες (πρόσθια, οπίσθια) και δυο τόξα ή αλλιώς χείλη. Το άνω ή έσω χείλος, καλούμενο ελάσσον τόξο του στομάχου, εμφανίζει στο κάτω τριτημόριο του την γωνιαία εντομή, η οποία εσωτερικά σχηματίζει τη γωνιαία πτυχή.

Το κάτω ή έξω χείλος, καλούμενο μείζον τόξο του στομάχου, προβάλλει ακριβώς απέναντι από τη γωνιαία εντομή.

Ο στόμαχος χωρίζεται στον ιδίως στόμαχο και τον πυλωρικό στόμαχο.

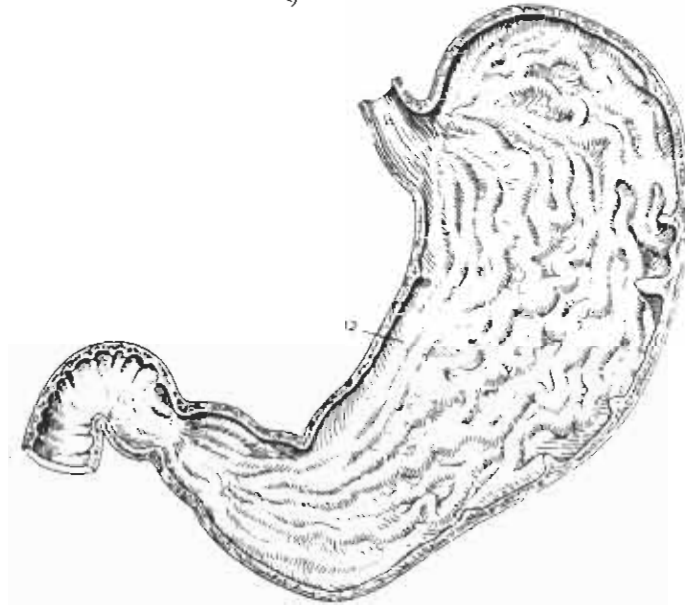
Ο ιδίως στόμαχος υποδιαιρείται στο θόλο ή πυθμένα, το σώμα και σε μια μικρή μοίρα, κοντά στο στόμιο του οισοφάγου, την καρδιακή μοίρα.

Η καρδιακή μοίρα του στομάχου αποτελεί συνέχεια του στομίου του οισοφάγου.

Ο θόλος του στομάχου είναι το τμήμα που υπερέχει προς τα αριστερά πάνω από το οισοφαγικό στόμιο.

Μεταξύ της εκβολής του οισοφάγου και του θόλου σχηματίζεται η καρδιακή εντομή η οποία εσωτερικά του στομάχου σχηματίζει την καρδιακή πτυχή.

Το σώμα του στομάχου αποτελεί συνέχεια του θόλου προς τα κάτω.



Ο πυλωρικός στόμαχος υποδιαιρείται στο πυλωρικό άντρο και τον πυλωρικό σωλήνα.

Το πυλωρικό άντρο είναι η συνέχεια του σώματος του στομάχου, που διά του πυλωρικού σωλήνα οδηγεί στο πυλωρικό στόμιο, το οποίο και χωρίζει το στομάχι από τον δωδεκαδάκτυλο του λεπτού εντέρου. Σαν όριο του σώματος και του πυλωρικού άντρου θεωρείται η γωνιαία πτυχή του ελάσσονος τόξου. Το σχήμα του στομάχου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η στάση του ατόμου, το περιεχόμενο του στομάχου, ο μυϊκός τόνος και τα παρακείμενα όργανα.

Ο στόμαχος στηρίζεται από τα δύο του άκρα (καρδιακό, πυλωρικό), από τα παρακείμενα όργανα, το περιτόναιο και από συνδέσμους που σχηματίζονται από το περιτόναιο όπως:

1. ελάσσον επίπλουν ή ηπατογαστρικός,
2. μείζον επίπλουν,
3. γαστροφρενικός και
4. γαστροσπληνικός.

Ο στόμαχος έχει τέσσερις χιτώνες:

- Ο ορογόνος χιτώνας ή περιτόναιο.
- Ο μυϊκός χιτώνας.
- Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας.

- Ο βλεννογόνος με τους αδένες του, που παράγουν γαστρικό υγρό απαραίτητο για την πέψη.

Η νεύρωση του στομάχου γίνεται από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα.

1.1.7. ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Το λεπτό έντερο αποτελεί τη συνέχεια του στομάχου και εκτείνεται από τον πυλωρό μέχρι το παχύ έντερο, όπου σχηματίζει την ειλεοκολική βαλβίδα.

Το λεπτό έντερο βρίσκεται στην κάτω κοιλία και περιβάλλεται από το παχύ έντερο, το οποίο σχηματίζει γύρω του ατελή στεφάνη.

Μέσα στο λεπτό έντερο (βλεννογόνο) γίνεται η πέψη των τροφών με την ενέργεια του εντερικού υγρού και διά μέσου του βλεννογόνου γίνεται ακόμη η απομύζηση των προϊόντων της πέψης. Στη συνέχεια το περιεχόμενο προωθείται στο παχύ έντερο.

Το μήκος του λεπτού εντέρου είναι περίπου 6-7 μέτρα και το εύρος του 3-5 εκατοστόμετρα, ελαττώνεται βαθμιαία από τον πυλωρό προς την ειλεοκολική βαλβίδα.

Διαιρείται σε δυο μοίρες:

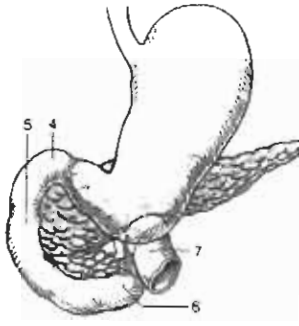
- το δωδεκαδάκτυλο και
- το ελικοειδές έντερο, το οποίο υποδιαιρείται:
 - α) στην νήσιτιδα και
 - β) στον ειλεό.

Δωδεκαδάκτυλο: Το δωδεκαδάκτυλο είναι η πρώτη και πιο ακίνητη μοίρα του λεπτού εντέρου και έχει μήκος 25-30 εκατοστόμετρα.

Εκτείνεται από τον πυλωρό μέχρι την τελική ή νησιδοδωδεκαδακτυλική καμπή, όπου μεταπίπτει στη νήσιτιδα.

Έχει σχήμα συνήθως αγκύλης ή πετάλου αλόγου. Η αγκύλη αυτή είναι ανοικτή προς τα πάνω και αριστερά και στο κοίλο της εφαρμόζεται η κεφαλή του παγκρέατος.

Διακρίνουμε στο δωδεκαδάκτυλο τέσσερις μοίρες:



- την πρώτη, άνω ή ηπατική
- την δεύτερη, κατιούσα ή νεφρική
- την τρίτη, κάτω ή οριζόντια ή
προσαορτική και
- την τέταρτη, ανιούσα μοίρα.

Από τις μοίρες αυτές η πρώτη χωρίζεται από τη δεύτερη με την άνω καμπή, η δεύτερη από την τρίτη με την κάτω καμπή και η τρίτη από την τέταρτη με τα άνω μεσεντέρια αγγεία, τα οποία φέρονται μπροστά από το δωδεκαδάκτυλο. Αξιόλογη είναι η δεύτερη μοίρα γιατί έχει δύο πόρους:

1. Το φύμα του Vater ή τη μεγάλη θηλή του δωδεκαδακτύλου, στην οποία εκβάλλουν ο χολυδόχος πόρος και ο μεγάλος πόρος του παγκρέατος, ή με κοινό ή με δικό του στόμιο κάθε πόρος.
2. Το φύμα του Santorini ή τη μικρή θηλή του δωδεκαδακτύλου, στην οποία εκβάλλει ο επικουρικός πόρος του παγκρέατος.

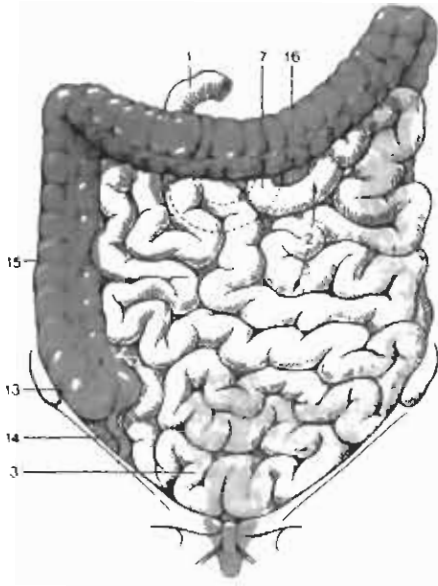
Το δωδεκαδάκτυλο στηρίζεται:

- με το περιτόναιο και
- με τον κρεμαστήρα μυ του Treitz.

Ελικώδες έντερο: Ονομάζεται το μετά το δωδεκαδάκτυλο υπόλοιπο τμήμα του λεπτού εντέρου. Έχει μήκος 6 περίπου μέτρα. Αρχίζει από τη νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή και τελειώνει στην ειλεοκολική βαλβίδα, όπου μεταβαίνει στο παχύ έντερο.

Το ελικώδες έντερο υποδιαιρείται στη νήστιδα και τον ειλεό, που όμως μεταξύ τους δεν υπάρχει σαφές όριο.

Κρέμεται και στηρίζεται από μακρά περιτοναϊκή πτυχή, το μεσεντέριο, γι' αυτό και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.



Οι μοίρες του ελίσσονται σε ποικίλες διευθύνσεις· έτσι σχηματίζουν τις έλικες 15-18 περίπου του λεπτού εντέρου, εξού και η ονομασία ελικώδες έντερο. Οι εντερικές έλικες της νήστιδας αποτελούν τα άνω 2/5 του ελικώδους εντέρου και καταλαμβάνουν κυρίως την ομφαλική και την αριστερή λαγόνια χώρα.

Η νήστιδα χαρακτηρίζεται για το μεγαλύτερο πλάτος, για τις υψηλές και πυκνές κυκλοτερής πτυχές του Kerking, για τα άφθονα αγγεία και για τις ελάχιστες πλάκες του Payer, που εμφανίζονται μόνο στο κατώτερο τμήμα της νήστιδας.

Οι εντερικές έλικες του ειλεού αποτελούν τα κάτω 3/5 του ελικώδους εντέρου. Καταλαμβάνουν την υπογάστρια και τη δεξιά λαγόνια χώρα και εισέρχουν μέσα στη μικρή πύελο.

Ο ειλεός χαρακτηρίζεται για το λεπτό τοίχωμα, για το μικρό πλάτος και για τα λίγα αγγεία. Ακόμη χαρακτηρίζεται για τις χαμηλές και αραιές κυκλοτερείς πτυχές του Kerking, οι οποίες προς τα κάτω εξαφανίζονται. Αντίθετα οι πλάκες του Payer στον ειλεό είναι μεγαλύτερες και περισσότερες.

Το ελικώδες έντερο (νήστιδα, ειλεός) στηρίζεται από τον τόνο των κοιλιακών μυών, από τα παρακείμενα όργανα, από την ατμοσφαιρική και ενδοκοιλιακή πίεση, από τα αέρια που παράγονται μέσα στο έντερο και κυρίως από το μεσεντέριο. Το μεσεντέριο είναι περιτοναϊκή πτυχή η οποία είναι πτυχωτή και συνδέει τις εντερικές έλικες με το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

Το τοίχωμα του λεπτού εντέρου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες:

1. Τον ορογόνο χιτώνα, που αποτελεί το περισπλάχνιο πέταλο του μεσεντερίου.

2. Τον μυϊκό χιτώνα, που αποτελείται από δυο στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλοτερή, που είναι παχύτερη.
3. Τον υποβλεννογόνιο χιτώνα, που συνάπτει τον μυϊκό χιτώνα με το βλεννογόνο.
4. Τον βλεννογόνο, που αποτελεί τον σπουδαιότερο χιτώνα του λεπτού εντέρου.

1.1.8. ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Το παχύ έντερο αρχίζει από την ειλεοκολική ή ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στο πρωκτό. Έχει σχήμα στεφάνης ανοικτής προς τα κάτω και δεξιά που βρίσκονται οι έλικες του λεπτού εντέρου. Το παχύ έντερο εμφανίζει μήκος 1,5 μέτρα και πλάτος, το οποίο ελαττώνεται από το τυφλό προς το ορθό.

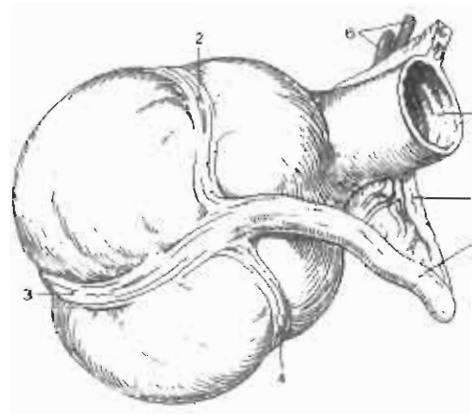
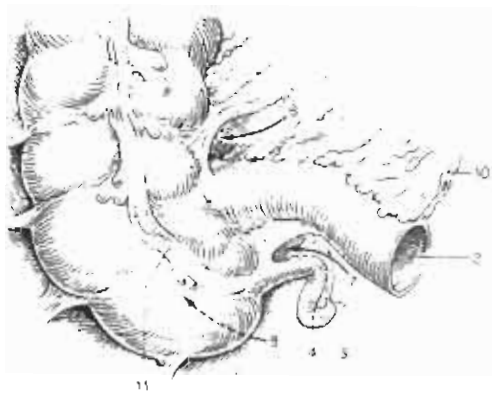
Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι:

- α) Το εύρος, που είναι μεγαλύτερο του λεπτού εντέρου.
- β) Τα κοιλιακά εγκολπώματα, που χωρίζονται μεταξύ τους με τις κυκλοτερείς περισφίγγεις (εγκάρσιες αύλακες).
Οι κυκλοτερείς περισφίγγεις προβάλλουν στο εσωτερικό και σχηματίζουν τις μηνοειδείς πτυχές.
- γ) Τις κοιλιακές ταινίες (τρεις), που είναι ταινιοειδής παχύνσεις της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας. Είναι:
 - η ελεύθερη ταινία (πρόσθια)
 - η επιπλοϊκή ταινία (πίσω, έξω) και
 - η μεσοκολική ταινία (πίσω, έσω).
- δ) Τις επιπλοϊκές αποφύσεις που είναι παχύνσεις του περιτοναίου με λίπος.

Το παχύ έντερο διαιρείται σε τρεις μοίρες:

1. Το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση.
2. Το κόλο.
3. Το απευθυσμένο.

Τυφλό: Αποτελεί την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βάθρο και χωρίζεται από το κόλο με την έμφυση του ειλεού (ειλεοκολική βαλβίδα). Η ειλεοκολική βαλβίδα αφήνει να περνάει το περκλόμενο από το λεπτό στο παχύ έντερο εμποδίζοντας την παλινδρόμησή του στο λεπτό έντερο. Στο έσω και οπίσθιο τοίχωμα του τυφλού λίγο πιο κάτω από την εκβολή του ειλεού στο παχύ εκφύεται η σκωληκοειδής απόφυση.



Σκωληκοειδής απόφυση

Η σκωληκοειδής απόφυση αποτελεί την ουριαία συνέχεια του τυφλού και εκφύεται από τον πυθμένα του τυφλού.

Εμφανίζει τρία μέρη:

1. Βάση
2. Σώμα
3. Κορυφή

Περιβάλλεται ολόκληρη από περιτόναιο και επομένως είναι ευκίνητη (ελεύθερη) ή κρέμεται από περιτοναϊκή πτυχή, το μεσεντερίδιο της σκωληκοειδούς, στο ελεύθερο χείλος του οποίου πορεύεται η σκωληκοειδής αρτηρία.

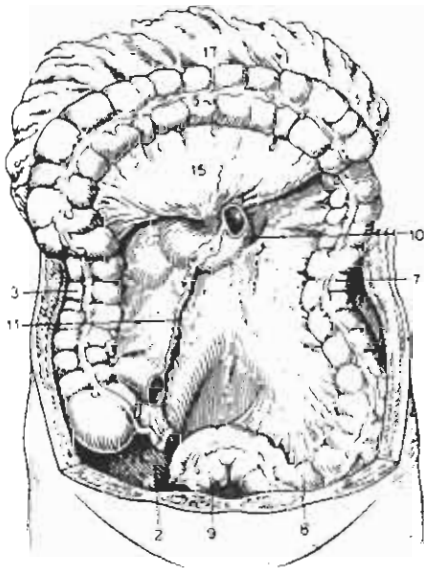
Το μήκος της σκωληκοειδούς απόφυσης κυμαίνεται από 2 μέχρι 20 εκατοστόμετρα και η διάμετρος της μεταξύ 0.5-1 εκατοστόμετρα.

Οι τρεις κοιλκείς ταινίες του παχέος εντέρου συναντώνται ακριβώς στην έκφυσή της.

Ετσι ακολουθώντας την πορεία μιας ή δυο κολικών ταινιών ο χειρουργός μπορεί να εντοπίσει την έκφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Κόλον: Το κόλον είναι η συνέχεια του τυφλού προς τα άνω και διαιρείται σε τέσσερις μοίρες:

1. Το ανιόν κόλο.
2. Το εγκάρσιο κόλο, που κρέμεται από το εγκάρσιο μεσόκολο.
3. Το κατιόν κόλο.
4. Το σιγμοειδές, που έχει σχήμα "S" και καταλήγει στο απευθυσμένο ή ορθό.



Το ανιόν κόλο φέρεται προς τα άνω και κατά μήκος της δεξιάς σοφυϊκής χώρας μέχρι κάτω από το ήπαρ, όπου ανακάμπτει προς τα αριστερά. Σχηματίζει την δεξιά κολική (ηπατική) καμπή, μεταβαίνει στο εγκάρσιο κόλο, που έχει οριζόντια φορά μέχρι το σπλήνα και μετά ανακάμπτει στο κατιόν κόλο, σχηματίζοντας την αριστερή κολική (σπληνική) καμπή.

Το κατιόν κόλο συνεχίζει μέχρι το άνω χείλος της συστοίχου λαγονίου ακρολοφίας όπου και αρχίζει το σιγμοειδές.

Το σιγμοειδές έχει δυο μοίρες, την λαγόνια και την πυελική και καταλήγει στο απευθυσμένο.

Απευθυσμένο: Το απευθυσμένο ή ορθό διευρύνεται προς τα κάτω και σχηματίζει την κοπροδόχο λήκυνθο.

Δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου παχέος εντέρου.

Ο βλεννογόνος του εμφανίζει τρεις μόνιμες εγκάρσιες πτυχές, από τις οποίες η άνω και η κάτω βρίσκονται αριστερά και η μέση δεξιά.

Στο κάτω μέρος της κοπροδόχου ληκύνθου ο βλεννογόνος εμφανίζει 8-10 επιμήκεις πτυχές τους πρωκτικούς στύλους, που αφορίζουν ανάμεσά τους τους πρωκτικούς κόλπους.

Στην τελική μοίρα του απευθυσμένου η κυκλοτερής μυϊκή στοιβάδα παχύνεται και σχηματίζει τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού.

Σχηματίζεται έτσι ένα κυκλοτερές έπαρμα του βλεννογόνου, που λέγεται αιμορροϊδικός δακτύλιος. Υφή παχέος εντέρου. Το τοίχωμα του παχέος εντέρου εμφανίζει:

- ορογόνο χιτώνα,
- μυϊκό,
- υποβλεννογόνιο χιτώνα και
- βλεννογόνο.

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου δεν έχει λάχνες και πλάκες του Payer.

1.1.9. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Η αγγείωση του εντερικού σωλήνα, από το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου ως το μέσο της κοπροδόχου ληκύνθου, γίνεται από κλάδους της αορτής, που εκφύονται ισοϋψώς προς τα αντίστοιχα τμήματα του σωλήνα κατά τα αρχικά στάδια της εμβρυολογικής του ανάπτυξης.

Έτσι ο οισοφάγος, ο στόμαχος και μέρος του δωδεκαδακτύλου αρδεύονται από την κοιλιακή αρτηρία, που αρδεύει επίσης το ήπαρ, το πάγκρεας και τον σπλήνα.

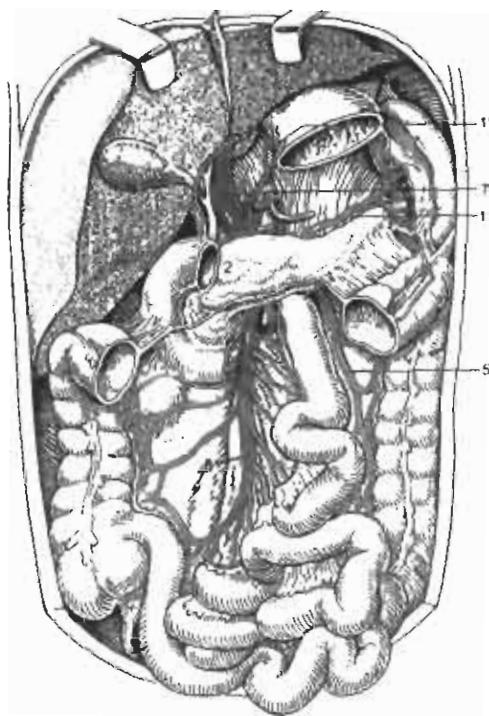
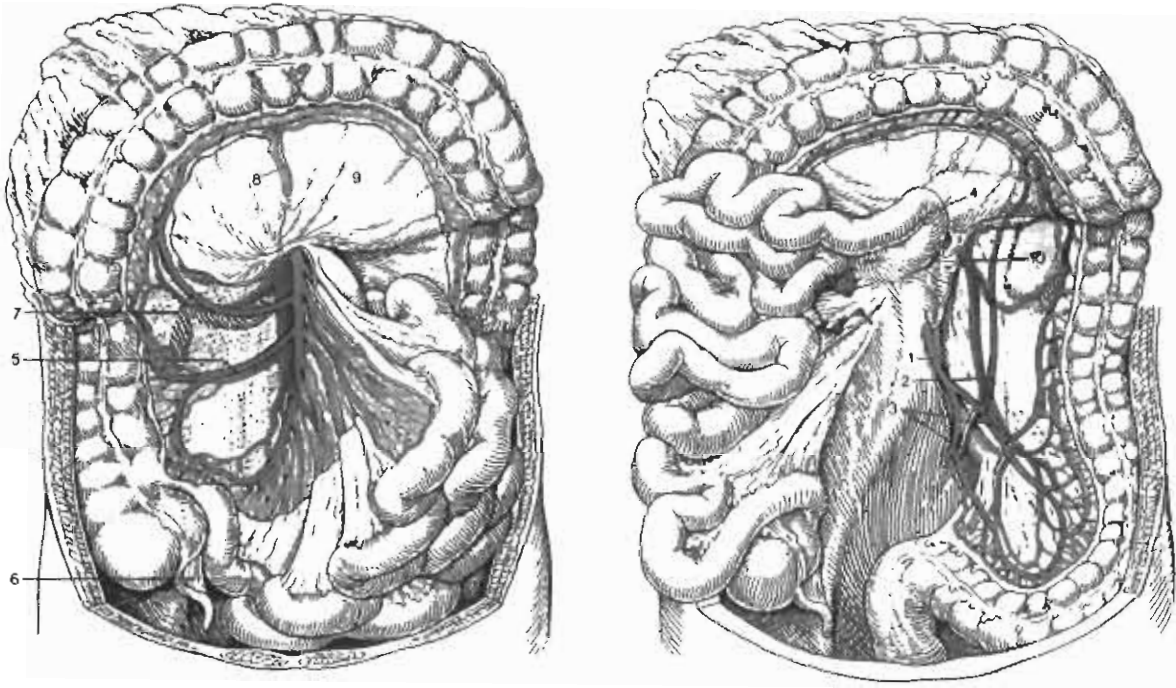
Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυλο, το ελικώδες έντερο και το παχύ έντερο μέχρι και το δεύτερο ιριτημόριο του εγκάρσιου κόλου αρδεύονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία.

Το υπόλοιπο παχύ έντερο μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο αρδεύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία.

Το αίμα από ολόκληρο τον εντερικό σωλήνα συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες, που τελικά εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια και την σπληνική φλέβα.

Οι δυο αυτές φλέβες συμβάλλουν και σχηματίζουν την πυλαία φλέβα, πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος.

Τέλος η πυλαία φλέβα φέρεται στο ήπαρ και εκβάλλει στην κάτω κοίλη φλέβα.



1.2. ΠΕΠΤΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

1.2.1. ΗΠΑΡ

Το ήπαρ (συκώτι) είναι μονοφυής αδένας του πεπτικού συστήματος και ο μεγαλύτερος και βαρύτερος του ανθρώπινου σώματος.

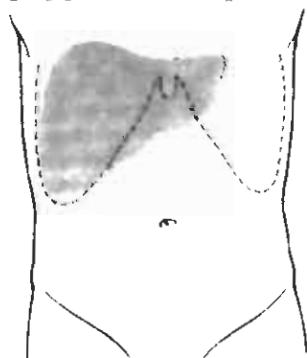
Ο αδένας αυτός αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του σώματος. Κάνει πολλές λειτουργίες γι' αυτό και ονομάζεται "χημικό εργαστήριο" του οργανισμού. Το ήπαρ παράγει χολή και γλυκογόνο.

Η χροιά του είναι καστανοκόκκινη, η σύστασή του μαλακή, γι' αυτό εύκολα θρυματίζεται και σπάζει σε κακώσεις της κοιλίας.

Λόγω της πλούσιας αγγείωσής του ο τραυματισμός του έχει σαν αποτέλεσμα σοβαρή εσωτερική αιμορραγία.

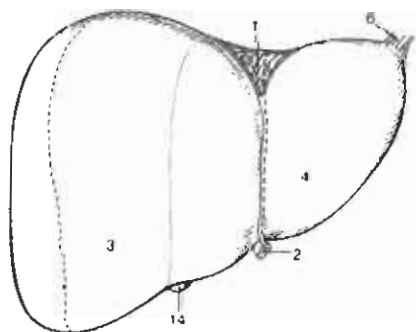
Το ήπαρ βρίσκεται στην άνω κοιλία και αμέσως κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος. Καταλαμβάνει το δεξιό υποχόνδριο, το ιδίως επιγάστριο και μέρος του αριστερού υποχονδρίου, στο οποίο εκτείνεται σε διάφορο βαθμό. Ετσι βρίσκεται κατά τα 3/4 δεξιά από τη μέση γραμμή και κατά το 1/4 αριστερά της.

Το βάρος του είναι 1.400-1.800 γραμμάρια στους άνδρες και 1.200-1.400 γραμμάρια στις γυναίκες.



Στα νεογνά αποτελεί το 1/7 του βάρους τους και στους ενήλικες το 1/36.

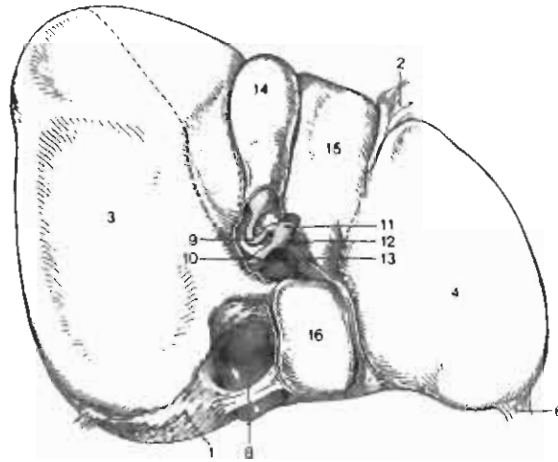
Εμφανίζει κατά την περιγραφή του τρία χείλη, το πρόσθιο, δεξιό και το αριστερό. Έχει μια κυρτή επιφάνεια προς τα άνω, την διαφραγματική, μια κοίλη προς τα κάτω, την οπλαχνική και μια οπίσθια επιφάνεια.



Το ήπαρ καλύπτεται και στηρίζεται εν μέρει από τις πτυχές του περιτοναίου (περιτοναϊκοί σύνδεσμοι), οι οποίοι το συνδέουν με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, με το διάφραγμα, με τον στόμαχο και με το δωδεκαδάκτυλο.

Αυτοί οι περιτοναϊκοί σύνδεσμοι είναι:

- α) ο δρεπανοειδής σύνδεσμος, ο οποίος συνδέει το ήπαρ με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και το χωρίζει σε αριστερό και δεξιό λοβό,
- β) ο στεφανιαίος σύνδεσμος,
- γ) ο δεξιός και αριστερός τρίγωνος σύνδεσμος, που αποτελούν το δεξιό και αριστερό τέλος του στεφανιαίου συνδέσμου αντίστοιχα.



Δυο οβελιαίες αύλκες και μια εγκάρσια, σε σχήμα "H", χωρίζουν την σπλαχνική επιφάνεια σε τέσσερις λοβούς. Οι προκύπτοντες λοβοί ονομάζονται:

- αριστερός,
- δεξιός,
- κερκοφόρος και
- τετράπλευρος.

Το παρέγχυμα του ήπατος αποτελείται κυρίως από τα ηπατικά λοβία, από τους χοληφόρους πόρους, από αγγεία, όπως και από τα νεύρα του. Τα ηπατικά λοβία εμφανίζουν σχήμα ποικίλο (μικρές πενταγωνικές ή εξαγωνικές περιοχές σε σχήμα πυραμίδας) και φαίνονται με γυμνό μάτι.

Αποτελούν τις λειτουργικές και ανατομικές μονάδες του ήπατος.

Στο ήπαρ έχουμε δυο προσαγωγούς αιμοφόρους οδούς δηλαδή, την ηπατική αρτηρία και πυλαία φλέβα και μια απαγωγό, τις ηπατικές φλέβες.

Με την ηπατική αρτηρία γίνεται η θρεπτική κυκλοφορία, με την πυλαία η λειτουργική.

Εφόσον η πυλαία φλέβα αθροίζει το αίμα όλων των πεπτικών οργάνων, έρχονται στο ήπαρ, μέσω αυτής, θρεπτικά συστατικά για επεξεργασία μαζί και προϊόντα πέψης.

Ετσι κάθε ηπατικό κύτταρο έχει στην άμεση διάθεσή του όλα τα απαραίτητα υλικά για την πολύπλοκη χημική του εργασία (παρασκευή γλυκογόνου, ουρίας, και χολής) και όλα τα μεταφορικά μέσα (τριχοειδή χοληφόρα και τριχοειδή πυλαίας), για την άμεση μεταφορά των προϊόντων που παράγονται από αυτό.

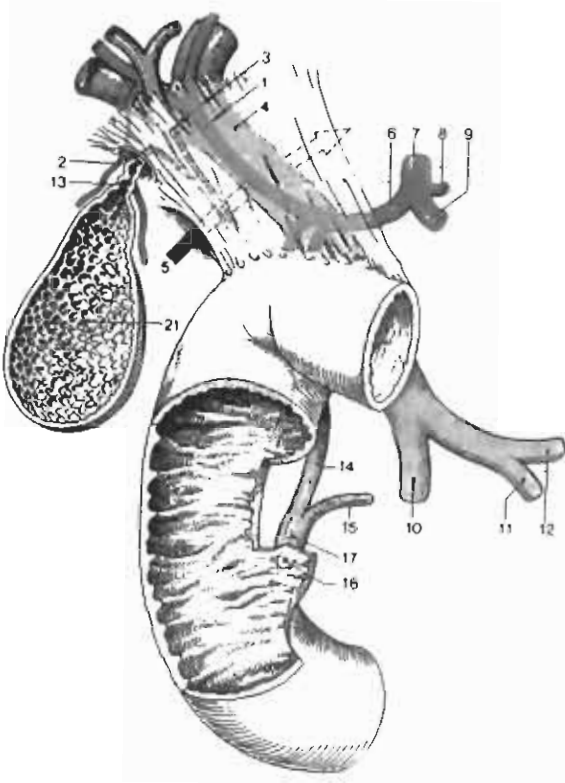
Η εκφορητική οδός του ήπατος διακρίνεται σε δυο μοίρες, την ενδοηπατική και εξωηπατική εκφορητική οδό.

Η ενδοηπατική αποτελείται από τα χοληφόρα σωληνάρια (τριχοειδή) και από τους χοληφόρους πόρους (περιλόβιους και μεσολόβιους).

Η εξωηπατική εκφορητική οδός του ήπατος αποτελείται:

- α) από τον κοινό ηπατικό πόρο,
- β) από τον κυστικό πόρο,
- γ) από τη χοληδόχο κύστη και
- δ) από το χοληδόχο πόρο.

Χοληδόχος κύστη: Η χοληδόχος κύστη είναι ένα σακοειδές ανεύρυσμα, που βρίσκεται μέσα στον κυστικό βόθρο, στην δεξιά οβελιαία αύλακα της σπλαχνικής επιφάνειας του ήπατος.



Διακρίνουμε:

- α) τον πυθμένα
- β) το σώμα και
- γ) τον αυχένα της χοληδόχου κύστεως.

Έχει μήκος 8-10 εκατοστόμετρα, πλάτος 3 εκατ. και η χωρητικότητά της κυμαίνεται από 30-50 κυβικά εκατοστόμετρα. Όταν δεν λειτουργεί το έντερο, η χολή που εκκρίνεται από το ήπαρ αθροίζεται στη χοληδόχο κύστη και κατά την πέψη χύνεται από τον χοληδόχο πόρο στο δωδεκαδάκτυλο.

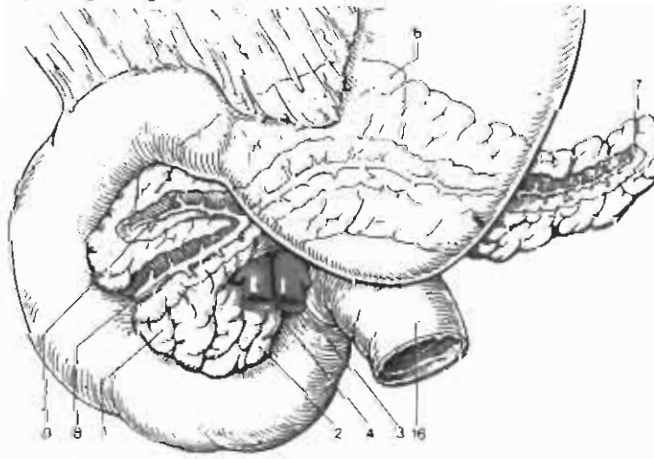
Η χοληδόχος κύστη εκβάλλει στον χοληδόχο πόρο με τον κυστικό πόρο.

1.2.2. ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Το πάγκρεας είναι αδένας μονοφυής και μικτός έχει, δηλαδή ενδοκρινή και εξωκρινή μοίρα.

Η εξωκρινής μοίρα παράγει το παγκρεατικό υγρό, που με δυο πόρους, το μεγάλο (Wirsung) και το μικρό ή επικουρικό (Santorini), χύνεται στο δωδεκαδάκτυλο όπως και η χολή.

Η ενδοκρινής μοίρα αποτελείται από επιθηλιακά κύτταρα (νησίδια του Langerhans). Τα κύτταρα αυτά παράγουν ινσουλίνη, που χρησιμεύει για την καύση του σακχάρου στον οργανισμό. Σε λειτουργική ανεπάρκεια της μοίρας αυτής έχουμε σακχαρώδη διαβήτη.



Το πάγκρεας βρίσκεται στην άνω κοιλία και μάλιστα στο οπίσθιο τοίχωμα. Προβαλλόμενο αντιστοιχεί προς το ιδίως επιγάστριο και το αριστερό υποχόνδριο.

Ο αδένας αυτός εμφανίζει σύσταση κοκκώδη, χροιά καστανέρυθρη, μήκος 10-15 εκατοστόμετρα και βάρος 70-90 γραμμάρια.

Παρουσιάζει σχήμα όμοιο με σφύρα, η οποία βρίσκεται εγκάρσια.

Διακρίνουμε τρία μέρη του παγκρέατος:

1. Την κεφαλή
2. Το σώμα
3. Την ουρά

Η κεφαλή χωρίζεται από το σώμα με πιο στενή ζώνη, τον αυχένα ή ιοθμό, ενώ το σώμα πηγαίνει χωρίς σαφές όριο στην ουρά.

Το πάγκρεας αγγειώνεται από κλάδους της σπληνικής αρτηρίας, ενώ οι φλέβες εκβάλλουν στην σπληνική, την άνω μεσεντέρια και μερικά απ' ευθείας στην πυλαία φλέβα.

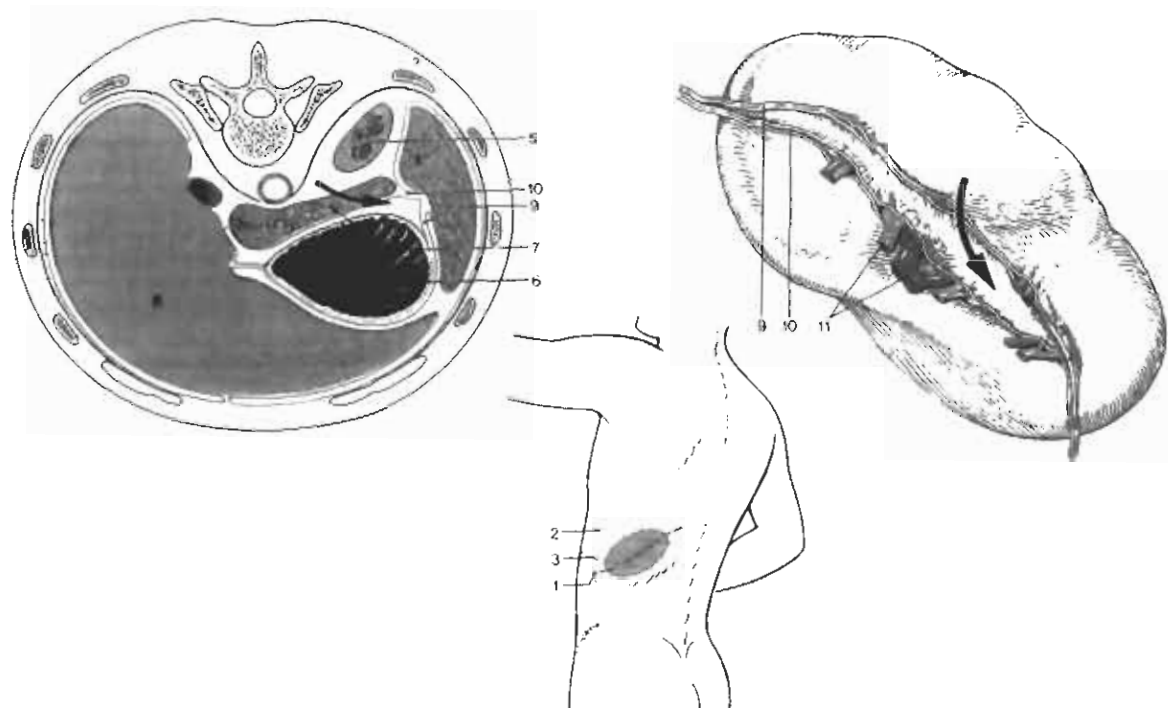
Έχει νεύρωση από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό.

1.2.3. ΣΠΛΗΝΑΣ

Ο σπλήνας, αν και ανήκει στο λεμφικό σύστημα, περιγράφεται με το πεπτικό σύστημα, λόγω των τοπογραφικών του σχέσεων με τα σπλάχνα του πεπτικού συστήματος της άνω κοιλίας.

Στο έμβρυο, μαζί με το ήπαρ, ο σπλήνας λειτουργεί σαν αιμοποιητικό όργανο. Στην εξωμήτρια ζωή όμως παράγει λευκά αιμοσφαίρια και είναι προστατευτικός γιατί συγκρατεί τις βλαβερές ουσίες. Το σχήμα, το μέγεθος, το βάρος και η χροιά του εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, γι' αυτό ποικίλλουν. Κατά μέσο όρο το βάρος του κυμαίνεται από 150-200 γραμμάρια και το σχήμα του μοιάζει με ανώμαλο τετράπλευρο ή με κόκκο καφέ. Η χροιά του σπλήνα είναι κυανέρυθρη και η σύστασή του μαλακή.

Έχει μήκος 12 εκατοστόμετρα, πλάτος 7 και πάχος 3 εκατοστόμετρα. Οι διαστάσεις του ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, αλλά και στο ίδιο άτομο μεταβάλλονται αισθητά, ανάλογα με τις λειτουργίες τους και ιδιαίτερα με την περιεκτικότητά του σε αίμα.



Ο σπλήνας βρίσκεται στην άνω κοιλία και μάλιστα στο βάθος του αριστερού υποχονδρίου στο ύψος με την 9η, 10η και 11η πλευρά. Κατά την περιγραφή του σπλήνα διακρίνουμε δυο επιφάνειες:

- την έξω ή διαφραγματική και
- την έσω ή σπλαχνική.

Οι επιφάνειες αυτές χωρίζονται η μια από την άλλη με δυο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο και από δυο άκρα ή πόλους, τον άνω και τον κατώ.

Η έσω ή σπλαχνική επιφάνεια του σπλήνα υποδιαιρείται με επιμήκη ακρολοφία, η οποία αποτελεί τις πύλες του σπλήνα, σε δυο μικρότερες επιφάνειες, την πρόσθια ή γαστρική και την οπίσθια ή νεφρική επιφάνεια.

Ο σπλήνας περιβάλλεται από ινώδη κάψα που έχει προσεκβολές. Το παρέγχυμα του σπλήνα λέγεται πολφός. Διακρίνουμε σε λευκό και ερυθρό. Η αγγείωση του σπλήνα γίνεται από την σπληνική αρτηρία.

Η σπληνική φλέβα εκβάλλει στην κυκλοφορία της πυλαίας φλέβας.

Η νεύρωσή του γίνεται από το φυτικό νευρικό σύστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π

2. ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως οξεία κοιλία ορίζεται ο αδιάγνωστος κοιλιακός πόνος που έχει διάρκεια μικρότερη από μια εβδομάδα.

Συχνά παρουσιάζονται άρρωστοι με κοιλιακό πόνο στους οποίους όμως ο πόνος χρονολογείται από 8 ή 12 εβδομάδες. Οι άρρωστοι αυτοί δεν ανήκουν στην κατηγορία των πασχόντων από οξεία κοιλία.

2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι προφανές ότι υπάρχουν εκατοντάδες νοσήματα που μπορούν να προκαλέσουν οξύ κοιλιακό πόνο.

Πράγματι είναι δύσκολο να σκεφτεί κανείς μια οποιαδήποτε γενικευμένη νόσο, που να μην συνδιάζεται κάποτε με οξύ κοιλιακό πόνο. Γι'αυτό καθιστάται δύσκολη η διάγνωση του νοσήματος που προκαλεί οξεία κοιλία.

Στη δυσκολία αυτή της διαγνωστικής μελέτης θα ήταν περισσότερο χρήσιμο μια εκτεταμένη καλοσχεδιασμένη σειρά μη επιλεγμένων περιπτώσεων, με τις συνηθέστερες αιτίες που θα προέρχεται από πολλά κέντρα.

Τέτοιες σειρές έχουν τελευταία δημοσιευθεί από την επιτροπή ερεύνης του παγκόσμιου οργανισμού γαστρεντερολογίας.

Οι σειρές αυτές αντιπροσωπεύουν πάνω από 6.000 περιπτώσεις που προέρχονται από είκοσι μεγάλα νοσοκομεία της Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής.

Οι κυριότερες αιτίες φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

| Κατηγορία | άριθμός περι- πτώσεων | έπι τοίς % του συνόλου | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|------|------|
| Μη ειδικός κοιλιακός πόνος | 2.623 | 43,0 | 67,2 | 76,1 |
| Όξεία σκωληκοειδίτιδα | 1.476 | 24,1 | | |
| Όξεία χολοκυστίτιδα | 541 | 8,9 | | |
| Απόφραξη λεπτού έντέρου | 242 | 4,0 | | |
| Κωλικός νεφρού | 209 | 3,4 | | |
| Διάτρηση πεπτικού έλκους | 172 | 2,8 | | |
| Όξεία παγκρεατίτιδα | 138 | 2,3 | | |
| Όξεία έκκολπωματίτιδα | 128 | 2,1 | | |
| Λοιπές αιτίες | 568* | 9,3 | | |

Όπως βλέπουμε, η συνηθέστερη τελική διάγνωση αρρώστων που παρουσιάζονται με οξύ κοιλιακό πόνο ήταν αυτή που ταξινομήθηκε ως "μη ειδικός κοιλιακός πόνος (Μ.Ε.Κ.Π.)".

Η δεύτερη σε συχνότητα διάγνωση ήταν η οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Αν προσθέσουμε τις δυο αυτές αιτίες μπορούμε να δούμε, ότι το 67% των ασθενών που μπήκαν στο νοσοκομείο με οξύ κοιλιακό πόνο είχαν μια από τις δυο καταστάσεις.

Η επόμενη σε συχνότητα αιτία του ήταν η οξεία χολοκυστίτιδα, που ευθυνόταν για περίπου 9% του συνόλου των ασθενών.

Οι υπόλοιπες αιτίες είχαν περίπου την ίδια συχνότητα μεταξύ τους. Οι καταστάσεις αυτές περιλαμβάνουν:

1. Απόφραξη του λεπτού ή παχέως εντέρου (ειλεός).
2. Διατρηθέν πεπτικού έλκους.
3. Όξεία παγκρεατίτιδα.
4. Όξεία έκκολπωματίτιδα.
5. Κωλικός νεφρού.

Οι οκτώ αυτές καταστάσεις ευθύνονται για περισσότερο από 90% των ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο και ιδιαίτερος στις χειρουργικές κλινικές. Για τους υπόλοιπους ασθενείς ευθύνονται πάρα πολλά άλλα νοσήματα. Υπάρχουν εντούτοις δυο ομάδες με ξεχωριστή σημασία.

Η πρώτη είναι αυτή που αφορά γυναικολογικές καταστάσεις όπως, όγκος της ωοθήκης, εξωμητρική εγκυμοσύνη και πιο συχνά κύστη της ωοθήκης, ινομυώματα της μήτρας, οξεία πυελική φλεγμονή, ατελής έκτρωση και άλλες.

Η δεύτερη ομάδα, αφορά αρρώστους με ενδοκοιλιακό καρκίνο, κυρίως του παχέως εντέρου. Η κατηγορία των αρρώστων αυτών είναι σημαντική, γιατί ο καρκίνος είναι σήμερα τόσο συχνός όσο και το διατηρηθέν πεπτικό έλκος.

Αυτά λοιπόν είναι τα νοσήματα που συνθέτουν την οξεία κοιλία και τα οποία στα περισσότερα κέντρα διαφορετικών χωρών ευθύνονται για τις περισσότερες περιπτώσεις με οξύ κοιλιακό πόνο.

Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες οξέος κοιλιακού άλγους, αλλά τα νοσήματα αυτά είναι τα συνηθέστερα που θα δει κανείς στην καθημερινή πράξη.

Στα νοσήματα αυτά πρέπει να επικεντρώνεται το ενδιαφέρον όσων προσπαθούν να μάθουν για τον οξύ κοιλιακό πόνο και να αναλύσουν τα συμπτώματα ενός αρρώστου.

2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

Αν το ιστορικό και η κλινική εξέταση αποτελούν την βάση που θα θεμελιωθεί η διάγνωση στις χρόνιες παθήσεις, στην οξεία κοιλία η αλήθεια αυτή είναι καθοριστική. Διότι ο χρόνος πιέζει και δεν επιτρέπει την πολυτέλεια των πολλών και λεπτομερειακών εργαστηριακών εξετάσεων που συχνά χρειάζεται ημέρες για να ολοκληρωθούν, αλλά βοηθούν στο να τεθεί σωστή τελική διάγνωση.

2.3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η πλειοψηφία των αρρώστων με οξύ κοιλιακό πόνο, βρίσκεται σε πλήρη συνείδηση και είναι σε θέση να δώσει ένα ικανοποιητικό ιστορικό.

Πρώτος στόχος επομένως είναι να γίνει μια λεπτομερέστατη συζήτηση με τον άρρωστο, για τα προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο του.

Αν επιτευχθεί αυτό, μπορούμε να πούμε ότι το ιστορικό βοηθάει σε μεγάλη αναλογία στη διάγνωση σε πολλές οξείες παθήσεις της κοιλίας.

2.3.2. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα προκαταρκτικά στοιχεία, το φύλο, η ηλικία και η επαγγελματική και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου δίνουν μια πρώτη εικόνα.

Ορισμένες οξείες παθήσεις της κοιλίας τις συναντάμε περισσότερο στις γυναίκες, απ' ότι στους άνδρες. Για παράδειγμα, κρίσεις οξείας χολοκυοιτίδας είναι πολύ πιο πιθανό να συμβεί σε μια παχιά γυναίκα, απ' ότι σ' έναν άντρα.

Και αντίστροφα, η διάτρηση ενός έλκους είναι πιο πιθανό σε έναν άνδρα παρά σε γυναίκα.

Αλλά και η ηλικία παίζει ρόλο στη συχνότητα των παθήσεων.

Ετσι η απόφραξη του παχέος εντέρου είναι μάλλον συνηθισμένη στις ηλικίες πάνω από 40 χρόνων. Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι συχνότερη στις ηλικίες κάτω από 40 χρόνων και η οξεία εκκολπωματίτιδα πάνω από 45 χρόνων.

Σε άτομα που τρέφονται αποκλειστικά με ζωϊκές τροφές είναι πιθανότερο να παρουσιασθεί μια εκκολπωματίτιδα - εκκολπωμάτωση και σπάνια σε φυτοφάγα άτομα. Σε αλκοολικούς ή σε παχύσαρκους είναι πιο πιθανή μια κρίση από οξεία παγκρεατίτιδα απ' ό τι σε φυσιολογικά άτομα.

2.3.3. ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Το αναμνηστικό του αρρώστου μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη διάγνωση.

Η γνώση ότι ο άρρωστος έχει κάποια πάθηση, που μια παρόξυνσή της μπορεί να εξηγήσει τα συμπτώματα της οξείας κοιλίας, αποτελεί σοβαρό στοιχείο. Εάν, για παράδειγμα, γνωρίζουμε ότι ο άρρωστος είναι ελκοπαθής τα συμπτώματα από μια διάτρηση μπορεί να αξιολογηθούν καλύτερα.

Όπως και αν γνωρίζει ο άρρωστος ότι έχει χολολιθίαση, ή έχει περάσει ίκτερο τα συμπτώματα της οξείας χολοκυστίτιδας ή της οξείας παγκρεατίτιδας, αξιολογούνται πιο σωστά.

Το ιστορικό της λαπαροτομίας μπορεί να δώσει εξήγηση σε μια οξεία εντερική απόφραξη. Εάν ο άρρωστος είχε αιμορραγικές κενώσεις και έχει χάσει βάρος, μια οξεία εντερική απόφραξη μπορεί να αποδοθεί σε νεοπλασματική εξεργασία.

Έτσι κάθε πληροφορία από το ατομικό αναμνηστικό θα πρέπει να εξετάζεται με προσοχή και να συσχετίζεται ή όχι με την οξεία κατάσταση.

2.3.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

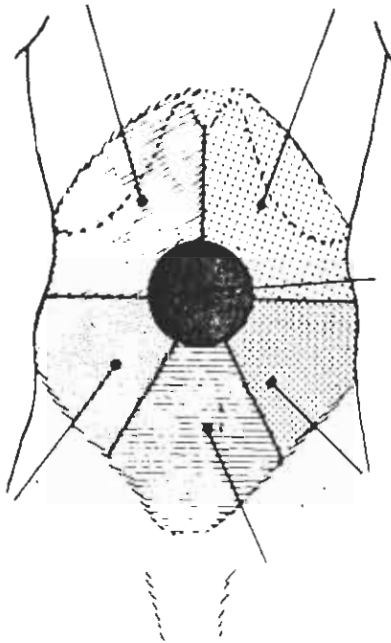
Όταν παίρνουμε το ιστορικό είναι απαραίτητο να ζητήσουμε από τον άρρωστο να μας καθορίσει με λεπτομέρεια πότε και πως άρχισαν τα συμπτώματα.

Από τα συμπτώματα που προκαλούν οι οξείες παθήσεις της κοιλίας ο πόνος είναι το σταθερότερο.

Πόνος: Ο πόνος έχει ορισμένους χαρακτήρες, τους οποίους θα πρέπει απαραίτητα να αναζητάμε κάθε φορά.

- Η θέση
- Οι επεκτάσεις
- Οι αντανakλάσεις και
- Η μορφολογία αποτελούν τα κυριώτερα χαρακτηριστικά του.

Επίσης πρέπει να ερωτηθεί ο άρρωστος ποιοί παράγοντες επιδεινώνουν τον πόνο και ποιοί τον ανακουφίζουν, η διαδρομή του πόνου, η διάρκεια και ο τύπος του, όπως και η έντασή του.



Σχήμα:

Οι θέσεις στην κοιλιά που παρουσιάζεται ο πόνος συνήθως

Ο πιο συνήθης μηχανισμός του πόνου σε οξείες παθήσεις της κοιλιάς είναι ο ακόλουθος:

1. Διάταση ή σύσπαση ενός σπλάχνου, που προκαλεί αρχικά γνήσιο σπλαχνικό πόνο, στη μέση γραμμή.
2. Η φλεγμονή προκαλεί στη συνέχεια σπλαχνοδερματικό πόνο, που αντανakλά στα πλάγια και τέλος

3. Η φλεγμονή ή ο ερεθισμός του τοιχωματικού περιτοναίου προκαλεί τον αντακλαστικό περιτοναιοδερματικό πόνο, που συνοδεύεται από σύσπαση των μυών.

Εμετός: Ο εμετός, η βίαιη δηλαδή αποβολή από το στόμα του γαστρικού περιεχομένου, είναι επίσης χαρακτηριστικό σύμπτωμα στις οξείες παθήσεις της κοιλιάς.

Στον εμετό, που έχει αιτιολογική σχέση με το γαστρεντερικό σύστημα, προηγείται συνήθως ναυτία. Ο εμετός οφείλεται ή σε ερεθισμούς του περιτοναίου ή σε συσπάσεις και διάταση των κοίλων οργάνων.

Από το ιστορικό είναι χρήσιμο να πάρουμε ορισμένα χαρακτηριστικά του εμετού, όπως:

1. Σχέση του με τον πόνο (δηλαδή προηγείται ή ακολουθεί τον πόνο).
2. Συχνότητα.
3. Χαρακτήρες.

Οι χαρακτήρες του εμετού είναι πολλές φορές υποβοηθητικοί στη διάγνωση. Η σύνθεση του εμετού μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες, όπως:

- α) Οσμή.
- β) Σύσταση τροφών, αν υπάρχουν.
- γ) Υπαρξη μεγάλου ποσού γαστρικού υγρού.
- δ) Χολώδες, βλεννώδες ή αιματηρός εμετός.

2.3.5. ΚΛΙΝΙΚΗ Ή ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Μετά το ιστορικό η κλινική εξέταση του αρρώστου είναι η δεύτερη κύρια πηγή από την οποία θα πάρουμε πληροφορίες, προκειμένου να ολοκληρωθεί η κλινική εικόνα και να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Οι σκοποί της κλινικής εξέτασης είναι δύο ειδών:

- α) Διαγνωστικοί: να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν ιδέες, που έχουν δημιουργηθεί κατά την λήψη του ιστορικού του αρρώστου.
- β) Θεραπευτικοί: να βοηθήσουν στο να διαμορφωθεί ένα σχέδιο αντιμετώπισης, και να αποκαλύψει τυχόν επιπλέον προβλήματα.

Για να αξιοποιηθούν όμως όλες οι πληροφορίες που μπορεί να μας δώσει η κλινική εξέταση, πρέπει να είναι λεπτομερής.

Επισκόπηση: Στην επισκόπηση περιλαμβάνουμε την γενική εκτίμηση του αρρώστου και ειδικά την κοιλία. Από την γενική εκτίμηση, η έκφραση του προσώπου μπορεί να δώσει αρκετές πληροφορίες.

Σε αιμορραγίες, για παράδειγμα, το πρόσωπο, οι επιπεφυκότες και τα νύχια των δακτύλων είναι αναιμικά και ο άρρωστος είναι ανήσυχος στο κρεβάτι του.

Αγωνιώδες πρόσωπο και συνεχής μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι χαρακτηρίζει και τους κωλικούς.

Σε αντίθεση, σε περιτονίτιδα ο άρρωστος παρουσιάζει αφυδατωμένο πρόσωπο και μένει αμετακίνητος με τα πόδια σε κάμψη για να μειώσει τη σύσπαση των ορθών κοιλιακών μυών.

Στην παραμικρή κίνηση ο πόνος δυναμώνει και είναι φανερός στην έκφραση του προσώπου. Η επισκόπηση της κοιλιάς μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες.

Σε αποφρακτικό ειλεό του λεπτού εντέρου διακρίνουμε τη διάταση της κοιλιάς και όχι σπάνια, σε αδύνατα άτομα, είναι δυνατόν να δούμε τον περισταλτισμό των εντέρων κάτω από το κοιλιακό τοίχωμα.

Σε ειλεό του παχέος εντέρου είναι δυνατόν να διακρίνουμε μια στεφανοειδή διόγκωση της κοιλιάς.

Σε περιτονίτιδα η σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων δίνει την χαρακτηριστική σκαφοειδή κοιλιά.

Στην οξεία παγκρεατίτιδα είναι πιθανό να δούμε τις χαρακτηριστικές δυσχρωμικές κηλίδες στις οσφυϊκές χώρες (σημείο Grey Turner). Οι

μεταβολές στις αναπνευστικές κινήσεις των κοιλιακών τοιχωμάτων είναι πολλές φορές χαρακτηριστικές.

Σε διάχυτο περιτοναϊκό ερεθισμό, όπως σε μια διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα, οι κοιλιακοί μυς μένουν ακίνητοι στην αναπνοή.

Αντίθετα εντοπισμένες φλεγμονές προκαλούν τοπική ακινησία των κοιλιακών τοιχωμάτων της χώρας που αντιστοιχεί το όργανο: σε οξεία παγκρεατίτιδα του κάτω δεξιού τεταρτημορίου, σε οξεία εκκολπωματίτιδα του υπογαστρίου και κάτω αριστερού τεταρτημορίου.

Οι αναπνοές αυξάνουν σε πολλές οξείες παθήσεις της κοιλιάς όπως σε περιτονίτιδα, μεγάλη διάταση των εντέρων ή ενδοκοιλιακή αιμορραγία.

Ψηλάφηση: Με την ψηλάφηση καθορίζουμε σε ποιό βαθμό και σε τι έκταση υπάρχει σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, την τοπική ευαισθησία και εάν υπάρχει κάποια ψηλαφητή μάζα ή διόγκωση.

Οι βασικές αρχές για μια καλή ψηλάφηση της κοιλιάς είναι ότι ο άρρωστος θα πρέπει να είναι ξαπλωμένος με τα πόδια μαζεμένα προς την κοιλιά και ο εξεταστής από την δεξιά πλευρά του αρρώστου θα αρχίσει να εξετάζει, με παλάμες ζεστές, από το σημείο της κοιλιάς που έχει τα λιγότερα ενοχλήματα, με μαλακές κινήσεις.

Αξίζει να αναφερθεί η "αντίστροφη ευαισθησία" (rebound tenderness) στον άρρωστο, αιφνίδια δηλαδή έξαρση του πόνου όταν το χέρι που πιέζει τα κοιλιακά τοιχώματα απομακρυνθεί απότομα. Συνήθως σημαίνει περιτοναϊκό ερεθισμό.

Επίκρουση: Η επίκρουση της κοιλιάς θα πρέπει να γίνεται με την ίδια λεπτότητα στις κινήσεις όπως και η ψηλάφηση.

Φυσιολογικά η κοιλιά δίνει στην επίκρουση ήχο τυμπανικό λόγω του αέρα που υπάρχει στον γαστρεντερικό σωλήνα, με εξαίρεση την ηπατική αμβλύτητα και την αμβλύτητα του σπληνός όταν είναι διογκωμένος.

Με την επίκρουση καθορίζουμε το βαθμό που έχει διαταθεί ο γαστρεντερικός σωλήνας, τα όρια του ήπατος και του σπλήνα, τυχόν εξαφάνιση της ηπατικής αμβλύτητας ή ενδοκοιλιακή μάζα, και την ύπαρξη ελεύθερου ή εγκυστωμένου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ακρόαση: Η ακρόαση της κοιλιάς θα πρέπει να γίνεται με υπομονή και ήπιους χειρισμούς. Στο φυσιολογικό περισταλτισμό του εντέρου ακούγονται 5-10 περισταλτικά κύματα κάθε ένα λεπτό.

Σε αποφρακτικό ειλεό έχουμε βίαια και συχνά περισταλτικά κύματα, που συμπίπτουν με την έξαρση του πόνου.

Σε παραλυτικό ειλεό έχουμε εξαφάνιση και του φυσιολογικού περισταλτισμού του εντέρου. Συσταλτικό φύσημα στην κοιλιά ακούγεται σε ανευρύσματα. Σε έντονο περισταλτισμό οι ήχοι ακούγονται από μακριά και καλούνται βορβορυγμοί.

Τα ευρήματα από την ακρόαση δεν θα πρέπει να υπερεκτιμηθούν και θα βοηθήσουν στη διάγνωση μόνο εάν συνδυασθούν με όλη την κλινική εικόνα.

2.3.6. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Στην οξεία κοιλία οι υπερβολικές εξετάσεις μπορούν να περιπλέξουν την κλινική εικόνα και να καθυστερήσουν σημαντικά τη διάγνωση. Αυτή η πρόταση υποστηρίζεται από πολλούς συγγραφείς. Πράγματι οι γνώμες διίστανται σχετικά με την αξία των ειδικών εξετάσεων στον οξύ κοιλιακό πόνο.

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν στην ιδιαίτερη αξία της λήψεως ιστορικού και της φυσικής εξέτασεως σε αυτόν τον κλινικό τομέα.

Οι ειδικές εξετάσεις που γίνονται συνήθως στην οξεία κοιλία είναι απλές, γρήγορες δοκιμασίες, όπως η μέτρηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου (για τη διαφορική διάγνωση οξείας

οκωληκοειδίτιδας και μη ειδικού κοιλιακού πόνου) και η ακτινογραφία της κοιλιάς.

Αν η διάγνωση είναι ασαφής και ο χρόνος το επιτρέπει, μπορεί να ενδείκνυται πιο περίπλοκη διερεύνηση, όπως:

- Γενικές και βιοχημικές εξετάσεις αίματος
- Ανάλυση ούρων
- Υπέρηχοι κοιλιάς
- Σπινθυρογράφημα
- Αξονική τομογραφία κοιλιάς

2.3.7. ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

Ο ακτινολογικός έλεγχος παίζει σημαντικό ρόλο:

- α) στην επιβεβαίωση της διαγνώσεως των αιτιών του οξέος κοιλιακού πόνου και
- β) κατά πόσο η περίπτωση είναι επείγουσα και εάν πρέπει να χειρουργηθεί ή όχι ο άρρωστος.

Επειδή παθήσεις που προκαλούν οξεία κοιλία αφορούν διάφορα όργανα, πρέπει και να εφαρμοσθεί διαφορετικός τρόπος ακτινολογικού ελέγχου. Ο έλεγχος πρέπει να αρχίζει πάντα με απλές ακτινογραφίες του θώρακα και της κοιλιάς σε όρθια και υπτία θέση και στη συνέχεια, ανάλογα με το πρόβλημα, να συμπληρώνεται με άλλες προβολές.

2.3.8. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΛΥΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

Η παρακέντηση και πλύση της κοιλιάς γίνεται αφού έχει ολοκληρωθεί η κλινική εξέταση και ο ακτινολογικός έλεγχος και εφ' όσον υπάρχουν ακόμη διαγνωστικές δυσκολίες, ιδιαίτερα σε άτομα που δεν έχουν επικοινωνία. Η παρακέντηση γίνεται με σύριγγα για μια χρήση στη μέση του κάθε τεταρτημορίου της κοιλιάς, στο έξω χείλος του ορθού κοιλιακού μυ.

Το αρνητικό αποτέλεσμα δεν είναι δεσμευτικό. Το υγρό που θα βγάλουμε μπορεί να είναι διαγυές, αιμορραγικό, χολώδες, πυώδες ή κοπρανώδες.

Δείγματα του υγρού που βγάλαμε στέλνονται για βιοχημική ανάλυση, για καλλιέργεια και για πρόχειρη στρώση για αρνητικά κατά Gram μικρόβια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3. ΑΙΤΙΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Όπως αναφερθήκαμε και στον πρόλογο, οι αιτίες που προκαλούν οξύ κοιλιακό πόνο είναι πάρα πολλές.

Προέρχονται από διαφορετικά συστήματα του οργανισμού του ανθρώπου.

Όμως οι κύριες αιτίες, που φέρνουν έναν άρρωστο στο νοσοκομείο, προέρχονται από το πεπτικό σύστημα.

Οι αιτίες αυτές είναι:

1. Οξεία σκωληκοειδίτιδα
2. Οξεία περιτονίτιδα
3. Οξεία χολοκυστίτιδα και χολαγγειίτιδα, ηπατικά αποστήματα
4. Οξεία παγκρεατίτιδα
5. Διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους
6. Εντερική απόφραξη
7. Οξείες παθήσεις παχέος εντέρου
8. Αγγειακές παθήσεις που προκαλούν οξεία κοιλία
9. Τραυματικές κακώσεις κοιλιάς

3.1. ΜΗ ΕΙΔΙΚΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Μ.Ε.Κ.Π.)

Πριν προχωρήσουμε θα ήταν χρήσιμο να αναφερόμασταν στον όρο Μ.Ε.Κ.Π., που συναντήσαμε και στο κεφάλαιο 2.2.

Ο μη ειδικός κοιλιακός πόνος αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία, που φέρνει έναν άρρωστο στο γιατρό με κοιλιακό πόνο διάρκειας μικρότερης από μια εβδομάδα.

Αποτελεί κατά σειρά συχνότητας, τη δέκατη αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο για άνδρες και την έκτη για τις γυναίκες.

Με την αυστηρή έννοια του όρου δεν αποτελεί διάγνωση. Έντούτοις η ταξινόμηση του αρρώστου σ' αυτήν την κατηγορία έχει δυο πλεονεκτήματα. Το πρώτο είναι ότι ο Μ.Ε.Κ.Π. αποτελεί μια γνήσια κατηγορία.

Σε βραχεία παρακολούθηση 532 περιπτώσεων, στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου του Leeds (Αγγλία), που κατατάχθηκαν στην κατηγορία Μ.Ε.Κ.Π., οι τελικές διαγνώσεις ήταν:

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| - Δυσπεψία | (89 ασθενείς) |
| - Δυσκοιλιότητα | (29 ασθενείς) |
| - Δυσμηνόρροια | (13 ασθενείς) |
| - Μεσεντέριος λεμφαδετίτιδα | (42 ασθενείς) |
| - Εντερίτιδα | (25 ασθενείς) |
| - Διάφορα αδιάγνωστα, άγνωστης φύσεως | (334 ασθενείς) |

Όπως βλέπουμε στην πλειονότητα των αρρώστων με Μ.Ε.Κ.Π. δεν τέθηκε ποτέ θετική διάγνωση και μετά από παρακολούθηση των ασθενών επί 1-3 χρόνια, δεν παρουσίασαν καμία σοβαρή νόσο.

Συμπέρασμα είναι, ότι στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων με Μ.Ε.Κ.Π. δεν τεκμηριώνεται ποτέ διάγνωση, ο πόνος υφίεται αυτόματα και ο άρρωστος πηγαίνει σπίτι του χωρίς πρόβλημα.

Το δεύτερο πλεονέκτημα αφορά την αντιμετώπιση του αρρώστου Μ.Ε.Κ.Π. σημαίνει ότι ο άρρωστος δεν έχει οξεία σκωληκοειδίτιδα, διάτρηση έλκους ή απόφραξη λεπτού εντέρου. Επίσης σημαίνει ότι δεν υπάρχει ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισεώς του.

Η κατάσταση αυτή μπορεί ωραιότατα να χαρακτηρισθεί ως "μη χειρουργικός κοιλιακός πόνος".

3.2. ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα αποτελεί την συχνότερη αιτία της οξείας κυρίως χειρουργικής κοιλίας. Η νόσος προσβάλλει σε ίση περίπου συχνότητα τα δύο φύλα με σχετική υπεροχή των ανδρών κατά τις ηλικίες μεταξύ

δεκαπέντε και εικοσιπέντε χρόνων. Είναι σπάνια κάτω από την ηλικία των τριών και πάνω από την ηλικία των εξήντα χρόνων, το μεγαλύτερο δε ποσοστό βρίσκεται σε ηλικία κάτω των τριάντα. Η θνητότητα στην οξεία σκωληκοειδίτιδα κυμαίνεται από 0,1 έως 15%, το δε ποσοστό εξαρτάται από την ηλικία του αρρώστου, την ύπαρξη επιπλοκής καθώς και από το είδος της επιπλοκής και βασικά από την έγκαιρη διάγνωση και την γρήγορη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Αιτιολογία - Παθογένεια: Ο βασικός και ο συχνότερος παθοφυσιολογικός μηχανισμός που προκαλεί οξεία σκωληκοειδίτιδα φαίνεται ότι είναι η απόφραξη του αυλού του οργάνου, συνηθέστερα από κοπρόλιθο και σπανιότερα από υπερτροφία του λεμφικού ιστού ή υπολείμματα φυτικών, κυρίως, τροφών ή εντερικά παράσιτα, ειδικότερα ασκαρίδες. Όταν λοιπόν από οποιαδήποτε αιτία αποφραχθεί η σκωληκοειδής απόφυση, η οποία μετατρέπεται σε έναν τυφλό σάκκο, προκαλείται διάταση του τμήματος που βρίσκεται περιφερικότερα με αποτέλεσμα ερεθισμό των τελικών απλήξεων των σπλαχνικών νεύρων.

Καθώς η διαταση του οργάνου αυξάνει είναι φυσικό να προκληθεί τριχοειδική και φλεβική στάση, από πίεση των φλεβών, ενώ η αρτηριακή παροχή διατηρείται.

Η κλινική συμπτωματολογία γίνεται πιο έντονη, η φλεγμονή του τοιχώματος, που φθάνει μέχρι τον ορογόνο, επεκτείνεται προς το περιτόναιο της περιοχής και προκαλεί τον πόνο σε όλο τον δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Η φλεγμονή στο τοίχωμα της σκωληκοειδούς δεν είναι άσηπτη, διότι ο ευαίσθητος στην αιμάτωση βλεννογόνος παθαίνει ρήξεις και επιτρέπει την είσοδο μικροβίων από τον αυλό στο τοίχωμα.

Όσο προχωρούν οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις, η σκωληκοειδής απόφυση οδηγείται σε γάγγραινα και διατρηση.

Κλινική εικόνα - Διάγνωση: Το πρώτο σύμπτωμα είναι ο πόνος, αρχικά στην περιοχή γύρω από τον ομφαλό.

Υστερα όμως από 4-6 ώρες, εντοπίζεται στην περιοχή του δεξιού λαγονίου βόθρου, ή σωστότερα, στην περιοχή που τυχαίνει να βρίσκεται η σκωληκοειδής απόφυση.

Τον πόνο συνοδεύουν και γενικά συμπτώματα όπως:

- ανορεξία
- καταβολή
- ναυτία και
- έμμετοι

Το σταθερότερο όμως από όλα είναι η ανορεξία, σε σημείου που αν δεν υπάρχει, πρέπει να αμφιβάλλει κανείς για την διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Από πλευράς κινητικότητας του εντέρου έχουμε συνήθως δυσκοιλιότητα, λόγω της ενδοπεριτοναϊκής φλεγμονής.

Αν όμως η φλεγμονή επεκτείνεται πίσω από την σκωληκοειδή και τον τελικό ειλεό, προς την πύελο, που γίνεται αρκετά συχνά, τότε ο ασθενής έχει διάρροιες.

Ο άρρωστος για να ανακουφιστεί παίρνει ύπτια κατακεκλημένη θέση, με τα πόδια, και κυρίως το δεξί, λυγισμένα προς την κοιλιά.

Ο πόνος επεκτείνεται χαρακτηριστικά, όταν τα πόδια ξανατεντωθούν, απομακρυνόμενα από την κοιλιά. Η κλινική εξέταση έχει πολύ μεγάλη σημασία για την τεκμηρίωση της διαγνώσεως της οξείας σκωληκοειδίτιδας και συχνά βάζει μόνη της την ένδειξη για εγχείρηση, χωρίς τη συμβολή παθολογικών εργαστηριακών εξετάσεων.

Τα κλινικά ευρήματα εξαρτώνται από το στάδιο, στο οποίο βρίσκεται η εξέλιξη της φλεγμονής της σκωληκοειδούς κατά την ώρα της ιατρικής εξετάσεως, αλλά και από την θέση της σκωληκοειδούς αποφύσεως και την ηλικία του ασθενούς.

Εργαστηριακές εξετάσεις: Μετά την κλινική εξέταση και εφόσον ο άρρωστος δεν έχει σηπτικό πυρετό (που δηλώνει διάτρηση του οργάνου με τοπική ή γενική περιτονίτιδα), πρέπει να γίνεται η εργαστηριακή μελέτη.

Σε κάθε οξύ κοιλιακό σύνδρομο, είναι κλασσικό πια, να γίνεται:

1. Απλή ακτινογραφία θώρακος και κοιλίας σε ορθία θέση.
2. Γενική αίματος.
3. Γενική ούρων.

Στην αιματολογική εξέταση, που πρέπει να είναι πλήρης και σχολαστική, έχουμε ένα ποσοστό 75% των αρρώστων που έχουν αυξημένες τιμές λευκών αιμοσφαιρίων, ιδιαιτέρως των πολυμορφοκυττάρων. Αυτό μας βοηθάει να διαφοροδιαγνώσουμε την οξεία σκωληκοειδίτιδα από τον Μ.Ε.Κ.Π.

Η γενική ούρων, πλήρως από βιοχημικής και μικροσκοπικής πλευράς, μπορεί να μας προσανατολίσει προς κάποια νόσο, η οποία είναι δυνατόν να υποδύεται οξεία σκωληκοειδίτιδα και από την οποία πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση.

Διαφορική διάγνωση: Η διαφορική διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας από άλλες νόσους, που προκαλούν σημειολογία από το δεξιό λαγόνιο βόθρο, δεν είναι πάντα εύκολη και είναι συχνές οι περιπτώσεις, που ασθενείς χειρουργούνται για οξεία σκωληκοειδίτιδα και τα εγχειρητικά ευρήματα δεν ανταποκρίνονται προς την προεγχειρητική διάγνωση.

Μερικά νοσήματα, από τα οποία πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι:

- Κωλικοί συρητήρα.
- Διαβητική οξεώση, κυρίως στα παιδιά.
- Μεσεντέριος λεμφαδενίτιδα.
- Οξεία δεξιά πυελονεφρίτιδα.
- Οξεία χολοκυστίτιδα.
- Ca τυφλού.
- Οξεία παγκρεατίτιδα.
- Ειλεός.
- Διάτρηση έλκους δωδεκαδακτύλου ή στομάχου.
- Γαστρεντερίτιδα.

- Ρήξη ανευρίσματος κοιλιακής αορτής.

Θεραπεία: Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι απόλυτα χειρουργική νόσος και η διάγνωσή της είναι ταυτόχρονα και ένδειξη για χειρουργική επέμβαση, αν και είναι δυνατόν η σκωληκοειδεκτομή να αναβληθεί για κάποιο διάστημα.

Σε περίπτωση που η διάγνωση αμφισβητείται ή χρειάζεται κάποιος χρόνος για την τεκμηρίωσή της, ο άρρωστος παρακολουθείται και ταυτόχρονα αρχίζει συντηρητική αγωγή, που βασικά είναι διακοπή της διατροφής και υγρών από το στόμα και παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.

Η αντιβίωση είναι τις πιο πολλές φορές απαραίτητη, αλλά για να χορηγηθεί πρέπει να υπάρχει κάποια διαγνωστική κατεύθυνση με σχετική απόδειξη, προς κάτι το "μολυσματικό". Πάντως η έναρξη της αντιβίωσης δεν πρέπει να καθυστερήσει.

3.3. ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Περιτονίτιδα ονομάζεται η φλεγμονή του περιτοναίου και διαιρείται σε δυο μεγάλες κατηγορίες, την πρωτοπαθή και την δευτεροπαθή.

3.3.1. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Πρωτοπαθής είναι η περιτονίτιδα στην οποία η φλεγμονώδη επεξεργασία αρχίζει από, και εντοπίζεται στο περιτόναιο.

Αιτιολογία: Η πρωτοπαθής περιτονίτιδα οφείλεται κυρίως στον πνευμονιόκοκκο και πολύ σπάνια, στον αιμολυτικό στρεπτόκοκκο.

Κλινική εικόνα: Ο άρρωστος παραπονιέται για έντονο κοιλιακό πόνο, διάχυτο ή εντοπισμένο, έχει υψηλό πυρετό, είναι ευερέθιστος και καμιά φορά εμφανίζει διάρροια και έμετο. Η κοιλιά του είναι ευαίσθητη, επώδυνη και έχει μάλλον ζυμώδη σύσπαση. Οι εντερικοί ήχοι απουσιάζουν ή είναι εξασθενημένοι. Μετά το στάδιο της προσβολής αναπτύσσονται ενδοκοιλιακά αποστήματα σε θέσεις, όπως είναι οι υποδιαφραγματικοί χώροι, η υφηπατική χώρα και μεταξύ των εντερικών ελίκων.

Διάγνωση: Η διάγνωση θα στηριχθεί στην κλινική εικόνα και στην κλινική εξέταση του ασθενούς (εμφανίζει αναπηδώσα ευαισθησία, ενδεικτικό φλεγμονής του περιτοναίου).

Διάγνωση πρωτοπαθούς περιτονίτιδας χωρίς να υπάρχει μικροβιακή απόδειξη του πνευμονόκοκκου είναι επικίνδυνη.

Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να γίνει παρακέντηση της κοιλιάς και να αναζητηθεί η ταυτότητα του μικροβίου σε άμεση χρήση και σε καλλιέργεια.

Εργαστηριακή εξέταση: Από την εξέταση αίματος έχουμε λευκοκυττάρωση με έντονη πολυμορφοπυρήνωση.

Θεραπεία: Η θεραπεία στην πρώτη φάση είναι συντηρητική. Η χορήγηση πενικιλίνης άλλαξε ριζικά την πρόγνωση της νόσου. Εφ' όσον σχηματισθούν αποστήματα η θεραπεία είναι χειρουργική παροχέτευση και αγωγή εναντίον της περιτονίτιδας.

3.3.2. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Αποτελεί τη συνηθέστερη μορφή περιτονίτιδας.

Η δευτεροπαθής περιτονίτιδα είναι το αποτέλεσμα της μόλυνσης του περιτοναίου από φλεγμονή ή διασπορά κάποιου άλλου ενδοκοιλιακού οργάνου.

Αιτιολογία: Τα κύρια αίτια δευτεροπαθούς περιτονίτιδος είναι:

1. Οξεία σκωληκοειδίτιδα
2. Οξεία χολοκυστίτιδα
3. Ρήξη εντέρου
4. Οξεία παγκρεατίτιδα
5. Οξεία εκκολπωματίτιδα
6. Διάτρηση στομάχου
7. Απόφραξη μεσεντερίων αγγείων

Τα μικρόβια που την προκαλούν εξαρτώνται βέβαια από το σπλάχνο από το οποίο προέρχεται η βασική μόλυνση.

Παράγοντες οι οποίοι παίζουν ρόλο στην πρόγνωση της νόσου είναι η πηγή της μόλυνσεως, η ηλικία και τυχόν συστηματικές νόσοι.

Κλινική εικόνα: Η συμπτωματολογία της οξείας δευτεροπαθούς περιτονίτιδας είναι πλούσια. Το κυριώτερο σύμπτωμα είναι ο πόνος. Ο πόνος, στα αρχικά στάδια τουλάχιστον, είναι πιο έντονος στην περιοχή όπου και η αρχική εστία. Όσο όμως περνά ο χρόνος και η περιτονίτιδα γενικεύεται, επεκτείνεται σε ολόκληρη την κοιλιά. Ο έμετος είναι ένα σύμπτωμα που συνοδεύει τον πόνο και είναι συχνό εύρημα στην αρχή. Εφ' όσον όμως επιμένει σημαίνει ότι υπάρχει και εντερική απόφραξη. Λόξιγκας παρατηρείται επίσης και είναι αποτέλεσμα του περιτοναϊκού ερεθισμού των διαφραγμάτων. Ο πυρετός στην αρχική φάση δεν έχει ιδιαίτερους χαρακτήρες αν και όταν περνούν οι ώρες παρατηρείται αύξησή του.

Διαφορική διάγνωση: Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει κυρίως από ορισμένες συστηματικές παθήσεις, οι οποίες μιμούνται τα συμπτώματα της οξείας κοιλίας, όπως:

1. Οξεία διαλείπουσα πορφυρία
2. Αιμολυτικές κρίσεις
3. Διαβητική οξέωση

Θεραπεία: Η θεραπεία της περιτονίτιδας (δευτεροπαθούς) είναι χειρουργική. Πριν όμως το άτομο οδηγηθεί στο χειρουργείο, πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα δηλαδή:

- α) εξασφάλιση φλεβικής γραμμής
- β) αποσυμφόρηση του στομάχου με τη βοήθεια ρινογαστρικού καθετήρα
- γ) χορήγηση των αναγκαίων ποσοτήτων υγρών και ηλεκτρολυτών
- δ) χορήγηση αντιβιοτικών

Μετά την προετοιμασία ο άρρωστος οδηγείται στο χειρουργείο, και εκτελείται η κατάλληλη επέμβαση, ανάλογα με το αίτιο της περιτονίτιδας.

Όταν τελειώνει η επέμβαση, οι περισσότεροι χειρουργοί πλένουν την περιτοναϊκή κοιλότητα με άφθονο φυσιολογικό ορό, για το μηχανικό καθαρισμό της κοιλιάς. Τέλος, παροχετεύουν την περιτοναϊκή κοιλότητα με μια ή και περισσότερες παροχετεύσεις.

3.4. ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Οξεία χολοκυστίτιδα είναι η φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως. Παρουσιάζεται συνήθως σε ενήλικες και κυρίως γυναίκες παχύσαρκες, πολύτοκες, γύρω στην ηλικία των 40 ετών.

Αιτιολογία: Η οξεία χολοκυστίτιδα μπορεί να είναι σε μεγάλη συχνότητα χολολιθιασική ή και μη χολολιθιασική. Η σχέση οξείας χολοκυστίτιδας με τη χολολιθίαση είναι μεγάλη.

Σε ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 90% η οξεία χολοκυστίτιδα συνυπάρχει με χολολίθους. Συνήθως η νόσος αρχίζει με απόφραξη του κυστικού πόρου. Στο υπόλοιπο 10% περίπου των περιπτώσεων δεν υπάρχει ιστορικό ή ευρήματα χολολιθίασεως. Οι επί μέρους αιτιολογικοί παράγοντες στις περιπτώσεις αυτές είναι διάφοροι και μερικές φορές άγνωστοι, οι κυριώτεροι από τους οποίους είναι:

1. Συστηματικές λοιμώξεις (διάφοροι μικροοργανισμοί).
2. Συστηματικές νόσοι (σακχαρώδη διαβήτη, σαρκοειδωση και άλλες).
3. Συστροφή χολυδόχου κύστεως ή τραύμα.

Κλινική εικόνα: Η συμπτωματολογία στην οξεία χολοκυστίτιδα αρχίζει συνήθως με ηπατικό κολικό. Ένα πόνο δηλαδή που παρουσιάζεται αιφνίδια και φθάνει γρήγορα σε μεγάλη ένταση και εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο ή επιγάστριο, αντανακλά δε στο δεξιό ώμο ή στο δεξιό άνω άκρο, που κάνει τον άρρωστο εξαιρετικά ανήσυχο. Ο πόνος συνοδεύεται πολλές φορές από ναυτία ή χολώδεις εμετούς που προκαλούν προσωρινή ανακούφιση. Ο πυρετός παρουσιάζει σχετική αύξηση τις πρώτες ώρες, μετά όμως μια ημέρα

ανεβαίνει πάνω από 38°C και συνοδεύεται από ρίγος και συχνοφυγμία και πιθανώς ίκτερο στους επιπεφυκότες.

Η συχνότητα των διαφόρων συμπτωμάτων συνοπτικά είναι:

- Πόνος 95%
- Πυρετός 64 %
- Ίκτερος 42%
- Εμετός 40%

Εργαστηριακές εξετάσεις: Οι εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται είναι:

1. Γενική αίματος, όπου βρίσκουμε:
 - αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων
 - μικρή αύξηση χολερυθρίνης
2. Απλή ακτινογραφία κοιλιάς
3. Ενδοφλέβια πυελογραφία
4. Αξονική τομογραφία
5. Υπερηχοτομογραφία
6. Επείγουσα ραδιοϊσοτοπική χολοκυστογραφία

Διαφορική διάγνωση: Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από:

1. Διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.
2. Οξεία παγκρεατίτιδα.
3. Οξεία σκωληκοειδίτιδα.
4. Ηπατίτιδα.
5. Πνευμονία της δεξιάς βάσης του πνεύμονα.

Θεραπεία: Η θεραπεία της οξείας χολοκυστίτιδας μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να γίνει ή ως επείγουσα, μέσα σε 12 ώρες δηλαδή από την αρχή της κρίσης, ή ως πρώιμη, μέσα στις πρώτες τέσσερις ημέρες, είτε εκελκτική, μετά από ένα με δυο μήνες.

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει:

Διακοπή της τροφής από το στόμα και χορήγηση νερού και ηλεκτρολυτών. Ως παυσίπονο χορηγείται πεθιδίνη ή συνδυασμός παυσιπόνων και σπασμολυτικών. Επίσης δίνουμε αντιβιοτικά ευρέος φάσματος που να περιλαμβάνουν μικρόβια Gram θετικά και αρνητικά, αερόβια και αναερόβια. Με την αγωγή αυτή πολλές φορές η κρίση περνά μέσα σε 2-3 ημέρες. Αφού ηρεμήσει ο άρρωστος γίνεται πλήρης έλεγχος για να διαπιστωθεί η αιτιολογία του παροξυσμού και εφ' όσον πρόκειται για χολολιθιασική χολοκυστίτιδα προγραμματίζεται ο άρρωστος για χειρουργική επέμβαση μετά τουλάχιστον 2-3 μήνες. Σε περίπτωση που η συντηρητική αγωγή δεν αποδώσει μέσα σε 48 ώρες, και δεν αρχίσει ικανοποιητική βελτίωση του αρρώστου, θα πρέπει να γίνει χειρουργική επέμβαση.

Οι επεμβάσεις που μπορεί να γίνουν είναι:

1. Χολοκυστεκτομή

Η χολοκυστεκτομή δεν είναι δυσχερής εφ' όσον γίνει στις τέσσερις πρώτες ημέρες, διότι δεν έχουν ακόμη προλάβει να σχηματισθούν συμφύσεις και νεόπλαστα αγγεία που κάνουν πολλές φορές την επέμβαση δύσκολη.

2. Χολοκυστοστομία

Εφ' όσον πρόκειται για άτομα με πολύ βαρεία γενική κατάσταση και επιβαρυσμένη την αναπνευστική, καρδιακή ή νεφρική λειτουργία μπορεί να γίνει απλή παροχέτευση της χοληδόχου, δηλαδή χολοκυστοστομία.

3.5. **ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ**

Οξεία χολαγγειΐτιδα είναι μια οξεία φλεγμονή των χοληφόρων οδών.

Αιτιολογία: Τις περισσότερες φορές είναι αποτέλεσμα ανιούσης λοιμώξεως, η οποία ευνοείται από την χολόσταση. Παρατηρείται περισσότερο στα ηλικιωμένα άτομα, εφ' όσον το 70% των ηλικιωμένων με χολολίθους έχουν μολυσμένη χολή. Στη χώρα μας αρκετά συχνά η οξεία χολαγγειΐτιδα είναι αποτέλεσμα ρήξεως στα χοληφόρα εχινόκοκκου κύστεως και σπανιότερα οφείλεται σε παρασιτώσεις (ασκαρίδες).

Κλινική εικόνα: Οι χαρακτηριστικές κλινικές εκδηλώσεις της οξείας χολαγγειΐτιδας περιλαμβάνει πυρετό, ρίγος και αποφρακτικό ίκτερο (κλασσική τριάδα του Charcot).

Ο πυρετός είναι υφέσιμος και συνοδεύεται από ρίγος στις εξάρσεις του, ενώ στις υφέσεις από εφιδρώσεις. Λόγω της φλεγμονής και της διογκώσεως του ήπατος διατείνεται και η κάψα του Glisson με αποτέλεσμα το ήπαρ να είναι επώδυνο στη ψηλάφηση, ο δε πόνος επιδεινώνεται με τη βαθεία και αιφνίδια εισπνοή.

Εργαστηριακές εξετάσεις: Στην αιματολογική εξέταση βρίσκουμε

- λευκοκυττάρωση
- αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης
- αύξηση της τιμής της χολερυθρίνης
- αύξηση της πυροσταφυλλικής και οξαλοξικής τρανσαμινάσης

Επίσης πληροφορίες δίνουν και:

- η ακτινογραφία κοιλίας
- η υπερηχοτομογραφία και
- η αξονική τομογραφία

Θεραπεία: Η θεραπεία της οξείας πυώδους χολαγγειΐτιδας είναι βασικά χειρουργική. Η προεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών αίματος και ευρέος φάσματος αντιβιοτικών που να περιλαμβάνουν τα Gram αρνητικά και θετικά μικρόβια. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει χολοκυστεκτομή και ευρεία παροχέτευση του χοληδόχου πόρου.

3.6. ΗΠΑΤΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ

Τα ηπατικά αποστήματα είναι συνήθως ή από πυογόνα μικρόβια ή αμοιβαδικά.

A. Από πυογόνα μικρόβια

Τα αποστήματα του ήπατος από πυογόνα μικρόβια είναι σήμερα συχνότερα στα ηλικιωμένα άτομα και αποτελούν πολλές φορές επιπλοκή παθήσεων των χοληφόρων. Προκαλούν σοβαρή κλινική κατάσταση και η θνητότητα μπορεί να είναι υψηλή, μέχρι και 80%.

Αιτιολογία: Τα πυογόνα αποστήματα του ήπατος είναι δυνατό να προέλθουν από:

- Στάση στα χοληφόρα
- Πυλαιοφλεβίτιδα
- Σηψαιμία
- Μόλυνση κύστεων (συνήθως εχινόκοκκων)
- Φλεγμονή κατά συνέχεια ιστού (από άλλα όργανα)
- Τραυματισμούς

Κλινική εικόνα: Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

- Πυρετός, πολλές φορές σηπτικός
- Πόνος στο δεξιό υποχόνδριο ή στη βάση του θώρακα (λόγω ηπατομεγαλίας)
- Ανορεξία
- Ναυτία
- Έμετος

Εργαστηριακές εξετάσεις: Από τις αιματολογικές εξετάσεις σημειώνουμε:

- την λευκοκυττάρωση
- την αύξηση της Τ.Κ.Ε.
- την αύξηση της χολερυθρίνης
- την υποπρωτεϊναιμία

Θεραπεία: Η θεραπεία των πυογόνων αποστημάτων είναι φαρμακευτική και χειρουργική.

Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει κυρίως την χορήγηση αντιβιοτικών για αερόβια και αναερόβια μικρόβια, θετικά και αρνητικά κατά Gram. Αντιβιοτικά χορηγούνται επίσης απ' ευθείας μέσω του σωλήνα kehr που έχει μπει στο χοληδόχο πόρο.

Η χειρουργική θεραπεία εκλογής είναι η απ' ευθείας διάνοιξη του αποστήματος με διακοιλιακή οδό. Η αποστηματική κοιλότητα θα πρέπει να παροχευτευθεί με αντιβιοτικά.

B. Από αμοιβαδικά μικρόβια

Τα αμοιβαδικά αποστήματα αποτελούν το 3%-10% των ηπατικών αποστημάτων.

Αιτιολογία: Η νόσος οφείλεται στις *Amoebus histolitica* οι οποίες παρασιτούν στο έντερο. Στο ήπαρ φθάνουν από την πυλαία κυκλοφορία, και είναι αποτέλεσμα κακής υγιεινής.

Κλινική εικόνα: Παρατηρείται πόνος στο δεξιό υποχόνδριο, ή τη βάση του ημιθωρακίου, στο επιγάστριο ή τη δεξιά ωμοπλάτη. Ο πόνος αυτός μερικές φορές εισβάλλει απότομα και συνοδεύεται από ρίγος.

Πολλές φορές υπάρχουν ελαφρά συμπτώματα όπως:

- ανορεξία
- ναυτία
- απώλεια βάρους με αδυναμία
- συνοδά συμπτώματα αμοιβαδώσεως (όπως διάρροιες).

Εργαστηριακές εξετάσεις: Από την γενική αίματος παρατηρείται:

- λευκοκυττάρωση
- αναιμία νορμόχρωμη με αύξηση T.K.E.
- υπολευκωματαιμία

Επίσης γίνονται:

- ακτινογραφία ήπατος
- εκλεκτική αρτηριογραφία
- σπινθηρογράφημα

- υπερηχοτομογραφία
- αξονική τομογραφία

Θεραπεία: Η θεραπεία των αμοιβαδικών αποστημάτων περιλαμβάνει την χορήγηση:

- α) Μετρονιδαζόλης (Flagyl tb)
- β) Διφωσφορικής χλωροκίνης

3.7. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Πρόκειται για οξεία φλεγμονή του παγκρέατος, που προκαλείται από πληθώρα αιτιών. Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια από τις παθήσεις εκείνες που προκαλούν οξεία χειρουργική κοιλία, χωρίς όμως να είναι απαραίτητη η άμεση χειρουργική επέμβαση. Για το λόγο αυτό και η ακριβής διάγνωσή της είναι απαραίτητη.

Είναι νόσος κυρίως της πέμπτης δεκαετίας της ζωής, η συχνότητα δε προσβολής αυξάνεται προοδευτικά μετά την ηλικία των 30 χρόνων.

Αιτιολογία: Πολυάριθμοι είναι οι παράγοντες που έχουν αναφερθεί για την αιτιολογία της οξείας παγκρεατίτιδας, όπως: λιθίαση χοληφόρων, χρόνιας αλκοολισμός, μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα, απόφραξη του παγκρεατικού πόρου, υπερλιπιδαιμία και υπερπαραθυρεοειδισμός, φλεγμονή, αγγειακή νόσος, ανοσοβιολογικοί και αρκετοί λαλοι σπάνιοι παράγοντες.

Θα σταθούμε στους δυο κυριώτερους, τη χολολιθίαση και τον αλκοολισμό.

1. Χολολιθίαση

Η χολολιθίαση είναι η πιο συχνή πάθηση που σχετίζεται με την οξεία παγκρεατίτιδα (45% του συνόλου). Στα 95% αυτών των περιπτώσεων, ανακαλύπτεται η παρουσία χολολίθου στα κόπρανα των παχόντων. Φαίνεται λοιπόν πιθανό, ότι κατά τη δίοδο των χολολίθων προς το δωδεκαδάκτυλο είτε αποφράσσεται μηχανικά η κοινή εκβολή του χοληδόχου και του παγκρεατικού πόρου στο ύψος του φύματος του Vater από την ενσφήνωση του χολολίθου,

είτε προκαλείται σπασμός του σφιγκτήρα του Oddi. Η χολή που παράγεται στο ήπαρ φέρεται προς τον παγκρεατικό πόρο και ενεργοποιεί τα πρωτεολυτικά ένζυμα του παγκρεατικού υγρού. Το πάγκρεας εξακολουθεί να παράγει παγκρεατικό υγρό, με αποτέλεσμα οι ενδοαυλικές πιέσεις του εκφορητικού συστήματος του οργάνου να αυξάνονται. Έτσι έχουμε τη ρήξη των μικρών εκφορητικών πόρων, λόγω του λεπτότερου τοιχώματός τους και την έξοδο του παγκρεατικού υγρού προς το διάμεσο ιστό, με συνέπεια τη φλεγμονή του οργάνου.

2. Αλκοολισμός

Δυο είναι όμως οι κύριοι μηχανισμοί που έχουν αναφερθεί:

- α) Η λήψη του οινοπνεύματος προκαλεί αύξηση της γαστρικής εκκρίσεως, η οποία διεγείρει την εξωκρινή μοίρα του παγκρέατος. Επειδή όμως το οινόπνευμα προκαλεί και φλεγμονή στο φύμα του Vater, παρεμποδίζεται η ελεύθερη εκροή του παγκρεατικού υγρού και αυτό καταλήγει στην πρόκληση οξείας παγκρεατίτιδας.
- β) Ο δεύτερος μηχανισμός αναφέρεται στην αυξημένη έκκριση πρωτεϊνών στο παγκρεατικό υγρό σε αλκοολικούς. Οι πρωτεΐνες αυτές καθιζάνουν στο παγκρεατικό πόρο και προκαλούν ενδοαυτικά κωλύματα στην ελεύθερη εκροή του υγρού.

Κλινικές εκδηλώσεις: Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας παγκρεατίτιδας είναι:

- Ο πόνος, που αποτελεί το κυριότερο σύμπτωμα της νόσου. Για το λόγο αυτό έχει μεγάλη σημασία όταν παίρνουμε το ιστορικό και καθορίζουμε και τους ακριβείς χαρακτήρες του. Εντοπίζεται κυρίως στο επιγάστριο. Η μορφολογία του συνίσταται σε αιφνίδια έναρξη, που η ένταση που προοδευτικά αυξάνει τις λίγες επόμενες ώρες. Πολλές φορές ο πόνος παρουσιάζεται μετά από βαρύ φαγητό και λήψη οινοπνευματωδών.
- Ναυτία και εμετός. Οι εμετοί είναι συνήθως επανειλημμένοι και μικροί σε όγκο, με περιεχόμενο γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό.

- Ανορεξία.
- Δυσπεπτικά ενοχλήματα.
- Εντονη αποβολή αερίων με μετεωρισμό.

Εργαστηριακές εξετάσεις: Η πιο συχνή εργαστηριακή εξέταση είναι η αμυλάση ορού αίματος και ούρων, που είναι αυξημένη. Αυξάνει η λιπάση του ορού, όπως επίσης και η τιμή του σακχάρου αίματος και ούρων.

Ενδεικτικό οξείας παγκρεατίτιδας είναι η μείωση της τιμής του ασβεστίου.

Άλλες εξετάσεις που βοηθούν στη διάγνωση είναι η ακτινογραφία κοιλίας και η αξονική τομογραφία.

Θεραπεία: Περιλαμβάνει τρία σκέλη:

1. Συντηρητική αγωγή
2. Μέτρα υποστηρίξεως
3. Χειρουργική θεραπεία

1. Συντηρητική αγωγή

Διάφορα μέτρα εφαρμόζουν στην αγωγή αυτή. Τα μέτρα αποσκοπούν στην:

α) Αναστολή της εξωκρινούς εκκρίσεως του παγκρέατος με:

- τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα
- δίαιτα (τίποτα per os)
- χορήγηση ανιοξίνων και
- φαρμακευτική αγωγή

β) Αναστολή της δράσεως των ενζύμων που παράγει το πάγκρεας,

γ) Αντιφλεγμονώδη και αντιμικροβιακή αγωγή,

δ) Βελτίωση της μικροκυκλοφορίας του παγκρέατος με χορήγηση ηπαρίνης και

ε) Απομάκρυνση από τον οργανισμό ενζύμων και άλλων τοξικών ουσιών, με περιτοναϊκές πλύσεις.

2. Μέτρα υποστηρίξεως

Περιλαμβάνονται:

- Ανακούφιση από τον πόνο (συνήθως χορήγηση υδροχλωρικής πεθιδίνης).
- Αναπλήρωση όγκου και ηλεκτρολυτών.
- Αναπνευστική λειτουργία (χορήγηση O₂).

3. Χειρουργική θεραπεία

Χειρουργική επέμβαση στην οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να γίνει για δύο λόγους: Είτε σε πρώιμα στάδια, για να διακόψουμε την εξέλιξη της νόσου και να προλάβουμε τις επιπλοκές, είτε για τη θεραπεία των επιπλοκών, που είναι:

- Shock
- Από το αναπνευστικό
- Διαταραχές της πυκτικότητας
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Σηπτικές επιπλοκές
- Ηπατική ανεπάρκεια
- Εγκεφαλοπάθεια (σε αλκοολικούς)

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται είναι:

- α) Εγχείρηση στα χοληφόρα
- β) Παροχέτευση παγκρεατικού χώρου
- γ) Παγκρεατεκτομή

3.8. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Η διάτρηση έλκους του στομάχου ή δωδεκαδακτύλου αποτελεί την τρίτη σε συχνότητα αιτία οξείας χειρουργικής κοιλίας.

Συχνότητα: Παρ' ότι δεν είναι δυνατόν να ξέρουμε με ακρίβεια το ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από έλκος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου (παρά μόνο αυτούς που πάνε στο γιατρό ή το νοσοκομείο) διάχυτη είναι η εντύπωση ότι τα τελευταία χρόνια η συχνότητά τους έχει

αυξηθεί. Συχνότερα διατριπαίνονται τα δωδεκαδακτυλικά από τα γαστρικά έλκη (8-10:1).

Αιμορραγία συνυπάρχει σ' ένα ποσοστό 10-15%. Οι περισσότερες διατρήσεις συμβαίνουν σε άτομα από 25 μέχρι 50 ετών και συχνότερα σε άνδρες (10:1). Συμβαίνουν συνήθως το βράδυ 4-5 ώρες μετά το φαγητό. Η θνητότητα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες αλλά κυρίως από τον χρόνο που πέρασε από την διάτρηση μέχρι την χειρουργική αντιμετώπιση.

Αιτιολογία: Ένα έλκος θεωρείται ότι διατρήθηκε όταν τρυπήσει τον ορογόνο χιτώνα μετά από οξεία ή χρόνια διάτρηση των υπολοίπων τοιχωμάτων του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου. Το πως ένα έλκος διατριπαίνεται δεν είναι γνωστό. Ο τραυματισμός του έλκους και η χορήγηση βαρίου για ακτινολογικό έλεγχο του στομάχου έχουν ενοχοποιηθεί αλλά δεν φαίνονται σοβαροί παράγοντες.

Το ψυχικό stress ίσως παίζει κάποιο σοβαρότερο ρόλο, μιας και έχει παρατηρηθεί ότι άρρωστοι με διάτρηση δίνουν στο ιστορικό τους στοιχεία ψυχικής κοπώσεως ή αυξημένου άγχους τις μέρες που προηγήθηκαν απ' την διάτρηση.

Η αυτοπεψία όμως του πυθμένα του έλκους είναι ο αποφασιστικός και τελικός παράγοντας της διατρήσεως.

Κλινική σημειολογία: Τα συμπτώματα που εμφανίζονται και χαρακτηρίζουν την κάθε φάση από τις 3 της συμπτωματολογίας της διατρήσεως έλκους είναι:

1. Η φάση της καταρρεύσεως ή του αρχικού Shock:
 - Δυνατός και γενικευμένος κοιλιακός πόνος
 - Ανήσυχη όψη. Πρόσωπο ωχρό
 - Κρύα άκρα. Κρύος ιδρώτας στο πρόσωπο
 - Υποθερμία. Σφυγμός μικρός και αδύνατος
 - Επιπόλαιη αναπνοή. Ρεψίματα, ναυτία, εμετός
 - Πόνος στον ένα ή και στους δυο ώμους

2. Η φάση της αντιδράσεως ή της καλυμμένης περιτονίτιδας:

- Ο πόνος στην κοιλιά λιγοστεύει. Σταματούν οι έμετοι
- Οψη καλύτερη
- Θερμοκρασία και σφυγμός φυσιολογικά
- Αναπνοή επιπόλαιη
- Κοιλιακό τοίχωμα σε σύσπαση, πολύ ευαίσθητο, επίπεδο ή συχνά σκαφοειδές
- Κάθε μετακίνηση του κορμιού προκαλεί πόνο στην κοιλιά

3. Η φάση της αληθινής περιτονίτιδας ή του τοξικού shock:

- Σχυνοί έμετοι
- Κοιλιά ευαίσθητη και μετεωρισμένη
- Σφυγμός μικρός και συχνός
- Θερμοκρασία λίγο κάτω ή πάνω από το φυσιολογικό
- Αναπνοή εργώδης και γρήγορη

Διαφορική διάγνωση: Γίνεται από:

- Οξεία σκωληκοειδίτιδα
- Ρήξη εξωμήτριας εγκυμοσύνης
- Οξεία εντερική απόφραξη
- Θρόμβωση μεσεντερίων αγγείων
- Οξεία παγκρεατίτιδα
- Οξεία χολοκυστίτιδα
- Οξεία πρωτοπαθής περιτονίτιδα

Θεραπεία: Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

α) Συντηρητική θεραπεία. Αυτή περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και συνεχή αναρρόφηση του περιεχομένου του στόμαχου, όχι όμως με αντλία.
- Συχνή, κάθε μια ώρα, καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- Καθημερινά ακτινογραφίες κοιλίας.
- Προσεκτικό ισοζύγιο νερού και ηλεκτρολυτών.

- Χορήγηση παυσιπόνων και αντιβιώσεως.

β) Χειρουργική επέμβαση. Η χειρουργική θεραπεία θεωρείται γενικά σαν η καλύτερη θεραπεία. Θεωρείται γενικά σαν η καλύτερη για τους περισσότερους από τους αρρώστους.

Συνίσταται στην:

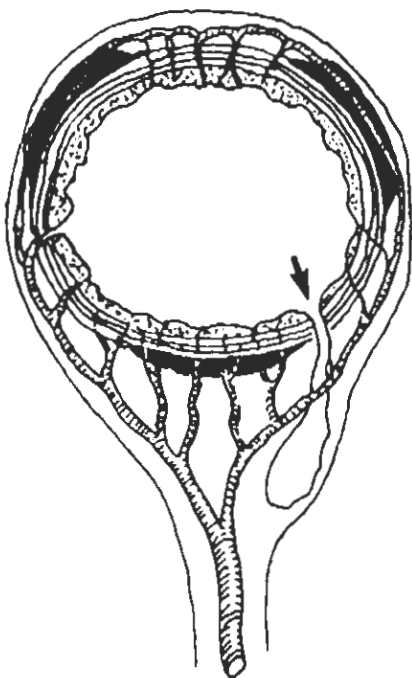
- απλή συρραφή της διατρήσεως και
- ριζική (θεραπεία) εγχείρηση διατρηθέντος έλκους.

3.9. ΟΞΕΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.9.1. ΟΞΕΙΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΤΙΔΑ

Η εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου θεωρείται νόσος του πολιτισμού διότι έχει άμεση σχέση με το είδος της διατροφής. Ερχεται ως αποτέλεσμα της μεγάλης μείωσης με διατροφή από φυτικές τροφές. Αν και η νόσος ήταν γνωστή από τα μέσα του περασμένου αιώνα, εν τούτοις στις σύγχρονες κοινωνίες έχει γίνει η πιο συχνή πάθηση για το παχύ έντερο.

Συχνότητα: Η συχνότητα είναι μεγαλύτερη σε άτομα άνω των 60 ετών. Από αυτούς το 15-20% θα παρουσιάσει επιπλοκές. Το 80% των εκκολπωμάτων εντοπίζεται στο κατιόν κόλο και το οιγμοειδές.



Παθογένεια των εκκολπωμάτων.

Ο μηχανισμός της εκκολπωμάτωσης είναι ο εξής:

Η υπερτροφία των κυκλοτερών μυών σχηματίζει ζώνες που έχουν υψηλή πίεση. Στα ευένδοτα σημεία που βρίσκονται μεταξύ των κολικών ταινιών και ιδιαίτερα στο μεσεντερικό χείλος, όπου δημιουργούνται φυσιολογικά ανοίγματα για να μπουν τα αγγεία, δημιουρ-

γείται κήλη του βλεννογόνου, τα εκκολπώματα.

Η τοπογραφική αυτή σχέση των εκκολπωμάτων με τα τροφοφόρα αγγεία του εντέρου είναι και ο λόγος που τα εκκολπώματα είναι δυνατόν να επιπλακούν με σοβαρή αιμορραγία. Εφ' όσον τα εκκολπώματα είναι τυχαίο εύρημα και δεν προκαλούν ενοχλήματα ή επιπλοκές μιλάμε για εκκολπώματα. Αν προκαλούν όμως ενοχλήματα, όπως πόνο, διαταραχές στις κενώσεις ή αιμορραγία πρόκειται για εκκολπωματική νόσο. Η οξεία εκκολπωματίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του εκκολπώματος και περιεκκολπωματικά αποστήματα.

Κλινική εικόνα: Η συμπτωματολογία της οξείας εκκολπωματίτιδας αρχίζει συνήθως με μάλλον αιφνίδιο και έντονο πόνο, που εντοπίζεται στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς. Ο εμετός είναι το δεύτερο σύμπτωμα που συχνά συνοδεύει την οξεία εκκολπωματίτιδα.

Άλλα συμπτώματα είναι:

- Διαταραχές στις κενώσεις
- Αιμορραγία (μικρή)

Διαγνωστικά μέσα: Από τη γενική αίματος παρατηρείται λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο.

Επίσης γίνονται:

- Σιγμοειδοσκόπηση
- Απλή ακτινογραφία κοιλιάς

Διαφορική διάγνωση: Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις παθήσεις, όπως:

- Καρκίνος
- Νόσος του Crohn ή κοκκιωματώδης κολίτιδα
- Ελκώδεις κολίτιδα
- Ισχαιμική κολίτιδα

Επιπλοκές: Τέσσερις είναι οι κύριες επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει η εκκολπωματίτιδα:

1. Διάτρηση εκκολπώματος
2. Συρίγγια
3. Απόφραξη εντέρου
4. Αιμορραγία

Θεραπεία: Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική

1. Συντηρητική θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει:

- α) Ρινογαστρικό σωλήνα για την αποσυμφόρηση του στομάχου.
- β) Πausίπονα (υδροχλωρική πεθιδίνη).
- γ) Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.
- δ) Αντιβιοτική.

2. Χειρουργική θεραπεία

Χειρουργική θεραπεία μπορεί να γίνει είτε προγραμματισμένη, μετά από την υποχώρηση της οξείας προσβολής, ή κατά τη διάρκειά της, κυρώς για να αντιμετωπισθούν οι επιπλοκές.

Η χειρουργική επέμβαση στις περιπτώσεις αυτές είναι αφαίρεση του τμήματος που πάσχει.

3.10. ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

Η εντερική απόφραξη είναι από τις οξείες καταστάσεις της κοιλίας που η πρόγνωση τους έχει αρκετά βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια.

Αυτό οφείλεται σε δυο κύριους παράγοντες:

1. Την κατανόηση της φυσιοπαθολογίας της νόσου με αποτέλεσμα την έγκαιρη αντιμετώπιση των διαταραχών που προκαλεί και
2. Την έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική επέμβαση, με όλες τις δυνατότητες που δίνει η σημερινή εντατική παρακολούθηση των αρρώστων αυτών για την πρόληψη και θεραπεία των επιπλοκών.

Αιτιολογία: Όταν παρεμποδίζεται η φυσιολογική προώθηση του περιεχομένου του εντέρου έχουμε εντερική απόφραξη ή ειλεό.

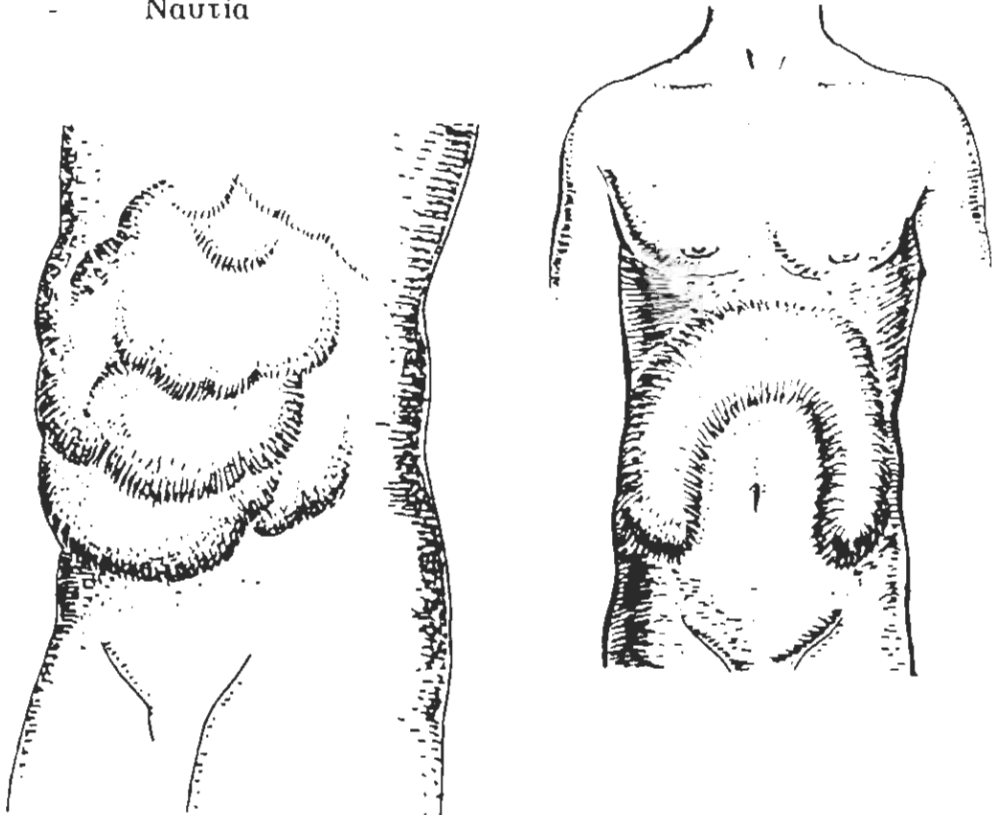
Τα αίτια είναι η μηχανική απόφραξη, οπότε και ονομάζουμε τον ειλεό μηχανικό ή δυναμικά ή παράλυση των μυών και εξάλειψη των περισταλτικών κινήσεων του τοιχώματος του εντέρου, οπότε μιλάμε για παραλυτικό ή αδυναμικό ειλεό.

1. Μηχανικός ειλεός: Τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν μηχανικό ειλεό είναι:
 - εξωτοιχωματικά (συμφύσεις, ενδοκοιλιακοί όγκοι),
 - τοιχωματικά (όγκοι λεπτού και παχέος εντέρου, συγγενής πυλωρική στένωση), ή ενδοαυλική (πολύποδες, ξένα σώματα).
2. Παραλυτικός ειλεός. Τα αίτια είναι:
 - Νευρογενή (κολικοί ή διάταση κοίλου σπλάχνου)
 - Χημικά
 - Μεταβολικά (υποκαλιαιμία)

Διάγνωση και Κλινική εικόνα: Η διάγνωση στην εντερική απόφραξη θα στηριχθεί στην κλινική εικόνα και τα ακτινολογικά ευρήματα. Όλα αυτά διαφέρουν στην απλή από την ισχαιμική απόφραξη.

1. Απλή απόφραξη

- α) Στην απλή απόφραξη του λεπτού εντέρου έχουμε:
- Πόνους κολικούς και βορβορυγμούς
 - Ναυτία και εμετούς (τροφώδεις - χολώδεις)
 - Γρήγορη αφυδάτωση
 - Αναστολή στην αποβλή αερίων και αργότερα κοπράνων
 - Διάταση της κοιλιάς (εντοπισμένη στο επιγάστριο) και διάχυτη ευαισθησία
 - Υδραερικά επίπεδα λεπτού και έλλειψη αέρα στο παχύ έντερο
- β) Στην απλή απόφραξη του παχέος εντέρου έχουμε:
- Σταδιακή αύξηση του πόνου
 - Στεφανοειδής διάταση της κοιλιάς
 - Αδυναμία αποβολής αερίων και κοπράνων
 - Υδραερικά επίπεδα και διαφραγή του παχέος εντέρου
 - Εμετοι, όταν υπάρχουν είναι κοπρανώδεις
 - Ναυτία



Εργαστηριακές εξετάσεις: Από την τιμή του αιματοκρίτη και το ειδικό βάρος των ούρων μπορούμε να εκτιμήσουμε το βαθμό της υποβολαιμίας. Από τις τιμές των ηλεκτρολυτών, μπορούμε να υπολογίσουμε τις διαταραχές του ισοζυγίου, όπως επίσης και από τον προσδιορισμό των αερίων αίματος τις διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας.

Άλλες εξετάσεις που γίνονται είναι:

- Δακτυλική εξέταση και ορθοσιγμοειδοσκόπηση
- Απλή ακτινογραφία κοιλιάς σε όρθια θέση

2. Ισχαιμική απόφραξη

Η ισχαιμική απόφραξη γίνεται με δυο μηχανισμούς: ή από την αυξημένη ενδοαυλική πίεση στο έντερο πιέζονται και τα τριχοειδή του τοιχώματος ή πιέζονται τα αγγεία του μεσεντερίου από το αίτιο που προκαλεί την απόφραξη. Από τα συμπτώματα ο πόνος γίνεται συνεχής και είναι διάχυτος σε ολόκληρη την κοιλιά και οι εμετοί είναι πιθανό να περιέχουν μικροσκοπικό ή μικροσκοπικό αίμα.

Εργαστηριακές εξετάσεις: Από τις εργαστηριακές εξετάσεις έχουμε:

- αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων με αύξηση των πολυμορφοπυρήνων
- ανίχνευση αιμοσφαιρίων στα εμέσματα (ενδεικτικό ισχαιμικής απόφραξης)

Επίσης γίνονται:

- ακτινογραφία κοιλιάς και
- παρακέντηση κοιλιάς (υγρό αιμορραγικό, κάκοσμο).

Θεραπεία: Η θεραπευτική αγωγή είναι διαφορετική στον μηχανικό από ότι είναι στον παραλυτικό ειλεό.

1. Μηχανικός ειλεός

Η θεραπεία είναι χειρουργική.

Διακρίνουμε δυο σκέλη:

- α) Την προετοιμασία. Η κατάλληλη προετοιμασία του αρρώστου σε εντερική απόφραξη είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή έκβαση. Θα πρέπει να μας δοθεί ο χρόνος να αποκαταστήσουμε όλες τις διαταραχές που δημιουργούνται στον άρρωστο.

Η προετοιμασία περιλαμβάνει:

- Ρινογαστρική αναρρόφηση, για ελάττωση του ποσού των υγρών που προχωράει περιφερικά
- Ρύθμιση νερού και ηλεκτρολυτών
- Γενικά μέτρα, όπως χορήγηση αντιβιοτικών και παυσιπόνων

- β) Την εγχείρηση. Η εγχείρηση θα πρέπει να γίνει ευθύς όταν αποκαταστήσουμε τις φυσιολογικές διαταραχές του αρρώστου, εκτός εάν υπάρχουν ενδείξεις για ισχαιμική νέκρωση, οπότε θα πρέπει να βιαστούμε.

2. Παραλυτικός ειλεός

Σε παραλυτικό ειλεό χρειάζονται χειρουργική επέμβαση οι άρρωστοι, εάν είναι αποτέλεσμα ενδοκοιλιακής φλεγμονής και αποστημάτων. Στις άλλες περιπτώσεις η θεραπεία είναι συντηρητική και περιλαμβάνει:

- Ρινογαστρικό σωλήνα
- Ρύθμιση νερού και ηλεκτρολυτών
- Φαρμακευτική υποστήριξη

3.11. ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

Οι κύριες παθήσεις οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν οξείες καταστάσεις στην κοιλία είναι:

- A. Οξεία απόφραξη άνω μεσεντερίου αρτηρίας
- B. Θρόμβωση μεσεντερίου φλέβας
- Γ. Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής

3.11.1. ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΝΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Η απόφραξη της άνω μεσεντερίου αρτηρίας αποτελεί επείγον χειρουργικό πρόβλημα, διότι είναι επιδεκτική χειρουργικής αποκατάστασως, πράγμα που έχει ως συνέπεια τη διάσωση του αρρώστου, εφ' όσον η επέμβαση γίνει μέχρι λίγες ώρες μετά το οξύ επεισόδιο. Αντίθετα καθυστέρηση στη διάγνωση και θεραπεία καταλήγει σε καταστροφή.

Αιτιολογία: Η άνω μεσεντέρια αρτηρία είναι δυνατόν να φράξει αιφνίδια από δυο κύριες αιτίες:

- α) από εμβολή
- β) από τοπική θρόμβωση

Κλινική εικόνα - Διάγνωση: Η κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει πόνο, ο οποίος είναι σχετικά ήπιος και εντοπίζεται στο μεσογάστρο. Χειροτερεύει μετά 2-3 ώρες από τη λήψη τροφής και συνοδεύεται από ναυτία και έμετο. Επίσης ο άρρωστος μπορεί να έχει διαρροϊκές κενώσεις με αιμορραγική κόπρανα. Η διάγνωση θα στηριχθεί στο ιστορικό, την κλινική εικόνα και τις εργαστηριακές εξετάσεις.

Διαγνωστικά μέσα: Γίνονται:

- σπινθηρογράφημα της κοιλίας
- απλή ακτινογραφία κοιλίας
- αορτογραφία και εκλεκτική αρτηριογραφία

3.12.2. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ

Αιτιολογία: Η θρόμβωση της άνω μεσεντερίου φλέβας μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια, όπως τη χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων, σε καρκίνο του παγκρέατος, πολυερυθραιμία, σήψη ή σε υπερπηκτικότητα.

Κλινική εικόνα: Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου είναι παρόμοια με εκείνη της αποφράξεως της άνω μεσεντερίου αρτηρίας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΝ

Η αντιμετώπιση είναι ανάλογη του είδους της αποφράξεως. Βασική αρχή είναι η προσπάθεια να αποκατασταθεί και πάλι η κυκλοφορία στο έντερο. Εφ' όσον η επαναγγείωση γίνει πριν περάσουν 18 ώρες, οι πιθανότητες να διασωθεί το έντερο είναι μεγάλες. Εντερεκτομή και τελικοτελική αναστόμωση γίνεται εφ' όσον τμήμα του εντέρου είναι νεκρωμένο. Μερικοί συνιστούν αγωγή με συνεχή έγχυση παπαβερίνης σε συνδυασμό με ηπαρίνη μέσω του καθετήρα της εκλεκτικής αγγειογραφίας.

3.11.3. ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Η ρήξη ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής είναι δυνατόν να γίνει είτε προς την περιτοναϊκή κοιλότητα είτε προς τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.

Αιτιολογία: Το τοίχωμα της αορτής είναι δυνατό να υποστεί εκφύλιση είτε από αθηρωμάτωση, είτε αρτηριοσκλήρωση, είτε, πολύ σπάνια, από κυστική εκφύλιση του μέσου χιτώνα. Προσδευτικά το τοίχωμα διατείνεται με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανευρύσματος, κυρίως σακκοειδούς ή διαχύτου, που όταν περάσει συνήθως τα 6 εκατοστόμετρα διάμετρο, ρήγνυνται.

Κλινική εικόνα: Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

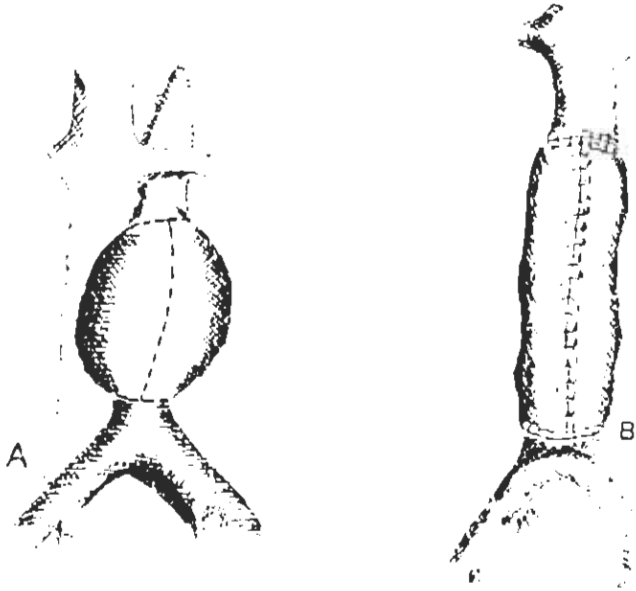
- Πόνος. Ο πόνος πριν σπάσει το ανεύρυσμα είναι περιοδικός, αλλά όταν γίνει ρήξη είναι αιφνίδιος, συνεχής και έντονος.
- Ναυτία και έμετος. Είναι συμπτώματα που συνοδεύουν συνήθως τον πόνο.
- Shock, που δηλώνει εκτεταμένη αιμορραγία.
- Μέλαινα κένωση, σε ορισμένες περιπτώσεις.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Η διάγνωση, εφ' όσον είναι γνωστή η ύπαρξη του ανευρύσματος, της ρήξης του δεν είναι δύσκολη. Σε άτομα που δεν είναι γνωστό ότι έχουν ανεύρυσμα, αφού πρώτα αναταχθούν, θα πρέπει να γίνεται:

- Απλή ακτινογραφία κοιλιάς
- Υπερηχοτομογραφία
- Αξονική τομογραφία

Θεραπεία: Η θεραπεία είναι χειρουργική.

Η εγχείρηση εκλογής είναι η εκτομή του ανευρύσματος και υποκατάσταση της συνέχειας της αορτής με διαχλωτό μόσχευμα.



3.12. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Οι τραυματικές βλάβες των διαφόρων οργάνων της κοιλιάς αυξάνουν από χρόνο σε χρόνο, καθώς αυξάνουν τα τροχαία και τα εργατικά ατυχήματα, μερικά από τα επικίνδυνα σπορ και οι πράξεις βίας. Από τις κακώσεις των ενδοκοιλιακών οργάνων θα αναφέρουμε τις πιο σοβαρές που είναι:

- A. Κακώσεις του ήπατος
- B. Κακώσεις του σπλήνα

3.12.1. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Αιτιολογία: Οι κακώσεις στο ήπαρ χωρίζονται σε άμεσες, έμμεσες και αυτπόματες.

Στην χώρα μας οι έμμεσες κακώσεις παρουσιάζουν συνεχώς αύξηση εξ αιτίας των πολλών τροχαίων κυρίως, ατυχημάτων.

Οι άμεσες κακώσεις προέρχονται συνήθως από τραυματισμούς με όργανα που τρυπούν ή κόβουν ή από βλήματα όπλων.

Οι αυτόματες ρήξεις του ήπατος είναι σπάνιες και γίνονται όταν υπάρχουν παθολογικές αλλοιώσεις στο παρέγχυμα όπως φλεγμονώδεις ή κακοήθεις όγκοι.

Κλινική εικόνα: Η κλινική συμπτωματολογία είναι ανάλογη με την μορφή της βλάβης και κυρίως με την ένταση της αιμορραγίας που προκαλούν.

Ο πόνος είναι το πιο συχνό σύμπτωμα. Εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο και γίνεται πιο έντονος στην πίεση ή με τις αναπνευστικές κινήσεις. Τα σημεία καταπληξίας είναι τα πιο συχνά ευρήματα σε τραυματικές βλάβες του ήπατος. Σε μεγάλη αιμορραγία παρουσιάζεται μεγάλη ωχρότητα στο πρόσωπο και ο άρρωστος έχει ταχυκαρδία, συχνοσφυγμία και πέφτει τόσο η αρτηριακή όσο και η φλεβική πίεση.

Διαγνωστικά μέσα: Από τη γενική αίματος η πτώση του αιματοκρίτη σε διαδοχικά δείγματα αίματος είναι ενδεικτικό σημείο αιμορραγίας. Επίσης έχουμε λευκοκυττάρωση.

Άλλες εξετάσεις είναι:

- Απλή ακτινογραφία ήπατος
- Εκλεκτική αρτηριογραφία

Η παρακέντρηση της κοιλιάς μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες εφ' όσον αναρροφήσουμε αίμα.

Θεραπεία: Η θεραπεία των τραυματικών κακώσεων του ήπατος είναι χειρουργική.

Η προεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα
- Τοποθέτηση ενδοφλέβιων καθετήρων στις οφαγίτιδες για την εύκολη και γρήγορη χορήγηση υγρών
- Τοποθέτηση καθετήρα στην κύστη
- Χορήγηση υγρών και αίματος

- Υποθερμία, για διακοπή της κυκλοφορίας στο ήπαρ.

Στη συνέχεια προχωρούμε στη χειρουργική επέμβαση.

3.12.2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΑ

Ο σπλήνας είναι το κατ' εξοχήν εύθραστο συμπαγές όργανο της κοιλιάς. Μετά από ρήξεις του, δημιουργούνται συνήθως μεγάλες αιμορραγίες που απαιτούν γρήγορη χειρουργική επέμβαση. Οι ρήξεις του είναι δυνατόν να πάρουν δυο μορφές

1. Μια μεγάλη ή πολλαπλές μικρές ρήξεις
2. Υποκάψιο αιμάτωμα.

Αιτιολογία: Οι ρήξεις είναι αποτέλεσμα είτε άμεσων κακώσεων είτε έμμεσων μετά από βαρεία θλάση. Οι λόγοι των συχνών κακώσεων που γίνονται στον σπλήνα είναι οι εξής:

- Πλούσια αιμάτωση
- Εύθραπτη κάψα και πολφός
- Πολλαπλοί σύνδεσμοι με τα γύρω όργανα

Κλινική εικόνα: Στην υποξεία μορφή που είναι η πιο συχνή μορφή ρήξης του σπλήνα και που δημιουργεί οξεία κοιλία, ο άρρωστος σε αρχική φάση χάνει τις αισθήσεις του. Στη συνέχεια συνέρχεται, έχοντας όμως έντονο πόνο, ιδιαίτερα στο αριστερό υποχόνδριο.

Τα κλινικά σημεία της ολιγαιμίας στη φάση αυτή είναι έντονα, όπως:

- ωχρότητα προσώπου,
- συχνοσφυγμία,
- ταχυκαρδία και
- χαμηλή αρτηριακή και φλεβική πίεση

Διαγνωστικά μέσα: Από τις εργαστηριακές εξετάσεις έχουμε προοδευτική μείωση στην τιμή του αιματοκρίτη και αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων.

Επίσης γίνονται:

- απλή ακτινογραφία κοιλίας,
- εκλεκτική αρτηριογραφία,
- οπινθηρογράφημα,

εφ' όσον η κατάσταση του αρρώστου επιτρέπει την καθυστέρηση για τις εξετάσεις αυτές.

Η παρακέντηση της κοιλίας και στα τέσσερα τεταρτημόρια μπορεί να δώσει αίμα.

Θεραπεία: Η θεραπεία είναι χειρουργική.

Συνήθως γίνεται σπληνεκτομή, ολική ή μερική.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΣ

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη, θεωρεία αλλά και πράξη και είναι αφιερωμένη στην υπηρεσία του ανθρώπου. Του παρέχει φροντίδα όχι μόνο κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε ασθένειάς του, αλλά και όταν ακόμη είναι υγιής (πρόληψη), πριν γεννηθεί και ως την τελευταία στιγμή της ζωής του.

Η νοσηλευτική είναι εφαρμοσμένη επιστήμη, καθώς στηρίζει τις τεχνικές της εφαρμογές σε επιστημονικές γνώσεις και αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης όπως και άλλων βιολογικών, φυσικών και ανθρωπιστικών επιστημών ως και των κλινικών ειδικοτήτων. Η παρουσία ή η απουσία της νοσηλευτικής φροντίδας και η ποιότητά της επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων ουσιαστική θέση κατέχει η επιστημονική κατάρτιση του νοσηλευτή και η επιστημονική θεμελίωση της νοσηλευτικής πράξης.

Η νοσηλευτική τέχνη και πράξη περιλαμβάνει τεχνικές νοσηλειώ, χειρισμούς οργάνων, μηχανημάτων και άλλα.

Οι νοσηλευτικές διαδικασίες χρειάζονται δεξιοτεχνία και σύστημα, σταθερότητα αλλά και πειθαρχία στους κανόνες εκτέλεσης και να είναι θεμελιωμένες σε επιστημονική βάση.

Ο νοσηλευτής επίσης πρέπει να έχει σαφή και εμπειριστατωμένη ενημέρωση και γνώση του σκοπού και της τεχνικής του εργαστηριακού ελέγχου στον οποίο θα υποβληθεί το άτομο που πάσχει. Ακόμη, πρέπει να είναι

σε θέση να αιτιολογεί, συσχετίζει και ερμηνεύει τα εργαστηριακά ευρήματα σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα και συμπτωματολογία του αρρώστου.

Ετσι θα μπορεί:

- να αξιολογήσει τα πραγματικά νοσηλευτικά προβλήματα του ατόμου και να προβεί σε ασφαλή νοσηλευτικό προγραμματισμό για την επίλυση των αναγκών υγείας
- να χρησιμοποιεί αποτελεσματικές και ενδεδειγμένες ενέργειες και τέλος
- να είναι σε θέση να αξιολογήσει τα αποτελέσματα του νοσηλευτικού του σχεδίου και προγραμματισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

Το άτομο που εισάγεται στο νοσοκομείο με οξύ κοιλιακό πόνο, συνήθως παρουσιάζει συμπτώματα που μας υποχρεώνουν να δεχτούμε πως η βλάβη που κυριαρχεί στο χώρο της κοιλιάς απαιτεί άμεση χειρουργική θεραπεία ή τουλάχιστον χειρουργική επαγρύπνηση. Και αυτό γιατί οι περισσότερες αιτίες της οξείας κοιλιάς αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Σήμερα όμως, με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, έχει αναπτυχθεί επιτυχώς η συντηρητική μη χειρουργική αγωγή, η οποία είναι σε θέση να αντιμετωπίσει βλάβες ενδοκοιλιακών οργάνων, που άλλοτε απαιτούσαν χειρουργική επέμβαση.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διάφορες περιπτώσεις οξείας κοιλιάς είναι ο εξής:

1. Πρώτες βοήθειες και ανάταξη του ασθενούς που εισάγεται στο νοσοκομείο όταν βρίσκεται σε οξεία κατάσταση.
2. Προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου, αν χρειαστεί εγχείρηση.
3. Εντατική παρακολούθηση και αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών μετά το χειρουργείο.
4. Εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής του αρρώστου, που δεν χρειάστηκε να χειρουργηθεί.

2.1. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Η λήψη ενός στοιχειώδους ιστορικού και η σωστή αντικεμενική εξέταση του αρρώστου που εισάγεται στο νοσοκομείο με οξεία κοιλία, όπως

αναφέραμε και στο πρώτο μέρος του θέματος, αποτελεί σημαντικό οδηγό για το είδος της θεραπείας που θα εφαρμόσουμε.

Η σκοπιμότητα αυτών των ενεργειών είναι πολλαπλή:

- α) Κερδίζεται η εμπιστοσύνη του ασθενούς και αποβάλλεται ένα μέρος από το άγχος του, που οπωσδήποτε χειροτερεύει την κατάσταση.
- β) Αναγνωρίζονται έγκαιρα τα προβλήματα του αρρώστου και διακρίνονται εκείνα από αυτά, που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση.
- γ) Συλλέγονται πληροφορίες, που αργότερα δεν θα υπάρχουν, για παράδειγμα τα φυσικά σημεία, που εξαφανίζονται ή εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου.

Ο τρόπος προσπέλασης του αρρώστου καθορίζει την αξιοπιστία των ευρημάτων. Η λήψη του ιστορικού και η φυσική εξέταση πρέπει να είναι αβίαστη, προσεκτική και σημαντική. Η βία και η απροσεξία οδηγούν τουλάχιστον σε παραλείψεις.

Σε πολλές περιπτώσεις όμως δεν είναι δυνατό να γίνουν αμέσως οι παραπάνω ενέργειες, διότι ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει προβλήματα όπως:

- Εντονος πόνος, δυσχέρεια ακόμη και Shock
- Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου (υποαερισμός)
- Ανισοζύγιο νεορύ, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικό
- Θρεπτικό ανισοζύγιο, λόγω εμέτων
- Μείωση δραστηριοτήτων, καταπληξία
- Φόβος, αγωνία

Σκοποί: Οι σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι:

- Μείωση του πόνου
- Αποκατάσταση και διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας
- Αποκατάσταση ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής
- Ανακούφιση από τους εμετούς
- Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου

Παρέμβαση: Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται:

- Στην αντιμετώπιση του Shock (για παράδειγμα λόγου αιμορραγίας, αν υπάρχει ή εμφανιστεί και συνεχή μέτρηση ζωτικών σημείων
- Χορήγηση O₂ με μάσκα
- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών
- Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα Levin, για την ανακούφιση από τους εμέτους
- Εφαρμογή καθετήρα Folley στην κύστη για την μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Επίσης παρατηρούνται τα ούρα για στοιχεία αίματος.
- Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργική επέμβαση αν ενδείκνυται.

Μετά την αντιμετώπιση των εντόνων συμπτωμάτων του ασθενούς, με οξεία κοιλία, γίνεται γρήγορος εργαστηριακός έλεγχος αίματος και ούρων, όπως επίσης ακτινογραφία της κοιλιάς και μαζί με την κλινική εξέταση του αρρώστου μπαίνει η πιθανή διάγνωση και αποφασίζεται αν ο άρρωστος θα χειρουργηθεί ή θα ακολουθήσει συντηρητική αγωγή. Αν πάθηση που προκαλεί τον οξύ κοιλιακό πόνο μένει αδιάγνωστη, ο άρρωστος μένει υπό

συνεχή παρακολούθηση. Στον χρόνο αυτό ενυδατώνεται επαρκώς και δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.

2.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΟΞΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

Η απώλεια υγείας είναι αναμφίβολα το γεγονός που κυριαρχεί στη σκηνή του οξέως περιστατικού.

Το άτομο, που βιώνει μια ξαφνική απώλεια υγείας, δεν μπορεί και δεν θα ήταν φυσικό να βρίσκεται κάτω από κανονικές ψυχολογικές συνθήκες. Ο οξέως πάσχων βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης, σε μια κατάσταση δηλαδή, που κύριο χαρακτηριστικό της είναι η αποδιοργάνωση. Η κρίση αυτή δεν περιορίζεται βέβαια μόνο στο άτομο που υποφέρει. Επεκτείνεται στο άμεσο περιβάλλον, που είναι η οικογένειά του. Η παρέμβαση του νοσηλευτή για τη λύση του ψυχολογικού προβλήματος του οξέως πάσχοντος έχει πρωταρχικό σκοπό τη μετεξέλιξη της κρίσης του αρρώστου σε μια φάση ανδιοργάνωσης και επαναφοράς του στη σταθερότητα.

Οι στόχοι της παρέμβασης είναι:

- Επαναφορά του πάσχοντος στην ψυχολογική σταθερότητα
- Ελαχιστοποίηση της συναισθηματικής φόρτισης του πάσχοντος, μέχρι να του παρασχεθεί η ειδική θεραπεία
- Η πρόληψη της ψυχολογικής επιδείνωσης του πάσχοντος και της επίδρασής του σε άλλους.

Αυτοί οι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν αν επικοινωνήσουμε με τον άρρωστο, καθησυχάζοντάς τον, ώστε να βεβαιωθούμε ότι ανακτά την ηρεμία του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αν διαγνωστεί κάποια νόσος, που δημιουργεί τον οξύ κοιλιακό πόνο και χρειαστεί χειρουργική επέμβαση, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να ετοιμάσει τον άρρωστο για το χειρουργείο, να τον φροντίσει μετεγχειρητικά και να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές, που μπορούν να προκύψουν μετά την εγχείρηση.

3.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως, όπως και από την κατάσταση του ασθενούς. Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς με οξεία κοιλία περιλαμβάνει:

- α) Τόνωση του ηθικού: ΟΙ ασθενείς αυτοί καλλιεργούν φόβους και ανησυχίες, αλλά μπορεί και να προβλέπουν αποτυχία της εγχειρήσεως. Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας και φόβου παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως shock και άλλα. Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια του νοσηλευτή να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει και να καταλάβει τον ασθενή και να συμμερισθεί τη θέση του.

- β) Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών: Οι ασθενείς που πάσχουν από νόσο που προκαλεί οξεία κοιλία είναι συνήθως εξασθενημένοι, όταν σιέρονται στο νοσοκομείο. Πρέπει να γίνει τόνωση του οργανισμού με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, ηλεκτρολυτών) για την καλή θρέψη και σωματική τόνωση, ώστε να προσέλθουν στο χειρουργείο για την επέμβαση πιο σταθεροί. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχεριών.
- γ) Κλινικές, εργαστηριακές εξετάσεις: Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία γίνονται πριν από την εγχείρηση εργαστηριακές εξετάσεις, όπως:
- Εξέταση αίματος: γενική αίματος, χρόνος ροής πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus όπως σάκχαρο και ουρία αίματος.
 - Γενική ούρων.
- Στην περίπτωση της οξείας κοιλίας, γίνονται στον ασθενή συμπληρωματικές εξετάσεις, αν το επιτρέπει ο χρόνος.
- δ) Χορήγηση αντιβιοτικών: Σε όλες τις εγχειρήσεις γίνεται χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη της φλεγμονής του χειρουργικού τραύματος. Επειδή οι νόσοι, που δημιουργούν οξύ κοιλιακό πόνο, προέρχονται συνήθως από φλεγμονές ενδοκοιλιακών οργάνων χορηγούμε αντιβίωση για την μείωση της φλεγμονής, ώστε η επέμβαση να πραγματοποιηθεί επιτυχέστερα.
- ε) Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα: αποβλέπει στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι, την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό και την

αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται συνήθως με τον καθαρτικό υποκλισμό.

Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς περιλαμβάνει την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνοψίζεται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης και ρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής. Στις επεμβάσεις της κοιλιάς το πεδίο εκτείνεται συνήθως από το ύψος της ξιφοειδούς απόφυσης μέχρι το ύψος της ηβικής σύμφυσης.

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς:
Στον άρρωστο με οξεία κοιλία θα πρέπει να είναι σταθερή η γενική του κατάσταση για να μπορεί να ακολουθήσει χειρουργική επέμβαση. Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων βοηθάει τον νοσηλευτή στην εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς.
- β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς: Ο ασθενής ντύνεται μισή ώρα προ της εγχειρήσεως με την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη, εφόσον δεν έχει ουροκαθετήρα. Η ενδυμασία αποτελείται από:
 - τα ποδονάρια, που σκεπάζουν τα κάτω άκρα,
 - το ειδικό υποκάμισο και
 - οκούφο από λεπτό βαμβακερό ύφασμα.

Εφόσον βγάλει τυχόν οδοντοστοιχίες, διακτυλιδία, φουρκέτες και άλλα αντικείμενα, είναι έτοιμος να οδηγηθεί στο χειρουργείο.

- γ) Προνάρκωση: Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό. Η προνάρκωση αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Όλες οι βασικές ενέργειες του νοσηλευτή, που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο ο νοσηλευτής:

- αερίζει τον θάλαμο,
- ετοιμάζει το κρεβάτι (χειρουργικό) και
- ετοιμάζει το κομοδίνο του ασθενούς. Το κομοδίνο πρέπει να έχει ένα νεφροειδές με Port Cotton, ένα σακουλάκι στο πλάϊ, απαραίτητως μια σύριγγα Levin σε επεμβάσεις ενδοκοιλιακών οργάνων, κομμάτια χαρτοβάμβακα και ένα ποτήρι με νερό.

3.2. ΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Από τις παθήσεις που προκαλούν οξεία κοιλία, μερικές απαιτούν ειδική προεγχειρητική αγωγή των ασθενών που θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.

Δευτεροπαθής περιτονίτιδα: Κάθε άρρωστος με οξεία περιτονίτιδα θα πρέπει να θεωρείται ότι είναι πιθανόν να παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Γι' αυτό θα πρέπει ο νοσηλευτής να τον παρακολουθεί ενταντικά.

Η αγωγή περιλαμβάνει:

- Ισοζύγιο νερού και ηλεκτρολυτών. Η υποβολαιμία των ασθενών αυτών θα πρέπει να αντικατασταθεί με πλάσμα και αν χρειάζεται αίμα. Ο νοσηλευτής θα διατυπώσει αυτή τη διαταραχή από τον ρυθμό αποβολής των όρων του ασθενούς, μέτρηση κεντρικής αρτηριακής πίεσης και ζωτικών σημείων ανά 30' λεπτά.
- Υποξαιμία: Εφ' όσον παρατηρήσει ο νοσηλευτής συμπτώματα υποξαιμίας, αυξάνει το μείγμα εισπνεόμενου O₂ σε 40%.
- Shock: Αν αναπτύξουν σηπτικό Shock, λόγω της φλεγμονής του περιτοναίου, χορηγεί μεθυλοπρεδνιζολόνη ή δεξαμεθαζόνη μετά εντολής ιατρού.
- Ρινογαστρικός σωλήνας: Τοποθετείται για την αφαίρεση των γαστρικών εκκρίσεων και την ανακούφιση από τους εμέτους.
- Μεταβολική υποστήριξη: Επειδή οι μεταβολικές ανάγκες στην οξεία περιτονίτιδα είναι πολύ αυξημένες θα πρέπει να δοθεί παρεντερική διατροφή και θερμιδική κάλυψη 3.000-4.000 θερμίδων.
- Αντιβιοτικά: Η χορήγηση αντιβιοτικών πρέπει να αρχίσει αμέσως μόλις μπει η διάγνωση. Ο νοσηλευτής παίρνει αιμοκαλλιέργειες από τον ασθενή, για την εξεύρεση της αρχικής πηγής μόλυνσεως και σύμφωνα με την εντολή του ιατρού χορηγεί την ανάλογη αντιβίωση.

Έτσι ο ασθενής, όταν καλλιτερέψει η γενική κατάστασή του, οδηγείται στο χειρουργείο για την επέμβαση.

Οξεία σκωληκοειδίτιδα: Η προετοιμασία για το χειρουργείο του ασθενή με διαγνωσμένη οξεία σκωληκοειδίτιδα περιλαμβάνει:

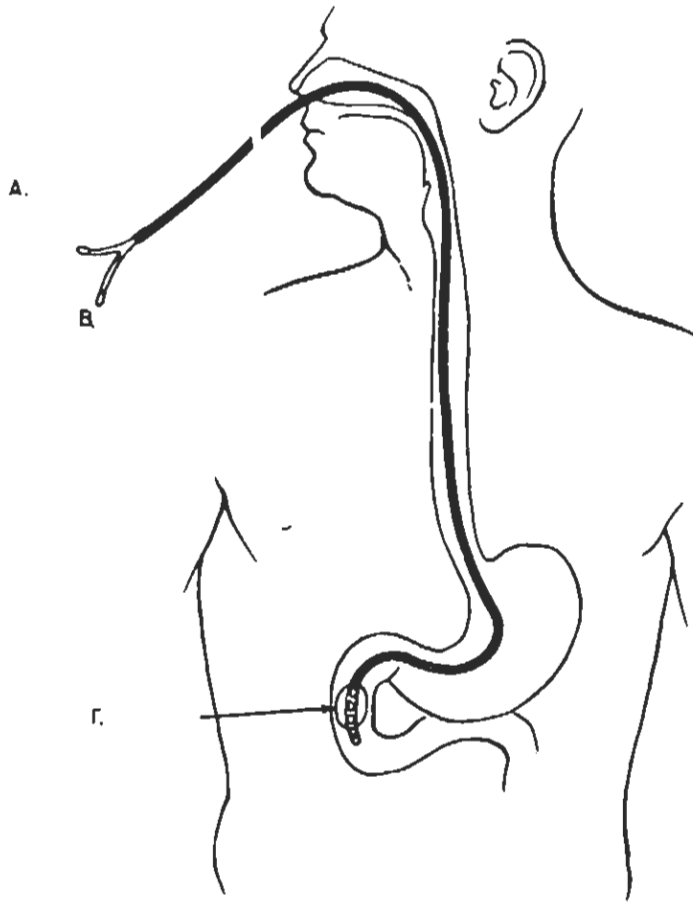
- “Ευπρεπισμό” της περιοχής που θα γίνει η επέμβαση ή καλύτερα, όλης της κοιλιάς.
- Αποφυγή προκλητικής κένωσης του εντέρου με χορήγηση καθαρικών ή υποκλυσμού. Τονίζουμε εδώ ότι ένας υποκλυσμός σε οξεία σκωληκοειδίτιδα ή χορήγηση καθαρικού από το στόμα, έχει πολύ μεγάλη πιθανότητα να οδηγήσει σε ρήξη του οργάνου και πρόκληση γενικευμένης βαριάς περιτονίτιδας με απρόβλεπτες συνέπειες.
- Χορήγηση αντιβιοτικών. Η χορήγηση αντιβιοτικών γίνεται για την ομαλή επούλωση του χειρουργικού τραύματος, αλλά κυρίως και για την μείωση του ποσοστού διαπυήσεων, που είναι σχετικά υψηλό στις περιπτώσεις αυτές.

Απόφραξη εντέρου: Η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου σε εντερική απόφραξη είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή έκβαση της εγχείρησης. Θα πρέπει να δοθεί ο χρόνος να αποκατασταθούν όλες οι διαταραχές που οφείλονται στην παθοφυσιολογία της νόσου. Ιδιαίτερη φροντίδα όμως χρειάζεται για να υπολογίσουμε με ακρίβεια τον χρόνο που μπορούμε να περιμένουμε για την εγχείρηση, ώστε να μην εξελιχθεί η απλή απόφραξη σε ισχαιμική, οπότε η πρόγνωση γίνεται πολύ πιο βαρεία.

Ο νοσηλευτής προχωράει, πάντα σε συνεννόηση με τον ιατρό, στις εξής ενέργειες:

- Ρινογαστρική αναρρόφηση. Σε κάθε άρρωστο με εντερική απόφραξη θα πρέπει να μπει ρινογαστρικός σωλήνας Levin, ώστε να ελαττωθεί το ποσό των υγρών που προχωράει περιφερικά και έτσι να ελαττωθεί και η εντερική διάταση αλλά και η πίεση του διαγράμματος προς τα

επάνω. Επίσης ο ασθενής ανακουφίζεται από τους εμέτους. Σε βαρύτερες περιπτώσεις και όταν ο χρόνος που υπάρχει είναι αρκετός, περνιέται ειδικός σωλήνας όπως είναι του Muller-Abbot (σχήμα, κάτω) ή του Cantor που προχωράει στο λεπτό έντερο και έτσι πετυχαίνουμε να το αδειάσουμε, τουλάχιστον εν μέρει.



- Ρύθμιση νερού και ηλεκτρολυτών. Για να ρυθμιστεί το νερό και οι ηλεκτρολύτες πρέπει να ληφθούν τα εξής υπόψη:
 - α) Οι ημερήσιες ανάγκες και η πηγή από την οποία χάνονται οι ηλεκτρολύτες.

- β) Η διάρκεια του ειλεού. Υπολογίζεται ότι όταν ο ειλεός είναι πρόσφατος, αρκεί να χορηγηθούν 1,5 λίτρο υγρών. Ενώ αν έχουν περάσει 24 ώρες από την εγκατάσταση χρειάζονται 3-6 λίτρα. Σε κατάσταση ολιγαιμικής καταπληξίας χρειάζονται 6 έως 8 λίτρα.
- γ) Το ύψος που εντοπίζεται η απόφραξη. Όταν έχουμε υψηλό ειλεό που χάνεται κυρίως γαστρικό υγρό με τους εμέτους, δίνουμε ισοτονικά διαλύματα NaCl.
- δ) Το είδος που προκαλεί την απόφραξη. Όταν έχουμε ισχαιμική απόφραξη θα πρέπει να χορηγηθεί στον ασθενή πλάσμα ή αίμα, εφ' όσον δεν ρυθμίζεται με τα ηλεκτρολυτικά διαλύματα.

- Γενικά μέτρα. Τα μέτρα είναι:

- α) Αντιβιοτικά. Η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών δεν είναι απαραίτητη αν η απόφραξη είναι απλή. Είναι όμως αναγκαία σε ισχαιμική απόφραξη.
- β) Πausίπωνα. Πausίπωνα θα χορηγήσει ο νοσηλευτής στον ασθενή εφ' όσον έχει μπει τελική διάγνωση, για να ανακουφίσουμε τον άρρωστο και να επιτύχουμε καλύτερες συνθήκες αναπνοής.

Η εγχείρηση θα πρέπει να γίνει ευθύς όταν αποκατασταθούν οι φυσιολογικές διαταραχές του αρρώστου, εκτός εάν υπάρχουν ενδείξεις για ισχαιμική νέκρωση, οπότε θα πρέπει να γίνει αμέσως.

Διάρτηση γαστροδωδεκαδακτυλικού ελκους: Πριν από την χειρουργική επέμβαση ο νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίσει στον ασθενή:

- την παροχή ενδοφλεβίως υγρών,
- την διόρθωση των διαταραχών των ηλεκτρολυτών,

- την εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα Levin για την συνεχή αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου, ώστε να αποφευχθεί η επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Οι απώλειες υγρών και ηλεκτρολυτών στον “τρίτο” χώρο μπορεί να είναι πολύ μεγάλες.

Κακώσεις κοιλίας: Οι θλαστικές κακώσεις της κοιλίας, που προκαλούν οξεία κοιλία, συνεπάγονται κατά κανόνα μεγάλη εσωτερική αιμορραγία, όπως ρήξη ήπατος ή σπληνός.

Η προεγχειρητική αγωγή αυτής της κατηγορίας παθήσεων είναι:

- Τοποθέτηση ενδοφλεβίων καθετήρων σε δυο κεντρικές φλέβες για την εύκολη και γρήγορη χορήγηση υγρών και αίματος, λόγω της υπογκαιμίας.
- Τοποθέτηση καθετήρα στην ουροδόχο κύστη, για την συλλογή ούρων που αποτελεί δείκτη για το πόσο ενυδατωμένος είναι ο ασθενής.
- Χορήγηση υγρών και αίματος, για την γρήγορη ανάνυψη του αρρώστου, ώστε να οδηγηθεί στο χειρουργείο με σταθερή καρδιαγγειακή λειτουργία.
- Πρόκληση τοπικής υποθερμίας, που θα δώσει την δυνατότητα διακοπής της κυκλοφορίας αίματος στο ήπαρ επί 15-30 λεπτά, ώστε ο χειρουργός να κάνει την αιμόσταση σε καθαρό πεδίο.

3.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση για τον νοσηλευτή. Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρο και

επιδέξιο νοσηλευτή, ο οποίος κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συντελέσει:

1. Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξεως της ασθένειάς του.
3. Στην ανακούφιση του από ενοχλήματα.
4. Στην πρόληψη επιπλοκών.
5. Στην βοήθεια του ασθενούς να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που έχει ολοκληρωθεί η επέμβαση (εγχείρηση) και ο ασθενής φέρεται στο δωμάτιο ανάνυψης.

Δωμάτιο ανάνυψης: Το δωμάτιο ανάνυψης αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η χρησιμοποίησή του έχει, πρακτικά, εξαφανίσει τους άμεσους κινδύνους, που διατρέχει ο ασθενής από την πολύωρη αναισθησία κατά την επέμβαση. Στο δωμάτιο ανάνυψης οι ασθενείς παρακολουθούνται συνεχώς. Τυχόν αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ, βρογχοσκόπησης και άλλοι, είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή του χώρου αυτού, μέχρι την ανάνυψη του ασθενούς είναι:

1. Διατήρηση του ασθενούς σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάϊ.
2. Λήψη, μόλις βγει από την χειρουργική αίθουσα, και σε συχνά χρονικά διαστήματα κατόπιν, των ζωτικών σημείων. Επίσης παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς.
3. Σύνδεση σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους.
4. Παρακολούθηση των γαζών του χειρουργικού τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
5. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του ασθενούς.
6. Εκτέλεση λοιπών οδηγιών.

Η μεταφορά του ασθενούς από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με τη μικρότερη δυνατή έκθεσή του. Η έκθεση του ασθενούς που είναι υδρωμένος προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικού shock. Κατά τη μεταφορά πρέπει να έχουμε υπόψη μας τη θέση της χειρουργικής τομής. Πολλά τραύματα κλείνονται με μεγάλη τάση, και γι' αυτό πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να μη προστίθενται επί πλέον τάση σε αυτά.

Θάλαμος ασθενούς: Όταν ο χειρουργημένος ασθενής μεταφερθεί ασφαλές στο θάλαμο της χειρουργικής κλινικής, αναλαμβάνει πλέον το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται εκεί να φροντίσει τον ασθενή μέχρι την αποκατάστασή του.

Ο ρόλος της νοσηλευτικής φροντίδας στη φάση αυτή είναι:

α) Αμέσως, περιλαμβάνει:

- Την κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενούς καθορίζεται από το είδος της εγχειρήσεως που υποβλήθηκε, καθώς και από το είδος της ναρκώσεως που πήρε. Η πιο συνήθης θέση του ασθενούς, αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η ύπτια, με το κεφάλι στραμμένο πλαγίως. Αργότερα τοποθετείται σε ανάρροπη θέση, χωρίς να αποκλείεται οποιαδήποτε άλλη από τις γνωστές θέσεις. Η κατάλληλη θέση του ασθενούς προκαλεί μυοχαλάρωση και επιτρέπει τη λειτουργία τυχόν παροχетеύσεων.
- Τον έλεγχο της κατάστασεως του τραύματος.
- Τον έλεγχο αν ο ασθενής φέρει παροχетеύσεις ή καθετήρα και τη σύνδεσή τους.
- Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την πλήρη αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου, από και κατά τις τυχόν διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον του νοσηλευτή.

β) Μακροπρόθεσμος. Περιλαμβάνει:

- Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Την φροντίδα του τραύματος.
- Την ανακούφιση του αρρώστου με την καλή νοσηλευτική φροντίδα και την χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών από τον πόνο και άλλες δυσχέρειες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
- Την καθαριότητα του ασθενούς. Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας, του ασθενούς. Συνιστάται

λουτρό καθαριότητας, καθημερινά συχνή αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού. Οι πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν αλλά και προλαβαίνουν στοματίτιδες. Οι συχνές εντριβές, η αλλαγή θέσεως του αρρώστου βοηθούν στην ανακούφιση και άνεσή του και στην πρόληψη επιπλοκών.

- Την διαίτα του ασθενούς. Η διαίτα του χειρουργημένου ασθενούς αρχικά είναι υδρική, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρά πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη ή ειδική αν έχει κάποια χρόνια πάθηση, όπως για παράδειγμα σακχαρώδης διαβήτης.
- Την θρέψη τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες. Η ναυτία, οι γαστρεντερικές επεμβάσεις και η συνεχής γαστρεντερική αναρρόφηση δεν επιτρέπουν τη λήψη υγρών από το στόμα για ένα χρονικό διάστημα, γι' αυτό χορηγούνται ενδοφλέβια. Στον ασθενή χορηγούνται διαλύματα γλυκόζης 5% και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3.000ml, εφόσον βέβαια ο ασθενής δεν έχει παθολογικές απώλειες.
- Την έγερση του ασθενούς. Μέσα στις πρώτες 24 ως 48 ώρες από την εγχείρηση πρέπει όλοι οι χειρουργημένοι ασθενείς να σηκώνονται από το κρεβάτι. Οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι:
 1. Πρόληψη επιπλοκών.
 2. Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.
 3. Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
 4. Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.
 5. Μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Κατά την έγερση ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι βαριά πάσχοντες και οι υπερήλικες.

Πρώτα τοποθετούνται στην ανάρροπη θέση ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνονται ζάλη. Κατόπιν στην καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα καιι έλος σηκώνονται. Ο χρόνος που μένει ο ασθενής μακριά από το κρεβάτι εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης, τη γενική του κατάσταση και την ηλικία του. Αν η έγκαιρη έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρνουν παρόμοια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Αρχίζουν συνήθως μέσα στο πρώτο 2ωρο. Εκτελούνται κάτω από άμεση επίβλεψη και καθοδήγηση.

Οι ασκήσεις είναι:

1. Βαθιές αναπνευστικές κινήσεις, για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων.
 2. Ασκήσεις των βραχιόνων.
 3. Ασκήσεις άκρων χεριών.
 4. Ασκήσεις άκρων ποδιών.
 5. Ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και άλλων μυών.
 6. Ασκήσεις προετοιμασίας του ασθενούς για την έγερση από το κρεβάτι.
- Την συνέχιση της αγωγής με αντιβιοτικά. Η χορήγηση αντιβιοτικών μετεγχειρητικά στους ασθενείς γίνεται για προληπτικούς (φλεγμονή τραύματος) και για θεραπευτικούς λόγους.
 - Τον έλεγχο της λειτουργικότητας και της αποδόσεως των παροχετεύσεων.

3.4. ΕΙΔΙΚΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα των ασθενών που έχουν μια από τις παθήσεις που προκαλούν οξεία κοιλία δεν διαφέρει από την προαναφερθείσα γενική μετεγχειρητική φροντίδα χειρουργημένου ασθενούς. Οι παθήσεις στην οξεία κοιλία προέρχονται επί το πλείστον από φλεγμονές ενδοκοιλιακών οργάνων (οξεία περιτονίτιδα, οξεία παγκρετίτιδα, οξεία χολοκυστίτιδα και άλλες), γι' αυτό είναι απαραίτητο να συνειχτεί η θεραπευτική αγωγή με αντιβιοτικά και μετά την χειρουργική επέμβαση. Αυτό γίνεται για την αποφυγή δημιουργίας δευτερογενών αποστημάτων από μη καλό καθαρισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας κατά την εγχείρηση.

Ειδική μετεγχειρητική φροντίδα χρειάζονται οι ασθενείς με παθήσεις, που η χειρουργική τους αντιμετώπιση συνοδεύεται από τοποθέτηση παροχετεύσεων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να στρέψει ο νοσηλευτής στις παροχετεύσεις παγκρεατικού χώρου, περιτοναϊκής κοιλότητας όπως και του σωλήνα Kehr που τοποθετείται στις εγχειρήσεις των χοληφόρων οδών. Σκοπός της τοποθέτησης του σωλήνα Kehr είναι να διοχετευθούν η χολή προς τα έξω.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σωλήνα Kehr: Όταν ο ασθενής επιστρέψει από το χειρουργείο και τοποθετηθεί στο κρεβάτι γίνεται έλεγχος στη σύνδεση του σωλήνα Kehr με τον συλλέκτη. Σε περίπτωση παρεμπόδισης της ροής της χολής προς τον συλλέκτη, η χολή διοχετεύεται γύρω από τον σωλήνα και ενδέχεται να διαφύγει και προς την περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο συλλέκτης στερεώνεται στο κρεβάτι του ασθενούς έτσι ώστε να μπορεί να κινείται. Απαγορεύεται η μετακίνηση του σωλήνα Kehr. Αποφεύγουμε τις απότομες και βίαιες κινήσεις και τοποθετούμε με προσοχή

τον ασθενή σε πλάγια θέση. Αν μετακινηθεί ο σωλήνα κehr από το χοληδόχο πόρο, είναι αδύνατο να τοποθετηθεί πάλι χωρίς νέα χειρουργική επέμβαση. Ο νοσηλευτής ελέγχει συχνά την λειτουργικότητα της απορροχέυσεως. Ο συλλέκτης πρέπει να επιτρέπει την έξοδο αέρα για διατήρηση της λειτουργίας του συστήματος. Η χολή που συγκεντρώνεται μετρείται και καταγράφεται. Μετά πάροδο 5-6 ημερών από την εγχείρηση, μπορεί να κλεισθεί, ο σωλήνας για μισή ώρα πριν και μετά το γεύμα, για να διοχετεύεται χολή στο δωδεκαδάκτυλο. Ο ασθενής μπορεί να κυκλοφορεί με την παροχέτευση, εφ' όσον αυτό δεν απαγορεύεται, προσέχοντας την λειτουργικότητά της. Η παροχέτευση αφαιρείται μέσα σε 7-10 ημέρες, μετά την εγχείρηση, στο χειρουργείο αφού πρώτα γίνει χολαγγειογραφία. Χολή μπορεί να συνεχιστεί να διοχετεύεται από το τραύμα, γι' αυτό συνιστώνται εξωτερικές αλλαγές και προφύλαξη του δέρματος από τον ερεθισμό της χολής.

3.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν μετά την εγχείρηση είναι ανάλογες με το είδος της πάθησης που έχει ο ασθενής, αλλά βέβαια και με το είδος της εγχειρήσεως που επιτελείται.

Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες:

1. Από το κυκλοφορικό:

- α) Shock. Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Παλιότερα ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων.

Σήμερα όμως, με την προεγχειρητική ρύθμιση των υγρών και ηλεκτρολυτών και την ορθή αναπλήρωση αίματος, πλάσματος

και υγρών κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και η χρησιμοποίηση του κατάλληλου για τον κάθε άρρωστο αναισθητικού και ο περιορισμός το χειρουργικού τραύματος στο ελάχιστο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί ικανοποιητικά. Το shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Είναι δηλαδή ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική ανοξία των διαφόρων οργάνων. Το shock ανάλογα με την αιτιολογία του διακρίνεται σε:

- Ολιγαμικό shock, από μείωση του όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος, που προκαλείται από:
 - I. Απώλεια αίματος (αιμορραγίες)
 - II. Απώλεια πλάσματος (περιτονίτιδα, εντερική απόφραξη)
 - III. Απώλεια υγρών (έμετοι, διάρροια, εφιδρώσεις)
- Καρδιογενές shock, από μείωση της απόδοσης της καρδιάς ως αντλίας.
- Σηπτικό shock . Το shock αυτό οφείλεται σε τοξίνες μικροβίων, κυρίως Gram (+), οι οποίες επιδρούν στο τοίχωμα των τριχοειδών του οποίου αυξάνουν τη διαβατότητα.

- Αναφυλακτικό shock, που συμβαίνει κατά τη χορήγηση φαρμάκων ή άλλων ουσιών.
- Νευρογενές shock. Αυτό οφείλεται στην απότομη ελάττωση του τόνου του αγγειακού συστήματος και στην περιφερική λίμναση του αίματος, για παράδειγμα λόγω πόνου.

Νοσηλευτικά μέτρα. Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι:

- Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφαλι του ασθενή και ανύψωση του κατω μέρους του κρεβατιού (αντίρροπη θέση), για την καλύτερη αιμάτωση του εγκελάφου.
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.
- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και O₂
- Στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση υγρών παρεντερικώς.
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Καρδιοτόνωση με φάρμακα και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος ή πλάσματος μετά εντολής ιατρού.
- Χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού για το σηπτικό shock.

β) Αιμορραγία. Οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες διακρίνονται σε:

- Πρωτογενείς, που είναι αυτές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επεμβάσεως.
- Διάμεσες, που είναι αυτές που συμβαίνουν τις πρώτες μετά την εγχείρηση ώρες, και οφείλονται στην αποκατάσταση της αρτηριακής

πίεσης που απομακρύνει ατελείς θρόμβους από μη απολινωμένα αγγεία και

- Δευτερογενείς, που συμβαίνουν αρκετό χρόνο μετά την επέμβαση και οφείλονται σε ολίσθηση απολίνωσης εξαιτίας φλεγμονής ή διάβρωσης του αγγείου από σωλήνα παροχέτευσης.

Οι αιμορραγίες διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές.

Οι εσωτερικές αιμορραγίες είναι πολύ πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές στις παθήσεις που προκαλούν οξεία κοιλία και χρειάζονται την εξής νοσηλευτική παρέμβαση:

Νοσηλευτική παρέμβαση: Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής:

- Θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον ιατρό.
- Ετοιμάζει, δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για τον ασθενή.
- Τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφυξη και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του, απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού.

2. Από το αναπνευστικό. Οι επιπλοκές από το αναπνευστικό είναι οι συχνότερες και συμβαίνουν περισσότερο σε ασθενείς που έχουν πνευμονική πάθηση πριν από την επέμβαση. Επίσης σε ασθενείς που καπνίζουν, είναι πότες ή παχύσαρκοι, σε πολύ μικρές ή πολύ μεγάλες ηλικίες είναι ευκολότερο να αναπτυχθούν τέτοιου είδους επιπλοκές.

Οι πνευμονικές μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι οι εξής:

- Ατελεκτασία
- Βρογχίτιδα

- Πνευμονία
- Υποστατική πνευμονική συμφόρηση
- Πλευρίτιδα
- Πνευμονική εμβολή
- Ασφυξία, από εισρόφηση εμεσμάτων

Νοσηλευτική παρέμβαση: Ο νοσηλευτής πρέπει να παρατηρεί και να φροντίζει τον ασθενή συνεχώς, όλη την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα. Τα σημεία που θα πρέπει να λάβει υπόψη του είναι:

- αύξηση θερμοκρασίας, σφύξεων και αναπνοών που συνοδεύονται από θωρακικό πόνο
- δύσπνοια και βήχα
- ανήσυχος ασθενής, κυανός.

Τα μέτρα που παίρνονται από το νοσηλευτή για την αποφυγή πνευμονικών επιπλοκών είναι:

- Τοποθέτηση του κεφαλιού του ασθενούς σε πλάγια θέση, για την αποφυγή εισροφήσεως εμεσμάτων
- Καθαρίζει τακτικά το στόμα του ασθενούς και έτσι απαλλάσσει τη στοματική κοιλότητα από εκκρίσεις
- Απελευθέρωση των αεροφόρων κοιλοτήτων με αναρρόφηση
- Χορήγηση O₂

3. Επιπλοκές από το τραύμα

α) Αιμάτωμα

Συνήθως η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια, γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι

μεγάλος επειδή καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος.

β) Μόλυνση

Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειριστικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές όπως και η καθαριότητα του περιβάλλοντος. Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα. Επίσης μπορεί να γίνει έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση, και να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά καλλιέργεια του υγρού του τραύματος.

γ) Ρήξη ραμμάτων - Εκοπλάχωση

Είναι ιδιαίτερα σοβαρή επιπλοκή, όταν γίνεται σε κοιλιακό τραύμα. Οφείλεται συνήθως σε έντονο βήχα του ασθενούς, μόλυνση και μεγάλη κοιλιακή διάταση. Η ρήξη μπορεί να συμβεί ξαφνικά με έξοδα των εντερικών ελίκων στο κοιλιακό τοίχωμα. Ο νοσηλευτής θα αντιληφθεί την επιπλοκή αυτή από:

- την έξοδο ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες και
- τον έντονο πόνο και έμετο που θα κάνει ο ασθενής

Στη συνέχεια θα ενημερώσει γρήγορα τον ιατρό και θα καλύψει τις εντερικές έλικες με γάζες αποστειρωμένες, εμποτισμένες με φυσιολογικό ορό.

Για την πρόληψη της ρήξης χρησιμοποιείται ειδικός επίδεσμος.

4. Επιπλοκές από το πεπτικό:

α) Παρωτίτιδα

Αυτή εμφανίζεται μετά από παρέλευση 3-4 ημερών από την εγχείρηση και είναι η φλεγμονή των παρώτιων αδένων. Η πρόληψη της επιπλοκής αυτής επιτυγχάνεται με την καταπολέμηση των παραγόντων που συμβάλλουν σ' αυτή, όπως είναι:

- Αφυδάτωση
- Ελλειψη καθαριότητας στοματικής κοιλότητας
- Μείωση μασητικών κινήσεων, λόγω υγρής ή πολτώδους δίαιτας

β) Διάταση του στομάχου

Αυτή εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση οργάνου της κοιλιάς.

Αίτια που προκαλούν αυτή την επιπλοκή είναι:

- Μείωση ανάγκης φυσιολογικής λειτουργικότητας του στομάχου, λόγω υγρής διατροφής.
- Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς λόγω της χειρουργικής επεμβάσεως.
- Υποτονία μυών στομάχου, λόγω επιδράσεως του ναρκωτικού.
- Ελλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα (υπολείματα στο στομάχι).

Τα εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι:

- Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο
- Λόξυγκας
- Δύσπνοια, λόγω πύεσεως του διαφράγματος από το διατεταμένο στομάχι
- Εμετοι

Η πρόληψη της εμφανίσεως της επιπλοκής αυτής συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτών. Θεραπευτικά αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (Levin).

γ) Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλιάς

Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Τα αίτια είναι:

- Επίδραση ναρκωτικού, το οποίο προκαλεί υποτονία μυών και πάρεση του εντέρου.
- Ερεθισμός του περιτόναιου κατά την εγχείρηση αλλά και από δημιουργούμενα ενδοκοιλιακά αποστήματα ή συμφύσεις,
- Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική ετοιμασία (σήψη των κοπράνων που απέμειναν).
- Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς.

Η προφύλαξη του ασθενούς από τον μετεωρισμό συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτιών που τον προκαλούν.

Για την ανακούφιση του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή χρησιμοποιείται σωλήνας αερίων που τοποθετείται στο ορθό.

δ) Παραλυτικός ειλεός

Η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου, λόγω συγκεντρώσεως σ' αυτά υγρών και αερίων, είναι δυνατόν να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα.

Συνήθως αντιμετωπίζεται η επιπλοκή αυτή με τοποθέτηση σωλήνα Muller-Abbot, ο οποίος και συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση. Η πρόληψη εμφανίσεως του παραλυτικού ειλεού περιλαμβάνει τα ίδια μέτρα με την πρόληψη του μετεωρισμού της κοιλιάς.

Οι ασθενείς που χειρουργούνται από οξεία κοιλία είναι δυνατόν να παρουσιάσουν γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι πνευμονικές επιπλοκές όμως κατέχουν την πρώτη θέση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, και αυτό γιατί υπάρχει έλλειψη προπαρασκευής του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού συστήματος, λόγω της επείγουσας εγχείρησης που υποβάλλεται συνήθως ο ασθενής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Όλες οι παθήσεις που προκαλούν οξεία κοιλία μπορούν να αντιμετωπισθούν με χειρουργική επέμβαση.

Άλλες έχουν απόλυτη ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση, σε ορισμένες όμως δεν είναι οπωσδήποτε απαραίτητη, χωρίς αυτό να επιβαρύνει την εξέλιξη των παθήσεων αυτών.

Αυτές οι παθήσεις είναι:

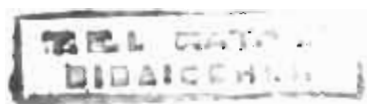
- η οξεία χολοκυστίτιδα
- η οξεία παγκρεατίτιδα
- η οξεία πρωτοπαθής περιτονίτιδα
- ο παραλυτικός ειλεός και
- η διάτρηση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους (μετά την 24η ώρα)

Σ' αυτές τις παθήσεις ακολουθείται ένα συντηρητικό σχήμα θεραπείας, όπως το περιγράψαμε στο πρώτο μέρος αυτής της εργασίας. Στη συνέχεια θα περιγράψουμε την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από τις παραπάνω παθήσεις και υπόκεινται σε συντηρητική αγωγή.

4.1. ΟΞΕΙΑ ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Η συντηρητική θεραπεία στην οξεία χολοκυστίτιδα σκοπό έχει την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου.

Η νοσηλευτική φροντίδα στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνει:



α) Διαιτητική αγωγή του αρρώστου

Βασική φροντίδα του νοσηλευτή είναι να εφαρμόζει ο ασθενής το κατάλληλο διαιτολόγιο στη φάση της κρίσεως, στην περίοδο των ήπιων ενοχλημάτων και μετά την ίασή του από τη νόσο. Ο ασθενής πρέπει να κάνει μικρά και συχνά γεύματα. Επίσης πρέπει να αποφεύγει τροφές λιπαρές, πλούσιες σε χοληστερίνη, τροφές που δημιουργούν αέρια και είναι δύσπεπτες λόγω του τρόπου της παρασκευής τους, όπως και οινοπνευματώδη ποτά και καυρέυματα. Το διαιτολόγιο του ασθενούς που περνάει οξεία βάση της νόσου, περιορίζεται σε υδρική δίαιτα. Συμπληρώνεται όμως μετά την υποχώρηση των έντονων ενοχλημάτων με πρωτεΐνες και υδατάνθρακες. Η ακριβής τήρησή του μειώνει και εξαφανίζει τα περισσότερα από τα ενοχλήματα όπως είναι η δυσπεψία, οι έμετοι, οι πόνοι και το αίσθημα πύσεως στην περιοχή της χολυδόχου κύστεως. Φεύγοντας ο ασθενής στο σπίτι, του δίνεται έντυπο με υπόδειγμα διαιτολογίου.

β) Φαρμακευτική αγωγή

Αντιβιοτικά, κυρίως οι τετρακυκλίνες που συγκεντρώνονται σε μεγάλες ποσότητες στις χοληφόρους οδούς, δίνονται για την λοίμωξη.

γ) Την καταπολέμηση του πόνου

Δίνεται πεθιδίνη παρεντερικώς.

Η μορφίνη αντεδεικνύεται γιατί προκαλεί σπασμό του χοληδόχου πόρου.

δ) Την καταπολέμηση της ναυτίας και του εμέτου

Γίνεται τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Levin για διατήρηση νεού του.

ε) Παρακολούθηση απεκκριμάτων

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί το χρώμα των ούρων και των κοπράνων του ασθενούς, κυρίως σε περίπτωση εμφανίσεως ίκτερου. Δείγματα ούρων και κοπράνων στέλνονται στο εργαστήριο για ανίχνευση χολοχρωστικών.

Με την αγωγή αυτή πολλές φορές η κρίση περνάει μέσα σε 2-3 ημέρες.

Αφού ηρεμήσει ο άρρωστος γίνεται πλήρης έλεγχος για να διαπιστωθεί η αιτιολογία του παροξυσμού και εφ' όσον πρόκειται για χολολιθιασική χολοκυστίτιδα προγραμματίζεται ο άρρωστος για χειρουργική επέμβαση μετά τουλάχιστον 2-3 μήνες.

4.2. ΟΞΕΙΑ ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Η συντηρητική αγωγή στην οξεία παγκρεατίτιδα σκοπό έχει την διακοπή της εξέλιξης της νόσου (αυτοπεψία παγκρέατος) και την πρόληψη επιπλοκών, που αν εμφανιστούν χρειάζεται χειρουργική επέμβαση.

Η καλή και επιστημονική κατάρτιση του νοσηλευτή, οι ακριβείς παρατηρήσεις του και κυρίως το ενδιαφέρον για τον ασθενή, θα αποτελέσουν σημαντικούς παράγοντες για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας και θα βοηθήσουν τόσο στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση, όσο και στην επιτυχία της καλής εκβάσεως της νόσου.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στα εξής:

α) Η απαγόρευση στον ασθενή κάθε τροφή Per os

Η σίτιση από το στόμα πριν υποχωρήσουν όλα τα συμπτώματα και κλινικά σημεία της οξείας παγκρεατίτιδας μπορεί να κάνει τη νόσο να υποτροπιάσει και να δημιουργήσει επιπλοκές.

β) Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα

Έχει διπλό σκοπό: να αφαιρεθούν τα γαστρικά υγρά και ο αέρας από το στομάχι, που βοηθεί στη μείωση της εξωκρινούς λειτουργίας του παγκρέατος, και να προστατεύσει από τους εμέτους.

γ) Χορήγηση από το Levin αντιοξίνων

Αυτή η ενέργεια στοχεύει στη μείωση του ερεθισμού του παγκρέατος από τα οξέα που έρχονται στο δωδεκαδάκτυλο. Με τα μέτρα αυτά αναγκάζεται το πάγκρεας σε λειτουργική αργία, που είναι βασική επιδίωξη σε κάθε όργανο που πάσχει.

δ) Διατήρηση φυσιολογικού όγκου αίματος

Αυτό γίνεται για να αποφευχθεί το shock που είναι μια επιπλοκή, λόγω υδατοηλεκτρολυτικού ανισοζυγίου και τοξικών ουσιών στο αίμα. Γι' αυτό χορηγείται ανθρώπινη λευκοματίνη, πλάσμα και ηλεκτρολυτικά διαλύματα ενδοφλεβίως.

Οι ποσότητες υπολογίζονται με βάση τον αιματοκρίτη, την κεντρική φλεβική πίεση και το ποσό των ούρων, που μετριοούνται συχνά. Επίσης πρέπει να γίνεται συχνή και ακριβής μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού για εκτίμηση της υπογκαιμίας. Αν υπάρχουν αιμορραγίες χορηγείται πλήρες αίμα.

ε) Αντιβιοτικά χορηγούνται για τον κίνυνδο της λοίμωξης.

στ) Μπορεί να χορηγηθεί γλυκαγόνη, γιατί καταστέλλει την παγκρεατική έκκριση.

ζ) Παρακολουθείται το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα και οξόνης στα ούρα και αν χρειαστεί χορηγείται ινσουλίνη.

- η) Ανακούφιση από τον πόνο. Συνήθως προτιμάται η χορήγηση πεθιδίνης.
- θ) Διατήρηση της θρέψης του ασθενούς.

Αρχικά όπως αναφέραμε τρέφεται παρεντερικώς. Μετά τη βελτίωση της κατάστασής του, επιτρέπεται να παίρνει μικρές ποσότητες νερού. Αν τις ανέχεται η δίαιτα προχωρεί σε υδατανθρακούχα υγρά. Μια εβδομάδα, τουλάχιστον, μετά την υποχώρηση του πόνου, η δίαιτα γίνεται υπολιπούχα και χορηγείται σε μικρά και συχνά γεύματα.

4.3. ΟΞΕΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Ο ασθενής με οξεία πρωτοπαθής περιτονίτιδα είναι αρκετά σοβαρά και χρειάζεται άμεση, ακριβή και λεπτομερή φροντίδα.

Οι αντικειμενικοί σκοποί, τόσο της θεραπευτικής συντηρητικής αγωγής, όσο και της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- ο περιορισμός της λοιμώξεως,
- η μείωση των αιτιών που προκαλούν την περιτονίτιδα και
- η ανακούφιση του ασθενούς

Η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται στα εξής:

- α) Χορήγηση αντιβιοτικών, συνήθως πενικιλίνης, εντολή ιατρού, στην ακριβή δοσολογία.
- β) Παρεντερική χορήγηση υγρών και καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- γ) Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση, τόσο για την μείωση του πόνου, όσο και για τη μείωση της εκτάσεως της περιτονίτιδας. Η πιο κατάλληλη θέση για τον ασθενή είναι η Fowler.

- δ) Περιποίηση στοματικής κοιλότητας ασθενούς, γιατί ο ασθενής δεν παίρνει τίποτε από το στόμα και κάνει εμέτους.
- ε) Καταγραφή του χαρακτήρα των υγρών που αποβάλλονται.
- στ) Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. Ο ασθενής καταλαβαίνει τη σοβαρότητα της καταστάσεώς του, γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να ενισχύσει το ηθικό του και να εμπνεύσει σ' αυτόν αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

4.4. ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα στην περίπτωση αυτή πρέπει αρχικά να στοχεύει στην αποσυμπίεση του διατεταμένου εντέρου, την απαλλαγή από τον πόνο και την αντικατάσταση των υγρών που χάνονται.

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι η εξής:

- α) Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Levin, συνδεδεμένος με διαλείπουσα αναρρόφηση, αν η απόφραξη είναι ψηλή.
- β) Τοποθέτηση ρινοεντερικού σωλήνα (Muller-Abbott) όταν η απόφραξη είναι πιο χαμηλή και παροχέτευση του εντερικού περιεχομένου ή αναρρόφηση. Οι δυο παραπάνω ενέργειες γίνονται για την αποφυγή διάτασης του στομάχου και των εντερικών ελίκων.
- γ) Βασικό καθήκον του νοσηλευτή είναι ο προσδιορισμός του χαρακτήρα των συμπτωμάτων και ιδιαίτερα του πόνου ο οποίος είναι δυνατόν να αλλοιωθεί με τη χρήση παυσίπνων παραπλανώντας έτσι την ομάδα υγείας. Παρόλα αυτά χορηγούμε ήπια παυσίπνα.
- δ) Χορήγηση παρεντερικού νερού και ηλεκτρολυτών, λόγω απώλειας.

- ε) Θερμιδική κάλυψη του ασθενούς με ενδοφλέβια χορήγηση διαλυμάτων γλυκόζης εμπλουτισμένων με βιταμίνες Per os τίποτα.
- οτ) Καταπολέμηση των αιτιών και απομάκρυνσή τους. Στο παραλυτικό ειλεό πολλές φορές αιτία είναι η υποκαλιαιμία η οποία προκαλεί παράλυση του εντερικού σωλήνα.
- ζ) Απομάκρυνση του άγχους από τους ασθενείς στην οξεία φάση με εξηγήσεις και ευκαιρίες εξωτερίκευσης των φόβων τους.

4.5. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Η συντηρητική αγωγή διατρηθέντος έλκους έχει εφαρμοστεί τα τελευταία χρόνια. Ο Herman Taylor την αποκάλεσε “η δι’ αναρροφήσεως θεραπεία του διατρηθέντος πεπτικού έλκους”.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στα εξής:

- α) Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα με αεραγωγό (σωλήνας Salem) και συνεχή αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου, αποφεύγοντας την συνεχή επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η αναρρόφηση είναι καλύτερα να γίνεται από πεπειραμένο νοσηλευτή με σύριγγα Levin, απρά με αντλία γιατί έτσι αποφεύγεται το φράξιμο του σωλήνα από τον βλεννογόνο του στομάχου, που κολλάει πάνω στις τρύπες.
- β) Συχνή, ανά τριαντάλεπτο μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- γ) Χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων υγρών και ηλεκτρολυτών, όπως και αίμα για την αντιμετώπιση της υπογκαιμίας.

δ) Χορήγηση παυσιπόνων και αντιβιώσεως, μετά συνεννόηση με τον ιατρό.

Αν η συντηρητική θεραπεία εφαρμοστεί σωστά, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να επιχωματιστεί η διάτρηση, χωρίς να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

Πάντως η στενή παρακολούθηση του ασθενούς από τον νοσηλευτή μπορεί να συμβάλλει στην θεραπεία του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

A. Φάση προετοιμασίας

Σε αυτή τη φάση ο νοσηλευτής:

1. Μετράει και αναγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, αφήνοντας το συγμομανόμετρο στον βραχίονά του, για συχνό έλεγχο της αρτηριακής πίεσεως κατά τη διάρκεια της παρακεντήσεως.
2. Τοποθετεί τον ασθενή σε θέση Fowler.
3. Κατεβάζει τα κλινοσκεπάσματα ριπιδοειδώς προς τα κάτω μέχρι τη μεσότητα των μηρών, καλύπτοντας τον θώρακα του ασθενούς με κουβέρτα νοσηλείας και αποκαλύπτει την κοιλιακή χώρα.
4. Τοποθετεί τον δίσκο παρακέντησης κοιλίας στο κομοδίνο του ασθενούς.
5. Πλένει τα χέρια του.

B. Φάση εκτέλεσης της παρακεντήσεως

Ο νοσηλευτής:

1. Ανοίγει τον δίσκο παρακέντησης με άσηπτη τεχνική.
2. Τοποθετεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από την περιοχή της παρακεντήσεως.
3. Μετά την αντισηψία του δέρματος και την τοποθέτηση του αποστειρωμένου τετράγωνου και σχιστού από τον ιατρό, προσφέρει σ' αυτόν το τοπικό αναισθητικό. Ο ιατρός, μετά την τοπική αναισθησία,

ετοιμάζει τη σύριγγα με τη βελόνα και παρακεντεί. Αναρροφά 15-20 ml υγρό, αφαιρεί τη σύριγγα και αφήνει να παροχετευθεί το υπόλοιπο υγρό μέσω ελαστικού σωλήνα.

4. Τοποθετεί το υγρό που περιέχει η σύριγγα σε δοκιμαστικά σωληνάρια.
5. Στερεώνει τη βελόνα παρακέντησης στο κοιλιακό τοίχωμα.
6. Δεν απομακρύνεται από τον ασθενή καθ' όλης της διάρκειας της παρακεντήσεως.
7. Εκτιμά την κατάσταση του σφυγμού, της αναπνοής και της αρτηριακής πίεσης κατά συχνά χρονικά διαστήματα.
8. Παρατηρεί τον ασθενή για σημεία ωχρότητας και λιποθυμίας.
9. Ελέγχει την ποσότητα, τη σύσταση και το χρώμα του παροχετευμένου υγρού.
10. Μετά την αφαίρεση της βελόνας τοποθετεί αποστειρωμένη γάζα και ελαστικές κολλητικές ταινίες.
12. Φροντίζει για την αποστολή των δειγμάτων του υγρού στο εργαστήριο.

Γ. Φάση παρακολούθησης

Ο νοσηλευτής στην τελική αυτή φάση:

1. Αναγράφει ποσό και όψη του υγρού, αριθμό δειγμάτων που στάλθηκαν στο εργαστήριο καθώς και την κατάσταση του ασθενούς κατά την διάρκεια της παρακεντήσεως.
2. Παρακολουθεί την αρτηριακή πίεση και τα άλλα ζωτικά σημεία κάθε μισή ώρα τις πρώτες δυο ώρες.
3. Παρακολουθεί για διαρροή υγρού το σημείο της παρακεντήσεως.

Όπως αναφέραμε και στο πρώτο μέρος της εργασίας, η παρακέντηση της κοιλίας γίνεται εφ' όσον υπάρχουν ακόμη διαγνωστικές δυσκολίες, αλλά γίνεται και για θεραπευτικούς σκοπούς, αφαιρώντας υγρό ή αίμα από την περιτοναϊκή κοιλότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, ονομάζεται νοσηλευτική διεργασία.

Η νοσηλευτική διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί.

Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Οι νοσηλευτικές διεργασίες που ακολουθούν έγιναν βάσει δυο περιπτώσεων, που προσήλθαν, στο νοσοκομείο “Άγιος Ανδρέας” ο πρώτος και στο Περιφεριακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Π.Π.Γ.Ν.Π.) ο δεύτερος και νοσηλεύθηκαν στην χειρουργική κλινική.

Το πρώτο περιστατικό αφορά έναν ασθενή, με διάγνωση οξείας παγκρεατίτιδας, η οποία όμως δεν χρειάστηκε να αντιμετωπιστεί χειρουργικά. Το δεύτερο περιστατικό αφορά έναν ασθενή, με διάγνωση οξείας εντερικής απόφραξης, όπου χρειάστηκε άμεση χειρουργική επέμβαση.

Και τα δυο περιστατικά προσήλθαν στα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία με έντονο κοιλιακό πόνο αδιάγνωστης φύσεως.

6.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'

6.1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΝΟΣ. ΤΜΗΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΘΑΛ. 602ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ: Κ. Δ.Ημερομηνία εισόδου Νοσηλευτής που τον
παρέλαβε Μ. Π.Νέα εισαγωγή Επανεισαγωγή Τελευταία εισαγωγή Επάγγελμα ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΟΣ Θρησκεία Χ.Ο Ηλικία Διεύθυνση κατοικίας: Σ. 74 τηλ. -Διεύθυνση συγγενών: - τηλ. -Ζωτικά σημεία: θεσμ. Σφύξεις Βάρος σώματος Ύψος

Ο άρρωστος ήλθε στο τμήμα:

Με φορείο με καροτσάκι Με τα πόδια

Με άλλο τρόπο _____

Παρατηρήσεις: _____

Συνοδεύεται:

Από την οικογένεια Τους φίλους Κανένα

Παρατηρήσεις: Ο ασθενής συνοδεύεται από τη σύζυγό του

Πληροφορίες δίνει:

Ο άρρωστος Η οικογένεια Άλλα άτομα

Κανένας

Παρατηρήσεις: Τις περισσότερες πληροφορίες δίνει ο ίδιος. Συμπληρώνει η σύζυγός του. Δυσκολεύεται όμως.

Πιθανή Διάγνωση: Οξεία κοιλία, οξεία παγκρεατίτιδα

Κυριότερα συμπτώματα: Εντονος κοιλιακός πόνος, κυρίως στο επιγάστριο & επεκτεινόμενος ζωστηροειδός. Εμετοι επανειλημμένοι & μικρά σε όγκο, με περιεχόμενο γαστρικό ή οσοεκαδικτυλικό.

Τη διάγνωση γνωρίζει:

Ο άρρωστος Οι συγγενείς Κανένας

Παρατηρήσεις: Δεν γνωρίζει την αιτία που προκαλούν τα παραπάνω συμπτώματα, άρα και τη διάγνωση.

Αντίδραση στην αρρώστεια:

Φοβάται πολύ Πολύ ανήσυχος Απομονωμένος
 Πιστεύει ότι θα γίνει καλά Θα μείνει ανάπηρος
 Θα πεθάνει Δεν συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα
 Έχει λανθασμένες αντιλήψεις Έχει ανεπαρκείς πληροφορίες

Άλλες αντιδράσεις _____

Παρατηρήσεις: Η ανησυχία προέρχεται από τους έντονους πόνους.

Διανοητική κατάσταση:

Είναι καλά προσανατολισμένος στο χώρο και το χρόνο
 Έχει διεγέρσεις Περιορισμένο επίπεδο συνείδησης
 Δεν έχει τις αισθήσεις του

Παρατηρήσεις: _____
επικοινωνία.

Χρόνια Προβλήματα Υγείας:

Διαβήτης Υπέρταση Παθήσεις καρδιάς
 Επύληψια Αλλεργίες Άλλα προβλήματα

Παρατηρήσεις: Δεν έχει κανένα χρόνιο πρόβλημα υγείας.

Φάρμακα που έπαιρνε:

Είδος/όνομα

Σιχνότητα

Τα έχει κοντά του - Δόθηκαν στους συγγενείς -

Παρελήφθησαν από το νοσηλεύτη -

Παρατηρήσεις: Δεν παίρνει φάρμακα

Ακοή: Ακούει καλά ν Είναι βαρύνκος Χρησιμοποιεί
ακουστικά

Άλλα προβλήματα

Οραση: Βλέπει καλά ν Δεν βλέπει Χρησιμοποιεί
γυαλιά

Επικοινωνία Επικοινωνεί ν κανονικά Δεν μπορεί να
γράφει Δεν μπορεί
να διαβάσει

Δεν μπορεί να μιλήσει Επικοινωνεί με νοήματα

Άλλα προβλήματα επικοινωνίας: Δυσκολεύεται λίγο να επικοινωνήσει
λόγω του έντονου πόνου και της καταβολής από τους εμέτους.

Εμφάνιση-Δέρμα: φυσιολογικό

Πρόσωπο: ωχρο Κυανωτικό Ικτερικό Οιδήματα
βλεφαρών

Δέρμα: ωχρο Ξηρό Ικτερικό Κυανωτικό

Εξανθήματα Κατακλίσεις

Άλλα προβλήματα: -

Παρατηρήσεις: Παρουσιάζει ερυθρότητα στο πρόσωπο

Κινητικότητα: Αυτοεξεπηρέτηση σε όλα

Χρειάζεται βοήθεια: Για έγερση στο κρεβάτι

Βάδιση

Ατομική καθαριότητα

Ντύσιμο

Δεν κινείται καθόλου

Παρατηρήσεις: Ο πόνος και η εξάντληση από τους εμέτους τον καθηλώνουν στο κρεβάτι.

Συνήθειες-Έξεις: Καπνίζει

Πόσα τσιγάρα το 24ωρο

20

Πίνει

Ποσότητα και είδος Οχι υπερβολική ποσότητα-Κρασί

Χρησιμοποιεί καφέ

Ποσότητα το 24ωρο

1 ποτήρι

Άλλες συνήθειες: -

Παρατηρήσεις: -

Ενδιαφέροντα-Δραστηριότητες:

Διάβασμα

Ραδιόφωνο

Τηλεόραση

Εργόχειρο

Συμμετοχή σε ομάδες: Αθλητικές

Πολιτιστικές

Κοινωνικές

Θρησκευτικές

Φιλανθρωπικές

Άλλα -

Παρατηρήσεις: Ασχολείται με την οικογένειά του

Εμπειρίες από προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομεία:

Θετικές

Αδιάφορες

Αρνητικές

Οδυσπρές

Παρατηρήσεις: Δεν έχει άλλη εμπειρία

Συμπληρώστε όποιες άλλες πληροφορίες αφορούν τον άρρωστο, χρησιμοποιώντας και την πίσω σελίδα: Έχει δυο παιδιά. Ένα αγόρι 5 ετών και ένα κορίτσι 3 ετών. Η γυναίκα του είναι παιδαγωγός.

Βοηθητικά μέσα που χρησιμοποιεί:

Πατερίτσες Μπαστούνι Τεχνητά μέλη
 Τεχνητός μαστός Τραχειοσωλήνας Οδοντοστοιχίες

Άλλα μέσα: _____

Παρατηρήσεις: δεν χρησιμοποιεί βοηθητικά μέσα

Πεπτικό σύστημα:

Δίαιτα: Γενική Υδρική Ελαφρά Ειδική

Διατροφή: Έχει όρεξη Δεν έχει όρεξη Έχει δυσκολία στη μάσηση

Δυσκολία στην κατάποση Είναι παχύσαρκος Πολύ αδύνατος

Παρουσιάζει διάρροια Δυσκοιλιότητα

Συνήθης ρυθμός

1 κένωση το 24ωρο Κάθε 2 ημέρες Μόνο με φάρμακα

Αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας: Φαρμακευτικά Διαιτητικά

Άλλες πληροφορίες: Πριν έρθει στο νοσοκομείο είχε ανορεξία και δυσπεπτικά προβλήματα

Παρατηρήσεις: _____

Ύπνος: Κοιμάται κανονικά Έχει αϋπνίες Παίρνει υπνωτικά

Φάρμακα που παίρνει _____ Ώρες ύπνου το 24ωρο

Παρατηρήσεις: _____

Οικογενειακές-Κοινωνικές συνθήκες:

Ζει μόνος Με την οικογένειά του Σε ίδρυμα

Με φίλους Άλλα _____

Περιγραφή οικογενειακών και κοινωνικών συνθηκών:

Οικονομική κατάσταση καλή.

Η σχέση του με τη σύζυγο πολύ καλή

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|---|--|--|
| 1. Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. | Ρύθμιση υδατοηλεκτρολυτικού ισοζυγίου. | <ul style="list-style-type: none"> - Συστηματική χορήγηση παρεντερικών υγρών και ηλεκτρολυτών μετά ιατρικών οδηγιών. - Ετοιμασία ειδικού δελτίου προλαβανομένων και οπιοβαλλομένων υγρών. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε παρεντερικός υγρά και ηλεκτρολύτες (Ringers 2000cc και Sodium Chloride 0,9% 1000cc ημερησίως, εμπλουτισμένοι με ηλεκτρολύτες) - Αρχισε μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. | <ul style="list-style-type: none"> - Ικανοποιητική ρύθμιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. - Στην οξεία φάση όμως ο ασθενής προσέλαβε περισσότερα υγρά από ότι απέβαλλε. |
| 2. Κίνδυνος επιπλοκών, από την εξέλιξη της νόσου. | <ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή των επιπλοκών. - Διακοπή οίτησης του ασθενούς από το στόμα. | <ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνία με τον ασθενή και επεξήγηση της ανάγκης διακοπής οίτησης Per-os. | <ul style="list-style-type: none"> - Επεξηγήθηκε στον ασθενή ότι πρέπει να γίνει διακοπή της οίτησης Per-os, για να αποφευχθούν τυχόν επιπλοκές. | <ul style="list-style-type: none"> - Δέχτηκε την απαγόρευση οίτησης Per-os, ακοιτώντας προσεκτικά τις επεξηγήσεις. - Ετσι δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της νόσου. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|--|--|
| 3. Εμετοί. | Ανακούφιση του ασθενούς από τους εμέτους, με τον έλεγχο της εξωκρινούς εκκρίσεως του παγκρέατος. | <ul style="list-style-type: none"> - Ενδοφλέβια χορήγηση, μετά ιατρικών οδηγιών, αντιεμετικού φαρμάκου. - Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Levin και αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου, σύμφωνα με τις οδηγίες. - Χορήγηση αντιοξίνων φαρμάκων από το Levin. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε αντιεμετικό φάρμακο ενδοφλεβίως (Primetan amp 1 χλ). - Τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας Levin και αναρροφήθηκε το γαστρικό περιεχόμενο και ο αέρας που υπήρχε. Συνδέθηκε με συλλέκτη. - Χορηγήθηκε αντιόξινο φάρμακο (Sir Maalox) μέσω ρινογαστρικού σωλήνα. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τους εμέτους. - Ο ρινογαστρικός σωλήνας τοποθετήθηκε χωρίς καμία επιλοκή. - Το αντιόξινο σιρόπι εξουδερώσε το όξινο περιβάλλον του στομάχου. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--------------------------------------|--|---|--|
| 4. Αύξηση της θερμοκρασίας άνω των 38°C. | Καταπολέμηση του άουπιου πυρετού. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου I.M., μετά ιατρικών οδηγιών. - Ετοιμασία ειδικού δελτίου ζωής θερμομέτρησης του ασθενούς. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε I.M. αντιπυρετικό φάρμακο (I amp Aprotel), αφού μετρήθηκε η Αρτηριακή πίεση (Α.Π.) του ασθενούς γιατί το φάρμακο προκαλεί πτώση της Α.Π. - Ο ασθενής τέθηκε σε ζωρή μέτρηση της θερμοκρασίας του. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο οργανισμός του ασθενούς ανταποκρινόταν στο αντιπυρετικό φάρμακο και έτσι υπήρξε προσωρινή ανακούφιση του ασθενούς κάθε φορά που ανέβαινε η θερμοκρασία του. - Ο πυρετός αναγνωριζόταν εγκαίρως και αντιμετωπιζόταν. |

| ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|--|---|--|
| 5. Έντονοι πόνοι στο επιγάστριο και στο δεξιό υποχόνδριο. | Καταπολέμηση του άλγους και ανακούφιση του ασθενούς. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες παυσιπνοίου φαρμάκου. - Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση, ώστε να προκληθεί μείωση της δραστηριότητας των μυών της περιοχής γύρω από το πάγκρεας. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε ναρκωτικό φάρμακο I.M. (1 amp Pethidine των 0,05 mg). - Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε κατάλληλη θέση. Η θέση που πήρε ήταν: το σώμα σκυμένο προς τα εμπρός με τους μηρούς μαζεμένους προς την κοιλιά. | <ul style="list-style-type: none"> - Προκλήθηκε αναλγησία και ο ασθενής ανακουφίστηκε προσωρινά. - Ο ασθενής ηρέμησε ούτως ώστε να μην απαιτηθεί επανάληψη της θέσης. Ετσι ανατακτά χρονικά διαστήματα έπαιρνε τη θέση αυτή. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|---|---|--|---|
| 6. Υπογκαιμία. | Διατήρηση φυσιολογικού του όγκου αίματος. | <ul style="list-style-type: none"> - Μείωση ζωικών σημείων, κεντρικής φλεβικής πίεσης (Κ.Φ.Π.) καθώς και του αιματοκρίτη, μετά ιατρικών οδηγιών για αξιολόγηση αναγκών. - Χορήγηση ανθρώπινης λευποματίνης (Human Albumin) ενδοφλεβίως σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. | <ul style="list-style-type: none"> - Μετρήθηκαν τα ζωικά σημεία, η Κ.Φ.Π. καθώς και ο αιματοκρίτης. - Χορηγήθηκε Human Albumin στον ασθενή ενδοφλεβία. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής χρειάστηκε να πάρει ανθρώπινη λευκοματίνη. - Διατηρήθηκε ο όγκος του αίματος σταθερός. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|---|---|---|---|
| 7. Δύσπνοια, ταχύπνοια και ταχυοφυγμία, λόγω πτώσης μερικής πίεσης του O ₂ . | <ul style="list-style-type: none"> - Καταπολέμηση των συμπτωμάτων. - Επανάφορα της φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς. - Ανακούφιση του ασθενούς. | <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση. - Χορήγηση O₂ - Αναπνευστική γυμναστική. - Λήψη των ζωτικών σημείων και λήψη αρτηριακού αίματος για μέτρηση των αερίων αίματος, μετά ιατρικών οδηγιών, για την εκτίμηση της κατάστασής του. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. - Χορηγήθηκε στον ασθενή O₂ με μάσκα. - Εγιναν ασκήσεις αναπνευστικής γυμναστικής. - Εγινε λήψη των ζωτικών σημείων όπως αρτηριακού αίματος. | <ul style="list-style-type: none"> - Τα συμπτώματα υποχώρησαν. Ο ασθενής ανακούφιστηκε και αποκαταστάθηκε η φυσιολογική του αναπνευστική λειτουργία. |
| 8. Υπερέκκριση παγκρεατικού υγρού. | Καταστολή της εκκρίσεως του παγκρέατος. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση φαρμάκων στον ασθενή, μετά ιατρικών οδηγιών, που καταστέλουν την παγκρεατική έκκριση. | Χορηγήθηκε στον ασθενή γλυκαγόνη. | Παρατηρήθηκε ικανοποιητική μείωση της παγκρεατικής έκκρισης. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|--|---|--|
| 9. Παγκρεατικό ή περιπαγκρεατικό απόστημα και σηπτικές επιπλοκές. | Αποφυγή: - σχηματισμού παγκρεατικού ή περιπαγκρεατικού αποστήματος και - σηπτικών επιπλοκών. | Συστηματική χορήγηση αντιβίωσης, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. | Χορηγήθηκε στον ασθενή αντιβίωση (Briulin 1x3). | Δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή στον ασθενή. |
| 10. Υπεργλυκαιμία και σακχαρουρία. | Εγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών. | - Ετοιμασία ειδικού δελτίου μέτρησης σακχάρου και 4ωρη μέτρηση τιμής σακχάρου αίματος, όπως και οξόνης ούρων. - Χορήγηση ινσουλίνης υποδορίως, μετά ιατρικών οδηγιών. - Εφαρμογή συντηρητικής αγωγής με tb, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. | - Εγινε μέτρηση σακχάρου αίματος με μηχανήμα One touch και βρέθηκε τιμή 325 mg. Επίσης έγινε μέτρηση οξόνης στα ούρα με Glucostic και βρέθηκαν 5 σταυροί(+++++). - Χορηγήθηκαν στον ασθενή 8 μονάδες (U.I.) κρυσταλλικής ινσουλίνης (Actrapid 100 U.I./ml) υποδορίως. - Δόθηκαν στον ασθενή Diamicon tb των 80mg (2X2). | - Εγινε έγκαιρη αναγνώριση της υπεργλυκαιμίας και της σακχαρουρίας. - Η τιμή του σακχάρου έπεφτε κάθε φορά που χορηγούνταν ινσουλίνη. -Ο ασθενής όταν εξήλθε από το νοσοκομείο, είχε ικανοποιητικά επίπεδα σακχάρου αίματος και ούρων. |

| ΑΙΟΛΟΓΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|---|---|---|
| 11. Απώλεια βάρους (8Kgr) και αδυναμία. | Ανάκτηση του φυσιολογικού βάρους και της δύναμης του ασθενούς. | Διακοπή παρεντερικής χορήγησης υγρών και σίτιση από το στόμα. | Μετά 9 ημερών έγινε διακοπή στην παρεντερική χορήγηση υγρών και άρχισε ο ασθενής ελαφρά δίαιτα από το στόμα (δίαιτα διαβητικού, άλιπη). | Ο ασθενής δυνάμωσε και στις 30-4-1996 εξήλθε από το νοσοκομείο. |
| ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: | | | | |
| Κάθε νοσηλευτική παρέμβαση έγινε μετά ενημέρωσης του ασθενούς. Επίσης, μετά την διεκπεραίωση των νοσηλευτικών πράξεων, αυτές αναγράφηκαν στη λογοδοσία. | | | | |

6.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'

6.2.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Π.Π.Γ.Ν.Π. ΚΛΙΝΙΚΗ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Α'ΝΟΣ. ΤΜΗΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΘΑΛ. 202ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ: Π.Α.Ημερομηνία εισόδου Νοσηλευτής που τον
παρέλαβε Μ.Π.Νέα εισαγωγή Επανεισαγωγή Τελευταία εισαγωγή Επάγγελμα ΣΥΝΤ/ΧΟΣ ΟΓΑ Θρησκεία Χ.Ο. Ηλικία Διεύθυνση κατοικίας: Κ.Α. τηλ. -Διεύθυνση συγγενών: - τηλ. -Ζωτικά σημεία: θερμο. Σφύξεις Βάρος σώματος Ύψος

Ο άρρωστος ήλθε στο τμήμα:

Με φορείο με καροτσάκι Με τα πόδια

Με άλλο τρόπο _____

Παρατηρήσεις: _____

Συνοδεύεται:

Από την οικογένεια Τους φίλους Κανένα

Παρατηρήσεις: Ο ασθενής συνοδεύεται από τη σύζυγο και τον αδελφό του

Πληροφορίες δίνει:

Ο άρρωστος Η οικογένεια Άλλα άτομα
Κανένας

Παρατηρήσεις: Τις περισσότερες πληροφορίες τις δίνει η σύζυγός του

Πιθανή Διάγνωση: Οξεία κοιλία, Οξεία μηχανική απόφραξη λεπτού εντέρου (εξωτοιχωματικής αιτιολογίας)

Κυριότερα συμπτώματα: Πόνος στην κοιλιά ο οποίος εμφανίζεται κατά κύματα κάθε 4-5 λεπτά (κολικοειδής πόνος), Σχυνοί έμετοι (τροφώδεις). Αναστολή αποβολής αερίων και κοπράνων.

Τη διάγνωση γνωρίζει:

Ο άρρωστος Οι συγγενείς Κανένας

Παρατηρήσεις: Δεν γνωρίζει την αιτία των συμπτωμάτων

Αντίδραση στην αρρώστεια:

Φοβάται πολύ Πολύ ανήσυχος Απομονωμένος
 Πιστεύει ότι θα γίνει καλά Θα μείνει ανάπηρος
 Θα πεθάνει Δεν συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα
 Έχει λανθασμένες αντιλήψεις Έχει ανεπαρκείς πληροφορίες

Άλλες αντιδράσεις _____

Παρατηρήσεις: Ο φόβος υπάρχει, λόγω του ότι δεν αρρώστησε ποτέ βαρειαύτως να χρειαστεί νοσοκομειακή περίθαλψη

Διανοητική κατάσταση:

Είναι καλά προσανατολισμένος στο χώρο και το χρόνο
 Έχει διεγέρσεις Περιορισμένο επίπεδο συνείδησης
 Δεν έχει τις αισθήσεις του

Παρατηρήσεις: Οι διεγέρσεις οφείλονται στα κύματα πόνου

Χρόνια Προβλήματα Υγείας:

Διαβήτης Υπέρταση Παθήσεις καρδιάς
 Επιληψία Αλλεργίες Άλλα προβλήματα

Παρατηρήσεις: Δεν έχει κανένα χρόνια πρόβλημα υγείας

Φάρμακα που παίρνει:

| Είδος/όνομα | Συχνότητα |
|-------------|-----------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Τα έχει κοντά του - Δόθηκαν στους συγγενείς

Παρελήφθησαν από το νοσηλεύτη -

Παρατηρήσεις: ΔΕΝ παίρνει φάρμακα

Ακοή: Ακούει καλά Είναι βαρύτερος Χρησιμοποιεί ακουστικά

Άλλα προβλήματα _____

Οραση: Βλέπει καλά Δεν βλέπει Χρησιμοποιεί γυαλιά

Επικοινωνία Επικοινωνεί κανονικά Δεν μπορεί να γράψει Δεν μπορεί να διαβάσει

Δεν μπορεί να μιλήσει Επικοινωνεί με νοήματα

Άλλα προβλήματα επικοινωνίας: Δόγω βαρυκοΐας η επικοινωνία με τον ασθενή είναι δύσκολη.

Εμφάνιση-Δέρμα: _____ φυσιολογικό

Πρόσωπο: ωχρο Κυανωτικό Ικτερικό Οιδήματα βλεφάρων

Δέρμα: ωχρο Ξηρό Ικτερικό Κυανωτικό

Εξανθήματα Κατακλίσεις

Άλλα προβλήματα: -

Παρατηρήσεις: _____

Κινητικότητα: Αυτοεξυπηρέτηση σε ύψος

Χρειάζεται βοήθεια: Για έγερση στο κρεβάτι Βάδιση

Ατομική καθαριότητα Ντύσιμο Δεν κινείται καθόλου

Παρατηρήσεις: _____

Συνήθειες-Έξεις: Καπνίζει Πόσα τσιγάρα το 24ωρο

Πίνει Ποσότητα και είδος 2 φορές την ημέρα στο καφε-νεύο (1 ποτηράκι)-Τσίπουρο

Χρησιμοποιεί καφέ Ποσότητα το 24ωρο

Άλλες συνήθειες: _____

Παρατηρήσεις: Πίνει κρασί στο σπίτι με το φαγητό. Η πληροφορία για το τσίπουρο δόθηκε από τη σύζυγό του

Ενδιαφέροντα-Δραστηριότητες:

Διάβασμα Ραδιόφωνο Τηλεόραση Εργόχειρο

Συμμετοχή σε ομάδες: Αθλητικές Πολιτιστικές Κοινωνικές

Θρησκευτικές Φιλανθρωπικές

Άλλα _____

Παρατηρήσεις: Συγκαντιέται στο καφενείο με άλλους συνταξιούχους

Εμπειρίες από προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομεία:

Θετικές Αδιάφορες Αρνητικές Οδύνηδες

Παρατηρήσεις: Δεν έχει άλλη εμπειρία

Συμπληρώστε όποιες άλλες πληροφορίες αφορούν τον άρρωστο, χρησιμοποιώντας

και την πίσω σελίδα: Νυμφευμένος 47 χρόνια.

Ασχολούνταν με κτήματα

Βοηθητικά μέσα που χρησιμοποιεί:

Πατερίτσες Μπαστούνι Τεχνητά μέλη

Τεχνητός μαστός Τραχειοσωλήνας Οδοντοστοιχίες

Άλλα μέσα: -

Παρατηρήσεις: -

Πεπτικό σύστημα:

Δίαιτα: Γενική Υδρική Ελαφρά Ειδική

Διατροφή: Έχει όρεξη Δεν έχει όρεξη Έχει δυσκολία στη μάσηση

Δυσκολία στην κατάποση Είναι παχύσαρκος Πολύ αδύνατος

Παρουσιάζει διάρροια Δυσκοιλιότητα

Σινηθής ρυθμός

1 κένωση το 24ωρο Κάθε 2 ημέρες Μόνο με φάρμακα

Αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας: Φαρμακευτικά Διαιτητικά

Άλλες πληροφορίες: Ο ασθενής είχε ανορεξία πριν εισαχθεί στο νοσοκομείο

Παρατηρήσεις: _____

Ύπνος: Κοιμάται κανονικά Έχει αϋπνίες Παίρνει υπνωτικά

Φάρμακα που παίρνει _____ Ώρες ύπνου το 24ωρο

Παρατηρήσεις: Κοιμάται 6 ώρες το βράδυ και 2 ώρες το απόγευμα

Οικογενειακές-Κοινωνικές συνθήκες:

Ζει μόνος Με την οικογένειά του Σε ίδρυμα

Με φίλους Άλλα _____

Περιγραφή οικογενειακών και κοινωνικών συνθηκών:

Δεν αντιμετωπίζει οικονομικό πρόβλημα.

Ζει σε ευρύ οικογενειακό περιβάλλον.

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|--|---|
| 1. Κίνδυνος εξέλιξης απλής απόφραξης σε ισχυαμική. | Υπολογισμός με ακρίβεια του χρόνου που μπορούμε να περιμένουμε για την εγχείρηση. | Γρήγορη παράπεψη του ασθενούς στο ακτινολογικό τμήμα μετά συνεννόησης με τους ιατρούς. | Στάλθηκε ο ασθενής άμεσως για απλή ακτινογραφία κοιλίας σε κατάκλιση. | Υπολογίστηκε ο χρόνος που μπορεί να μεσολαβήσει από τη στιγμή που ειχάχθηκε ο ασθενής στο νοσοκομείο μέχρι την εγχείρηση, ώστε να γίνουν οι παρακάτω ενέργειες. |
| 2. Εντερική διάταση και πίεση του διαφράγματος προς τα πάνω. | Ελάττωση του ποσού των υγρών που προχωράνε περιφερικά του εντερικού σωλήνα. | Τοποθέτηση ειδικού σωλήνα (Muller Abbott) και ρινογαστρική αναρρόφηση μετά ιατρική αναρρόφηση με τριών οδηγιών. | Εφαρμόστηκε στον ασθενή ρινογαστρική αναρρόφηση μετά τοποθέτησης ειδικού σωλήνα (Muller Abbott) και αφαιρέθηκε το περιεχόμενο του στομάχου και του λεπτού εντέρου μέχρι το σημείο της απόφραξης. | Εγινε ικανοποιητική αλλά όχι τέλεια αφαίρεση του γαστροεντερικού περιεχομένου. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|---|--|--|
| 3. Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. | Πρόληψη διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. | <ul style="list-style-type: none"> - Μέτρηση βαθμού υποβολαιμίας του ασθενούς. - Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών μετά ιατρικών οδηγιών. | Επειδή ο ειλεός ήταν πρόσφατος, μετά μείτρησης ειδικού βάρους των ούρων και αιματοκρίτη αίματος για την εκτίμηση βαθμού υποβολαιμίας, χορηγήθηκαν στον ασθενή 15 λίτρα υγρό (1500ccDextrose 5%) και ηλεκτρολύτες σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων. | Έγινε πρόληψη διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|--|--|
| 4. Κίνδυνος μόλυνσης του σημείου της κοιλιάς που θα γίνει η τομή κατά την εγχείρηση. | Να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις το σημείο της κοιλιάς που θα γίνει η τομή. | Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς. | Εγινε καλή τοπική καθάρση-πλυσίμα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος της περιοχής που θα γίνει η εγχείρηση. Το πεδίο επεκτάθηκε από το ύψος της ξιφοειδούς αποφύσεως μέχρι την ηβική σύμφυση. | Εγινε οωστή τοπική προεγχειρητική ετοιμασία. |
| 5. Φόβος και ανησυχία. | - Να εξαληφθεί ο φόβος. - Να προετοιμαστεί ψυχολογικά ο ασθενής για τη χειρουργική επέμβαση. | Ηθική τόνωση, ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. | - Εγινε ηθική τόνωση του ασθενούς. - Ενημερώθηκε για το αναγκαίο της επέμβασης. - Επιβεβαιώση ότι θα γίνει καλά. | - Ο ασθενής ηρέμησε. - Εφόσον αποκαταστάθηκαν όλες οι διαταραχές που οφείλονται στην παθοφυσιολογία της νόσου, ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|---|--|--|---|
| 1. Μετεγχειρητικός πόνος. | Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα αυτό. | Χορήγηση παυσιπόνου στον ασθενή, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. | <ul style="list-style-type: none"> - Εγινε I.M. στον ασθενή ένεση παυσιπόνου (Iamp Zideton των 75mg). - Μπήκε σε ουστηματική αγωγή με παυσιπόνα (Zideton amp X 2) για τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. | <ul style="list-style-type: none"> - Υπήρξε προσωρινή ανακούφιση του ασθενή. - Ο ασθενής ήμταν σχετικά πιο ήσυχος τις τρεις αυτές πρώτες μέρες. |
| 2. Τάση για εμετό και υπερέκκριση γαστρικών υγρών. | Αποφυγή του εμέτου και παροχέτευση των γαστρικών υγρών. | Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου και τοποθέτηση ρινογαστρικούς σωλήνα Levin μετά ιατρικών οδηγιών στον ασθενή. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε ενδοφλεβίως αντιεμετικό (Iamp Primpregan). - Τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας Levin και συνδέθηκε με συλλέκτη. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τους εμέτους. - Το Levin τέθηκε χωρίς καμία εμπλοκή. |

| ΑΙΟΛΟΓΉΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|---|--|--|--|
| 3. Αίσθημα ξηρότητας στόματος. | Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα αυτό. | Εφύγγραση του σιόματος του ασθενούς με νερό. | Έγινε εφύγγραση του σιό- ματος και των χειλέων του ασθενούς, με Port-cotton εμποτισμένη σε δροσερό νερό. | Ο ασθενής ανακουφίστηκε από το αίσθημα ξηρότητας του σιόματος. |
| 4. Στοματίτιδα. | Πρόληψη στοματίτιδας. | Πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με αντισηπτική διάλυση. | Έγιναν τακτικά πλύσιμα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με port-cotton και Hexalen. | Ο ασθενής δεν εμφανίστηκε στοματίτιδα. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|--|--|---|
| 5. Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. | Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. | <ul style="list-style-type: none"> - Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. - Ετοιμασία ειδικού δελτίου προσλαμβανόμενου και αποβαλλόμενου υγρού. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκαν στον ασθενή παρεντερικός υγρός (κυρίως Dextros 5%) και ηλεκτρολύτες σύμφωνα πάντα με τις απαντήσεις των εργαστηριακών εξετάσεων. - Αρχισε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων (από Levin και ουροκαθετήρα) υγρών του ασθενούς. Ο καθετήρας είχε τοποθετηθεί στο χειρουργείο. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ήταν πλήρως ενυδατωμένος. Ετσι δεν παρουσίασε διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. - Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην τιμή των αποβαλλομένων από τα προσλαμβανόμενα υγρά. |
| 6. Διούρηση. | Αποκατάσταση φυσιολογικής διούρησης. | Αφαίρεση ουροκαθετήρα. | Ο ουροκαθετήρας αφαιρέθηκε μετά 4 ημερών από την εγχείρηση. | Ο ασθενής είχε φυσιολογική διούρηση. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|---------------------------|--|--|--|
| 7. Αύξηση της θερμοκρασίας (37,8°C). | Ρύθμιση της θερμοκρασίας. | Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων στον ασθενή. | Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα στον ασθενή. | Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. |
| 8. Δημιουργία θρομβοφλεβίτιδας. | Πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας. | Συστηματική χορήγηση αντιθρομβωτικού φαρμάκου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε για 10 ημέρες μετά την εγχείρηση αντιθρομβωτικό φάρμακο (Fraxiparine 0,3 ml). - Ενθαρύνθηκε ο ασθενής για εγχείρηση έγερση από το κρεβάτι. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δεν παρουσίασε θρομβοφλεβίτιδα. - Έγινε έγκαιρη έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---------------------------------------|---|--|---|
| 9. Καταβολή δυνάμεων. | Επανάκτηση των δυνάμεων του ασθενούς. | Διακοπή ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και εφαρμογή ελαφράς διαίτας στον ασθενή. | Μετά την 6η μειοχειρητική ημέρα και αφού ο περισταλιτισμός του εντέρου ήταν φυσιολογικός, χορηγήθηκε διαίτα ελαφρά, ανωτέρας όμως βιολογικής αξίας, μετά διακοπής ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών. | Ο ασθενής επανέκτησε μέρος των δυνάμεών του και αφού επανήλθε στο φυσιολογικό διατολόγιό του, πήρε εξιτήριο μετά 10 ημερών. |
| ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: | | | | |
| Κάθε νοσηλευτική παρέμβαση έγινε μετά ενημέρωσης του ασθενούς. Επίσης, κάθε νοσηλευτική ενέργεια αναγράφεται στην λογοδοσία. | | | | |

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γερμενής Τάσος: “Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας”,
Εκδοση Γ', Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 1992.
- Γολεμάτης Χ.Β.: “Χειρουργική Παθολογία”, Τόμος Α', Εκδοση 1η, Ιατρικές
Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1991.
- Γολεμάτης Χ.Β.: “Χειρουργική Παθολογία”, Τόμος Β', Εκδοση 1η, Ιατρικές
Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1991.
- Γούλια Γ. Ειρήνη: “Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική”, Επίτομος, Εκδοση 1η,
Εκδόσεις “ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1991.
- De Dombal F.T.: “Διάγνωση του οξέος κοιλιακού πόνου”, Μετάφραση
Τριανταφυλλίδη Γιάννη, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνου,
Αθήνα 1985.
- Jones P.F.: “Emergency Abdominal Surgery” Blackwell Scientific, Oxford 1974.
- Κατρίτσης Δ. Επαμεινώνδας, Παπαδόπουλος Ι. Νικόλαος: “Ανατομική του
Ανθρώπου”, Τόμος 3ος, Εκδοση 1η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
1986.
- Kahle W., Leonhardt H., Platzer W.: “Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου
με Εγχρωμο Ατλαντα”, Μετάφραση Παπαδόπουλος Ν., Τόμος 2ος,
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
- Κυριακίδου Θ. Ελένη: “Κοινωνική Νοσηλευτική”, Επίτομος, Εκδοση 1η,
Εκδόσεις “ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1995.

- Μαλγαρινού Α.Μ., Κωνσταντινίδου Φ.Σ.: “Νοσηλευτική-Γενική Παθολογική Χειρουργική”, Τόμος Α', Εκδοση Δέκατη, Εκδόσεις “ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1987.
- Παπαδημητρίου Ι.Δ.: “Όξείες Παθήσεις Κοιλίας”, Επίτομος, Εκδοση 1η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1983.
- Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μαρία: “Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική”, Τόμος 1ος, Β' Επανεκδοση, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 1988
- Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μαρία: “Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική”, Τόμος 2ος - Μέρος Β', Β' Επανεκδοση, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 1988.
- Shepherd J.A.: “Surgery of the Acute Abdomen”, 2nd edn. Churchill Livingstone, Edinburgh 1968.
- Σκαλκέας Γρ.: “Η Κλινική Εξέταση του Χειρουργικού Ασθενούς”, Επίτομος, Εκδοση 1η, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1979.
- Τοιλιγκίρογλου - Φαχαντίδου Αννα: “Η Ανατομία του Ανθρώπινου Σώματος”, Επίτομος, Εκδοση 2η, Εκδόσεις “UNIVERSITY STUDIO PRESS”, Θεσσαλονίκη 1989.