

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

ΘΕΜΑ: "Σ Α Λ Π Ι Γ Γ Ι Τ Ι Δ Ε Σ"

Πτυχιακή εργασία

Μαρινάτου Θεώνη, σπουδάστρια Νοσηλευτικής

Υπεύθυνος καθηγητής

Κ. Φρούντζος Βασίλειος

Επιτροπή εγκρίσεως Πτυ-  
χιακής εργασίας:

1. κ. Φρούντζος Βασίλειος
- 2.
- 3.



Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	231
----------------------	-----

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	I
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	II
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	1
Εξωτερικά γεννητικά όργανα.....	1
Εσωτερικά γεννητικά όργανα.....	9
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ.....	26
Οξεία σαλπιγγίτιδα.....	27
Συμπτώματα και κλινοεργαστηριακά ευρήματα.....	27
Διαφορική Διάγνωση.....	31
Επιπλοκές.....	41
Πρόληψη.....	41
Θεραπεία.....	42
Πρόγνωση.....	44
Χρόνια σαλπιγγίτιδα.....	44
Συμπτώματα και κλινοεργαστηριακά ευρήματα.....	46
Θεραπεία.....	46
Σαλπιγγωθηκικό απόστημα.....	48
Συμπτώματα και κλινοεργαστηριακά ευρήματα.....	49
Διαφορική διάγνωση.....	50
Επιπλοκές.....	50
Θεραπεία.....	50
Πρόγνωση.....	52
Δουγλάσσειο απόστημα.....	52

1η περίπτωση ασθενούς νοσηλευόμενου στην Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πάτρας (Στρατιωτικό Νοσοκομείο).....	54
2η περίπτωση ασθενούς νοσηλευόμενου στη Μαιευτική - γυναικολογική Κλινική Πάτρας (Στρατιωτικό Νοσοκομείο).....	64
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	74
Οξεία σαλπινγίτιδα.....	74
Χρόνια σαλπινγίτιδα.....	86
Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	87
Μεταεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	95
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</u>	
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	102

"Πάντα γαρ, έφη, εκ της  
ψυχής ωρμήσθαι και τα  
κακά και τα αγαθά τω  
σώματι και παντί τω  
ανθρώπω και εκείθεν ε-  
πιρρείν".

Πλάτων - "Χαρμίδης"

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Με βάση την διαπίστωση ότι οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελούν την μάλιστα του γυναικείου πληθυσμού από την ηλικία της εφηβείας και πάνω, προβληματίστηκα και αποφάσισα να περιγράψω ένα από τα είδη των φλεγμονών των εσωγεννητικών οργάνων, όπως είναι "οι σαλπινγίτιδες".

Πιστεύω ότι είναι ένα πολύ σοβαρό και ενδιαφέρον θέμα.

Αφορά όλο το γυναικείο πληθυσμό και ιδιαίτερα τα νέα κορίτσια που βρίσκονται στην αναπαραγωγική τους εποχή.

Στην αρχή αναφέρομαι την Ανατομία και την Φυσιολογία των εσωγεννητικών οργάνων.

Συνεχίζω με την Παθολογία της οξείας και της χρόνιας Σαλπινγίτιδας, περιγράφοντας ορισμένες περιπτώσεις σαλπινγίτιδας.

Στο τέλος αναφέρομαι στην νοσηλευτική φροντίδα και την αποκατάσταση της ασθενούς είτε βρίσκεται στην οξεία ή την χρόνια κατάσταση.

Φυσικά το ερέθισμα για να ασχοληθώ με την εργασία αυτή, δόθηκε από το μάθημα των "Σεμιναρίων" που μας το παρουσίασε η καθηγήτρια και διευθύντρια της σχολής Δις Κυριακή Νάνου, την οποία ευχαριστώ και θαυμάζω για την παρουσία της γενικά στον τομέα της νοσηλευτικής.

Επίσης εκφράζω τις ευχαριστίες μου στον Ιατρό Γυναικολόγο και επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Φρούντζο που με βοήθησε να φέρω εις πέρας αυτή την εργασία.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων της γυναίκας, παρά την ανακάλυψη και μεγάλη χρησιμοποίηση των διαφόρων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, αποτελούν ακόμη και σήμερα σοβαρό και συχνό πρόβλημα για τις γυναίκες κάθε ηλικίας.

Πολλές από τις φλεγμονές προκαλούν θορυβώδη συμπτώματα, χωρίς όμως βαριές επιπτώσεις. Αντιθέτως, άλλες εμφανίζονται με ηπιότερη συμπτωματολογία αλλά είναι δυνατόν να προκαλέσουν μόνιμες βλάβες στα γεννητικά όργανα και να επιδράσουν άσχημα πάνω στην γονιμότητα αλλά και την γενικότερη υγεία της γυναίκας.

Η ιδιόρρυθμη κατασκευή και η λειτουργία των γεννητικών οργάνων της γυναίκας, ευνοεί συχνά όχι μόνο την αρχική εγκατάσταση και ανάπτυξη μιας φλεγμονής, αλλά και τις συχνές κολπικές επεμβάσεις ή εξετάσεις, οι τοκετοί, οι εκτρώσεις, αποτελούν προδιαθέσιμους παράγοντες στην ανάπτυξη των φλεγμονών στα γεννητικά όργανα της γυναίκας. Πλήθος άλλοι παράγοντες ευνοούν την ανάπτυξη της φλεγμονής, όπως η πτωχή ή κακή υγιεινή της περιοχής, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η ανθυγιεινή ενδυμασία και η έλλειψη οιστρογόνων που σαν αποτέλεσμα έχει την ατροφία του επιθηλίου της περιοχής και την μείωση της αντιστάσεως.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας ισακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά.

#### Α. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Είναι το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος του κόλπου, οι βολβοί του προδρόμου και οι αδένες τους. Όλα μαζί είναι γνωστά με τον όρο **αιδοίο** (εικ. 1).

#### **Εφηβαίο**

Σχηματίζεται από μια διόγκωση του δέρματος που βρίσκεται μπροστά και πάνω από την ηβική σύμφυση, περιέχει μεγάλη ποσότητα λίπους και χαλαρού συνδετικού ιστού. Το δέρμα σ' αυτή την περιοχή παρουσιάζει έντονη τριχοφυία που συνήθως, καλύπτει μια τριγωνική επιφάνεια, με βάση μια οριζόντια γραμμή που σχηματίζει την ηβική πτυχή.

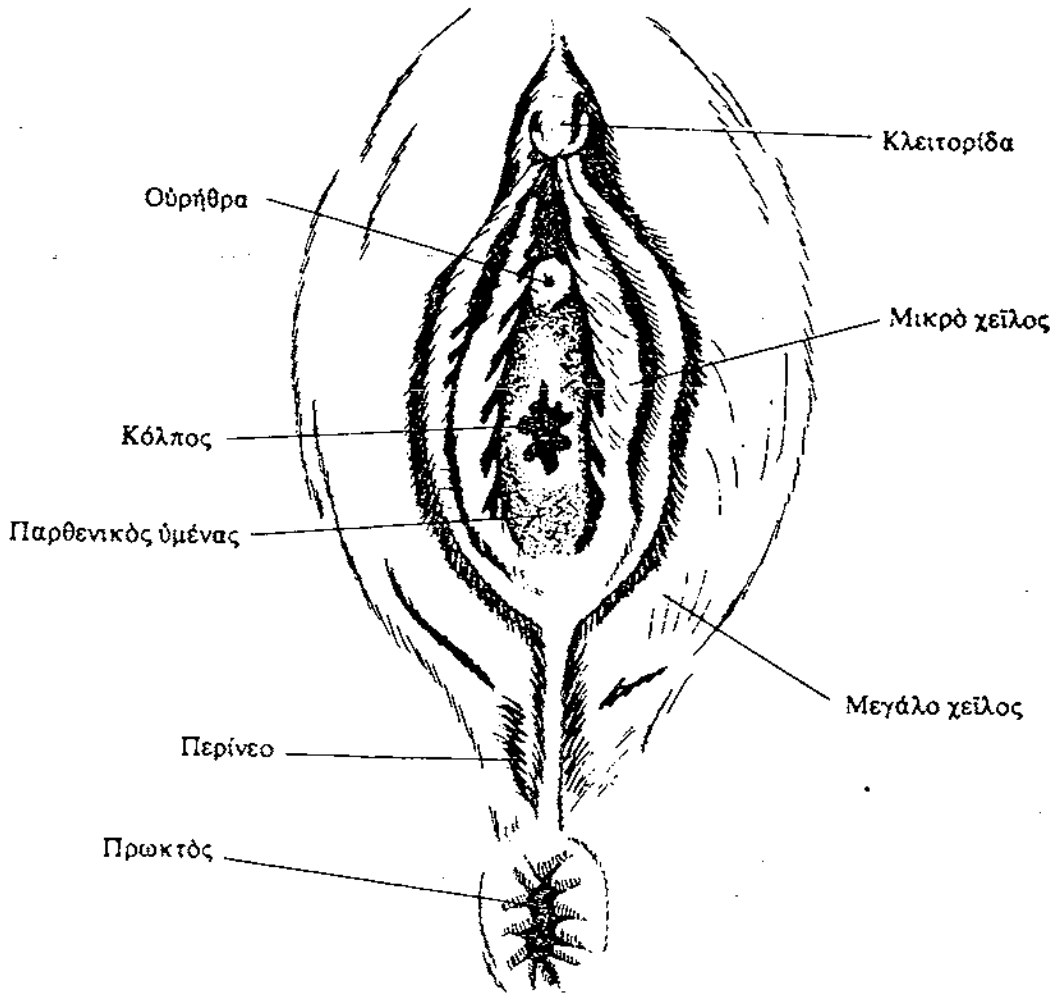
#### **Μεγάλα χείλη**

Πρόκειται για δύο μακρόστενες και προεξέχουσες πτυχές του δέρματος που εκτείνονται από το εφηβαίο μέχρι το περίνεο και σχηματίζουν τα πλάγια της ουρογεννητικής σχισμής μέσα στην οποία καταλήγουν, η ουρήθρα και ο κόλπος. Όταν η γυναίκα βρίσκεται στην όρθια θέση και τα σκέλη είναι κλειστά, τα δύο μεγάλα χείλη του αιδοίου πλησιάζουν μεταξύ τους και καλύπτουν τέλειά τα υπόλοιπα εξωτερικά όργανα.

Κάθε μεγάλο χείλος έχει δύο επιφάνειες:

- α) την εξωτερική επιφάνεια, η οποία παρουσιάζει αρκετή τριχοφυία και είναι συνήθως πλούσια σε





Εικ. 1. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.

β) την εσωτερική επιφάνεια, η οποία είναι πολύ πιο μαλακή, άτριχη και γεμάτη σηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

Μεταξύ των δύο αυτών επιφανειών υπάρχει λίπος, αδένες, αγγεία και νεύρα, καθώς επίσης και αρκετές μυϊκές ίνες. Ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας που αποτελείται από συνδετικό ιστό, καταλήγει επίσης σε λίπος και στο δέρμα του προσθίου μέρους των μεγάλων χειλέων.

Στο πρόσθιο αυτό μέρος, πολύ κοντά στην ηβική σύμφυση τα μεγάλα χείλη παχαίνουν και σχηματίζουν στη μέση γραμμή τον πρόσθιο σύνδεσμο.

Πίσω δεν ενώνονται πραγματικά, αλλά φαίνεται σαν να εξαφανίζονται μέσα στο δέρμα της πειροχής, τελειώνοντας παράλληλα και σχηματίζοντας τον οπίσθιο σύνδεσμο.

Το δέρμα που σκεπάζει τα μεγάλα χείλη αποτελείται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Οι λείες μυϊκές ίνες που βρίσκονται μέσα στα μεγάλα χείλη μοιάζουν πολύ με εκείνες του χιτώνος του όρχεως, με την διαφορά ότι είναι λιγότερο αναπτυγμένες. Ο λιπώδης ιστός που περιέχεται στα μεγάλα χείλη του αιδοίου διαιρείται σε λοβίδια, τα οποία χωρίζονται μεταξύ τους από ίνες συνδετικού ιστού και ελαστικού.

Αυτός ο ελαστικός συνδετικός ιστός σχηματίζει ένα σάκκο με ένα άνοιγμα προς την βουβωνική περιοχή. Σ' αυτό ακριβώς το σημείο ο στρογγυλός σύνδεσμος μπαίνει μέσα στο μεγάλο χείλος και οι ίνες του διαπλέκονται με τις ίνες του πιο πάνω σάκκου.

Η αγγείωση των μεγάλων χειλέων εξασφαλίζεται από την εσωτερική αιδοϊκή αρτηρία με τον οπίσθιο ή χείλικό της κλάδο. Αλλά και από ένα μικρό κλάδο θυροειδούς αρτηρίας. Οι φλέβες τους έχουν περίπου την ίδια κατάληξη, αλλά επικοινωνούν και με το κυστεο-

κολπικό δίκτυο και τις κάτω αιμορροϊδικές φλέβες.

Τα νεύρα των μεγάλων χειλέων έχουν πολλαπλή προέλευση: Το αιδοϊκό νεύρο, το οποίο σχηματίζεται από το 2ο, 3ο και 4ο ιερό νεύρο, δίνει τον περινεϊκό του κλάδο, από τον οποίο και προέρχεται ο οπίσθιος χειλικός κλάδος, που νευρώνει τα μεγάλα χείλη και μέρος του τριγώνου της ουρήθρας. Συμπληρωματική νεύρωση εξασφαλίζεται επίσης από το λαγονοβουβωνικό νεύρο.

### Μικρά χείλη

Είναι δύο μικρές πτυχές του δέρματος, που βρίσκονται μεταξύ των δύο μεγάλων χειλέων και συνήθως σκεπάζονται από αυτά. Τα χείλη αυτά εκτείνονται από την πόσθη της κλειτορίδας λοξά προς τα κάτω και καταλήγουν στην είσοδο του κόλπου προς τα πίσω, ανάμεσα σ' αυτήν και τα μεγάλα χείλη, που δημιουργούν μια πτυχή που λέγεται χαλινός των μικρών χειλέων. Προς τα μπρος κάθε ένα από τα μικρά χείλη διαιρείται σε δύο τμήματα, από τα οποία το ένα περνάει πάνω πάνω από την κλειτορίδα για να συμβάλει στο σχηματισμό της πόσθης της κλειτορίδας.

Το άλλο τμήμα περνάει κάτω από την κλειτορίδα και ενώνεται με το αντικρινό του, σχηματίζοντας το χαλινό της κλειτορίδας.

Τα μικρά χείλη αποτελούνται από έντονα αγγειοβουθή συνδετικό ιστό. Το καλυπτικό πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο από μια σχετική έλλειψη της κοκκιώδους στιβάδας και των τριχοφόρων θηλάκων.

Η περιεκτικότητα του χορίου σε λυώδη ιστό είναι μικρή σε σχέση με τα μεγάλα χείλη. Τα μικρά χείλη του αϊδοίου παρουσιάζονται διογκωμένα στην νεογνική ηλικία και κυρίως στα πρόωρα νεογνά. Στη διάρκεια της συνουσίας τα μικρά χείλη υγραίνονται από το έκκριμα των βαρθολίνειων και σμηγματογόνων αδένων της περιοχής τους.

Η αγγείωση των μικρών χειλέων προέρχεται από τους χειλικούς κλάδους που σχηματίζουν προς τα πάνω ενωμένοι τη ραχιαία αρτηρία της κλειτορίδας που είναι ο τελικός κλάδος της έσω αιδοϊκής.

Η νεύρωση των μικρών χειλέων είναι η ίδια με εκείνη των μεγάλων.

#### **Πρόδρομος του κόλπου**

Έτσι καλείται ο χώρος που βρίσκεται μεταξύ των δύο μικρών χειλέων και φτάνει μέχρι την είσοδο του κόλπου και πιο συγκεκριμένα μέχρι τον παρθενικό υμένα και την ουρήθρα. Το μέρος του προδρόμου του κόλπου που βρίσκεται μεταξύ της εισόδου του κόλπου και του χαλινού των μικρών χειλέων λέγεται σκαφοειδής βόθρος.

#### **Κλειτορίδα**

Το όργανο αυτό αποτελείται από σφραγγώδη σώματα. Βρίσκεται πίσω και κατω από τον πρόσθιο σύνδεσμο και περικλείεται μερικά από το πρόσθιο άκρο των μικρών χειλέων.

Αποτελείται από δύο ρίζες ή σκέλη, τα οποία πορεύονται εγκάρσια πάνω στο ηβικό οστό, ενώνονται μεταξύ τους στο ύψος της ηβικής συμφύσεως και αποτελούν το σώμα της κλειτορίδας. Το σώμα της κλειτορίδας αποτελείται από δύο συραγγώδη σώματα που βρίσκονται μέσα σ' ένα σώμα ινώδους ιστού και χωρίζονται μεταξύ τους από ένα διαφραγμα. Κάθε ένα από τα συραγγώδη σώματα συνδέεται με τον ηβικό και ισχιακό κλάδο με την βοήθεια των σκελών της κλειτορίδας. Το ελεύθερο άκρο ονομάζεται βάλανος της κλειτορίδας και αποτελείται από σπογγώδη στρωτικό ιστό.

Η κλειτορίδα διαθέτει επίσης ένα κρεμαστήρα σύνδεσμο και δύο μικρούς μυς, που καλούνται ισχιοσυραγγώδης μυς και που διεισδύουν στα σκέλη της. Βασική διαφορά της κλειτορίδας από το ανδρικό πέος είναι ο πλήρης διαχωρισμός της από την ουρήθρα.

### Είσοδος του κόλπου

Το στόμιο του κόλπου προς τον πρόδρομο, βρίσκεται κάτω από την ουρήθρα, η δε διάμετρός του ποικίλει όπως το ίδιο συμβαίνει και με τον παρθενικό υμένα. Μπορεί επίσης να διαταθεί κατά πολύ κατά την ώρα του τοκετού και σε μικρότερο βαθμό κατά την συνουσία.

### Παρθενικός υμένας

Είναι μια λεπτή μεμβρανώδης πτυχή του βλεννογόνου που βρίσκεται ακριβώς γύρω από την είσοδο του κόλπου. Οι έσω επιφάνειές αυτής της πτυχής βρίσκονται συνήθως σε επαφή με τις αντικρυνές τους και το στόμιο του κόλπου παριστάνει ένα είδος κενού διαστήματος μεταξύ τους. Εκτείνεται προς τα πάνω μέχρι το έδαφος της ουρήθρας και προς τα κάτω μέχρι τον σκαφοειδή βόθρο. Το σχήμα του, το μέγεθος και η μορφή του ποικίλουν. Μπορεί να είναι κυκλικός, δίθυρος, κροσσωτός, ημισελεινοειδής και τελείως άτρητος. Μετά την πρώτη συνουσία γίνεται ρήξη του υμένα και στην θέση του μένουν τα μύρτα, που με τους τοκετούς καταστρέφονται σιγά - σιγά και έτσι ο υμένας εξαφανίζεται.

### Βολβοί του προδρόμου

Οι βολβοί είναι σπογγώδη σωματίδια, αποτελούμενα από στρωτικό ιστό και είναι τοποθετημένοι δεξιά και αριστερά από το άνοιγμα του κόλπου. Βρίσκονται πάνω από την περιτονία του πυελικού διαφράγματος και κάτω από τους βολβοσπραγγώδεις μύς του περινέου. Τελειώνοντας προς τα εμπρός, συναντούν το αντίστοιχο άκρο του αντίστοιχου απέναντι βολβού και προς τα πίσω είναι σε επαφή με τους βορβοειδείς λινειούς αδένες.

### **Βαρθολινείοι αδένες**

Είναι δύο μικροί στρογγυλοί ή ωσειδείς αδένες με ερυθροκίτρινη απόχρωση.

Βρίσκονται δεξιά και αριστερά από την είσοδο του κόλπου και προς τα κάτω συνήθως δεν είναι σκεπασμένοι από το πίσω μέρος της πλάγιας πλευράς των βολβών του προδρόμου.

Κάθε ένας απ' αυτούς έχει ένα πόρο μήκους περίπου 2εκ. που καταλήγει στα πλάγια του υμένα και προς την πλευρά των μικρών χειλέων. Μεγάλη ανάπτυξη παρουσιάζουν αυτοί οι αδένες στην ήβη ενώ κατά την εμμηνόπαυση συρρικνώνονται.

Μικροσκοπικά οι αδενοκυψέλες του επαλείφονται από βλεννοεκκριτικό επιθήλιο, ενώ ο εκφορητικός πόρος επικαλύπτεται από μεταβατικό επιθήλιο, που στο ύψος του εξωτερικού του στομίου μετατρέπεται σε πλακώδες.

### **Περιουρηθρικοί αδένες**

Οι αδένες αυτοί είναι γνωστοί με το όνομα αδένες του Skene.

Βρίσκονται δεξιά και αριστερά της ουρήθρας και αποτελούν το ομόλογο του ανδρικού προστάτη στη γυναίκα. Το εκκριμά τους καταλήγει στην ουρήθρα.

### **Μυς του περινεού**

Οι μυς του περινεού διακρίνονται σε τρεις στιβάδες: Την εξωτερική, την μεσαία και την βαθύτερη στιβάδα.

#### **α) Εξωτερική στιβάδα των μυών του περινεού.**

**Βολβοσπραγγώδης μυς:** Αρχή του είναι η περίτονία της κλειτορίδας και κατάληξη οι τένοντες του ουρογεννητικού διαφράγματος.

**Ισχυοσπραγγώδης μυς:** Αρχίζει από την ηβλική σύμφυση και καταλήγει στους ηβοισχιακούς κλάδους και τα ισχιακά κυρτώματα

της λεκάνης.

β) Μεσαία στοιβάδα ή ουρογεννητικό διάφραγμα.

Αποτελείται από τον επιπολής εγκάρσιο μυ του περινέου. Αυτός ο μυς συμπληρώνεται προς τα πλάγια, πάνω και κάτω, από μια πλάγια περιτονία, δημιουργώντας έτσι μια μεμβράνη που καλείται ουρογεννητικό διάφραγμα ή τρίγωνο.

Κάτω από το ουρογεννητικό διάφραγμα υπάρχει ο εν τω βάθει εγκάρσιος μυς του περινέου, ενώ στη μέση του διαφράγματος βρίσκεται το γεννητικό χάσμα απ' όπου περνάει ο κόλπος και η ουρήθρα.

γ) Βαθύτερη στοιβάδα των μυών του περινέου.

Αποτελείται από ένα μυ σε σχήμα χωνιού, τον ανεκκτήρα του πρωκτού. Ο μυς αυτός σε συνδυασμό με τους μικρούς κοκυγικούς μυς και τον ιεροκοκκιωγινό σύνδεσμο αποτελεί το επανω πυελικό διάφραγμα και κλείνει στερεά την λεκάνη από κάτω. Ο ανεκκτήρας του πρωκτού διαιρείται σε δύο μεγάλα τμήματα: το λαγονοκοκκιωγικό και το ηβοκοκκιωγικό. Το λαγονοκοκκιωγικό διαιρείται στο κυρίως λαγονοκοκκιωγικό και το λαγονοιερό.

Αγείωση και νεύρωση: Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας και οι μυς του περινέου αιματώνονται από τις έσω και έξω αϊδοϊκές αρτηρίες. Οι έσω αϊδοϊκές είναι κλάδοι του έσω λαγονοκοκκιωγικού και οι έξω είναι κλάδοι της μηριαίας αρτηρίας. Οι φλέβες ακολουθούν τις δύο αυτές οδούς, αλλά δίνουν και αναστομώσεις με τις μεγάλες σαφηνείς και θυροειδείς.

Τα λεμφικά αγγεία καταλήγουν στους βουβωνικούς λεμφαδενες και τα νεύρα είναι κλάδοι των αϊδοϊκών νεύρων που σχηματίζονται από το 2ο, 3ο και 4ο ιερό νεύρο.

## B. ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούνται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

### Κόλπος

Είναι ένας ινοελαστικός σωλήνας, που επενδύεται με πλακώδες επιθήλιο και εκτείνεται από τον πρόδρομο μέχρι την μήτρα. Είναι τοποθετημένος μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού και σχηματίζει με την μήτρα μια γωνία που ξεπερνάει τις 90°. Τα τοιχώματα του σωλήνα αυτού συνήθως πλησιάζουν το ένα το άλλο.

Το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου έρχεται σε επαφή με την ουρήθρα και την κύστη, από τις οποίες χωρίζεται με την παρεμβολή της ενδοπυελικής περιτονίας.

Το ανώτερο μέρος του κόλπου καταλήγει προς τα μέσα γύρω από τον τράχηλο της μήτρας, την ενδοκολπική μοίρα του οποίου περιβάλλει κυκλικά, σχηματίζοντας έτσι γύρω της τον κολπικό θόλο. Αυτός πάλι διακρίνεται σε τέσσερις μοίρες την πρόσθια, την οπίσθια και τις δύο πλάγιες.

Το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου βρίσκεται σε επαφή με το περίνεο και την ορθοκολπική περιτονία. Στα πλάγια του κόλπου βρίσκονται οι ανεκτύρες του πρωκτού και η πυελική περιτονία. Καθώς οι ουρητήρες κατεβαίνουν προς τα κάτω για να μπουν στην κύστη πλησιάζουν τους πλάγιους κολπικούς θόλους, έρχονται μπροστά από τον κόλπο για να καταλήξουν στην κύστη αφού προηγουμένως διασταυρωθούν με τα μητρικά αγγεία.

### Δομή του κόλπου

Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας, ο οποίος καλύπτεται εσωτερικά από βλεννογόνο. Ο βλεννογόνος αποτελείται από το χορίο, πυκνό ινώδη ιστό που στερεείται αδένες και το επιθήλιο,



που είναι πολύστιβο πλακώδες χωρίς κερατινοποίηση, αν και είναι δυνατόν να περιέχει αρκετά κοκκία κερατιναλίνης. Τα κύτταρα αυτά όταν αποφολιδώνονται περιέχουν γλυκογόνο εάν υπάρχει οιστρογονική επίδραση.

Τα κύτταρα του βλεννογόνου στην ελεύθερη επιφάνεια είναι πλακώδη, ενώ βαθύτερα παρουσιάζονται υποστρόγγυλα και εκεί που εφάπτονται με τη βασική στιβάδα γίνονται ελλειψοειδή. Το καλυπτικό επιθήλιο αποτελείται από τις παρακάτω στιβάδες:

- 1) Βασική στιβάδα, που αποτελείται από μικρά κυβοειδή κύτταρα που δεν παρουσιάζουν αποφολίδωση.
- 2) Παραβασική, που μοιάζει με την προηγούμενη, αλλά χαρακτηρίζεται από μικρή αποφολίδωση όταν δεν υπάρχει οιστρογονική επίδραση δηλ. πριν από την ήβη και μετά την εμμηνόπαυση.
- 3) Διάμεση στιβάδα, με ατρακτωειδή κύτταρα και μεγάλους πυρήνες που στα ανώτερα της στρώματα γίνονται μικρότεροι.
- 4) Επιφανειακή, με μεγάλα πολυγωνικά κύτταρα και πυκνωτούς πυρήνες. Κάτω από την επίδραση των ωοθηλικών ορμονών οι στιβάδες αυτές του κολπικού βλεννογόνου αποφολιδώνονται. Αδένες δεν υπάρχουν στο κολπικό βλεννογόνο, που όμως υγραίνεται από βλέννα που προέρχεται από τους αδένες του τραχήλου και του σώματος της μήτρας, καθώς και από τους Bartholinείους. Η παρουσία των κολποβακτηριδίων του Doderlein στον κόλπο βοηθάει στην διατήρηση της καθαριότητάς του, διότι με την διάσπαση του γλυκογόνου σε γαλακτικό οξύ καθιστά όξινο το ΡΗ του κολπικού υγρού.

Το μυϊκό τοίχωμα αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, που εξωτερικά σχηματίζουν μια επιμήκη στιβάδα και πιο μέσα μια λε-

πτομερή στιλοβάδα από κυκλικές ίνες. Οι εξωτερικές επιμήκησες ίνες του κόλπου συνδέονται με την εξωτερική μυϊκή στιβάδα της μήτρας.

Εξω από τον μυϊκό χιτώνα υπάρχει χαλαρό στρώμα συνδετικού ιστού που περιέχει πλούσιο αγγειακό δίκτυο, ενώ το ανώτερο τμήμα του οπίσθιου τοιχώματος καλύπτεται από περιτόνιο.

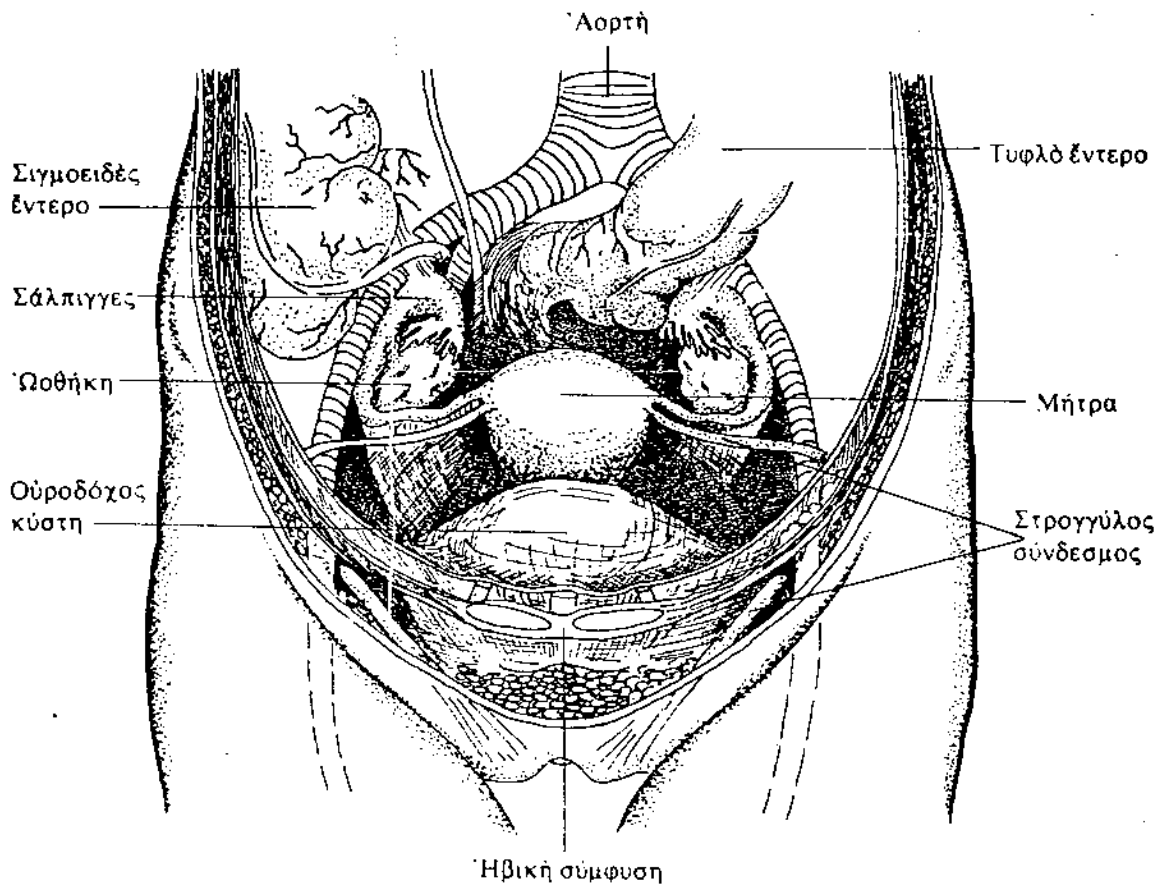
Η αγγείωση, του κόλπου εξασφαλίζεται από τις κοιλιακές αρτηρίες οι οποίες είναι κλάδοι των σιμορροϊδικών αρτηριών, τις μεσαίες κοιλιακές, κλάδοι των κάτω κυστικών και τις μητροκοιλιακές, που είναι κατιόντες κλάδοι των μητριάων. Οι φλέβες καταλήγουν στην έσω λαγόνιο.

Λεμφαγγεία και λεμφαδένες. Τα λεμφαγγεία του κόλπου συνδέονται σε τρεις ομάδες. Εκείνα του τραχήλου, του ορθού, του περινέου. βρίσκονται σε τρεις ομάδες. Η επάνω ομάδα συνοδεύει την μητριάα αρτηρία μέχρι τις έσω και έξω λαγονίους λεμφαδένες. Η μεσαία ομάδα αποχετεύει λόμφο στις έσω λαγονίους αδένες. Τα λεμφαγγεία του κόλπου πηγαίνουν, κοντά στον υμένα, στους επίπολεις βουβωνικούς λεμφαδένες.

Τα νεύρα, προέρχονται από τα κοιλικά πλέγματα και από τα πυελικά σπλαχνικά νεύρα. Το κατώτερο τμήμα του κόλπου νευρώνεται από το αιδοϊκό νεύρο δηλ. τον 3ο και 4ο ιερό κλαδο.

#### ΜΗΤΡΑ

Είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με παχεία τοιχώματα που βρίσκεται μέσα στην μικρή πύελο μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Προς τα κάτω η κοιλότητα αυτού του οργάνου επικοινωνεί με την κοιλότητα του κόλπου, ενώ προς τα πάνω υπάρχουν στο ύψος του πυθμένα δύο στόμια με τα οποία η μητρική κοι-



Εικ. 2 . Τά έσωτερικά γεννητικά όργανα στή γυναίκα, όπως φαίνονται άπό την κοιλιά.

λόγητα έρχεται σε επαφή με τους αυλούς των δύο σαλπίνγων. Το μήκος ολόκληρου του οργάνου είναι 7 - 7,5 εκ., το πλάτος 4,5 - 5 εκ. και το πάχος 2,5 - 3 εκ.

Το σχήμα της μήτρας είναι σαν αποπλατυσμένο αχλάδι, ο δε επιμήκης άξονάς της συμπίπτει συνήθως με τον άξονα της εισόδου της λεκάνης. Παρ' όλα αυτά η μητρα είναι κίνητό όργανο, λόγω των χαλαρών της συνδέσεων και των αλλαγών που παθαίνει η θέση της από τη γεμάτη ουροδόχο κύστη ή το έντερο. Το οξύ άκρο της μήτρας είναι γυρισμένο προς τα κάτω και περιβάλλεται από τον κόλπικó θόλο, σε αντίθεση με το υπόλοιπο όργανο που βρίσκεται υπερκολπικά και μέσα στο κύτος της κοιλιάς.

Η μήτρα διαιρείται στον τράχηλο και το σώμα. Στο σώμα διακρίνουμε το κυρίως σώμα και προς τα πάνω τον πυθμένα, ο οποίος δεξιά και αριστερά καταλήγει στα κέρατα. Οι σάλπιγγες μπαίνουν στον πυθμένα της μήτρας ακριβώς στο ύψος των δύο κεράτων. Το κυρίως σώμα προς τα κάτω στενεύει αρκετά παίρνοντας ένα κάπως τριγωνικό σχήμα, το οποίο έχει σαν βάση τον πυθμένα και κορυφή το πιο στενό σημείο της μήτρας που ονομάζεται ισθμός και χωρίζει το σώμα από τον τράχηλο.

Στο σώμα της μήτρας διακρίνουμε την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια που και οι δύο καλύπτονται από τον περισπλάχνιο πέταλο του περιτονίου. Η πρόσθια επιφάνεια είναι ελαφρά κύρτη. Καθώς το περιτόνιο κατεβαίνει από το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, σκεπάζει την οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστεως, κάνει στο ύψος περίπου του ισθμού της μήτρας μια ανάκαμψη και ανεβαίνοντας καλύπτει το σώμα της μήτρας μπρος και πίσω. Στη συνέχεια ανεβαίνει και πάλι προς τα πάνω, δημιουργώντας έτσι δύο πτυχές, προς και πίσω από την μήτρα. Η πρόσθια πτυχή που βρίσκεται μεταξύ της

μήτρας και της κύστεως ονομάζεται κυστεομητρική πτυχή, ενώ η οπίσθια που βρίσκεται μεταξύ μήτρας και ορθού εντέρου, καλείται ορθομητρικά πτυχή του περιτονίου.

Η οπίσθια επιφάνεια της μήτρας είναι ελαφρά υπόκυρτη σκεπάζεται από περιτόνιο, που κατεβαίνοντας προς τα κάτω καλύπτει τους ιερομητρικούς συνδέσμους, τον τράχηλο και το οπίσθιο τοίχωμα του κολπικού τοιχώματος δηλ. προς το ορθό και το σιγμοειδές. Ο πυθμένας που έχει σχεδόν ημικυκλικό σχήμα, σκεπάζεται επίσης από περιτόνιο και σε μερικές περιπτώσεις βρίσκεται σ' επαφή με εντερικές ελυκες (εικ. 2)

Τα πλάγια χείλη της μήτρας, δεξιά και αριστερά δέχονται προς τα άνω τα μητρικά στόμια των σαλπίγγων, ενώ από κάτω απ'αυτά προσφύεται προς τα μπρος ο στρογγυλός σύνδεσμος και πιο πίσω καταλήγει ο μητρωθηκισμός.

Τα τρία αυτά στοιχεία βρίσκονται μέσα στα πέταλα του πλατύ συνδέσμου.

Οι δύο πλατείς σύνδεσμοι σχηματίζουν με την μήτρα ένα είδος διαφράγματος χωρίζοντας την σε δύο τμήματα από τα οποία το πρόσθιο περιέχει την κύστη και το οπίσθιο τον ορθό. Οι σάλπιγγες περιέχονται μέσα στο άνω και ελεύθερο χείλος αυτών των δύο συνδέσμων. Το τμήμα του συνδέσμου που βρίσκεται μεταξύ της σάλπιγγας και του ίδιου του συνδέσμου της ωοθήκης καλείται μεσοσαλπίγγιο, ενώ η ωοθήκη είναι προσκολλημένη στο οπίσθιο πέταλο διαμέσου του μεσοωθηκίου. Το τμήμα του πλατύ συνδέσμου που εκτείνεται από τον άνω πόλο της ωοθήκης στο πλάγιο τοίχωμα της κύστης καλείται κρεμαστήριος σύνδεσμος της ωοθήκης και περιέχει τα αγγεία της.

Η μητριαία αρτηρία πορεύεται μεταξύ των πετάλων του πλατύ

συνδέσμου και διασταυρώνεται με τον ουρητήρα σε απόσταση 1,5 εκ. από τον τράχηλο.

Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας είναι δύο στρογγυλές ταινίες μήκους 10 εκ. που αρχίζουν από τον πυθμένα της μήτρας λίγο πιο μπρος και χαμηλότερα από τα μητρικά στόμια των σαλπίνγων. Γενικά πιστεύεται ότι οι στρογγυλοί σύνδεσμοι συμβάλλουν βασικά στη στήριξη της μήτρας στη φυσιολογική της θέση μέσα στη λεκάνη. Ο ιερομητρικός σύνδεσμος της μήτρας συνδέει το κατώτερο τμήμα της μήτρας στο ύψος του ισθμού με το ιερό οστό προς τα πίσω. Ο εγκάρσιος τράχηλικός σύνδεσμος εκτείνεται προς τα πλάγια του τραχήλου και του πλάγιου κολπικού θόλου και συνεχίζεται με τον ινώδη ιστό, ο οποίος παίζει βασικό ρόλο στη διατήρηση της μήτρας στη θέση της.

Ο τράχηλος της μήτρας έχει μήκος 2,5 - 3 εκ., είναι πιο στενός από το σώμα και παρουσιάζει κυλινδρικό σχήμα. Σχηματίζει ελαφρά γωνία με το σώμα της μήτρας, η δε σχέση αυτή του σώματος της μήτρας προς τον τράχηλο καλείται κάμψη ενώ η σχέση του επιμήκη άξονα της μήτρας προς τον άξονα της πυέλου καλείται κλίση.

Ο τράχηλος διακρίνεται στην ενδοκολπική μοίρα και την υπερκολπική.

Η υπερκολπική μοίρα του τραχήλου προς τα εμπρός χωρίζεται από την κύστη με την παρεμβολή συνδετικού ιστού που επεκτείνεται προς τα πλάγια και καλείται παραμήτριο. Στο ύψος της μεταπτώσεως του σώματος της μήτρας στον τράχηλο παρουσιάζεται μια στένωση που λέγεται ισθμός κι αντιστοιχεί στο έσω στόμιο του τράχηλου και χωρίζει την μητρική από την τραχηλική κοιλότητα.

#### Δομή της μήτρας

Η μήτρα αποτελείται από τρεις χιτώνες:

1. Ουρογόνος χιτώνας, που δεν είναι τίποτε άλλο από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτονίου (περιμήτριο).
2. Μυομήτριο, παχύ στρώμα από μυϊκές ίνες.
3. Ενδομήτριο, δηλ. το βλεννογόνο που επενδύει την μητρική κοιλότητα.

Το περιμήτριο καλύπτει όλο το σώμα της μήτρας και πίσω εκτείνεται και στην υπερκοιλιακή μοίρα του τραχήλου.

Το μυομήτριο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες του συνδετικού ιστού.

Με βάση την κατεύθυνση και την διάταξη των λείων μυϊκών ινών σχηματίζονται τρεις μυϊκές στιβάδες.

Η εξωτερική στιβάδα που είναι περισσότερο ανεπτυγμένη στο σώμα της μήτρας και αποτελείται από επιμήκεις ίνες που καταλήγουν στα πλαγία, μέσα στους συνδέσμους της μήτρας και πιο ειδικά στον πλατύ και στους στρογγυλούς συνδέσμους. Μερικές φτάνουν μέχρι το τοίχωμα των σαλπγγων. Οι ίνες της στιβάδας αυτής φτάνουν επίσης προς τον τράχηλο της μήτρας με εγκάρσια ή κάθετη πορεία.

Η μεσαία στιβάδα του μυομητρίου αποτελείται την κυριότερη μυϊκή μάζα ιδίως του σώματος της μήτρας. Είναι παχύτερη από τις άλλες δύο και αποτελείται από ίνες με κυκλωτή διάταξη μεταξύ των οποίων υπάρχουν πολλά αγγεία. Οι ίνες αυτής της στιβάδας περιβάλλουν τα αγγεία του μυομητρίου, τους στρογγυλούς συνδέσμους και εν μέρει τις σάλπιγγες.

Η εσωτερική στιβάδα παριστάνει ένα λεπτό μυϊκό χιτώνα με εγκάρσιες και επιμήκεις ίνες.

Το ενδομήτριο αποτελείται από καλυπτικό επιθήλιο και το χορίο που συνέχεια με το μυομήτριο. Το καλυπτικό επιθήλιο εί-

ναι μονόστιβο κυλινδρικό, μέσα δε στο χορίο, που αποτελεί το λεγόμενο σώμα του ενδομητρίου παρατηρούνται σωληνοειδή αδένια και άφθονα τριχοειδή αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία. Η μορφολογία του ενδομητρίου, τόσο όσο αφορά τις αδένες όσο και το στρώμα στις διάφορες ηλικίες της γυναίκας ανάλογα με την ορμονική κατάσταση.

### Αγγείωση της μήτρας

Η μήτρα διαθέτει διπλή αγγείωση, διότι εκτός από τις μητριαίες αρτηρίες δέχεται κλάδους και από τις ωθηκικές αρτηρίες.

Η μητριαία αρτηρία προέρχεται από την υπογαστρική ή έσω λαγόνιο αλλά αρκετά συχνά είναι κλάδος της κάτω κυστικής αρτηρίας. Οι δύο μητριαίες αρτηρίες πορεύονται μέσα στον πλατύ σύνδεσμο και αφού διασταυρωθούν με τους ουρητήρες κατεβαίνουν προς τα κάτω και έσω, φτάνουν στο ύψος του τραχήλου όπου και διεισδύουν σε ανιόντες και κατιόντες κλάδους. Οι ανιόντες πορεύονται ελικοειδώς και δίνουν οριζόντια πρόσθιους και οπίσθιους κλάδους για τον τράχηλο και το σώμα της μήτρας. Οι κατιόντες κλάδοι της μητριαίας αρτηρίας δίνουν κλάδους για τον κόλπο και αναστομώνονται με την κοιλιακή αρτηρία.

Όλοι αυτοί οι κλάδοι καθώς εισέρχονται στο μυομήτριο διακλαδίζονται σε πολλά ακτινωτά αρτηρίδια, που στη μέση περίπου του πάχους του μυομητρίου δίνουν σπειροειδή αλλά και ευθεία τριχοειδή αγγεία. Απ' αυτά τα μεν φτάνουν μέχρι την βασική στιβάδα του ενδομητρίου και καταλήγουν στα τριχοειδή αγγεία εκείνης της περιοχής. Αντίθετα τα σπειροειδή ακολουθούν μια ελικοειδή πορεία μέσα στο ενδομητρικό βλεννογόνο, όπου δίνουν αρκετούς κλάδους και στην συνέχεια σχηματίζουν ένα επιφανειακό τριχοειδή δίκτυο κάτω από την επιθηλιακή επιφάνεια. Στην επιφανειακή στι-



βάδα του ενδομητρίου τα τριχοειδή διευρίνονται και σχηματίζουν μικρούς κολποειδείς χώρους.

Κύρια λειτουργία των ευθειών αρτηριών είναι η προσαγωγή αίματος στην βασική στιβάδα του ενδομητρίου, συμβάλλουν επίσης στην τροφοδοσία και στην αναγέννηση της λειτουργικής στιβάδας του βλεννογόνου. Τα σπειροειδή αρτηρίδια φέρνουν αίμα στην επιφανειακή μόνο στιβάδα.

Οι μεγάλες φλέβες από το σώμα της μήτρας καταλήγουν σε δύο επιμήκης κλάδους στα πλάγια της μήτρας. Ο πρόσθιος κλάδος συλλέγει αίμα από την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και έρχεται προς τα πάνω, μπροστά από τον ουρητήρα και πλάγια από την αντίστοιχη αρτηρία, καταλήγει στην υπογαστρική φλέβα. Ο οπίσθιος κλάδος που συλλέγει αίμα από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας είναι μικρότερος, έρχεται πίσω και κάτω από την μητριαία αρτηρία και καταλήγει στην υπογαστρική ή θυροειδή φλέβα.

Τα λεμφαγγεία της μήτρας αποτελούνται από δύο ομάδες.

Η μία βρίσκεται επιφανειακά κάτω από το περιτόνιο και η άλλη βαθιά στο τοίχωμα της μήτρας. Τα λεμφαγγεία που έρχονται από τον τράχηλο, πηγαίνουν προς τρεις κατευθύνσεις:

Μια πλάγια στο παραμήτριο, προς τους έξω λαγόνιους λεμφαδένες, μια άλλη οπισθοπεριτονιαία προς τους έσω λαγόνους λεμφαδένες και μια πίσω προς τους ιερούς λεμφαδένες. Τα λεμφαγγεία από το κατώτερο τμήμα της μήτρας πηγαίνουν στους έξω λαγόνιους λεμφαδένες. Τα λεμφαγγεία από το ανώτερο τμήμα του σώματος και από τον πυθμένα ακολουθούν εκείνα της ωοθήκης προς τους παραορτικούς λεμφαδένες. Επίσης μερικά λεμφαγγεία πορεύονται κατά μήκος του στρογγυλού συνδέσμου για να καταλήξουν στους βουβωνικούς λεμφαδένες.

## Νεύρωση της μήτρας

Η νεύρωση εξασφαλίζεται από τρεις διαφορετικές πηγές:

1. Κινητές ίνες από τα ανώτερα συμπαθητικά θωρακικά γάγγλια, που πορεύονται με το αορτικό πλέγμα και το κοιλιακό γάγγλιο προς το ανώτερο υπογαστρικό πλέγμα. Από εκεί έρχονται ίνες, σχηματίζοντας το κατώτερο υπογαστρικό πλέγμα που βρίσκεται στην βάση του πλατύ συνδέσμου. Απ' αυτά μερικά νεύρα πορεύονται προς τα κάτω μαζί με τις κολπικές αρτηρίες, ενώ άλλα εισέρχονται κατευθείαν στον τράχηλο μαζί με τις μητριαίες αρτηρίες. Τα νεύρα που εισέρχονται στον τράχηλο σχηματίζουν ένα πλέγμα στο οποίο υπάρχουν παρατραχηλιακά γάγγλια από τα οποία το μεγαλύτερο καλείται τραχηλικό γάγγλιο του Frankenhauzer.

Υπάρχουν κλινικές ενδείξεις ότι τα κινητά νεύρα της μήτρας προέρχονται από ίνες που εξέρχονται από τον νωτιαίο μυελό.

2. Αισθητικές ίνες, οι οποίες πορεύονται κατά μήκος του αορτικού και υπογαστρικού πλέγματος και καταλήγουν στα ραχιαία νωτιαία γάγγλια αυτής της περιοχής.
3. Αισθητικές και κινητές ίνες για τον τράχηλο και το κατώτερο τμήμα της μήτρας βρίσκονται στα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά πλέγματα που συνδέονται με το 2ο, 3ο και 4ο ιερό νεύρο. Σ' αυτά τα παρασυμπαθητικά πλέγματα βρίσκονται σπλαχνικές προσαγωγές κινητές ίνες για τις επιμήκεις ίνες του μυομητρίου και για τις κυκλικές ίνες του τραχήλου.

## ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο μυικοί σωλήνες, που εκτείνονται από την μήτρα μέχρι τις ωοθήκες. Κάθε μια από αυτές έχει μήκος 10 - 12 εκ. και βρίσκεται στο άνω χείλος του σύστοιχου

πλατύ συνδέσμου, που καλύπτεται απ' αυτόν με μια περιτονιακή αναδίπλωση γνωστή ως μεσοσαλπίγγιο.

Κάθε σάλπιγγα έχει δύο στόμια. Το μητρικό στόμιο της σάλπιγγας που είναι πολύ λεπτό και καταλήγει στο σύστοιχο κέρασ της μήτρας. Το κωδωνικό ή κοιλιακό στόμιο είναι ελεύθερο στην περιτονική κοιλότητα κοντά στην ωοθήκη. Το στόμιο αυτό έχει χωνοειδές σχήμα και παρουσιάζει προεκβολές που ονομάζονται κροσσοί.

Η σάλπιγγα διαιρείται σε τέσσερα τμήματα:

1. Το ενδομητρικό ή ενδοτοιχικό τμήμα αρχίζει από την μητρική κοιλότητα και περιλαμβάνει το μέρος της σάλπιγγας που διασχίζει το μητρικό τοίχωμα μέχρι την έξοδο της σάλπιγγας από την μήτρα.
2. Ο ισθμός είναι το δεύτερο τμήμα της σάλπιγγας που έχει στενό αυλό και αποτελείται από λεπτό τοίχωμα που παχαίνει όσο απομακρύνεται από την μήτρα.
3. Η λήκυθος είναι το μακρύτερο τμήμα της σάλπιγγας και έχει λεπτό μυϊκό τοίχωμα.
4. Ο κώδωνας είναι το τελευταίο κροσσωτό τμήμα της σάλπιγγας που έχει μορφή καμπάνας. Ένας από τους κροσσούς, συνδέει τον κώδωνα με το μεσοσαλπίγγιο και την ωοθήκη και καλείται ωοθηκικός κροσσός.

Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται από τρεις χιτώνες:

Τον εξωτερικό ή ορογόνο, τον ενδιάμεσο ή μυϊκό και τον εσωτερικό ή βλεννογόνο χιτώνα.

Ο ορογόνος αποτελεί προέκταση του πλατύ συνδέσμου του περιτονίου και επενδύει την σάλπιγγα εκτός από το ενδοτοιχικό τμήμα της.

Ο μυϊκός χιτώνας παρουσιάζει δύο στιβάδες λείων μυϊκών ινών:

- α) Η έξω στιβάδα αποτελείται από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες.
- β) Η έσω στιβάδα από κυκλωτερείας.

Ο βλενογόνος παρουσιάζει επιμήκεις πτυχές, που αρχίζουν σαν τέσσερεις αναδιπλώσεις στην ενδιάμεση μοίρα της σάλπιγγας, όπου ο αυλός της σάλπιγγας είναι πιο στενός. Ο αυλός αυτός γίνεται πλατύτερος στις άλλες μοίρες και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία μεγαλύτερων πτυχώσεων του βλεννογόνου.

Ο βλεννογόνος επενδύεται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο που αποτελείται από τρεις τύπους κυττάρων:

- α) Κροσσωτά που βρίσκονται στον κώδωνα και στη λίκυθο
- β) Εικριτικά που στερούνται κροσσούς
- γ) Εμβόλιμα ή πασσαλοειδή.

#### Αγγείωση της σάλπιγγας

Οι αρτηρίες και οι φλέβες των σαλπίγγων προέρχονται βασικά από τα ωοθηκικά και μητριάια αγγεία. Η μητριάια αρτηρία χορηγεί αίμα στα δύο τρίτα περίπου της σάλπιγγας και η ωοθηκική στο υπόλοιπο άκρο προς τον κώδωνα. Αντίστοιχη κατανομή παρουσιάζουν και οι φλέβες. Τα φλεβικά δίκτυα βρίσκονται στον βλεννογόνο, στον μυϊκό και στον υπορογόνιο χιτώνα και έχουν μεγάλη σημασία για την καλή αποχέτευση του αίματος.

#### Νεύρωση της σάλπιγγας

Τα νεύρα της σάλπιγγας πορεύονται από τα μητριάια και ωοθηκικά αγγεία. Μεγάλο μέρος της σάλπιγγας φαίνεται ότι δεν έχει συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Οι συμπαθητικές προέρχονται από την 10η θωρακική ως τη 2η οσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού και αποτελούνται από μεγαγαγγλιακές ίνες και σπλαχνικούς κλάδους.

Η παρασυμπαθητική σχηματίζεται μόνο από συνάψεις γιατί δεν έχουν βρεθεί παρασυμπαθητικά γάγγλια στην περιοχή των σαλπίγγων.

### ΩΘΗΚΕΣ

Οι δύο ωθήκες αποτελούν τους γυναικείους γεννητικούς αδένες και βρίσκονται κοντά στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου και στο οπίσθιο και άνω άκρο του πλατύ συνδέσμου. Η εξωτερική του επιφάνεια πριν από την ήβη είναι ομαλή. Αργότερα όταν αρχίζει η ωθηλακορρηξία παρατηρούνται διαφόρου μεγέθους οζοειδής σχηματισμοί που αντιστοιχούν στα ωθηλάκια διαφόρου βαθμού ωρίμανσης ή ουλές, οι οποίες δημιουργούνται από ωχρά σωματίδια ή λευκά σωματίδια.

Το σχήμα της κάθε ωθήκης είναι αμυγδαλοειδές, με μήκος 3 εκ. πλάτος 1,5 εκ. και πάχος 1 εκ. Η θέση της στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα καλείται ωθηκό βοθρίο.

Ο άνω πόλος της ωθήκης βρίσκεται κοντά στην έξω λαγόνια φλέβα και σ' αυτόν καταλήγουν οι ίνες του κωδωνικού στομίου της σάλπιγγας και του κρεμαστήρα συνδέσμου της ωθήκης. Ο σύνδεσμος αυτός περιέχει τα ωθηκικά αγγεία και νεύρα.

Ο κάτω πόλος της ωθήκης συνδέεται με τον πυθμένα της μήτρας με την βοήθεια ενός άλλου μικρού στρογγυλού συνδέσμου, που ονομάζεται ίδιος σύνδεσμος της ωθήκης και περιέχει λείες μυϊκές ίνες.

Η πλάγια επιφάνεια της ωθήκης βρίσκεται σε επαφή με το τοιχωματικό περιτόνιο, ενώ η εσωτερική της επιφάνεια έρχεται σε επαφή με την σύστοιχη σάλπιγγα. Το πρόσθιο χείλος της ωθήκης είναι ευθύγραμμο και συνδέεται με την οπίσθια επιφάνεια του πλατύ συνδέσμου με μια λεπτή πτυχή, η οποία καθορίζει πάνω στην

ωοθήκη μια λεπτή ακροβοφία, γνωστή ως γραμμή του Farr.

Το οπίσθιο χείλος της ωοθήκης, ελεύθερο και ελαφρά κυρτό είναι στραμμένο προς τον ουρητήρα.

#### Δομή της ωοθήκης

Η ωοθήκη παρουσιάζει φλοιώδη και μυελώδη μοίρα. Η επιφάνειά της καλύπτεται από ένα στίχο κυττάρων που αποτελούν το βλαστικό επιθήλιο, όπου είναι κυβοειδές πριν από την ήβη, αποπλατύνεται στην αναπαραγωγική ηλικία και ποπίπτει στις περισσότερες θέσεις μετά την εμμηνόπαυση.

Η φλοιώδης μοίρα παριστάνει το καλυμένο στρώμα της ωοθήκης και αποτελείται από κύτταρα, δικτυωτές και ελαστικές ίνες καθώς και διάμεση ουσία. Στο στώμα παρατηρούνται ωοθηκάκια σε διάφορα στάδια εξέλιξης, ωχρά σωματία καθώς και λευκά ποικίλου βαθμού ωριμάνσεως σωματία.

Αμέσως κάτω από το βλαστικό επιθήλιο βρίσκεται μια ζώνη, όπου η διάμεση ουσία είναι αφθονότερη και οι δικτυωτές ίνες φέρονται παράλληλα προς την επιφάνεια. Η ζώνη αυτή αντιπροσωπεύει τον ινώδη χιτώνα που το πάχος του αυξάνει σε σχέση με την ηλικία, καθώς και σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

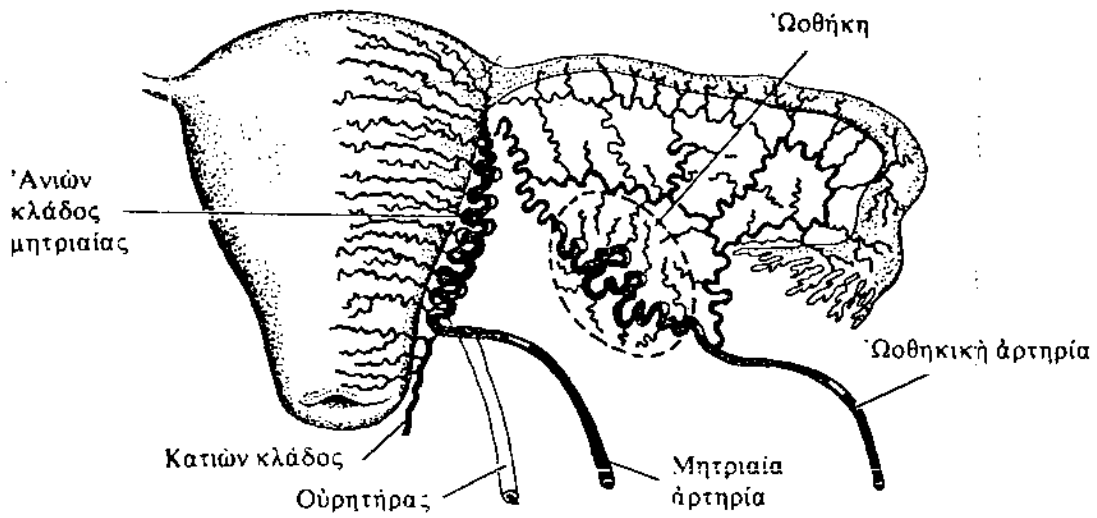
Η μυελώδης μοίρα της ωοθήκης βρίσκεται κεντρικά και αποτελείται από συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, λείες μυϊκές ίνες και άφθονες αρτηρίες και φλέβες. Στο σημείο της εισόδου των αγγείων, το οποίο καλείται πύλη, εισέρχονται στη μυελώδη μοίρα πολλές μυϊκές ίνες που προέρχονται από το μεσωοθήλιο.

Αγγεία. Οι αρτηρίες της ωοθήκης προέρχονται από την κοιλιακή αορτή, ονομάζονται ωοθηκικές και είναι αντίστοιχες με τις σπερματικές αρτηρίες στον άνδρα. Μερικές φορές η αριστερή ωοθηκική προέρχεται από την νεφρική αρτηρία και όχι κατευθείαν από την κοιλιακή αορτή.

την αορτή. Οι φλέβες, καθώς βγαίνουν από τις πύλες σχηματίζουν ένα ελικοειδές πλέγμα που καταλήγει στην ωθηκική φλέβα, η οποία ακολουθώντας την αρτηρία μέσα στον κρεμαστήρα σύνδεσμο της ωοθήκης, καταλήγει στην κάτω κοίλη φλέβα δεξιά και στην νεφρική αρτηρία (εικ. 3).

Τα λεμφαγγεία της ωοθήκης ανέρχονται κατά μήκος των αρτηριών προς τους πλάγιους αορτικούς και παραορτικούς λεμφαδένες.

Τα νεύρα προέρχονται από ωθηκικό συμπαθητικό πλέγμα και πορεύονται μέσα στον κρεμαστήρα σύνδεσμο. Οι ίνες τους περιέχουν και κλάδους από το νεφρικό και αορτικό πλέγμα, αλλά και τα μεσεντέρια και κοιλιακά γάγγλια.



Εικ. 7 Η αγγειακή τροφοδοσία της μήτρας, της σάλπιγγας και της ωοθήκης.



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

### ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ

Οι παθήσεις των σαλπιδγγών είναι κυρίως δύο ομάδων:

1. φλεγμονές
2. νεοπλασίες

#### ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ

Πρόκειται για μια φλεγμονή της μιας ή και των δύο σαλπιδγγών που ανάλογα με τον χαρακτήρα της χαρακτηρίζεται σαν οξεία ή χρόνια σαλπιδγγίτιδα.

#### **Αίτια**

Είναι μια από τις συχνότερες φλεγμονές του γυναικείου γεννητικού συστήματος σ' όλες τις ηλικίες της γυναίκας και οφείλεται σε πολλούς παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη της φλεγμονής, όπως η πτωχή ή κακή υγιεινή της περιοχής, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η σεξουαλική δραστηριότητα, η ανθυγιεινή ενδυμασία και η έλλειψη οιστρογόνων που σαν αποτέλεσμα έχει την ατροφία του επιθηλίου της περιοχής, την ευθραυστότητά του και την μείωση της αντιστάσεως. Ακόμη διάφορες παθήσεις δηλ. δερματοπάθειες, χρόνιες εκφυλιστικές δυστροφίες, ουρολογικά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης ευνοούν τις φλεγμονές.

Όπως είναι γνωστό το ενδομήτριο φυσιολογικά είναι άσηπτο και μόνο όταν γίνει μεταφορά μικροβίων μέσα σ' αυτό παθαίνει κάποια ελαφρά ή βαρύτερη φλεγμονή. Από την φυσιολογική λειτουργία του ενδομητρίου ευκαιρίες για τέτοιες μολύνσεις παρέχονται στην περίοδο, στον τοκετό και στη συνουσία, ενώ σε παθολογικές

ή μη φυσιολογικές καταστάσεις μπορεί να συμβεί κάτι τέτοιο μετά από μια έκτρωση ή άλλη επέμβαση ή όταν υπάρχει κάποια καλοήθης ή κακοήθης νεοπλασία.

Η φλεγμονή της σάλπιγγας προέρχεται είτε από επέκταση της ενδομητρίτιδος όπου διάφοροι λοιμογόνοι παράγοντες μεταφέρονται από την μήτρα προς τις σάλπιγγες ακολουθώντας την πορεία του σπερματοζωαρίου και επιφέροντας τέτοιες βλάβες που να μην επιτρέπουν την διακίνηση άλλου σπερματοζωαρίου, είτε από την περιτονιακή κοιλότητα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της φλεγμονής λόγω των εκτρώσεων, των τοπικών αντισυλληπτικών μέσων αλλά και την δημιουργία ανθεκτικών μορφών μικροβίων προς τα αντιβιοτικά.

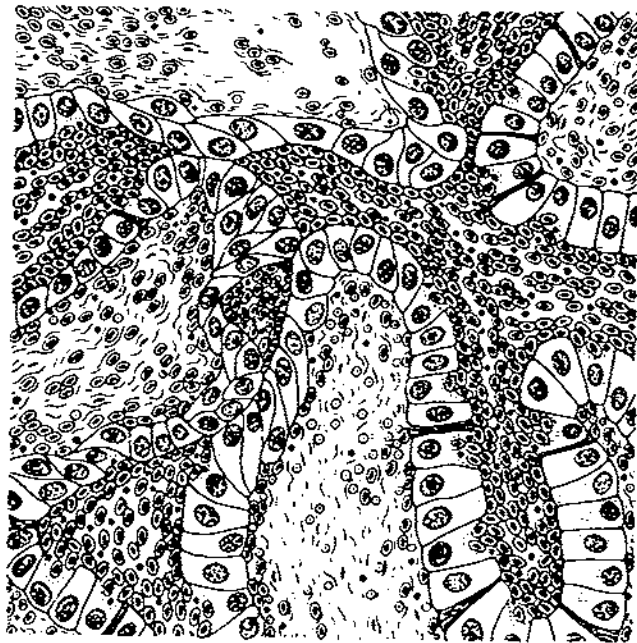
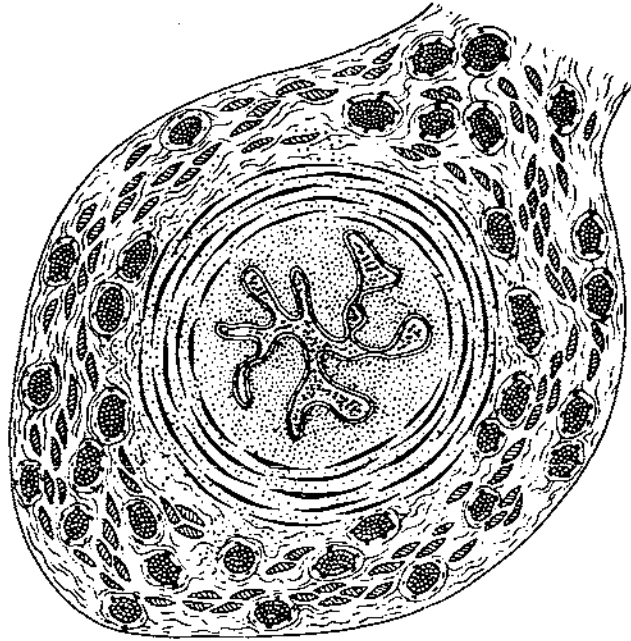
#### ΟΞΕΙΑ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ

Η πάθηση αυτή πολλές φορές έχει σαν αιτία και την γονοκοκκική λοίμωξη και από την αρχή υπάρχει μια μεγαλύτερη ή μικρότερη συμμετοχή και του πυελικού περιτονεουδελ. τοπική περιτονίτιδα.

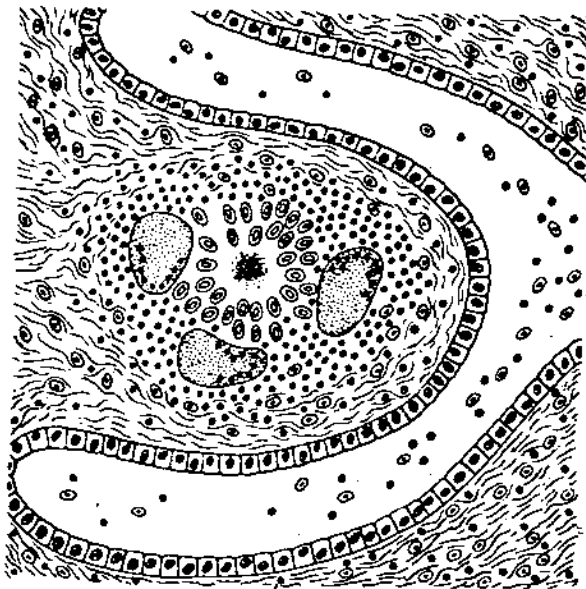
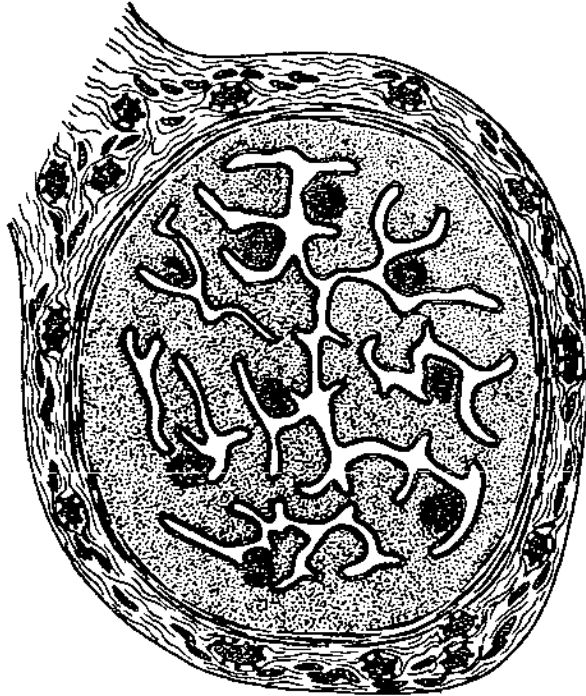
Υπάρχει ερυθρότητα και οίδημα των σαλπίγγων με ροή πυώδους εκκρίματος από τα ωαγονικά στόμια (εικ. 4 - 8).

#### Συμπτώματα και κλινοεργαστηριακά ευρήματα

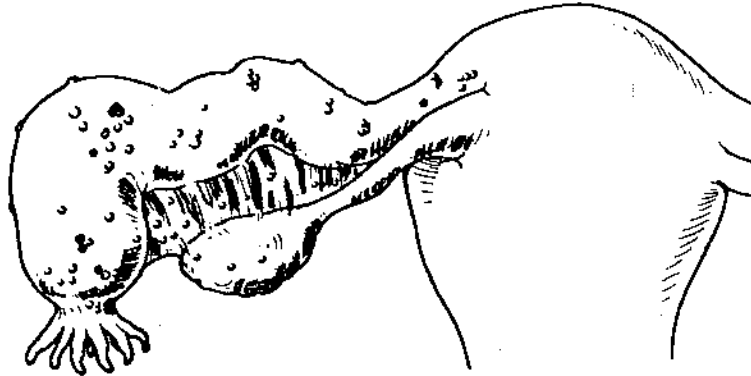
Η αρχή της πάθησης εκδηλώνεται με πόνο, είτε στο επιγάστριο, είτε μια υποπτη συμπτωματολογία. Μπορεί επίσης να υπάρχει μια αίσθηση πυελικής πιέσεως με πόνο, που ακτινοβολεί πίσω στη μέση και κατεβαίνει στα πόδια. Σε πολλές περιπτώσεις τα συμπτώματα εμφανίζονται λίγο μετά την έναρξη ή το τέλος της περιόδου. Εκτός από αυτά μπορεί να υπάρχει ναυτία, εμετός, κεφαλόπονοι, γενική αδιαθεσία και κακουχία. Ο πυρετός δεν είναι πάντα πολύ υψηλός και μερικές φορές μπορεί να λείπει τελείως. Από την εξέ-



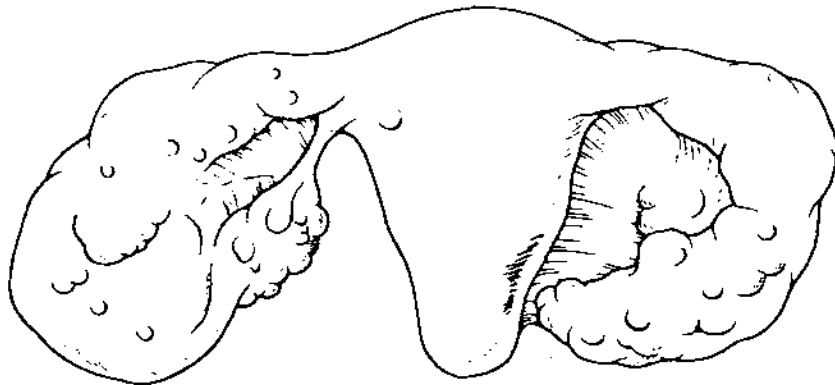
*Εικ. . 4.* Όξεία σαλπγγίτιδα. Έγκάρσιο τομή της σάλπιγγος στο ύψος του ισθμού. Διακρίνεται φλεγμονή του βλεννογόνου, οίδημα του επιθηλίου, εξιδρωματικό υγρό στον αυλό και λευκοκυτταρικές διηθήσεις στο στρώμα.



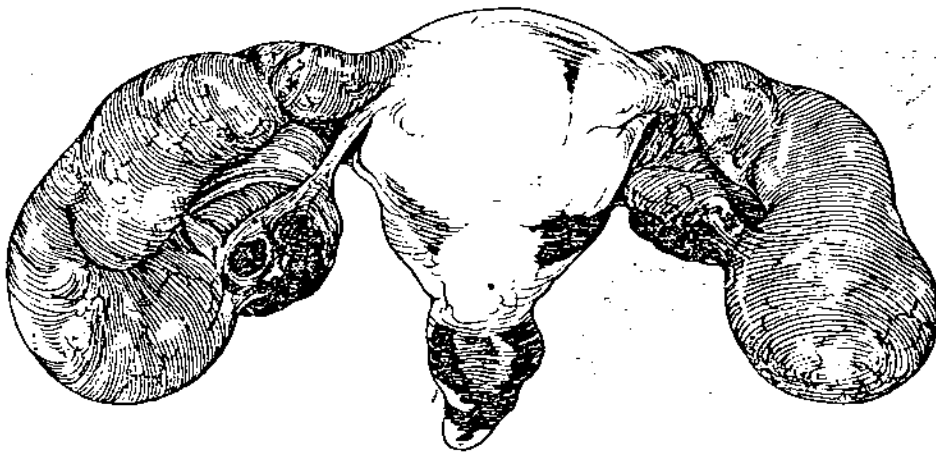
*Εικ. 5.* Φυματιώδης σαλιγγίτιδα. Διατομή στο ύψος του κώδωνα. Στη μεγάλη μεγέθυνση γίνεται καλλίτερη η διάκριση των φυματίων του σαλιγγικού βλεννογόνου και της λευκοκυτταρικής διηθήσεως.



*Εικ. 6.* Φυματιώδης σαλπινγοφορίτις. Πάχυνση τής σάλπιγγος και περισαλπινγική και περιωθητική διήθηση.



*Εικ. 7.* Ἀμφιτερόπλευρες πυοσάλπιγγες μετά ἀπό ὀξεία φλεγμονή τῶν σαλπίγγων. Διακρίνεται ἐπίσης διαλυτή περισαλπινγική φλεγμονή καὶ συμφύσεις μετὰ τὶς ὠθηκές.



*Εικ. 8.* Μακροσκοπική εικόνα ὀξείας πυελικῆς φλεγμονῆς.

ταση της κοιλιάς ανακαλύπτεται κάποια ευαισθησία του τοιχώματος του υπογαστρίου κυρίως και ελαφρή διάταση. Οι εντερικοί ήχοι είναι πολύ συχνά αρκετά υποτονικοί.

Από την γυναικολογική εξέταση ανακαλύπτεται φλεγμονή των περιουρηθτικών ή βαρθολεινίων αδένων και η ροή πυώδους εκκρίματος από τον τράχηλο. Η αμφίχειρη εξέταση ανακαλύπτει ψηλαφητά παραμήτρια και μεγάλη ευαισθησία του τραχήλου και του σώματος της μήτρας ιδίως στη μετακίνησή τους.

Από την εργαστηριακή έρευνα προκύπτει συχνά λευκοκυττάρωση με αριστερή παρέκλιση. Η εξέταση του τραχηλικού εκκρίματος αποδεικνύει την ύπαρξη πολλών πολυμορφοπύρηνων κυττάρων με παρουσία νεφροειδών GRAM αρνητικών διπλοκόκκων που πιθανότατα είναι γονόκοκκοι. Επιβεβαίωση γι' αυτό πρέπει να γίνει με καλλιέργειες.

Με την δουγλασιοπαρακέντηση εξέρχεται συνήθως ένα αντιδραστικό περιτονιακό υγρό που επίσης μπορεί να περιέχει λευκοκύτταρα και γονόκοκκους ή άλλα μικρόβια.

#### Διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση της οξείας σαλπγγίτιδας είναι εύκολη από την κλινική εικόνα της. Η οξεία σαλπγγίτιδα θα πρέπει να διαχωριστεί από την οξεία σκωλικοειδίτιδα, την εξωμητρική εγκυμοσύνη, τη ρήξη κύστης αιματώματος του ωχρού σωματίου, την εκκολπωματίτιδα, την οξεία σπληνική έκτρωση, την περιστροφή της κύστεως της ωθήκης, την εκκολπωματική φύληση και νέκρωση ενός ινομυώματος της μήτρας, την ενδομητρίωση, την οξεία φλεγμονή του ουροποιητικού, την οξεία εντερίτιδα, την οξεία κολίτιδα και την ελκωτική κολίτιδα. Αυτή η διάκριση θα γίνει με την βοήθεια της ιστορίας, της ιστορίας του ιστορικού, της γυναικολογικής εξέτασης, του υπερηχογραφήματος, της παρακέντησης του δουγλασσείου, της λαπαροσκόπησης κ.α.

και θα στηριχθεί στην κλινική εξέταση και εργαστηριακά ευρήματα.

Το κάθε ένα περιλαμβάνει:

Γυναικολογικό ιστορικό:

Με βάση την αιτία προέλευσης, συμπληρώνεται το γυναικολογικό ιστορικό. Εκτός από τα στοιχεία ταυτότητας μεγάλη σημασία έχει:

- 1) Η ηλικία της ασθενούς γιατί από αυτήν πιθανολογούνται ή αποκλείονται πολλές παθήσεις,
- 2) οι σεξουαλικές σχέσεις, γιατί σε έλλειψη αποκλείεται μια ολοκληρωμένη σειρά από παθήσεις,
- 3) η τελευταία έμμηνη ρύση (διάρκεια, ποσότητα, χρόνος εμφάνισης, άλλα ενοχλήματα),
- 4) χρόνος έναρξης των ενοχλημάτων,
- 5) το μαιευτικό ιστορικό (προηγούμενες τοκετοί, είδος αυτών, αποβολές, αποξέσεις, είδος γυναικολογικών επεμβάσεων),
- 6) το είδος της θεραπείας που προηγήθηκε,
- 7) τα ευρήματα προηγούμενων εργαστηριακών εξετάσεων (ιστολογική, κυτταρολογική, υστεροσαλπιγγογραφία κ.τ.λ.).

Γυναικολογική εξέταση:

Για να γίνει μια γυναικολογική εξέταση απαιτείται γυναικολογικό τραπέζι (BUM), πλάγιος φωτισμός, κολποδιαστολείς και γάντια. Προϋπόθεση η γυναίκα να έχει ουρήσει πριν την εξέταση. Αν η γυναίκα προσέρχεται με κύριο ενόχλημα την κολπική υπερεκκριση ή πρόκειται να ληφθεί κολπικό επίχρισμα της παραγόμενου μην προηγηθεί κολπική πλύση διότι θα αλλοιωθεί το κολπικό έκκριμα που θα ληφθεί. Αν η γυναίκα έχει έμμηνη ρύση ή αιμορραγία και αρνείται να εξετασθεί την βεβαιώνουμε ότι η εξέταση επιβάλλεται

και ότι το αίμα δεν παρακωλύει την εξέταση. Όταν η ασθενής προσέρχεται με δυνατό πόνο και είναι δύσκολη η εξέταση τότε προβαίνουμε σε εξέταση υπό ολική νάρκωση.

Κατά την γυναικολογική εξέταση ακολουθείται μια σειρά, που έχει σαν σκοπό την εξέταση όλων των επιμέρους οργάνων του γεννητικού συστήματος. Αρχίζει από επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων. Με τα δύο δάχτυλα ψηλαφώνται οι βορθολίνειοι αδένες στα μεγάλα χείλη. Ρωτάμε την ασθενή αν μπορούμε να την εξετάσουμε κολπικά ή όχι, σε περίπτωση αδυναμίας (παρθενιά) η εξέταση γίνεται από το ορθό. Στην συνέχεια εισάγοντας πρώτα τον πρόσθιο και ύστερα τον οπίσθιο κολποδιαστολέα, επισκοπούμε τον κόλπο, τον τράχηλο. Λαμβάνουμε κολπικό έκκριμα. Επαλείφουμε τον τράχηλο με διάλυμα οξικού οξέως. Προβαίνουμε με κολποσκόπηση με το κολποσκόπιο.

Αφαιρούμε τους κολποδιαστολείς και με την βοήθεια καθαρού όχι απαραίτητα αποστειρωμένου γαντιού αρχίζει ο γιατρός την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση. Στην άτοκο εισάγεται μόνο ο δείκτης του δεξιού χεριού ενώ στην τεκούσα δείκτης και μέρος. Το αριστερό χέρι ψηλαφά τον πυθμένα της μήτρας. Παραγγέλλουμε στην ασθενή να σφίχτει προς τα κάτω και παρατηρούμε την προβολή του οπισθίου και του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος, του τραχήλου της μήτρας ακόμα και αν η ασθενής χάνει ούρα. Στη συνέχεια χαλαρώνει και ψηλαφείται με τα δύο χέρια η μήτρα. Πιο πολύ ενδιαφέρον έχει η θέση και κάμψη και το μέγεθος της μήτρας, η σύστασή της.

Στη συνέχεια ψηλαφώνται τα εξαρτήματα (σάλπιγγες, ωθήκες, παραμήτρια). Αν η ψηλάφηση είναι επώδυνη (φλεγμονή ή εξωμήτρια κύηση) περιγράφονται η πλευρά και το μέγεθος του εξαρτήματος όταν ξεπερνά τις φυσιολογικές διαστάσεις, καθώς και η πιθανή



εξάρτησή τους από το κοιλιακό τοίχωμα ή τη μήτρα.

Κατά την γυναικολογική εξέταση πρέπει να παραβρίσκεται μια μαία ή νοσηλεύτρια για αποφυγή κοινωνικών προβλημάτων. Ιδιαίτερη εξαιρέση γίνεται αν το πρόβλημα αφορά διαταραχή της ήβης οπότε στην περίπτωση αυτή επισκοπείται η τρίχωση του εφηβαίου, των μασχαλών, το μέγεθος της κλειτορίδας, η ανάπτυξη και η διάμετρος των μαστών και η ανάπτυξη δευτερογενών χαρακτήρων του φύλλου (ύψος, διάπλαση, κατανομή λίπους κ.τ.λ.).

Συχνά το πρόβλημα της προέλευσης είναι η στειρώση οπότε η γυναικολογική εξέταση και το ιστορικό συμπληρώνονται με τις απαντήσεις επί των σεξουαλικών σχέσεων του ζεύγους και των συνθηκών διαβίωσής του. Κατά την γυναικολογική εξέταση μερικές φορές λαμβάνεται υλικό ή προβαίνουμε σε λειτουργικές εξετάσεις, το υλικό στέλνεται στο εργαστήριο και γίνονται οι παρακλινικές εξετάσεις.

#### Παρακλινικές εξετάσεις:

##### 1. Λευκά, τύπος, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (Τ.Κ.Ε.)

Τα λευκά αιμοσφαίρια που ο αριθμός τους αυξάνει σε φλεγμονώδεις παθήσεις, καθώς και ο αριθμός των πολυμορφοκυττάρων σε σχέση με τα υπόλοιπα είδη λευκών, αποτελούν σπουδαίο διαγνωστικό μέσο για τις παθήσεις των έξω γεννητικών οργάνων. Αν συνυπάρχει και αύξηση Τ.Κ.Ε. τότε η διάγνωση της φλεγμονής είναι βέβαιη. Αντίθετα μονομερής αύξηση της Τ.Κ.Ε. χωρίς αύξηση του αριθμού των λευκών υποδηλώνει νεοπλασία πιθανώς κακοήγη.

##### 2. Σάκχαρο αίματος - ουρία

Πολλές φορές αυξημένο σάκχαρο, που είναι άγνωστο στην ασθενή είναι η αιτία φλεγμονών των έξω γεννητικών οργάνων. Προκειμένου να χειρουργηθεί η ασθενής ο έλεγχος σακχάρου και ουρίας εί-

ναι απαραίτητος.

### 3. Κολπικό έκκριμα

Η εξέταση του κολπικού εκκρίματος γίνεται είτε

- α) με νωπή σταγόνα και μικροσκόπηση προς ανεύρεση τριχομονάδων, σαπρόφυτων, πυοσφαιρίων, ερυθρών αιμοσφαιρίων είτε
- β) με ειδικές τεχνικές χρώσεις όπου ανιχνεύονται μικρόβια, μόνι-  
λια, γοννίκοι. Αν βρεθούν κόκκοι μπορεί να γίνει καλλιέργεια  
και τεστ ευαισθησίας αντιβιοτικών.

### 4. Κολπικό επίχρισμα

Η μελέτη του κολπικού επιχρίσματος αποτελεί το αντικείμενο της κολποκυτταρολογίας, που έχει σαν πατέρα τον Γεώργιο Παπανικολάου.

Η αρχή στην οποία βασίζεται είναι η αποφολίδωση κυττάρων από το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που καλύπτει τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας. Για το λόγο αυτό ο κλάδος αυτός ονομάζεται αποφολιδωτική κυτταρολογία. Λαμβάνεται για δύο λόγους:

- α) Σε περίπτωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, οπότε αποτύπ-  
τουν κύτταρα προερχόμενα από την εστία του όγκου. Όταν τα  
κύτταρα παρουσιάζουν ανωμαλίες στον πυρήνα, στη σχέση πυρήνα-  
πρωτοπλάσματος είναι δυνατή η διάγνωση ή μάλλον η ανίχνευση  
του καρκίνου.
- β) Σε περίπτωση διαταραχής της Ε.Ρ. επειδή το επιθήλιο του κόλ-  
που αποτελεί ορμονικό υποδοχέα των στεροειδών των ωοθηκών  
όπως και το ενδομήτριο. Με την επίδραση των οιστρογόνων το  
πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου υφίσταται υπερπλασία  
και κερατινοποίηση της επιπόλης στιβάδας. Αντίθετα με έλ-  
λειψη οιστρογόνων, το επιθήλιο υφίσταται ατροφία και τότε  
στο επίχρισμα εμφανίζονται κύτταρα των εν τω βάθει στιβάδων

όπως τα παραβασικά.

Το κολπικό επίχρισμα λαμβάνεται είτε με πιπέτα είτε με σπάτουλα και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα, μονομοποιείται σ' ένα ειδικό υγρό (Hofman) και αποστέλλεται στο εργαστήριο.

#### 5. Βιοψία τραχήλου μήτρας

Αν από την κλινική εξέταση τεθούν υπόνοιες λαμβάνεται τεμάχιο από τον τράχηλο της μήτρας κατά προτίμηση από την περιοχή που θα επισημανθεί κολποσκοπικά. Το τεμάχιο που λαμβάνεται αφού τεθεί σε διαλυμα φορμόλης αποστέλλεται στο εργαστήριο. Στην εξέταση αυτή προβαίνει ο γιατρός μέσα στα πλαίσια της έρευνας του καρκίνου της μήτρας.

#### 6. Βιοψία ενδομητρίου

Το ενδομήτριο όπως και το επιθήλιο του κόλπου είναι ορμονικός υποδοχέας. Στη βιοψία ενδομητρίου προβαίνουμε είτε:

- α) Σε περίπτωση καρκίνου του ενδομητρίου ή του σώματος της μήτρας που εκδηλώνεται με αιμορραγία είτε
- β) σε διαταραχή της Ε.Ρ. ή σε στειρώση.

Η βιοψία του ενδομητρίου γίνεται είτε α) με απόξεση με την βοήθεια ξέστρων μετά από προηγούμενη διαστολή του τραχήλου είτε β) με ειδικό ξέστρο του NOVA, με το οποίο λαμβάνονται δείγματα μόνο από το ενδομήτριο.

Προκειμένου για μητρορραγία προτιμάται η απόξεση.

Προκειμένου για ενδοκρινολογική εξέταση προτιμάται η γραμμειδής απόξεση σε κύκλο 28 ημερών γίνεται την 21η ημέρα του κύκλου. Τα ξέσματα της απόξεσης μετά την πλύση με τρεχούμενο νερό τοποθετούνται μέσα σε υγρό (φορμόλη) και στέλνονται για ιστολογική εξέταση στο εργαστήριο.

### 7. Ορμονικοί προσδιορισμοί στεροειδών σε ούρα 24ώρου

Τα στεροειδή αποβάλλονται με τα ούρα, οπότε η καταμέτρηση τους σε ούρα 24ώρου μας πληροφορεί για την παραγωγή τους. Η συλλογή, των ούρων γίνεται καθ' όλο το 24ωρο σε δοχείο που φυλάσσεται εντός του ψυγείου.

Οι ορμόνες που ζητούνται από το εργαστήριο είναι τα ολικ οιστρογόνα (οιστρογόνη, οιστρόνη, οιστραδιόλη). Συχνά οι ορμονικοί προσδιορισμοί επαναλαμβάνονται μετά την χορήγηση ορμονών απ' έξω όπως κορτιζόνη και χοριακή γοναδοτροπίνη για σωστά αποτελέσματα.

Φυσιολογικά από την T.E.P. μέχρι την ωορρηξία (14η μέρα) ανευρίσκονται ολικά οιστρογόνα σε μεγάλες ποσότητες (μετρώνται σε γραμμάρια).

1η εβδομάδα περίπου 25γ. 2η εβδομάδα περίπου 50γ. από την ωορρηξία και μετά την 3η εβδομάδα παρατηρείται πτώση, 35γ. και την 4η εβδομάδα μέχρι την E.P. 10γ. Τιμή οιστρογόνων άνω των 60γ. κατά την 4η εβδομάδα δηλώνει κύηση. Αντίθετα η πρεγνανδιόλη από την T.E.P. μέχρι την ωορρηξία είναι 0,5 - 1 MG, από την ωορρηξία ως την 3η εβδομάδα, ανέρχεται σε 3 - 8 MG και συνεχίζεται μέχρι την E.P.

Κατά την εγκατάσταση της κύησης και η ποσότητα της πρεγνανδιόλης όπως και εκείνη των οιστρογόνων αυξάνεται πολύ. Καταμέτρηση των στεροειδών των ούρων την 21η μέρα του κύκλου που παρουσιάζει τιμές πρεγνανδιόλης χαμηλές 0,5 - 1 MG σημαίνει ότι δεν υπάρχει εν ενεργεία ωχρό σωματίο άρα δεν προηγήθηκε ωορρηξία.

### 8. Προσδιορισμοί μοναδοτροπίνων

Σε περίπτωση αμηνόρροιας, ανωορρηξίας και επιστειρώσεων καταφεύγουμε στην ανίχνευση και την ποσοτική εκτίμηση του θυλι-

ινοτρόπου, χοριακή γοναδοτροπίνη και της ωχρινοτρόπου. Η καταμέτρηση των γοναδοτροπινών γίνεται κυρίως με βιολογικές ή ανοσοβιολογικές μεθόδους άλλοτε στα ούρα και άλλοτε στον ορό του πλάσματος.

#### 9. Θερμιδομετρικό διάγραμμα

Η προγεστερόνη προκαλεί ανύψωση της θερμοκρασίας του σώματος και μπορούμε με την θερμομέτρηση να προσδιορίσουμε την έναρξη και την διάρκεια της έκκρισης της προγεστερόνης, σ' ολόκληρη την διάρκεια του κύκλου. Το θερμομετρικό διάγραμμα τηρείται από την ίδια την ασθενή με καθημερινή θερμομέτρηση που γίνεται κατά την πρωινή έγερση, πριν από την ούρηση, το κάπνισμα, το φαγητό, με την μέτρηση της θερμοκρασίας στο ορθό για 3 τουλάχιστον συνεχόμενους κύκλους.

#### 10. Τραχηλική βλέννη

Το έξω τραχηλιακό στόμιο ασοφράσσεται από βίσμα τραχηλικής βλέννης, η διαβατότητα του οποίου είναι δυνατή μόνο στην εποχή γύρω από την ωορρηξία. Όσο απομακρυνόμαστε χρονικά από τη μέρα της ωορρηξίας τόσο η βλέννη μειώνεται σε όγκο.

Κατά την εποχή της ωορρηξίας όταν η βλέννη έχει διαύγειες και ελαστικότητα, εκτιμάται η εκτασιμότητα αυτής σαν ένας από τους παράγοντες που ευνοούν την γονιμότητα.

#### Δοκιμασία μετά την συνουσία

Η δοκιμασία αυτή γίνεται την περίοδο της ωορρηξίας κατά την οποία μετά την συνουσία και αφού παρέλθουν 2 - 12 ώρες, προσέρχεται η γυναίκα στο ιατρείο και αναζητούνται σπερματοζωάρια εντός α) του κόλπου, συνήθως/εδώ όλα τα σπερματοζωάρια είναι νεκρά λόγω του όξινου περιβάλλοντος β) του τραχήλου που βρίσκονται κινούμενα σπερματοζωάρια γ) εντός του ενδομητρίου όπου βρίσκονται

μόνο κινούμενα σπερματοζωάρια.

Η ανεδόραση σπερματοζωαρίων χαρακτηρίζει το τεστ άριστο.

### 11. Σπέρμα

Η εξέταση του σπέρματος (σπερματοδιάγραμμα) συμπληρώνει την γυναικολογική εξέταση όταν το αίτιο της προσέλευσης είναι η στειρώση. Στους παράγοντες που ενδιαφέρουν την γονιμότητα στο σπέρμα αναφέρουμε τον ογκο, την χροιά, το ΡΗ, τον αριθμό των σπερματοζωαρίων, την κινητικότητά τους, τον χρόνο ρευστοποίησης και τα κυτταρικά αγγεία του ευρήματος.

### 12. Εμφύσηση σαλπινγών

Η εξέταση που γίνεται με την συσκευή Rubin στηρίζεται στην αρχή της διοχέτευσης CO<sub>2</sub> δια του τραχήλου στη μητρική κοιλότητα και σε περίπτωση που η διαβατότητα των σαλπινγών το επιτρέπει δια της μητρικής στη περιτονιακή κοιλότητα. Η διέλευση του CO<sub>2</sub> γίνεται όταν η πίεση του αερίου εντός της μήτρας ξεπερνά τα 60 mmHg.

Το κλειστό σύστημα συγκοινωνεί με μανόμετρο και κυματογράφο και καταγράφει τις αυξομειώσεις της πίεσης. Άνοδος της πίεσης άνω των 120 mmHg υποδηλώνει σαλπινγγικό κώλυμα (στένωση, απόφραξη), άνοδος άνω των 200 mmHg απαγορεύεται εκ του φόβου ρήξης της σάλπιγγας.

Μετά την διέλευση εντός της περιτονιακής κοιλότητας του CO<sub>2</sub>, η ασθενής παρουσιάζει άλγος στο δεξιό ώμο, σημείο ερεθισμού του διαφράγματος. Κατά την διέλευση του CO<sub>2</sub> με τη βοήθεια στηθοσκοπίου ακούγονται στα υπογάστρια χαρακτηριστικοί ήχοι σαν εκκλησιαστικού οργάνου. Προϋπόθεση για την κυματογραφία είναι η έλλειψη φλεγμονής στα έσω γεννητικά όργανα.

### 13. Υστεροσαλπγγογραφία (ΥΣΓ)

Αν αντί του CO<sub>2</sub> χρησιμοποιηθεί σκειρογόνος ουσία και ακτινογραφηθεί η ασθενής τότε λαμβάνεται ΥΣΓ. Σ' αυτή απεικονίζεται η μητρική κοιλότητα, οι σάλπιγγες και ελέγχεται η διαβατότητα αυτών.

Η ΥΣΓ εκτελείται πριν από την ωορρηξία δηλ. 8η-13η ημέρα του κύκλου δια τον φόβο να προσβληθεί τυχόν κύημα.

Εκτός της στείρωσης πολλές γυναικολογικές παθήσεις (πολύπους, μικρό ινομύωμα) ερευνούνται με την ΥΣΓ όπου ισχύουν τα ίδια με την εμφύσηση.

### 14. Κολποσκοπία

Με την βοήθεια του κολποσκοπίου του Hiselmann εξετάζουμε τον τράχηλο της μήτρας υπό μεγέθυνση και επισημαίνουμε στοιχεία που οδηγούν στην διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η κολποσκοπία πιθανολογεί καρκίνο.

### 15. Υπέρηχοι

Η αρχή του υπερηχογραφήματος στηρίζεται στην καταγραφή των αντανακλώμενων υπερήχων πάνω στα τοιχώματα του υπό εξέταση οργάνου. με την βοήθεια ειδικού μηχανήματος λαμβάνεται φωτογραφικά το ηχοδιάγραμμα που απεικονίζει την μήτρα, την ουροδόχο κύστη, όγκους ή κύημα. Σ' αυτήν την εξέτασή καταφεύγουμε όταν υπάρχουν από την κλινική εξέταση αμφιβολίες για την παρουσία, την εντόπιση και το μέγεθος κάποιου οργάνου.

### 16. Κοιλιοσκοπία ή Λαπαροσκοπία

Πατέρας της κοιλιοσκοπίας θεωρείται ο R. Palmer.

Με την εισαγωγή εντός της περιτονιακής κοιλότητας οπτικού σωλήνα με φωτιστική κεφαλή και προηγούμενο πνευμοπερίτονιο με CO<sub>2</sub> υπό γενική νάρκωση, επισκοπούμε τα έσω γέννητικά όργανα.

Πρώτος στόχος είναι η μήτρα με τους στρογγυλούς συνδέσμους, έπειτα οι σάλπιγγες και οι ωθήκες. Με την βοήθεια μητρομόλης που εισάγει ο βοηθός από τον κόλπο, μετακινείται η μήτρα με τρόπο ώστε να είναι ορατή στο κοιλιοσκοπικό η οπίσθια επιφάνεια αυτής, τα οπίσθια πέταλα του πλατύ συνδέσμου καθώς και οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι. Στον προσοφθάλμιο φακό του κοιλιοσκοπίου είναι δυνατόν να προσαρμοστεί κάμερα. Πολλά είναι τα προβλήματα που λύνονται με την κοιλιοσκοπία.

α) εξωμήτρια κύηση, β) εξωτερική ενδομήτρωση, γ) σύνδρομο Turner δ) φλεγμονώδεις καταστάσεις σαλπίγγων, ε) σύνδρομο Masters - Allen, στ) αποστείρωση σαλπίγγων.

### **Επιπλοκές**

Οι επιπλοκές της οξείας σαλπιγγίτιδας είναι κυρίως η τοπική λεκανοπεριτονίτιδα, η γενικευμένη περιτονίτιδα, ο παραλυτικός ειλεός, η βαριά πνευλική θρομβοφλεβίτιδα, ο σχηματισμός αποστημάτων στις σάλπιγγες (πυοσάλπιγγες) στις ωθήκες (σαλπιγγωθηκικά αποστήματα) ή στο δουγλάσειο. Όλα αυτά συνδέονται από σχεδόν πλήρη καταστροφή των σαλπίγγων ή από την δημιουργία πολλών συμφύσεων στις σάλπιγγες που προκαλούν απόφραξη ήττους και στείρωση. Πιο σπάνιες επιπλοκές είναι η δερματίτιδα, η γονοκοκκική αρθρίτιδα και η βακτηριαίμια που μπορεί να φθάσει μέχρι και την εμφάνιση σηπτικού shock.

### **Πρόληψη**

Έχει υπολογιστεί ότι ένα ποσοστό 15% των γυναικών που πάσχουν από ασυμπτωματική γονοκοκκική τραχηλίτιδα αναπτύσσουν οξεία σαλπιγγίτιδα.

Η πρόληψη είναι θέμα που ανάγεται στην σωστή εκπαίδευση του



γυναικείου πληθυσμού από την παιδική ηλικία. Κάθε κορίτσι πρέπει να μάθει την σημασία της ατομικής καθαριότητας και υγιεινής. Ο σωστός καθαρισμός του κόλπου και γενικότερα του σώματος αποτελεί καθημερινή ανάγκη και υποχρέωση για κάθε γυναίκα. Πρέπει να γίνονται αντιληπτές οι συνέπειες της αλλαγής πολλών σεξουαλικών συντρόφων και να διδάσκονται λεπτομέρειες για τις αρρώστιες που μεταδίδονται με την συνουσία.

### Θεραπεία

Όπως συμβαίνει στις περισσότερες φλεγμονώδεις παθήσεις της γυναικείας πυέλου, το μικροβιακό αίτιο δεν είναι συνήθως γνωστό όταν γίνεται η εκδήλωση της αρρώστιας. Για το λόγο αυτό η θεραπεία εφαρμόζεται στις περιπτώσεις αυτές είναι εμπειρική. Γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο, κατάλυση στο κρεβάτι και χορηγούνται πενικιλίνη ή αμπικιλίνη για 10 τουλάχιστον μέρες. Άλλοι χορηγούν τετρακυκλίνες για το ίδιο χρονικό διάστημα, ενώ συγχρόνως λαμβάνεται υγρό από τον τράχηλο για καλλιέργειες. Παράλληλα ρυθμίζονται τα πιθανά ελλείματα σε ηλεκτρολύτες με την χορήγηση τους ενδοφλέβια και σε περίπτωση περιτονίδας λαμβάνονται μέτρα ανακούφισης του εντέρου με διακοπή της χορήγησης τροφής από το στόμα και εισαγωγή σωλήνα Muller - Abot.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι συχνές κολπικές επεμβάσεις αποφεύγονται, όπως επίσης είναι περιττή και κάθε προσπάθεια για πρόωπη κινητοποίηση του εντέρου με υποκλισμούς και καθαρτικά. Όταν η διάγνωση δεν επιδέχεται αμφιβολία, μπορεί εκτός από την αντιβίωση, να γίνει χορήγηση αντισπασμωδικών και αναλγητικών φαρμάκων, που επίσης ανακουφίζουν αρκετά την ασθενή.

Εάν ο σφυγμός παρακολουθεί την θερμοκρασία αυτό σημαίνει ότι η φλεγμονή παραμένει εντόπισμένη. Όταν ο σφυγμός γίνεται

δυσανάλογος γρήγορος και μικρός, αυτό σημαίνει ότι η μόλυνση επεκτείνεται περισσότερο προς την περιτονιακή κοιλότητα ή ακόμη χειρότερα προς την γενική κυκλοφορία.

Τον τελευταίο καιρό η εμπειρική αντιμετώπιση της οξείας σαλπγγίτιδας στηρίζεται σε συνδυασμούς αντιβιοτικών, που αποσκοπούν να αντιμετωπίσουν όλο το πιθανό μικροβιακό φάσμα τόσο με αερόβια όσο και με αναερόβια μικρόβια. Στην αρχή της θεραπείας τα αντιβιοτικά δίνονται ενδοφλέβια και αργότερα ενδομυϊκά ή από το στόμα. Η επιλογή των αντιβιοτικών αυτών και οι συνδυασμοί στην δοσολογία τους ποικίλουν από κλινική σε κλινική.

Συνήθως χορηγείται συνδυασμός κλινδαμυσίνης, μετρονιδαζόλης και αμπικιλλίνης γιατί αυτός θεωρείται ότι καλύπτει σχεδόν όλα τα μικροβιακά αίτια τουλάχιστον από εκείνα που είναι δυνατόν να βρεθούν στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Επειδή η συχνότητα της στείρωσης μετά από ένα τέτοιο επεισόδιο οξείας σαλπγγίτιδας παρουσιάζεται πολύ αυξημένη κι επειδή αυτή επηρεάζεται από τον βαθμό και την σοβαρότητα της φλεγμονής, επιβάλλεται συνέχιση της θεραπείας και μετά το πρώτο οξύ στάδιο, για να ελαττωθούν οι επιπλοκές και να αποφευχθούν οι μεταφλεγμονικές συμφύσεις. Για το λόγο αυτό χορηγούνται κεφαλοσπορίνες ακόμα και ενδοφλέβια για άλλες 10-12 μέρες.

Μετά την διαπίστωση υποχωρήσεως των φαινομένων της φλεγμονής, μπορεί να συνεχιστεί η χορήγηση από το στόμα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις που τα κοιλιακά συμπτώματα επιμένουν και τα κλινικά ευρήματα χειροτερεύουν ή η γενική κατάσταση της γυναίκας επιδεινώνεται, μπορεί να αποφασιστεί ερευνητική λαπαροτομία. Είναι δυνατόν στις περιπτώσεις αυτές να παροχετευτεί το σαλπγγικό απόστημα παρά να το αφήσει κανείς να σπάσει, πράγ-

μα που θα προκαλέσει επέκταση της φλεγμονής και θα οδηγήσει ίσως σε μια επείγουσα λαπαροτομία.

Τονίζεται ιδιαίτερα ότι στις περιπτώσεις αυτές με τη σοβαρότητα που τις χαρακτηρίζει, χρειάζεται να ακολουθείται κάποια τακτική, αλλά επίσης σχολαστική και υπεύθυνη αντιμετώπιση της από εμπειρο γιάτρο, που πρέπει να είναι σ' όλο το διάστημα ο ίδιος για να εκτιμά με συνεχή παρακολούθηση τις διακυμάνσεις της αρρώστιας και να παίρνει θεραπευτικές αποφάσεις στηριζόμενος στη διαρκώς μεταβαλλόμενη κλινική και εργαστηριακή εικόνα της άρρωστης.

### Πρόγνωση

Αυτή εξαρτάται από την ταχύτητα με την οποία θα ξεκινήσει η ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάστασης. Για παράδειγμα αναφέρεται ότι η συχνότητα της στείρωσης συνδέεται στενά με την σοβαρότητα της σαλπγγικής φλεγμονής όπως αυτή κρίνεται από την λαπαροσκοπική εξέταση.

Ένα απλό επεισόδιο σαλπγγίτιδας έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να προκαλέσει στείρωση σε μια αναλογία 12-18% των γυναικών.

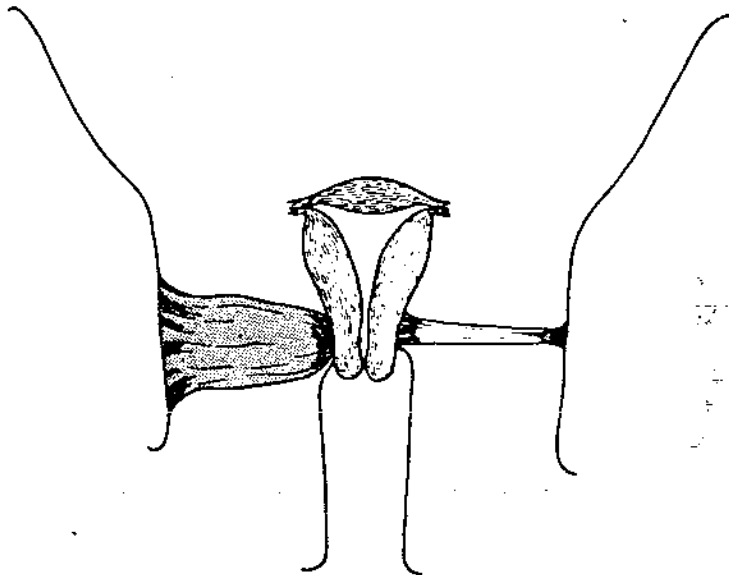
Αν η πλήρης απόφραξη σαλπίγγων αποδείξει ότι συμβαίνει στο 10% των φλεγμονών ασχέτου μικροβιακού αιτίου, εν τούτοις η μη γονοκοκκική μόλυνση φαίνεται ότι προδιαθέτει συχνότερα για εξωμητρική εγκυμοσύνη, γεγονός που προκαλεί τελικά αδυναμία αποκτήσεως ενός βιώσιμου παιδιού γι' αυτή τη γυναίκα.

### ΧΡΟΝΙΑ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ

Η χρόνια σαλπγγίτιδα είναι αποτέλεσμα κακής αντιμετώπισης της οξείας σαλπγγίτιδας. Η φλεγμονή εμφανίζεται όπως και η πρωτοπαθής, αλλά η προϋπάρχουσα σαλπγγική βλάβη και αλλοίωση των

ιστών μπορεί να συντελεστεί σε βαρύτερη εξέλιξη. Η χρόνια φλεγμονή προϋποθέτει την ύπαρξη μόνιμων ιστικών αλλοιώσεων στα παραμήτρια, στις σάλπιγγες και στις ωοθήκες.

Συμφύσεις στην περιτονιακή επιφάνεια μεταξύ εντέρου και των εξαρτημάτων είναι κανόνας. Επίσης συμφυτικές αλλοιώσεις μέσα στον σαλπγγικό αυλό είναι συνήθες εύρημα. Ο σχηματισμός υδροσάλπιγγας είναι επίσης συνηθισμένος. Οι χρόνιες φλεγμονώδεις βλάβες είναι δευτεροπαθείς μετά την οξεία σαλπγγίτιδα αλλά καμιά φορά μπορεί να δημιουργούνται και από μια οξεία αναμόλυνση. Η διάγνωση της χρόνιας σαλπγγίτιδας είναι πολύ δύσκολη γιατί δεν ξεχωρίζεται από τις παθήσεις που προκαλούν χρόνιο πυελικό πόνο. (εικ. 9).



**Εικ. 9.** Άμφιτερόπλευρη παραμητρίτιδα. Πάχυνση του παραμητρίου και καθήλωση των γεννητικών οργάνων στο πυελικό τοίχωμα.

### Συμπτώματα και κλινοεργαστηριακά ευρήματα

Η υποτροπιάζουσα φλεγμονή έχει συνήθως τις ίδιες κλινικές εκδηλώσεις με την οξεία σαλπγγίτιδα. Ο πόνος μπορεί να είναι μονόπλευρος ή και από τις δύο πλευρές. Επίσης συχνά υπάρχει δυσπαρέυνια και στείρωση. Δυνατόν να παρουσιαστεί πυρετός με ταχυκαρδία αλλά όχι πάντοτε. Υπάρχει επίσης ευαισθησία στην ψηλάφηση του τραχήλου της μήτρας ή των εξαρτημάτων στην διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης. Επίσης ψηλαφώντας μάζες στα εξαρτήματα και τα παραμήτρια. Εργαστηριακά οι καλλιέργειες από τον τράχηλο δεν δείχνουν την παρουσία γονοκόκκων εκτός εάν έχει γίνει αναμόλυνση. Αντίθετα βρίσκεται λευκοκυττάρωση εάν έχει ξαναεμφανιστεί οξεία φλεγμονή στις προϋπάρχουσες χρόνιες βλάβες.

### Θεραπεία

Στις χρόνιες μορφές χρειάζεται η μικρή χορήγηση αντιβιοτικών, που για ένα ακόμη μακρύτερο χρονικό διάστημα ακολουθείται από θεραπεία με αντιφλεγμονώδη ένζυμα. Αυτό ισχύει κυρίως για τις νέες γυναίκες που δεν έχουν κάνει παιδιά και στις οποίες επιβάλλεται έντονη προσπάθεια για την διατήρηση της γονιμότητας. Θεραπεία με τετρακυκλίνες, αμπικιλλίνη ή κεφαλοσπορίνη για τρεις εβδομάδες από το στόμα είναι χρήσιμη. Στην διάρκεια της θεραπείας δίνονται συγχρόνως και αναλγητικά ή αντισπασμωδικά για ανακούφιση της άρρωστης. Επιβάλλεται μετά την διακοπή της θεραπείας αντιφλεγμονώδης ενζυματική αγωγή για άλλες 20 περίπου μέρες με ένζυμα όπως η χυμοθρυψίνη.

Εάν η θεραπευτική αγωγή γίνει σωστά και χωρίς καθυστέρηση αμέσως μετά την οξεία φάση, τότε εξασφαλίζεται η υποχώρηση της φλεγμονής σχεδόν ολοκληρωτικά και πολύ συχνά η ριζική ίαση. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό τεράστιοι φλεγμονώδεις όγκοι να εξασ-

φανιστούν τελείως. Αντίθετα αν δεν γίνει σωστή και μακροχρόνια θεραπεία τότε είναι δυνατόν να καταστραφούν μεν τα μικρόβια αλλά το πύον, το εξίδρωμα και οι συμφύσεις ν' απαραμείνουν με αποτέλεσμα την εγκατάσταση μόνιμων βλαβών που προκαλούν πόνο και στείρωση. Όταν μάλιστα τύχει εκτός από τις συμφύσεις και τις διάφορες χρόνιες φλεγμονώδεις μάζες να συνυπάρχει και κάποια ανωμαλία στην θέση της μήτρας, κυρίως με κλίση προς τα πίσω, οι ενοχλήσεις είναι εντονότερες και επεκτείνονται προς την οσφυϊκή μοίρα, συνοδεύονται δε από βασανιστική δυσμηνόρροια.

Εάν μετ'ατην μακροχρόνια αυτή συντηρητική προσπάθεια διαπιστωθεί, ότι οι μάζες παραμένουν αναλλοίωτες και οι υποκειμενικές ενοχλήσεις εξακολουθούν οι ίδιες, τότε αποφασίζεται λαπαροσκοπική διερεύνηση ή ερευνητική λαπαροτομία, με σκοπό την εκτίμηση της βλάβης και της εκτάσεως των συμφύσεων. Εάν μάλιστα εκτός από τις υποκειμενικές ενοχλήσεις υπάρχει και πρόβλημα στείρωσης τότε επιβάλλεται οπωσδήποτε να προηγηθεί λαπαροσκοπική και υστεροσαλπυγγογραφική διερεύνηση της σαλπυγγικής διαβατότητας, ώστε να γίνει σωστή εκτίμηση της βλάβης και ορθή προετοιμασία της πλαστικής εγχειρήσεως που θα ακολουθήσει. Τονίζεται ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη βία για την εκτέλεση της εγχειρήσεως και ότι η συντηρητική αγωγή πριν από αυτή επιβάλλεται, γιατί έχει αποδειχθεί ότι με αυτήν περιορίζεται σημαντικά η οργανική βλάβη.

Αντίθετα εάν η εγχείρηση γίνει βιαστικά, αναγκάζεται κανείς να προβεί σε ακρωτηριαστικές ενέργειες όπως π.χ. αφαίρεση μεγάλων διογκομένων πυοσαλπύγγων ή σαλπυγγωθηκικών όγκων, που ενδεχομένως θα μπορούσε να αποφύγει εάν είχε προηγηθεί μακρύτερη και σωστότερη συντηρητική προσπάθεια. Άλλη σημαντική

προϋπόθεση για την εκτέλεση της λαπαροτομίας είναι η επάνοδος των εργαστηριακών εξετάσεων όπως η λευκοκυττάρωση και η Τ.Κ.Ε. σε φυσιολογικές τιμές και η έλλειψη πυρετού. Με την ερευνητική λαπαροτομία διαπιστώνεται η τελική έκταση της βλάβης και ανάλογα αποφασίζεται το είδος της βοήθειας που μπορεί να προσφέρει στην κάθε περίπτωση ειδικά. Έτσι μπορεί να γίνει λύση συμφύσεων οπουδήποτε αυτές βρεθούν, αφαίρεση φλεγμονικών όγκων, παροχέτευση αποστημάτων, αφαίρεση πυοσαλπιγγας ή υδροσάλπιγγας, πλαστικής σάλπιγγας ή σαλπίγγων, εμφύτευση σάλπιγγας και στην ανάγκη μπορεί να φτάσει κανείς μέχρι την ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Βέβαια η τελευταία αυτή εγχείρηση έχει την ένδειξη της όταν η πάθηση έχει μεγάλη έκταση και η γυναίκα έχει μακροχρόνια και έντονα ενοχλήματα.

#### **Σαλπυγωθηκικό απόστημα**

Η δημιουργία σαλπυγωθηκικού αποστήματος μπορεί να είναι επιπλοκή ενός επεισοδίου οξείας σαλπυγγίτιδας αλλά συνήθως παρατηρείται μετά από υποτροπές χρόνιων φλεγμονών σε γεννητικά όργανα, που παρουσιάζουν αρκετά σημαντικές ιστικές βλάβες.

Στην αρχή υπάρχει σαλπυγγίτιδα με ή χωρίς την συμμετοχή των ωοθηκών που αργότερα όμως επεκτείνεται σ' αυτές. Η ρήξη του αποστήματος προς την περιτονιακή κοιλότητα μπορεί να προκαλέσει οξύ γενικό περιτονιακό πρόβλημα και να απαιτήσει επείγουσα λαπαροτομία.

Βραδύτερη επέκταση ή διάρροη πυώδους υγρού είναι δυνατόν να προκαλέσει απόστημα του δουγλασείου. Η κλινική συμπτωματολογία είναι συνήθως διάφορη στις δύο αυτές καταστάσεις, αλλά εάν υπάρχει κάποια αμφιβολία, είναι προτιμότερο να εφαρμοστεί

η αντιμετώπιση της ρίξης του σαλπυγγωθηκικού αποστήματος.

### **Συμπτώματα και κλινοεργαστηριακά ευρήματα**

Η κλινική συμπτωματολογία μπορεί από την τέλεια έλλειψη συμπτωμάτων, σε γυναίκες που ανακαλύπτονται από τυχαία γυναικολογική εξέταση οι βάζες στα ευρήματα έως την εμφάνιση οξείας χειρουργικής κοιλίας και σηπτικού shock.

Η άρρωστη είναι συνήθως νέα γυναίκα χωρίς πολλούς τοκετούς και με ένα ιστορικό προηγούμενων πυελικών φλεγμονών. Τα συνήθη συμπτώματα είναι πόνος στην κοιλιά και την πύελο, πυρετός, ναυτία, εμετός και ταχυκαρδία.

Είναι δυνατόν να υπάρχει ευαισθησία στα τοιχώματα της κοιλιάς, ιδίως στο υπογάστριο. Η γυναικολογική εξέταση πολύ συχνά είναι δύσκολη εξαιτίας του πόνου και της ελαφράς ουσπάσεως, αλλά παρ' όλα αυτά γίνεται συνήθως ψηλαφητή μια μάζα στο ένα ή και στα δύο εξαρτήματα. Με την παρακέντηση του δουγλασείου βγαίνει συνήθως αντιδραστικό υγρό ή και πύον.

Εάν συμβεί πήξη του σαλπυγγωθηκικού αποστήματος η συμπτωματολογία γίνεται πολύ πιο θόρυβώδης, εμφανίζονται και σημεία επερχόμενου σηπτικού shock, πυρετός αλλά και υποθερμία, ρίγη, ταχυκαρδία, υπόταση, ταχύπνοια και oligουρία.

Τα εργαστηριακά ευρήματα δεν βοηθούν πολύ. Τα λευκά αιμοσφαίρια μπορεί να παρουσιάζουν αύξηση αλλά δεν είναι σπάνεια και η λευκοπενία μερικές φορές. Η εξέταση των ούρων δείχνει μερικές φορές πυουρία και βακτηριουρία. Η απλή ακτινογραφία κοιλιάς δείχνει σημεία ειλεού, ενώ το υπερηχογράφημα εντοπίζει τις φλεγμονώδεις εξαρτημένες μάζες. Επίσης οι υπέρηχοι βοηθούν και στην παρακολούθηση της εξέλιξης των διόγκώσεων και αποτελούν



τα τελευταία χρόνια χρήσιμο βοήθημα.

### **Διαφορική διαγνώση**

Ένα ασυμπτωματικό σαλπγγωθηκικό απόστημα πριν από την ρήξη του πρέπει να διακριθεί από κύστη ή άλλα νεοπλασμάτα των ωθηκών, από εξωμητρική εγκυμοσύνη, από σκωληκοειδικό απόστημα και από μυχωτό υπορογόνιο ινομύωμα. Όταν το απόστημα έχει γίνει ασυμπτωματικό τότε πρέπει να διακρίνεται από ρήξη αποστήματος σκωληκοειδούς, διάτρηση αποστήματος εκκολπώματος, διάτρηση πεπτικού έλκους κι άλλες συστηματικές νόσους, που προκαλούν κοιλιακή αντίδραση..

### **Επιπλοκές**

Το άρρηκτο σαλπγγωθηκικό απόστημα μπορεί να εξελιχθεί σε ρήξη και σηπτική κατάσταση ή να προκαλέσει εντερική απόφραξη, κύηση και εξωμητρική κύστη. Το σπασμένο σαλπγγικό απόστημα αποτελεί οξεία χειρουργική ένδειξη και συχνά επιπλέκεται με shock, ενδοκοιλιακό απόστημα κυρίως υπονεφρικό ή δημιουργία σηπτικών εμβολών στα νεφρά, στους πνεύμονες ή στον εγκέφαλο..

### **Θεραπεία**

Στο άρρηκτο σαλπγγικό απόστημα η θεραπεία είναι ίδια με εκείνη της χρόνιας σαλπγγίτιδας. Επιβάλλεται δηλ. μακροχρόνια αντιβακτηριακή θεραπεία και στενή παρακολούθηση. Εάν οι μάζες δεν υποχωρήσουν σε 15 - 20 ημέρες ή γίνονται μεγαλύτερες τότε επιβάλλεται η λαπαροτομία. Στην εγχείρηση ανάλογα με την έκταση της βλάβης, αλλά και την ηλικία της άρρωστης γίνεται εξαίρεση της μιας ή και των δύο σαλπίγγων και σε μεγάλη ανάγκη ολική υπερεκτομία με τα εξαρτήματα. Εάν υπάρχει έντονη συμ-

πτωματολογία, αλλά το απόστημα είναι ακόμη άρηκτο, η αγωγή συνίσταται σε άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο, κατάκλιση, πλήρη εργαστηριακό έλεγχο, ενδοφλέβια χορήγηση ορού με τους ηλεκτρολύτες και επαρκή αντιβίωση.

Στην επιλογή των αντιβιοτικών υπάρχει εκτός των άλλων και κλινδαμυκίνη ή χλωραμφενικόλη για τα αναερόβια. Οι παρακάτω συνδυασμοί αντιβιοτικών σε ενδοφλέβια επαρκή δόση προτιμώνται συνήθως σ' αυτές τις καταστάσεις:

- α) Πενικιλίνη και χλωραμφενικόλη.
- β) Πενικιλίνη και κλινδαμυκίνη και αμινογλυκοσίδη.
- γ) Κεφαλοξίνη και κλινδαμυκίνη.
- δ) Μοξαλακτάμη με ή χωρίς κλινδαμυκίνη.

Η λαπαροτομία ενδείκνυται σ' όλες τις περιπτώσεις που υπάρχει υποψία ρήξεως του αποστήματος ή διαρροής πύου προς την περιτονιακή κοιλότητα και σε περιπτώσεις που η παραπάνω θεραπευτική αγωγή δεν φέρνει αποτελέσματα.

Εάν όμως η αγωγή αυτή αποδειχθεί καλή, τότε η ασθενής λαμβάνει αντιβιοτικά από το στόμα για άλλες 20 ημέρες.

Σε σοβαρή περίπτωση της ρήξεως του αποστήματος επιβάλλεται εγχείρηση χωρίς καθυστέρηση, στην διάρκεια της οποίας, μετά την λήψη των καλλιιεργειών γίνονται σχολαστική επισκόπηση της περιτονιακής κοιλότητας. Στη συνέχεια εντοπίζονται οι πυώδεις συλλογές και παροχετεύονται με μεγάλη προσοχή και ακολουθεί συνήθως ολική υστερεκτομή με τα εξαρτήματα. Όλα αυτά βέβαια γίνονται κάτω από πλήρη κάλυψη με αντιβιοτικά και με την παράλληλη αγωγή σαν αυτή που εφαρμόζεται σ' όλες τις βαριές σηπτικές καταστάσεις.

## **Πρόγνωση**

Σε άρρωστες με σαλπυγγωοθηκικά αποστήματα χωρίς ρηξη, η πρόγνωση είναι συνήθως καλή. Η συντηρητική αγωγή, ακολουθούμενη αν χρειαστεί από χειρουργική βοήθεια, οδηγεί συνήθως σε καλά αποτελέσματα. Άρρηκτα αποστήματα που δεν υπακούουν στη συντηρητική αγωγή, επιβάλλεται να χειρουργούνται, γιατί αποδείχθηκε καλύτερο να απομακρύνονται παρά να αφήνονται να χρονίζουν ή να προκαλούν συμφύσεις και βλάβες γειτονικών οργάνων. Ένας άλλος κίνδυνος από την παραμονή των φλεγμονικών όγκων είναι οι υποτροπές, που πολύ συχνά παρατηρούνται σ' αυτές τις καταστάσεις. Αλλά αν η πρόγνωση για τη ζωή της γυναίκας παρουσιάζεται στις περιπτώσεις αυτές καλή, δεν φαίνεται να συμβαίνει το ίδιο για την γονιμότητα της, αφού οι βλάβες που έχουν γίνει στις σάλπιγγες επιτρέπουν σε ένα ελάχιστο αριθμό γυναικών την διατήρησή της.

## **Δουγλάσσειο απόστημα**

Το απόστημα της λεκάνης είναι μια σχετική σπάνια επιπλοκή της χρόνιας σαλπυγγίτιδας. Μπορεί να συμβεί σαν συνέπεια μίας οξείας σαλπυγγίτιδας ή μετά από μια σηπτική έκτρωση. Τα μικρόβια αίτια που συνδέονται με την επιπλοκή είναι σπανιότερα γονόκοκκοι και συχνότερα αναερόβια, κυρίως του είδους των βακτηριοειδών.

Τα συμπτώματα της επιπλοκής μοιάζουν με εκείνα που περιγράφηκαν πιο πάνω για την οξεία και χρόνια φλεγμονή, αν και μερικές φορές είναι πιο έντονα. Επιπλέον στις γυναίκες αυτές παρουσιάζονται δυνατοί πόνοι στην οσφύ και επώδυνες κενώσεις κι αυτό λόγω της πυώδους συλλογής που δημιουργείται στο δουγλάσ-

σειο χώρο.

Στη διαφορική διθαγνώστικη προσπάθεια πρέπει να υπολογίζεται το σαλπιγγωοθημικό απόστημα, το σικωληκοειδικό απόστημα, η εξωμητρική εγκυμοσύνη, τα νεοπλάσματα των ωθηκών, τα ινομύματα της μήτρας και η ενδομητρίωση του δουγλασσείου.

Θεραπευτικά πρέπει να ακολουθούνται ορισμένες βασικές αρχές και να τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις. Αντιβιοτικά, διάνοιξη και ευρεία παροχέτευση του αποστήματος από τον οπίσθιο κοιλικό θόλο, ορθή και στενή παρακολούθηση, επιβάλλονται στις πιο πολλές περιπτώσεις. Μερικές φορές γίνεται αναγκαία η ερευνητική λαπαροτομία, εάν η κατάσταση χειροτερεύει, οπότε ανάλογα προς την έκταση της βλάβης και το μέγεθος του αποστήματος εκτελείται στην ανάγκη ακόμα και ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα, μαζί με παροχέτευση του αποστήματος και λύση των συμφύσεων.

Σε νέες και άτοκες γυναίκες καταβάλλεται σοβαρή προσπάθεια για διατήρηση μήτρας - ωθηκών και σαλπίγγων όπου αυτο είναι δυνατόν.

## Περιγραφή περιπτώσεων

### Περίπτωση πρώτη

Κλινική: Μαιευτική - γυναικολογική (Στρατιωτικό Νοσοκομείο)

Θάλαμος: 222

Όνομα: Παυλοπούλου Μαρία

Ετών: 32

Ημερομηνία εισόδου: 4-9-89

Επάγγελμα: Δασκάλα

Πιθανή διάγνωση: οξεία Σαλπικγγίτιδα

Κατάσταση ασθενή κατά την είσοδο: Πόνος στο υπογάστριο αμφοτερό-  
πλευρος. Μεταφέρθηκε με την βοή-  
θεια τραματιοφορέα σε καρότσι.

Παραλαβούσα αδελφή: Μαρινάτου Θεώνη

Ημερομηνία Εξόδου: 9-9-89

Νέα ασθενής εισήλθε στην κλινική στις 10 π.μ.

Κύριο ενόχλημα εισαγωγής της ασθενούς στο νοσοκομείο ήταν:  
Πόνος στο υπογάστριο αμφοτερόπλευρος. Όπως είπε η ασθενής στα  
Ε.Ι. ο πόνος εμφανίστηκε πριν τρεις μέρες και αυξανόταν. Αυτό την  
ανησύχησε και αποφάσισε να έρθει στο νοσοκομείο. Δεν παρουσίαζε  
υψηλό πυρετό. Μετρούσε την θερμοκρασία της και ήταν 37°C όπως  
είπε.

Από το ιστορικό της έμαθα ότι η ασθενής είχε νοσηλευτεί πριν  
τέσσερα χρόνια στην κλινική.

Διάγνωση: οξεία τραχηλίτιδα  
με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή αντιμετωπίστηκε η φλεγ-  
μονή τότε. Δεν παρουσίαζε στην συνέχεια κανένα ενόχλημα. Παρέλα-  
βα την ασθενή και την τακτοποίησα στο κρεβάτι της. Πήρα τα ζω-  
τικά της σημεία όπως: θερμοκρασία: 36,9°C

Αρτηριακή πίεση: 130 MMHG

Αναπνοές: 30/λεπτό Ρυθμός κανονικός

Σφυγμός: 65/λεπτό

Το έγγραφο στο διάγραμμά της. Ενημέρωσα την Προϊσταμένη του τμήματος και την Λογοδοσία. Η ασθενής ήταν πολύ ανήσυχη και τρομοκρατημένη. Της εξήγησα ότι δεν υπάρχει λόγος να ανησυχεί. Να έχει εμπιστοσύνη και πίστη. Να τηρήσει την αγωγή που θα δώσει ο γιατρός και να φτάσει στην ποδούμενη θεραπεία της ασθένειας.

Εξήγησα και σ' αυτήν και στους συγγενείς ότι εδώ θα της γίνουν ορισμένες εξετάσεις για να βγει η διάγνωση. Παρακάλεσα με μεγάλη ευγένεια τους συγγενείς να κάνουν όσο το δυνατόν ησυχία για να μπορέσει να ηρεμήσει λίγο η ασθενής.

Διάγνωση Διαφορική: Ο γιατρός θα εξέταζε

- 1) για εξωμήτριο
- 2) για σκωληκοειδίτιδα
- 3) για συστροφία κυστεοθήκη
- 4) για ρήξη ωχρού σωματίου

Οι εξετάσεις αυτές θα ήταν έτοιμες την άλλη μέρα.

Μετά από μια ώρα η ασθενής αισθανόταν ζαλάδα και πονοκέφαλο έντονο. Βρισκόμουν συνέχεια κοντά της. Σήκωσα λίγο το ερισεινώτο του κρεβατιού. Τακτοποίησα τα μαξιλάρια της, για να αισθάνεται πιο άνετα. Τοποθέτησα ένα νεφροειδές δίπλα στο μαξιλάρι σε περίπτωση εμετού.

Έβρεξα μια γάζα με νερό και την τοποθέτησα στο μέτωπό της. Όταν θερμαινόταν την άλλαξα. Πήρα την θερμοκρασία της που ήταν φυσιολογική και ενημέρωσα τη λογοδοσία. Με εντολή του ιατρού πήρε 1 DEPON σε ταμπλέτα στις 12 π.μ. Την άφησα να ηρεμήσει υπενθυμίζοντάς της ότι βρίσκομαι κοντά της σε ό,τι χρειαστεί. Μέχρι το μεσημέρι που έφυγα δεν ξύπνησε καθόλου. Ρίχνοντάς της μια ματιά όταν

έφευγα ενημέρωσα τους συγγενείς ότι αυριο το πρωί θα πρέπει να μείνει νηστική μέχρι να της γίνουν οι εξετάσεις.

5.9.89 (7.30 - 3)

Το πρωί που πήγα ενημερώθηκα από την λογοδοσία ότι η ασθενής όλο το απόγευμα ήταν ήσυχη.

Μόνο το βράδυ έκανε εμετό και της έκανε η νυχτερινή αδελφή κατόπιν εντολής του εφημερεύοντα 1 amp gríperau στις 2.30 π.μ. και μέχρι το πρωί που πήγα κοιμόταν.

Εύπνησε στις 8.00 π.μ., τη βοήθησα να σηκωθεί, της έκανα μπάνιο, καθαρισμό προσώπου. Την βοήθησα να αλλάξει νυχτικό και την τοποθέτησα στην καρέκλα μέχρι να τακτοποιήσω το κρεβάτι της.

Όταν τελείωσα πήρα τα ζωτικά της σημεία τα οποία ήταν φυσιολογικά και ενημέρωσα το διάγραμμά της.

Της εξήγησα ότι πριν της προυν αίμα δεν έπρεπε να βάλει τίποτα στο στόμα της. Της έδωσα ένα ποτηράκι για να μαζέψει λίγα ούρα για την γενική εξέταση. Το πήρα πίσω μετά από λίγο ετοιμάζοντας το κατάλληλο παραπεμπτικό για να τα πάρει η βοηθός θαλάμου να τα στείλει στο μικροβιολογικό. Στις 9.00 π.μ. η παρασκευάστρια της πήρε αίμα για τις εξετάσεις. Κατόπιν της έδωσα ένα ποτήρι γάλα με δύο φρυγανιές.

Επειτα την άφησα για να ετοιμάσω την γενική νοσηλεία των 10.00 π.μ.

Κατά τις 12.00 είχε προγραμματιστεί να κάνει υπερηχογράφημα λαπαροσκόπηση κι άλλες γυναικολογικές εξετάσεις απαραίτητες για τη διάγνωση.

Η γενική της εξέταση ήταν καλή εκείνη της τιμής.

Φώναξα τον τραυματιοφορέα για να την κατεβάσει στα έργαστήρια αφού προηγουμένως πήρα τα ζωτικά της σημεία που ήταν φυσιολο-

γικά και ενημέρωσα την λογοδοσία. Αφού έφυγε η ασθενής ενημέρωσα τους συγγενείς, τακτοποίησα το κρεβάτι της και ασχολήθηκα με άλλες δουλειες στο τμήμα.

Μέχρι την ώρα που τελείωσε η βάρδιά μου η ασθενής δεν είχε επιστρέψει ακόμη.

6.9.89 (3 - 20.30)

Την άλλη μέρα το μεσημέρι ενημερώθηκα από την λογοδοσία ότι η ασθενής επέστρεψε από το εργαστήριο στις 3.30 μ.μ. σε καλή γενικά κατάσταση.

Της έγιναν οι πρόπουσες εξετάσεις. Όλο το απόγευμα ήταν ήσυχη. Το βράδυ παρουσίασε λίγο πυρετό και ζαλάδα και της έδωσε η αδελφή I DEPON.

Της πήρα τα ζωτικά της σημεία που ήταν φυσιολογικά. Βγήκαν οι εξετάσεις της και τα αποτελέσματα ήταν:

Κατά την γυναικολογική εξέταση: Επώδυνη μήτρα

Κατά την μετακίνηση τραχήλου: αμφοτερόπλευρος πόνος, ψηλαφητό  
εξάνθημα.

Κατά το υπερηχογράφημα: Διατεταμένη σάλπιγγα.

Στους υπερήχους το TEST κυήσεως αρνητικό.

Έγινε παρακέντηση του δουγλασσείου το οποίο δεν ήταν αιματηρό.

από τις εργαστηριακές εξετάσεις: λευκοκυτταρικός τύπος αυξημένος

1) Ουδετερόφυλλα 70 - 75%

2) Ιωσινόφυλλα 6%

3) Λεμφοκύτταρα 40%

4) Μονοπύρηννα 7%

T.K.E. 14

Αιμοπετάλια 400.000/M<sup>3</sup>

— Ούρα. Οι τιμές αυξημένες



ουρικό οξύ 850 GR/24H

κρεατινίνη 7 GR/24H

PH = 7

Από την εξέταση του τραχηλικού εκκρίματος υπήρχαν πολλά πολυμορφοπύρρηνα κύτταρα με παρουσία.

Τα μικροβια ήταν χλαμύδια, μθικόπλασμα. Πολλά και αυξημένα κολπικά υγρά.

Τελική διάγνωση: Οξεία σαλπινγίτιδα

Ενημερώθηκα από την κάρτα φαρμάκων τί έπαιρνε

solvetan 1 X 3

azactam 1 X 1

flajyl 1 X 2

mytramycin 1 X 3

fibrazil 1 X 3

Πήρα τα ζωτικά σημεία της ασθενούς.

Θερμοκρασία 36°C

A.Π.: 130 MMHG

Σφυγμός: 65/λεπτό

Ενημέρωσα τη λογοδοσία

Η ασθενής παραπονέθηκε ότι κρύωνε και πονούσε δεξιά στην κοιλιά.

Της τακτοποίησα το κρεβάτι, τη σκεπασα με μία κουβέρτα και της έβαλα μια θερμοφόρα στα πόδια της παίρνοντας τις κατάλληλες προφυλάξεις. Ειδοποίησα τον γιατρό για τον πόνο που ένιωθε και πήρε κατόπιν εντολής του 1 Tabl Lonarid στις 6.00 μ.μ.

Μου έκανε ορισμένες ερωτήσεις σχετικές με την πορεία της νόσου και της απάντησα με ειλικρίνεια κάγοντάς την να απαλλαγεί από τους φόβους της.

Της εξήγησα ότι πρέπει να ακολουθήσει την θεραπευτική αγωγή και να ακολουθήσει την θεραπευτική αγωγή και να τρέφεται καλά για να πάνε όλα καλά.

Κατά τις 8.00 μ.μ. ήρθε το φαγητό. Αφού έφαγε με δυσκολία με δική μου προτροπή μετά την βοήθησα να πάρει τα φάρμακά της. Την σήκωσα από το κρεβάτι να κάνει μια βόλτα στο διαδρόμο. Δεν αισθανόταν πολύ καλά και την τακτοποίησα πάλι στο κρεβάτι της. Της έδωσα λίγο νερό, της έκανα αέρα και απομάκρυνα τους επισκέπτες για να ηρεμήσει η άρρωστη.

Κατά τις 10.00 μ.μ. πήρα τα ζωτικά της σημεία ενημέρωσα τη λογοδοσία και καληνύχτησα.

7.9.89 (7.30 - 3)

Το πρωί διάβασα την λογοδοσία. Η ασθενής μου όλη τη νύχτα ήταν ήσυχη.

Αφού ξύπνησε την βοήθησα στην απαραίτητη καθαριότητα, την βοήθησα να πάρει το πρωινό της και τα φάρμακά της και πήρα τα ζωτικά της σημεία. κατά τις 10.00 π.μ. έγινε η επίσκεψη από τους γιατρούς. Ο θεράπων γιατρός ήταν πολύ αισιόδοξος για την κατάστασή της. Κατά τις 12.00 την βοήθησα να φάει και να πάρει τα φάρμακά της.

Κατά τις 1.00 αισθανότα πονοκέφαλο και αφού ανύψωσα τα μαξιλάρια της και κατόπιν αντιμετώπισα την κατάσταση τοποθετώντας επιθέματα με νερό. Μέχρι τις 3 κοιμόταν ήσυχα.

8.9.89 (7.30 - 3)

Η ημέρα της ασθενούς κύλησε φυσιολογικά και ο θεράπων ιατρός έδωσε εντολή για διακοπή των solvetan, azactam, flajyl. Αφού ασχολήθηκα με τη νοσηλεία των 2 μ.μ. πήρα και τακτοποίησα τα σκευάσματά της και την ρώτησα πως αισθανόταν. Η απάντησή της ήταν καταφατική.

9.9.89 (7.30 - 3)

Από τη λογοδοσία έμαθα ότι η ασθενής πέρασε ήσυχη νύχτα. Ασχολήθηκα με την απαραίτητη περιποίησή της και στις 10.00 έγινε η επίσκεψη των γιατρών. Ο θεράπων ιατρός της αφού την εξέτασε και είδε την καλύτερευσή της έδωσε εντολή να της δοθεί εξιτήριο.

Στο τέλος της επίσκεψης την βοήθησα να ετοιμαστεί και τις έδωσα τις απαραίτητες συμβουλές όπως να συνεχίσει να παίρνει τα φάρμακά της και μετά από καλή σίτιση, να ασχολείται με πολύ σχολαστικότητα με την τοπική και γενική καθαριότητα του σώματος. Καλό πλύσιμο με αντισηπτικό και καλό ξέβγαλμα. Συχνή αλλαγή εσώρουχων και τα εσώρουχα να είναι ατομικής χρήσης να αποφεύγει κρύα ντους και μπάνια σε μολυσμένες θάλασσες.

Ετοίμασα το εξιτήριο υπενθυμίζοντάς της να επισκέπτεται το γιατρό σε τακτά χρονικά διαστήματα.

α) Φαρμακευτική  
αγωγή.  
β) Συντηρητική  
αγωγή.  
Διδασκαλία

α) Solvetan 1 X 3, azactam  
1 X 1, flajyl 1 X 2, nytra-  
micin 1 X 3, fibrazil 1X3  
β) Εφαρμόστηκε η φαρμακευ-  
τική αγωγή στην κατάλληλη  
ώρα και δόση.

Επιμέτρηση της ίδιας και  
των συγγενών σχετικά με την  
υγιεινή του σώματος. Έδω-  
σα τις απαραίτητες συμβου-  
λές όπως να συνεχίσει να  
παίρνει τα φάρμακά της, με-  
τά από καλή σίτιση, να ασ-  
χολείται με πολύ σχολαστι-  
κότητα με την τοπική και  
γενική καθαριότητα του σώ-  
ματος. Καλό πλύσιμο με αν-  
τισηπτικό. Συχνή αλλαγή ε-  
σωρούχων και να είναι ατο-  
μικά. Αποφυγή κρύων ντους  
και μπάνια σε μολυσμένες  
θάλασσες.

Επίσκεψη στο γιατρό σε  
τακτά χρονικά διαστήματα.

Η ασθενής ηρέμησε τα συμπτώ-  
ματα υποχώρησαν.  
Η ασθενής αισθανόταν περίφημα.  
Η διδασκαλία έγινε κατανοητή.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η**

**Διαπίστωση αναγκών**

**Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας**

**Πρόγραμμα**

**Εφαρμογή προγράμματος**

**Έλεγχος αποτελεσμάτων**

Πόνος στο υπογάστρο αμφοτερόπλευρος.

Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.

α) Φαρμακευτική αγωγή.

α) Χορηγήθηκε 1amp. Romidon κατόπιν εντολής ιατρού.

Ο πόνος υπεχρήρσε και η ασθενής ηρέμησε

Πυρετός:

Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.

α) Φαρμακευτική αγωγή  
β) Συντηρητική αγωγή

α) Χορήγηση 1 tab derson κατόπιν εντολής ιατρού.  
β) Ψυχρά επιθέματα με βρεγμένη γάζα και κρύο νερό στο μέτωπο.

Ο πυρετός κατέβηκε στα φυσιολογικά επίπεδα.

Εμετός

Ανακούφιση της ασθενούς από τον εμετό και ηρεμία για ένα ήσυχο και ευχάριστο περιβάλλον.

α) Φαρμακευτική αγωγή  
β) Συντηρητική αγωγή.

α) Χορηγήθηκαν 2 amp. primpelan στον ορό κατόπιν εντολής ιατρού.  
β) Τακτοποίηση του κρεβατιού Σηκωμα λίγο το ερισείνωτο για να αισθάνεται καλύτερα η ασθενής. Τοποθέτηση νεφροειδούς δίπλα στο μαξιλάρι. Απομάκρυνση συγγενών. Δημιουργία ήσυχου περιβαλλοντος για απόλυτη ηρεμία του ασθενούς.

Η ασθενής ηρέμησε και αισθανόταν πολυ καλύτερα.

Ζαλάδα -

Πονοκέφαλος

Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα και δημιουργία ευχάριστου και ήσυχου περιβάλλοντος για να ηρεμήσει και να αισθάνεται καλύτερα.

α) Φαρμακευτική αγωγή  
β) Συντηρητική αγωγή.

α) Δόθηκε 1 tabl Lonarid κατόπιν εντολής ιατρού.  
β) Τακτοποίηση του κρεβατιού. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων για ανακούφιση από τα συμπτώματα. Σήκωμα του ερισείνωτου στο κρεβάτι για να αισθανθεί καλύτερα. Απομάκρυνση των συγγενών για την εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος.

Η ασθενής ηρέμησε τα συμπτώματα υποχώρησαν.

α) Φαρμακευτική αγωγή  
β) Συντηρητική αγωγή

α) Solvetan 1 X 3  
Azactam 1 X 1  
Flajyl 1 X 2  
Fibrazil 1 X 3

β) Εφαρμόστηκε η φαρμακευτική αγωγή στην κατάλληλη ώρα και δόση.

Ενημέρωση της ίδιας και των συγγενών σχετικά με την υγιεινή του σώματος. Έδωσα τις απαραίτητες συμβουλές όπως να συνεχίσει να παίρνει τα φάρμακά της, μετά από καλή σίτιση, να ασχολείται με πολύ σχολαστικότητα με την τοπική και γενική καθαριότητα του σώματος.

Καλό πλύσιμο με αντισηπτικό  
Συχνή αλλαγή εσωρούχων και να είναι ατομικά. Αποφυγή κρύων ντους και μπάνια σε μολυσμένες θάλασσες. Επίσκεψη στον γιατρό σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα συμπτώματα υποχώρησαν. Η ασθενής αισθανόταν περίφημα. Η διδασκαλία έγινε κατανοητή.

Περίπτωση δεύτερη

Κλινική: Μαιευτική - γυναικολογική

Θάλαμος 209

Όνομα : Νικολάου Ειρήνη

Ετών: 27

Ημερομηνία εισόδου: 17.11.89

Επάγγελμα: Οικιακά

Πιθανή διαγνώση: Χρόνια σαλπγγίτιδα

Κατάσταση ασθενή κατά την είσοδο: Πόνος στο υπογάστριο

Παραλαβούσα αδελφή: Μαρινάτου Θεώνη

Ημερομηνία εξόδου: 24.11.89

Νέα ασθενής εισήλθε στην κλινική στις 12.00 π.μ. Πριν τρεις εβδομάδες η ασθενής είχε έλθει στα Ε.Ι. Κύριο ενόχλημα της ασθενούς: Πόνος στο υπογάστριο.

Από το ιστορικό της ασθενούς είχε νοσηλευθεί στην κλινική πριν τρία χρόνια για να κάνει έκτρωση. Από τότε της παρουσιάστηκαν προβλήματα.

Έκανε τις πρόπουσες γυναικολογικές εξετάσεις και η διάγνωση ήταν οξεία σαλπγγίτιδα. Νοσηλεύτηκε για δεύτερη φορά στην κλινική πριν 1 χρόνο.

Ακολούθησε μια θεραπευτική αγωγή, χωρίς να υποχωρήσει ολοκληρωτικά η φλεγμονή. συνεχίστηκαν οι ενοχλήσεις. Στα Ε.Ι. ο γυναικολόγος της είπε ότι υπάρχει φλεγμονώδης όγκος και υποσάλπιγγα και έπρεπε να γίνει εγχείρηση για την αφαίρεση του όγκου (μετά από εξετάσεις που έκανε Υ.Σ.Γ. και υπέρηχοι). Έτσι εισήλθε στην κλινική στος 17.11.89 με φοβερούς πόνους.

Στα Ε.Ι. όπως είπαν την έκαναν 1/2 amp. Romidon για να ηρεμήσει.

Παρέλαβαν την ασθενή στις 1.30 μ.μ. και την τακτοποίησαν στο κρεβάτι της. Πήρα τα ζωτικά της σημεία:

Θερμοκρασία: 37°C

Α.Π.: 120 MMHG

Αναπνοές: 30/λεπτό

Σφυγμός: 65/λεπτό

Ενημέρωσα το διάγραμμά της και την προϊσταμένη του τμήματος. Προσπάθησα να την καθησυχάσω από τους φόβους και τις ανησυχίες που τη κατείχαν. Ενημέρωσα τους συγγενείς για το σοβαρό πρόβλημα της ασθενούς και την απαραίτητη εγχείρηση στην οποία έπρεπε να υποβληθεί. Τους έδωσα να καταλάβουν ότι δεν έπρεπε να ανησυχούν διότι το προσωπικό είναι πάντα σε επιφυλακή για τέτοιες περιπτώσεις.

18.11. (7.30-3)

Αφού ενημερώθηκα από τη λογοδοσία για την ανησυχη κατάσταση της κατά την νύχτα και τους πόνους που αισθανόταν δεξιά στο υπογάστριο και την νοσηλεία που της έγινε πήγα στον θάλαμό της. Την βοήθησα στην ατομική της καθαριότητα για να αισθανθεί καλύτερα και την πίεσα να πάρει το πρωινό της αφού πρώτα πήρα τα ζωτικά της σημεία και τα κατέγραψα.

Κατά την επίσκεψη των ιατρών αποφασίστηκε η εγχείρηση για 20-11. Εξήγησα κατόπιν στους συγγενείς την κατάσταση και τους ζήτησα όποι μπορούσαν να πάνε στην αιμοδοσία να δώσουν αίμα για την περίπτωση που θα χρειαζόταν στην εγχείρηση.

Η ασθενής ήταν πολύ ανήσυχη και είχε πονοκέφαλο. Της έδωσα 1 Tabl Deron κατόπιν εντολής. Κατά την ώρα του φαγητού σε συζήτηση που είχα μαζί της μου είπε ότι είχε παντρευτεί πρόσφατα και θα ήθελε να αποκτήσει ένα παιδάκι και γι' αυτό την φόβιζε η εγχείρηση.



της εξήγησα ότι αυτό δεν θα ήταν ίσως αδύνατο και την πληροφόρησα για το τί θα μπορούσε να κάνει μετά την εγχείρηση και τα υπεύθυνα κέντρα που θα μπορούσε να επισκεφτεί έτσι ώστε να πληροφορηθεί τί πρέπει να κάνει για να αποκτήσει παιδί αν αυτό ήταν δυνατόν μετά την επέμβαση.

Επίσης επειδή φαινόνα μέσα από την συζήτηση ότι είχε μία οικονομική άνεση δεν απέφυγα να της συστήσω και την περίπτωση της τεχνητής γονιμοποίησης. Αφού κατάλαβα ότι αναπτερώθηκε το ηθικό της την άφησα να ηρεμήσει. Ήρεμη ήταν μέχρι και την ώρα που έφυγα.

19.11. (3 - 10.30)

Από την λογοδοσία έμαθα ότι είχε αρχίσει με εντολή της προϊσταμένης η προεγχειρητική διαδικασία ( γενικές εξετάσεις). Μετά τις εξετάσεις της εξήγησα την προετοιμασία πριν από την εγχείρηση η οποία περιλαμβάνει καθαριότητα του σώματος και καθαριότητα του εντερικού σωλήνα για αποφυγή εκκενώσεων στο χειρουργικό κρεβάτι και δημιουργίας αερίων μέσα στους εντερικούς έλικες. Την άφησα κατόπιν για να περιποιηθώ και τους υπόλοιπους ασθενείς. Μετά από ώρα την βρήκα πάλι σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Προσπάθησα να της τονώσω το ηθικό και κατόπιν συνεννοήσεως με την προϊσταμένη την τοποθέτησα σε έναν θάλαμο όπου νοσηλευόταν μία ασθενής που είχε εισαχθεί με τα ίδια συμπτώματα και είχε χειρουργηθεί με επιτυχία. Η συζήτηση φάνηκε να της έκανε καλό γιατί αργότερα κατά την επίσκεψή μου φάνηκε πιο ευδιάθετη. Ασχολήθηκα με την καθαριότητα του σώματος αρχίζοντας από τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα κάνοντας καθαρτικό υποκλισμό. Κατόπιν προετοίμασα το μέρος όπου θα γινόταν η επέμβαση. (γεννητικά όργανα) κάνοντας καθαριότητα, αντισηψία και αποτρίχωση για να προφυλαχθεί το δέρμα

από τις μολύνσεις (Χρειάστηκα ένα τρίφτη, μια ξυριστική μηχανή και ένα σαπούνι).

Εκτός από την τοπική καθαριότητα φρόντισα και την ολική καθαριότητα του σώματος καθώς και την στοματική κοιλότητα και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού και των σιελογόνων αδένων.

Πριν τελειώσει η βαρδιά μου και κατόπιν εντολής της έδωσα 1/2 Tavor για την αποφυγή αϋπνίας.

20.11. (7.30 - 3)

Αφού διαβάστηκε η λογοδοσία και ασχολήθηκα με διάφορες δουλειές του τμήματος επισκέφθηκα την ασθενή μου που την βρήκα όρθια και ανήσυχη για την επέμβαση που θα της γινόταν. Την βοήθησα να ξαπλώσει και πήρα τα ζωτικά της σημεία.

Θερμοκρασία: 36°C

Α.Π.: 130 MMHG

Αναπνοές: 30/λεπτό

Σφυγμός: 60/λεπτό

Ενημέρωσα το διάγραμμά της. Ασχολήθηκα κατόπιν με την τελική προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς.

Σε μία ώρα έπρεπε να κατεβεί στο χειρουργείο. Έλεγα για τελευταία φορά την καθαριότητα της ασθενούς αφού της είπα να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Στη συνέχεια την βοήθησα να αφαιρέσει όλα τα είδη εσφουράχων και το νυχτικό. Τα κοσμήματά της τα τοποθέτησα σε ένα φάκελο με το ονοματεπώνυμό της και το έβαλα στο θάλαμο και τα παρέδωσα στην προϊσταμένη.

Της έκανα μία διδασκαλία σχετικά με τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τις αναπνευστικές, τις ασκήσεις των άκρων για την πρόληψη τυχόν επιπλοκών.

Μισή ώρα πριν την επέμβαση της έδωσα το κατάλληλο φάρμακο προνάρκωσης που καθορίστηκε από τον αναισθησιολόγο και της εξασφάλισα ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους. Κατόπιν αφού ετοιμάστηκαν όλα έδωσα εντολή να μεταφερθεί. Αφού ενημέρωσα τη λογοδοσία μαζί με μία άλλη αδελφή αερίσαμε τον θάλαμο και τοποθετήσαμε θερμοφόρα στο κάτω μέρος του κρεβατιού για να είναι ζεστό και βάλουμε ένα προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω μέρος για να μην χτυπήσει η ασθενής από τις διεγέρσεις κατά το στάδιο της απονάρκωσης. Στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων τοποθετήσαμε πετσέτα προσώπου και αδιάβροχο κεφαλής για να προστατευτούν από τους εμετούς. Τοποθετήσαμε στο κομοδίνο ένα ποτήρι με δροσερό νερό, Port Cotton και νεφροειδές.

Αφού ασχολήθηκα με την νοσηλεία και την τροφή των ασθενών κατόπιν κατά τις δύο η ώρα παρέλαβα την ασθενή. Την τοποθέτησα στο κρεβάτι στραμμένο πλάγια για αποφυγή τυχόν εμετών. Σύνδεσα τον καθετήρα και τον στερέωσα στην άκρη του κρεβατιού Πήρα τα ζωτρικά της σημεία.

Θερμοκρασία: 37°C

Α.Π.: 130 MMHG

Αναπνοές: 30/λεπτό

Σφυγμός: 65/λεπτό

Αφού ενημέρωσα στην λογοδοσία και το διάγραμμα της έμεινα κοντά της να την παρακολουθώ για τυχόν αιμορραγία. Όταν ήρθε η ώρα να φύγω ενημέρωσα τους συγγενείς αν τυχόν ζητήσει νερό να της υγράνουν τα χείλη με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο σε κρύο νερό και ότι άλλο χρειασθούν να τρ. ζητήσουν από τις απογευματινές αδελφές.

21.11 (7.30 - 3)

Ενημερώθηκα από την λογοδοσία ότι η ασθενής μου αργά το βράδυ πονούσε και της έγινε 1 amp. pethidine κατόπιν εντολής γιατρού.

Την είδα κατόπιν στο θάλαμο της, είχε ξυπνήσει και μου παραπονέθηκε για εμετό και πονοκέφαλο. Τοποθέτησα γρήγορα δίπλα της το νεφροειδές αφού κάλυψα τα σκεπάσματα με μια πετσέτα. Απομάκρυνα το νεφροειδές, την έπλυνα και αφού τακτοποίησα το κρεβάτι της ανασήκωσα λίγο τα μαξιλάρια της για να αισθανέται καλύτερα.

Πήρα τα ζωτικά της σημεία που ήταν φυσιολογικά και αφού τα κατέγραψα την παρακολουθούσα συνέχεια για τυχόν επιπλοκές. Της εξήγησα πάλι ότι πρέπει να κινεί τα άκρα για την αποφυγή φλεβίτιδας.

Μετά την επίσκεψη των γιατρών στις 10 π.μ. ενημερώθηκα από την κάρτα φαρμάκων ότι έπειρνε: Solvetan 1 X 2

Flajyl 1 X 1

Azactam 1 X 1

Αφού πέρασε η ώρα και ήρθε η ώρα του φαγητού βρήκα την ασθενή μου να τρώει. Μετά το φαγητό μου είπε ότι ήθελε να κάνει μια προσπάθεια να σηκωθεί. Της εξήγησα ότι στην αρχή πρέπει να σηκώνεται σιγά - σιγά. Την τοποθέτησα σε μία καρέκλα και αφού με ρώτησε για το αποτέλεσμα της εγχείρησης της απάντησα με ειλικρίνεια ότι θα πρέπει να τηρήσει τις οδηγίες των γιατρών για να έχει το ποθούμενο αποτέλεσμα. Κατόπιν την άφησα να ηρεμήσει.

22.11 (3 - 10.30)

Ενημερώθηκα από την λογοδοσία ότι η νύχτα της ήταν ήσυχη. Πύρω στις 5 π.μ. πήρε 1 Tabl Lonarid επί πονοκεφάλου. Πήγα στο θάλαμο της πήρα τα ζωτικά της σημεία και τα κατέγραψα. Μου παρα-

πονέθηκε ότι κρύωνε και την σκέπασα με μία κουβέρτα αφού της έβαλα θερμοφόρα στα πόδια παίρνοντας όλες τις προφυλάξεις. Σε ερώτησή της για την μετεγχειρητική της κατάσταση της απάντησα ότι οι γιατροί ήταν αισιόδοξοι και δεν υπήρχε λόγος ανησυχίας. Κατόπιν ασχολήθηκα με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Κατόπιν την βοήθησα να σηκωθεί λίγο και έκανε μια μικρή βόλτα μόνη χωρίς βοήθεια. Στις 8 μ.μ. ήρθε το φαγητό της και αφού έφαγε της έδωσα τα φάρμακά της και την τακτοποίησα στο κρεβάτι για να ξεκουραστεί.

23.11 (7.30 - 3)

Η ημέρα κύλησε ήσυχα για την ασθενή μου που αισιοθανόταν αισιόδοξα. Το ίδιο αισιόδοξος ήταν και ο γιατρός ο οποίος μετά την πρωινή επίσκεψη έδωσε εντολή να διακοπούν τα Flajyl και Azactam.

Στις 12 πήγα στο θάλαμο και αφού την ενημέρωσα πως ίσως την επομένη ημέρα θα μπορούσε να φύγει μου παραπονέθηκε για ζαλάδα και πονοκέφαλο. Σηκώσα λίγο το ερισεινώτο του κρεβατιού και της τοποθέτησα στο μέτωπο μερικά επιθέματα με δροσερό νερό που την ανακουφισαν. Αφού παρακάλεσα τους επισκέπτες να χαμηλώσουν τον τόνο της φωνής τους για να ησυχάσουν οι ασθενείς και αφού τελείωσα τις υπόλοιπες υποχρεώσεις μου στο τμήμα έφυγα.

24.11.77 (7.30 - 3)

Αφού έγιναν οι τακτικές διατυπώσεις στο τμήμα πήγα στο θάλαμο της ασθενούς και την βρήκα να περιποιείται τον εαυτό της. Πήρα τα ζωτικά της σημεία που ήταν φυσιολογικά και τα κατεγράψα. Στην πρωινή επίσκεψη ο γιατρός την βρήκε σε πολύ καλή κατάσταση και έδωσ εντολή να αφαιρεθεί το καθετήρας, να εκδοθεί εξιτήριο και να συνεχίσει να παίρνει τα φάρμακά της στο σπίτι. Κατόπιν της έδωσα τις σχετικές οδηγίες σχετικά με την υπακοή στις εντολές των

γιατρών, την σωστή καθαριότητα, την σωστή διατροφή γιατί ακόμα βρισκόταν στην ανάρρωση και την λήψη των φαρμάκων της.

Την προειδοποίησα να αποφεύγει τα κρύα ντους και τα μπάνια σε μολυσμένες θάλασσες και τα εσώρουχα να είναι ατομικής χρήσης.

Τέλος την συμβούλεψα να επισκέπτεται συχνά τον γυναικολόγο και ιδιαίτερο όταν κάποιο σύμπτωμα γίνει αντιληπτό.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η

Διαπίστωση αναγκών

Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας πριν και μετά την εγχείρηση

Πρόγραμμα

Εφαρμογή προγράμματος

Έλεγχος αποτελεσμάτων

Πόνος στο υπογάστριο.

Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.

α) Φαρμακευτική αγωγή

α) Χορηγήθηκε 1 amp. pethidine κατόπιν εντολής ιατρού.

Ο πόνος υποχώρησε. Η ασθενής ηρέμησε.

Πυρετός

Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.

α) Φαρμακευτική αγωγή  
β) Συντηρητική αγωγή

α) Χορηγήθηκε 1 tb depon κατόπιν εντολής ιατρού.  
β) Ψυχρά επιθέματα με βρογμένη γάζα και κρύο νερό στο μέτωπο.

Ο πυρετός κατέβηκε στα φυσιολογικά επίπεδα.

Ζαλάδα - Πονοκέφαλος

Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα για να αισθανθεί καλύτερα.

α) Φαρμακευτική αγωγή  
β) Συντηρητική αγωγή.

α) Δόθηκε 1 tb Lonarid κατόπιν εντολής ιατρού.  
β) Τακτοποίηση κρεββατιού. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων για ανακούφιση από τα συμπτώματα. Σήκωμα του ερισεινωτού από το κρεβάτι για να αισθανθεί καλύτερα. Απομάκρυνση των συγγενών για εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.

Η ασθενής ηρέμησε και αισθανόταν καλύτερα.

Εμετός

Ανακούφιση της ασθενούς από τον εμετό και δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος.

α) Φαρμακευτική αγωγή  
β) Συντηρητική αγωγή.

α) Χορηγήθηκε 1 amp primpregan στον ορό κατόπιν εντολής ιατρού.  
β) Τακτοποίηση του κρεβατιού. Σήκωμα λίγο του ερισεινωτού. Τοποθέτηση νεφροειδούς δίπλα στο μαξιλάρι. Απομάκρυνση συγγενών. Ήρεμο περιβάλλον.

Η ασθενής αισθανόταν καλύτερα.

α) Φαρμακευτική αγωγή μετά την εγχείρηση

Solvetan 1 X 2  
Flajyl 1 X 1  
Aractam 1 X 1

Τα συμπτώματα υποχώρησαν. Η ασθενής αισθανόταν καλύτερα. Η διδασκαλία έγινε κατανοητή.

Διαπίστωση αναγκών

Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας πριν και μετά την εγχείρηση

Πρόγραμμα

Εφαρμογή προγράμματος

Έλεγχος αποτελεσμάτων

Αγωνία-Φόβος  
Ανυπομονία-Άγχος  
(μετά την εγχείρηση) για την απόκτηση παιδιών.

Σκοπός η δημιουργία αισιόδοξου περιβάλλοντος  
Αποβολή του άγχους και ελπίδες για το μέλλον.  
Προσπάθειες για να καθιστά  
συχάζει από τους φόβους και την αγωνία.

β) Συντηρητική αγωγή πριν και μετά την εγχείρηση Διδασκαλία.

α) Διδασκαλία

β) Εφαρμόστηκε η φαρμακευτική αγωγή. Ενημέρωση της ίδιας και των συγγενών ότι μετά την εγχείρηση θα πρέπει να κάνει ορισμένες ασκήσεις για τυχόν επιπλοκές - σχετικά με την υγιεινή του σώματος. Συμβουλές όπως να συνεχίζει να παίρνει την αντιβίωση που θα την καθορίσει ο γιατρός, σωστή διατροφή. Να αποφεύγονται τα κρούα ντους και τα μπάνια. Τα εσώρουχα να είναι ατομικής καθαριότητας. Συχνή επίσκεψη στο γυναικολόγο.

α) Όλο το προσωπικό θα βρίσκεται κοντά σ' οτιδήποτε χρειαστεί.  
Ενημέρωση της ίδιας και των συγγενών σχετικά με υπεύθυνα κέντρα που θα μπορούσε να επισκευθεί ώστε να πληροφορηθεί τι πρέπει να κάνει για την απόκτηση παιδιού αν αυτό ήταν δυνατό μετά την επέμβαση.  
Με την κατάλληλη υποστήριξη χολογική ή οικονομική μπορούσε να καταφύγει στην τεχνική γονιμοποίηση.

Η διδασκαλία έγινε κατανοητή από την ίδια κι από τους συγγενείς.  
Αναπτερώθηκε το ηθικό της και ηρέμησε.



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      Τ Ρ Ι Τ Ο

### Α΄ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΞΕΙΑΣ ΣΑΛΠΗΓΓΙΤΙΔΑΣ

Οι ψυχολογικές διαθέσεις, η διαπαιδαγώγηση και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις της ασθενούς είναι οι σπουδαιότεροι παράγοντες για την προσαρμογή της στο περιβάλλον και στην τακτική του νοσοκομείου.

Η νοσηλεύτρια κατανοώντας τις ανάγκες της ασθενούς και έχοντας την ικανότητα να αντιμετωπίσει αυτές με αγάπη, στοργή και αυτοθυσία συμβάλλει στο να αισθανθεί ο άρρωστος ανακούφιση και ασφαλεία.

Η έμφαση της νοσηλεύτριας τέχνης στην εξιδανικευμένη ατομική νοσηλεύτική φροντίδα βοηθάει την άρρωστη να αισθάνεται ολοκληρωμένη την προσωπικότητα της και όχι σαν να αποτελείται μονάδα στο σύνολο των νοσηλευομένων.

Η νοσηλεύτρια η οποία ενισχύει και συγκεντρώνει την προσοχή της, στο να βρει ποιο είναι το πρόβλημα της ασθενούς και προσπαθεί όχι μόνο να βοηθήσει φυσιολογικά με επιτηδευμένες νοσηλευτικές φροντίδες και συμβουλευτικά στις αρχές υγιεινής, αλλά με άνεση και ευχαρίστηση προδιαθέτει την ασθενή να ελέγξει και να αξιολογήσει τις ψυχολογικές αντιδράσεις της και να τjos κατευθύνει θετικά και δυναμικά στην ομαλή πορεία της θεραπείας της.

Η Νοσηλεύτρια ενσωματώνει την αποστολή να κάνει τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται καλύτερα και να αισθάνεται ο ασθενής ότι κοντά του υπάρχει η νοσηλεύτρια που με αυταπάρνηση και κίνδυνο πολλές φορές την ίδια της τη ζωή προσπαθεί να βοηθήσει.

Χρειάζεται να καταλάβει τον συνάνθρωπό της, τις διαθέσεις του, τον τρόπο συμπεριφοράς του τρόπο συμπεριφοράς του και να εργάζεται εντατικά. Πρέπει να ενθαρρύνει και να ενδυναμώνει πνευματικά τον ασθενή της, ο οποίος με την συμπαράστασή της αντιμετωπίζει την ασθένεια και διατίθεται ψυχικά να ακολουθήσει την θεραπευτική αγωγή, είτε μέσα στο νοσοκομείο είτε στο σπίτι.

Το νοσοκομείο έχει ιδιαίτερο περιβάλλον, το οποίο έχει την τάση να προκαλεί αρκετό φόβο και ανησυχία στον νεοεισερχόμενο ασθενή. Παρουσιάζει ένα ιδιαίτερο τρόπο ζωής, η οποία έχει ιδιαίτερες αξίες, συνήθειες και τρόπο επικοινωνίας. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον συνυπάρχει και η συναισθηματική προσαρμογή του αρρώστου για την ασθένειά του.

Ο άρρωστος δεν γνωρίζει επαρκώς την φύση της ασθένειάς του, τον απαιτούμενο χρόνο, τα μέσα θεραπείας και τις τυχόν επιπλοκές της. Βρίσκεται μέσα σε ξένους ανθρώπους με διάφορη εμφάνιση (λευκά) οι οποίοι άνθρωποι προσφέρονται να τον βοηθήσουν. Αρχίζει να αισθάνεται ότι εξαρτάται από άγνωστο περιβάλλον και ολομόναχος.

Γι' αυτό το λόγο η νοσηλεύτρια εκτός από τα καθήκοντά της να φροντίσει τον άρρωστο, πρώτη και κυριότερη υποχρέωση είναι να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ασφάλειας ώστε ο άρρωστος να εκφράσει τον εαυτό του ελεύθερα χωρίς ενδοιασμούς, πράγμα που θα βοηθήσει στην θεραπεία της ασθένειάς του.

Κάθε άνθρωπος επιθυμεί να αναγνωριστεί σαν προσωπικότητα και να υπολογίζεται από το περιβάλλον του και ιδιαίτερα όταν είναι άρρωστος χρειάζεται η πρέπουσα προσοχή.

Ενας από τους σκοπούς της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να

βοηθάει η νοσηλεύτρια στο να διαηρόνει ο άρρωστος την αξιοπρέπεια του.

Σέβεται τον άρρωστο της σ' όποια κατάσταση και αν βρίσκεται, σοβαρής ή ελαφράς μορφής και συμπεριφέρεται με αγάπη και στοργή χωρίς κατ' αυτόν τον τρόπο να μειώνει την προσωπικότητά του.

Κάθε άρρωστος είναι μια χωριστή προσωπικότητα με διαφορετικούς τρόπους συμπεριφοράς και αντιδράεις προς την ασθένειά του κατά τον δικό του συναισθηματικό κόσμο.

Με ευγένεια και λεπτότητα η νοσηλεύτρια εξηγεί την τακτική του νοσοκομείου, ικανοποιεί ορισμένες τυχόν ερωτήσεις που αφορούν την ασθένειά του και την θεραπεία του χωρίς να δημιουργεί αμφιβολίες και ανησυχίες.

Η νοσηλεύτρια του εμπνέει εμπιστοσύνη και δείχνει αμεροληπτο ενδιαφέρον αντιλαμβάνεται την έννοια των λόγων και της κινήσεως του αρρώστου και τον διαβεβαιώνει ότι αυτοί οι οποίοι τον φροντίζουν και στους οποίους έχει εμπιστευθεί την ζωή του είναι άξιοι των προσδοκιών του.

Αφού ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες της ασθενούς στην προκειμένη περίπτωση όπως την ανάγκη της αναγνώρισής της, την ανάγκη της αντίληψης και την ψυχολογική ανάγκη ασφάλειας και εμπιστοσύνης συγχρόνως φροντίζει να ανακουφιστεί η ασθενής από τα συμπτώματα της ασθένειάς της.

Όσο επιφορτισμένη και αν είναι η νοσηλεύτρια με πολλές ευθύνες και ασκεί πολύπλοκα καθήκοντα παρά όλα αυτά το καθήκον ατομική καθαριότητα δεν έπαψε να χαρακτηρίζεται σαν βασικό γι αυτήν. Επηρεάζει η ατομική καθαριότητα τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και την υγεία της ασθενούς.

Της εξηγεί ότι το λουτρό καθαριότητας έχει ευεργετικά αποτελέσματα:

- 1) Καθαρίζει το δέρμα από τις ακάθαρτες ουσίες.
- 2) Κάνει μικρή άσκηση του μυϊκού συστήματος και του σκελετικού ενισχύεται ο μυϊκός τόνος και προκαλεί ευεξία.
- 3) Επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.
- 4) Ανάλογα με την θερμοκρασία του χρησιμοποιούμενου νερού προκαλεί υπερδιέγερση το ψυχρό λουτρό και μυϊκή χαλάρωση το χλιαρό.
- 5) Θα την σκληραγωγήσει και θα την κάνει ανθεκτική στις ψύξεις.
- 6) Θα βοηθήσει να ανκουφιστεί από τον πόνο και θα της εξασφαλίσει καλύτερο ύπνο.

Ο πόνος είναι ένα από τα συμπτώματα της οξείας σαλπινγίτιδας. μπορεί και να μην είναι απαραίτητος. Σ' αυτή την περίπτωση χορηγούμε στην ασθενή αναλγητικά κατόπιν εντολής γιατρού. Σε περίπτωση που ο πόνος δυναμώνει καλούμε αμέσως τον γιατρό.

Δίνουμε την κατάλληλη θέση στην ασθενή τακτοποιούμε τα μαξιλάρια και τα σεντόνια της καλύτερα ώστε να αισθάνεται πιο άνετα.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να ησυχάσει βοηθείται με λίγο τίλλιο ή χαμόμηλο. Εξασφαλίζει η νοσηλεύτρια το κατάλληλο περιβάλλον για να ησυχάσει η ασθενής απομακρύνοντας συγγενείς και επισκέπτες.

Βρίσκεται συνέχεια κοντά της και παίρνει συνεχώς τα ζωτικά της σημεία. Σε περίπτωση που η ασθενής δεν μπορεί να έχει επιδρωθεί ο πόνος καλεί αμέσως τον γιατρό.

Άλλο σύμπτωμα είναι ο πυρετός που μπορεί και να μην υπάρχει. Σε περίπτωση πυρετού:

Ανάπαυση στο κρεβάτι, σωματική, διανοητική και ψυχική.

Το δωμάτιο πρέπει να είναι ήσυχο σωστά αεριζόμενο και φωτιζόμενο.

Το κρεβάτι στις ασθενούς πρέπει να βρίσκεται σε τέτοια θέση, ώστε το φως να μην πέφτει κατευθείαν στα μάτια της, ούτε να βρίσκεται εκτεθειμένο στα ρεύματα του παραθύρου που ανοίγεται για να καθαριστεί ο αέρας.

Να την προφυλάξουμε από ψύση για να προληφθούν οι επιπλοκές ή χειροτέρευση της κατάστασής της. Ανάλογα με την εποχή απαιτούνται σκεπάσματα και αρκετή επικάλυψη της ασθενούς με αυτά. Να αντικαταστήσει η νοσηλεύτρια το βρεγμένο ρούχα με στεγνά και ζεστά και μέσα σε κατάλληλο περιβάλλον (θερμοκρασία δωματίου όχι κάτω από 20°).

Η αδελφή πρέπει να φροντίζει ώστε η ασθενής να παίρνει την οριζόμενη ποσότητα γάλακτος για το εισοδιτετράωρο, για να έχει το απαραίτητο συντηρητικό λεύκωμα. Ο ασθενής πρέπει να παίρνει αρκετή ποσότητα χυμού φρούτων έτσι ώστε να παίρνει τα απαραίτητα άλατα και βιταμίνες.

Γενικά άφθονα υγρά και αυτό για να διαλύονται οι τοξίνες και να προλαμβάνεται η καταστρεπτική δράση τους στα κύτταρα του οργανισμού και να επιτυγχάνεται η αποβολή τους από τα απεκκριτήρια όργανα. Τα απεκκριτήρια όργανα ιδίως οι νεφροί και ο βλεννογόμος του πεπτικού αυξάνουν το ποσό των απεκκρίσεων τους ανάλογα με την αύξηση του όγκου του αίματος. Τα λαμβανόμενα υγρά απορροφονται και έρχονται πρώτα μέσα στο αίμα. Αρα δίνοντας άφθονα υγρά στην άρρωστο, εκτός του ότι καλύπτονται οι απαραίτητες ανάγκες των κυττάρων του σώματος, επιτυγχάνεται ταυτόχρονα και η εσωτερική καθαριότητα του σώματος δηλ. η αποβολή

των άχρηστων ουσιών και τοξίνων.

Παρακολουθούμε την λειτουργία των νεφρών και του παχέως εντέρου.

Μετρούμε τα αποβαλλόμενα ούρα για να βεβαιωθούμε ότι η παραγωγή τους είναι κανονική. Σε περίπτωση καθυστέρησης ειδοποιούμε αμέσως τον γιατρό.

Παρακολουθούμε τις κενώσεις της ασθενούς έτσι ώστε να βεβαιώνεται ότι υπάρχει τουλάχιστον μια κένωση καθημερινή. Σε περίπτωση έλλειψης αυτής, να ανεφερθεί έγκαιρα, ώστε να ληφθεί η πρόπυσα φροντίδα (υπακτικά φάρμακα, καθαρητικός υποκλισμός) για να επιτευχθεί κένωση του εντέρου.

Η καθημερινή κένωση είναι απαραίτητη για την ασθενή όχι μόνο για να αποβάλλονται τα υπολείματα τροφών, αλλά και για να αποβάλλει τις απεκκρίσεις του πεπτικού βλεννογόνου στις οποίες περιλαμβάνεται μεγάλο μέρος τοξινών και άχρηστων και επιβλαβών ουσιών για τον οργανισμό. Καθυστέρηση της κένωσης του εντέρου σημαίνει ανάπτυξη δηλητηρίασης.

Μεγάλη σημασία έχουν τα τακτικά λουτρά καθαριότητας, που εκτός του ότι υποβοηθούν στην απέκκριση των τοξικών ουσιών από το δέρμα, χρησιμεύουν σαν ήπιο τονοτικό του οργανισμού της ασθενούς.

Το νερό δεν πρέπει να είναι πολύ καυτό ούτε πολύ κρύο. Μια μέση κατάσταση. Βοηθάει πολύ στην πτώση του πυρετού. Το λουτρό διεγείρει το νευρικό σύστημα της ασθενούς ή τοπραΐνει αν είναι πολύ διεγερμένο. Διεγείρει την κυκλοφορία του αίματος και γενικά αυξάνει την εναλλαγή της ύλης, αυξάνει την όρεξη, ευκολύνει την πέψη, επίσης χρησιμεύει σαν πρόδρομος ήρεμου και θεραπευτικού ύπνου.

Μεγάλη σημασία έχει η αντισηψία και καθαριότητα στόματος και φάρυγγος για την πυρέσσουντα γιατί τα σπρόφυτα του στόματος είναι δυνατόν να αναπτύξουν παθογόνο δράση.

Πλένουμε το στόμα της ασθενούς με ένα πορκιστόν και αλατούχο βρασμένο νερό, μετά από κάθε χορήγηση γάλακτος ή άλλων τροφών. Οι λευκοματούχες τροφές και ιδίως το γάλα αποτελούν για τα σαπρόφυτα ιδεώδες θρεπτικό υλικό.

Η ασθενής μπορεί να αισθάνεται πονοκεφάλους. Η νοσηλεύτρια βρίσκεται συνεχώς κοντά της την παρατηρεί, παίρνει συνεχώς τα ζωτικά της σημεία.

Δίνει στην ασθενή παυσίπονο ή ναιτιपुरετικό πάντοτε κατόπιν εντολής γιατρού (depon, medamol, lonarid).

Την ανακουφίζει τοποθετώντας ψυχρά επιθέματα (κομπρέσες). Το νερό που θα χρησιμοποιήσει είναι κρύο μέσα στο οποίο τοποθετούνται τεμάχια πάγου αν έχει εκείνη την στιγμή. Θα το στραγγίσει καλά χωρίς χρονοτριβή και θα το τοποθετήσει. Φροντίζει ώστε το επίθεμα να είναι ακάλυπτο με αδιάβροχο γιατί θα θερμανθεί γρήγορα. Η διάρκεια του είναι 15'-20'. Στο διάστημα αυτό θα το αλλάζει συνέχεια καθώς θα θερμαίνεται. Αυτό θα επαναλαμβάνεται κάθε τρεις ώρες ώστε να πέσει ο πυρετός και να ανακουφιστεί από τον πονοκέφαλο. Σε περίπτωση αντίθετου αποτελέσματος ειδοποιείται ο θεράπων γιατρός.

Όταν η ασθενής έχει ρίγη φροντίζουμε ώστε να είναι καλά σκεπασμένη. Τοποθετούμε θερμοφόρα στα άκρα ή θερμά πώματα με προσοχή προς αποφυγή εγκαύματος. Έχει ανακουφιστικό σκοπό ή όταν πονάει η ασθενής ή όταν έχει ρίγη. Φροντίζουμε ώστε η θερμοφόρα να είναι καλυμμένη με βαμβακερή θήκη για την πρόληψη δημιουργίας εγκαυμάτων, για την καθαριότητα και την προφύλαξη

μετάδοσης νοσημάτων. Το νερό να μην υπερβαίνει τους  $70^{\circ}$ - $80^{\circ}$ . Να γεμίζει περίπου τα  $2/3$  αυτής για να μην αυξηθεί η θερμοκρασία και προκαλέσει βάρος στο σώμα της ασθενούς.

Οι ζαλάδες και οι εμετοί είναι ένα ακόμη σύμπτωμα της οξείας σαλπινγίτιδας. Η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε η ασθενής να έχει μια αναπαυτική θέση στο κρεβάτι. Σηκώνει το ερισεινώπο του κρεβατιού ώστε η ασθενής να αισθανθεί καλύτερα. Σε περίπτωση που μπορεί να σηκωθεί κάνει δύο τρεις βόλτες πάντα με την βοήθεια κάποιου συνοδού ή της νοσηλεύτριας μη τυχόν χάσει τις αισθήσεις της, οπότε της δίνει η νοσηλεύτρια λίγο νερό και την ρωτάει αν αισθάνεται καλύτερα. Σε περίπτωση που συνεχίζει να ζαλίζεται την τοποθετεί στο κρεβάτι χαλαρώνοντας τα κλινοσκεπάσματα κανοντάς της συνεχώς αέρα, με το κεφάλι ελαφρώς σηκωμένο και στηριγμένο στα μαξιλάρια.

Μπορεί να εφαρμόσει ψυχρό επισπαστικό ή επίθεμα και το υγρό που θα χρησιμοποιήσει θα είναι κρύο. Το επίθεμα καθώς θα θερμαίνεται θα το αλλάζει συνέχεια. Σε περίπτωση που επιδυνώνεται η κατάσταση φωνάζει το γιατρό. Παίρνει η νοσηλεύτρια τα ζωτικά της σημεία: θερμοκρασία, σφύξεις, αναπνοές, αρτηριακή πίεση και τα καταγράφει στο θερμομετρικό διάγραμμα. Με ήρεμο και καλοσυνάτο τρόπο η νοσηλεύτρια εξηγεί στους συγγενείς την κατάσταση και τους παρακαλεί να εξασφαλίσουν ένα ήρεμο περιβάλλον για την ανάπαυση της ασθενούς.

Δίνει άφθονα υγρά στην ασθενή για να μην αφυδατωθεί και να αποφύγει τους εμετούς. Σε περίπτωση εμετού τοποθετεί η αδελφή ένα νεφροειδές ή λεκανάκι δίπλα στο μαξιλάρι της ασθενούς με ελαφρά γυρισμένο το κεφάλι στα πλάγια προς αποφυγή των εκ-



κριμάτων. Σεπλένεται κατόπιν η στοματική κοιλότητα και χορηγούνται αντιεμετικά κατόπιν εντολής γιατρού. Συνεχώς παρακολουθεί την ασθενή και για οποιαδήποτε επιπλοκή ειδοποιεί τον θεράποντα γιατρό.

Ο πόνος, η νευρική κατάσταση και η κούραση προκαλούν σύσπαση του πεπτικού συστήματος και έτσι δυσχεραίνεται η πέψη και η απορρόφηση των τροφών.

Η ασθενής αισθάνεται ανορεξία. Η νοσηλεύτρια που βρίσκεται κοντά της μπορεί να αντιληφθεί το πρόβλημα της διατροφής και να βρει τρόπο να το αντιμετωπίσει. Θα ετοιμάσει το περιβάλλον της ασθενούς, που συνίσταται στον αερισμό του δωματίου και την δημιουργία ησυχίας. Θα τοποθετήσει την ασθενή σε αναπαυτική θέση θα πλύνει τα χέρια της και θα τοποθετήσει κοντά το τραπέζι του φαγητού. Σε περίπτωση πόνου θα χορηγήσει παυσίπονο πριν από το φαγητό. Θα την ενθαρρύνει να πάρει την τροφή της με βάση τις προτιμήσεις της και αν αυτό επιτρέπεται. Συνήθως στην οξεία σαλπινγίτιδα δεν υπάρχει καθορισμένο διαιτολόγιο.

Ο δίσκος πρέπει να είναι περιποιημένος ώστε να δημιουργεί συναίσθημα πείνας στην ασθενή. Σε περίπτωση μεγάλης εξασθένησης του οργανισμού η νοσηλεύτρια θα βοηθήσει την ασθενή να πάρει την τροφή της. Κάθεται κοντά της ώστε να μην δημιουργήσει την εντύπωση βεβιασμένου, καταβάλλει προσοχή να μην λερώνεται η άρρωστη με τις τροφές προφυλάσσοντας την με μεγάλη πεσέτα φαγητού. Κατά την ώρα του φαγητού την απασχολεί με συζητήσεις ευχαριστες, που δεν θα επειρεάσουν την όρεξή της.

Αν η ασθενής αρνείται να πάρει την τροφή της οφείλει να ενημερώσει τον γιατρό.

Στη διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο γίνονται ορισ-

μένες εξετάσεις, όπως γενική ή καλλιέργεια ούρων. Θα πρέπει η νοσηλεύτρια να ενημερώσει την ασθενή σχετικά με την τοπική καθαριότητα της κολπικής κοιλότητας με αντισηπτικό ή με πράσινο σαπούνι και νερό σε περίπτωση έλλειψης αντισηπτικού.

Στην γενική ούρων : Θα πρέπει η γυναίκα πάλι να πλυθεί καλά και θα συγκεντρώσει λίγα πρωινά ούρα σε ένα ποτηράκι αποστειρωμένο αφού αφήσει πρώτα να τρέξουν λίγο και μετά τα συγκεντρώσει.

Όταν δεν βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση βοηθάει η νοσηλεύτρια ή κάποιος από τους συγγενείς αφού πρώτα του δώσαμε εξηγήσεις για το πως θα γίνει.

Στην οξεία σαλπινγίτιδα δεν είναι απαραίτητο να εισαχθεί η γυναίκα στο νοσοκομείο. Ο γιατρός δίνει την απαραίτητη θεραπευτική αγωγή και η νοσηλεία γίνεται στο σπίτι.

Είτε στο σπίτι είτε στο νοσοκομείο καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να κάνει μια διαφώτιση σχετικά με την πρόληψη της οξείας σαλπινγίτιδας. Χρειάζεται σωστή νοσηλεία για να μην έχει επιπλοκές οδηγώντας μέχρι και στη στειρώση.

Η πρόληψη βέβαια είναι θέμα που αναγεται στην σωστή πληροφόρηση του γυναικείου πληθυσμού από την παιδική ηλικία.

Κάθε κορίτσι δηλαδή πρέπει να μάθει την σημασία της ατομικής καθαριότητας και υγιεινής. Ο σωστός καθαρισμός του κόλπου και γενικότερα του σώματος αποτελεί καθημερινή ανάγκη και υποχρέωση για κάθε γυναίκα.

Επίσης πρέπει να γίνονται αντιληπτές οι συνέπειες της εναλλαγής πολλών σεξουαλικών συντρόφων και να δικάσκονται λεπτομέρειες για τις αρρώστιες που μεταδίδονται με την συνουσία.

Πλήθος παράγοντες ευνοούν την ανάπτυξη φλεγμονής όπως η πτωχή ή κακή υγιεινή της περιοχής, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η σεξουαλική δραστηριότητα, η ανθυγιεινή ενδυμασία και η έλλειψη οιστρογόνων, που σαν αποτέλεσμα έχει την ατροφία του επιθηλίου της περιοχής, της ευθραυστότητα και την μείωση της αντιστάσεως.

Η ύπαρξη ξένων σωμάτων μέσα στον κόλπο προκαλεί συχνά φλεγμονή κυρίως σε κορίτσια πριν από την ήβη. Χαρτιά, βαμβάκια και άλλα υλικά είναι δυνατόν να βρεθούν στον κόλπο και να μείνουν εκεί. Σε μεγαλύτερες γυναίκες μπορεί να ξεχαστεί ένα ταμπόν της περιοψου ή ένα αντισυλληπτικό σπείραμα και να είναι δυνατόν να προκαλέσει βαριά κατάσταση.

Θα το καταλάβει η γυναίκα από τα συμπτώματα που θα έχει όπως: κολπική υπέκκριση, ερεθισμούς του δέρματος του αιδίου, φαγούρα, διάρροια, εμετούς, υψηλό πυρετό, πονοκέφαλο.

Τα συμπτώματα αυτά δεν πρέπει να τα αφήσει να περάσουν απαρατήρητα. Να ενημερώνει αμέσως τον γιατρό, η θεραπευτική αγωγή να γίνει χωρίς καθυστέρηση ώστε να υποχωρήσει η φλεγμονή και να επέλθει η ριζική ίαση.

Απαραίτητα είναι η συχνή τοπική καθαριότητα με σαπούνι και χλιαρό νερό ή κάποιο αντισηπτικό που θα συστήσει ο γιατρός.

Όταν η γυναίκα έχει έμμηνο ρύση να αποφεύγει τα κρύα μπάνια. Συνιστώνται μόνο χλιαρά ντους.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τονίσει στην ασθενή τα εξής: Μέσα στην οικογένεια να γίνεται χρήση ατομικών προσώπων και να εφαρμόζονται με σχολαστικότητα τα μέτρα ατομικής υγιεινής.

Συχνή αλλαγή εσφρούχων.

Να αποφεύγεται η κολύμβηση σε κολυμβητικές δεξαμενές με

νερό μολυσμένο.

Η φλεγμονή μπορεί να επέλθει και με την πλημμελή γενικά καθαριότητα.

Κάθε μέλος να χρησιμοποιεί το δικό του σαπούνι, σφουγγάρια και τα δικά εσώρουχα.

Για μια γυναίκα που θα υποβληθεί σε κάποια γυναικολογική εξέταση τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν θα πρέπει να είναι καλά πλυμένα και αποστειρωμένα γιατί τα κακώς αποστειρωμένα εργαλεία είναι πηγή μόλυνσης για την γυναίκα.

Στις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες η σεξουαλική τους δραστηριότητα θα πρέπει να είναι κάπως περιορισμένη όσον αφορά τους ερωτικούς συντρόφους.

Συνιστάται η χρήση ελαστικών προφυλακτικών κατά την συνουσία για την αποφυγή μολύνσεων.

Η νοσηλεύτρια θα ενισχύσει την ασθενή για την πιστή τήρηση και την εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής προς την αποφυγή επιπλοκών.

Η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει ασθενή με οποιαδήποτε μορφή νόσου, είτε οξεία είτε χρόνια των γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να έχει υπόψη της ότι: Στην ασθενή αναπτύσσονται εύκολα συναισθήματα κατωτερότητας και μειονεκτικότητας. Είναι πολύ ευαίσθητη. Εμφανίζονται αισθήματα ηθικής ανοχής. Η προσωπικότητα της ασθενούς δεν πρέπει να θίγεται, αντίθετα να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για την διατήρηση αυτής ακέραια.

Η αδελφή είτε κάνει διαφώτιση είτε νοσηλεία, η χρησιμοποίηση της ασθένειας σαν ενδεικτικό σημείο ηθικής παρεκτροπής της ασθενούς ή ατόμου χαμηλών ηθικών αξιών καθόλου δεν θα επιδρά στο νοσηλευτικό έργο της νοσηλεύτριας.

## Β' ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑΣ

Η υπογροπιάζουσα φλεγμονή έχει συνήθως τις ίδιες κλινικές εκδηλώσεις με την οξεία σαλπγγίτιδα. Ο πόνος μπορεί να είναι μονόπλευρος ή και από τις δύο πλευρές. Επίσης συχνά υπάρχει δυσπαρέυνια και στείρωση. Δυνατόν να παρουσιαστεί πυρετός με ταχυκαρδία αλλά όχι πάντοτε.

Η χρόνια σαλπγγίτιδα έχει την ίδια κλινική εικόνα με την οξεία σαλπγγίτιδα. Πολλές φορές λείπει ο πυρετός. Η θεραπεία απαιτεί κλινοστατισμό και παρακολούθηση για το λόγο αυτό πρέπει πάντοτε να νοσηλεύεται η ασθενής στην κλινική.

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται συνέχεια κοντά στην ασθενή. Παρακολουθεί τα ζωτικά της σημεία και τα καταγράφει. Αντιμετωπίζει τα συμπτώματα όπως και στην οξεία σαλπγγίτιδα.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί χειρουργικώς η θεραπεία της χρόνιας σαλπγγίτιδας, για στείρωση, θα πρέπει αφού μελετηθεί σωστά το σημείο της απόφραξης με την Υ.Σ.Γ. και την κοιλιοσκοπία να συζητηθεί το ποσοστό της πιθανής επιτυχίας που δεν ξεπερνά το 22-25% σε κύηση καθώς και το ενδεχόμενο της εξωμήτριας κύησης, που είναι το 20% του άνω ποσοστού, να συζητηθούν οι οικονομικές προϋποθέσεις για να αποφεύγεται η κερδοσκοπία σε βάρος φτωχών ανθρώπων με την καλλιέργεια φρούδων ελπίδων εκμεταλλευόμενοι την αδυναμία μητρότητας, στην περίπτωση που τα ποσοστά της επιτυχίας είναι μικρά να συνιστάται η υιοθεσία.

Η ασθενής που εστιμάζεται για χειρουργική επέμβαση ή νοσηλεύεται μετά από αυτή έχει ιδιαίτερα νοσηλευτικά προβλήματα και εμφανίζει πολλές νοσηλευτικές ανάγκες τις οποίες αποκλειστικά

η νοσηλεύτική ομάδα μπορεί να έχει την ευθύνη να ικανοποιήσει.

Μέρος της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής φροντίδας του αρρώστου προσφέρει η νοσηλευτική ομάδα στις υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περιθάλψεως αλλά και της πρωτοβάθμιας, όταν το σύστημα υγείας της χώρας προσφέρει την δυνατότητα αυτή.

#### Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

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

Ο φόβος και η ανησυχία της ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της καταστάσεώς της καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Η αδελφή με την λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει την ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα προβλήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό).

Η προετοιμασία της αδελφής, ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα της αρρώστου, χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων όπως γιατρών κ.λ.π. καθώς και η προετοιμασία της ασθενούς από την αδελφή με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες, δημιουργούν στον ασθενή κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφαλείας για το περιβάλλον στο οποίο

βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση ή και εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από το άγνωστο. Ακόμη η νοσηλεύτρια μπορεί να ζητήσει την βοήθεια άλλων υπηρεσιών, όπως ιερέα του ιδρύματος, της κοινωνικής υπηρεσίας κ.ά. όταν θέματα οικογενειακά, οικονομικά κ.λ.π. προκαλούν ανησυχία στην ασθενή.

Φόβοι, ανησυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους των ασθενών. Η αδελφή, περιοριζόμενη στον κύκλο των αρμοδιοτήτων της, οφείλει να πλησιάσει τους οικείους της ασθενούς, για να διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να απαντήσει στα πολλά τους ερωτήματα.

Θα ήταν ευχής έργο να διέθεταν τα ιδρύματα υπηρεσίες απασχόλησης των ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο, εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση τους, γιατί να μένουν μόνοι, χωρίς απασχόληση με συνέπεια να οδηγούνται σε σκέψεις που δημιουργούν ανησυχίες.

Στην εγχείρηση αν η ασθενής δεν συνοδεύεται από οικείους τους ειδοποιεί απαραίτητα η αδελφή.

Η προεγχειρητική προετοιμασία της ασθενούς συνίσταται σε:

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

Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει: Τόνωση ηθικού: Η ασθενής όχι μόνο έρχεται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπει την αποτυχία της εγχείρησης και τότε σκέψεις που αφορούν τα οικογενειακά, τα παιδιά κ.λ.π.

κ.τ.λ. δημιουργούν αισθήματα κατάθλιψης.

Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανυψυχίας, φόβου και κατάθλιψης παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως shock κ.ά.

Θα πρέπει η αδελφή να αποκαλύψει τις προσωπικές ανάγκες της ασθενούς και να τις ικανοποιήσει. Να καταλάβει την ασθενή να συμεριστεί την θέση της. Να προσπαθήσει να την βάλει σε ένα θάλαμο όπου νοσηλεύεται κάποιο παρόμοιο περιστατικό που έχει χειρουργηθεί η ασθενής και είχε καλά αποτελέσματα. Έτσι θα συζητήσει η ασθενής μαζί της, ώστε να της φύγουν οι φόβοι και οι ανησυχίες για την εγχείρηση.

Τόνωση σωματική: Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, η εγχείρηση κατά την οποία η ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν θα τρέφεται από το στόμα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκώματα, βιταμίνες κ.λ.π.) ή άλλα στοιχεία του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτων κ.λ.π.).

Για την καλή θρέψη της ασθενούς η συμβολή της αδελφής είναι αποφασιστική, ενώ ο γιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η αδελφή παρακολουθεί την διατροφή της ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η αδελφή βοηθάει στην σωματική τόνωση της ασθενούς εάν: Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής. Γνωρίζει την επίδραση της εγχειρησης στη λειτουργία του μεταβολισμού και έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής. Όλα αυτά οδηγούν στην



κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες καταστάσεις, καθώς και στην εκλογή των τροφίμων, στις οποίες υπάρχουν τα συστατικά που έχει ανάγκη ο πάσχων οργανισμός.

Η ασθενής στην εγχείρηση θα χάσει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμετούς. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται απαραίτητη προσοχή στην επαρκεία του οργανισμού σε υγρά. Έτσι η ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως ναυτία, shock, δίψα κ.λ.π.

Την προηγούμενη της εγχείρησης μέρα η ασθενής τρέφεται ελαφρά. Έξι ώρες πριν από την επέμβαση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού της κοιλιάς. Εάν η ασθενής για έξι ώρες δεν πρέπει να στερηθεί τα υγρά, τότε χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.

#### Ιατρικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές):

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση της ασθενούς από:

- Χειρουργό, για εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.
- Παθολόγο, για παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό γιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και νατιμετώπιση της κατάστασης.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την επέμβαση είναι:

- Εξέταση αίματος : γενική αίματος (λευκά - ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξης αίματος, ομάδα και RHEBUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και
- Γενική ούρων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος.

Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της νάρκωσης (τοπική, γενική κ.λ.π.) και το είδος του αναισθητικού.

Καθαριότητα ασθενούς. Αυτή συνίσταται σε:

Καθρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του αποβλέπει:

- Στην αποφυγή εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης από τον γιατρό και
- την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στους εντερικούς έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δεν συνιστάται η λήψη καθαρτικών γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.
- Με καθαρτικό υποκλιισμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλιισμοί, ο ένας το απόγευμα την παραμονή της επέμβασης και ο άλλος έξι ώρες πριν την επέμβαση. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου.

Η αδελφή παρακαλούθει τα αποτελέσματα των υποκλιισμών και αν είναι αρνητικά, ενημερώνει την προϊσταμένη ή τον γιατρό.

Η εκτέλεση των υποκλιισμών γίνεται κατόπιν εντολής γιατρού.

Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς:

Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχείρησης και παράλληλα προστατεύεται

η ασθενής να μην κρυώσει. Το λουτρό πριν την εγχείρηση είναι και για την καθαριότητα αλλά συγχρόνως και για την απολύμανση του δέρματος. Κατά το διάστημα του λουτρού επιτυγχάνεται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων όπως ομφαλού κ.ά.

Τέλος γίνεται περιποίηση νυχιών. Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και του ρυνοφάρυγγα, για πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

#### Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου:

Πάντοτε η αναμονή εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβους. αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχουν τον ύπνο. Η αυπνία και η κόπωση απ' αυτή προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμα στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή αυπνίας και την εξασφάλιση επαρκούς ύπνου, χορηγείται στην ασθενή την νύχτα της παραμονής της επέμβασης ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο πάντοτε κατόπιν εντολής γιατρού.

Προετοιμασία και εκπαίδευση της ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π.

Φυσικά θα της εξηγήσει η νοσηλεύτρια και μετά την εγχείρηση τί θα κάνει για την αποφυγή επιπλοκών.

#### Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία

Θα προετοιμάσει η αδελφή το μέρος εκείνο του σώματος όπου πρόκειται να γίνει η επέμβαση (τα γεννητικά όργανα). Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αϋτισηψία του δέρματος, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Θα χρειαστεί 1 τριφτης, 1 ξυριστική μηχανή και ένα σαπούνι για την ετοιμασία.

Επίσης απαραίτητο είναι το παραβάν, για να αισθάνεται άνετα η ασθενής.

#### Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρατηρήσει και να εκτιμήσει την γενική κατάσταση της ασθενούς. Παίρνει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα. Οτιδήποτε παρατηρήσει ενημερώνει την προϊσταμένη και τον γιατρό.

Μια ώρα πριν από την εγχείρηση βοηθάει την ασθενή να φορέσει την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η αδελφή φοράει τα ρούχα στην ασθενή αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη εσωρούχων και το νυχτικό. Αφαιρεί όλα τα κοσμήματα τοποθετώντας τα σε φάκελο με το θάλαμο, θα τα καταγράψει και θα τα παραδώσει στους συγγενείς ή στην προϊσταμένη.

Την ώρα αυτή η αδελφή ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου. Υπενθυμίζει στην ασθενή για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τις αναπνευστικές και των άκρων.

#### Προνάρκωση:

Γίνεται μισή ώρα πριν από την εγχείρηση. Το είδος της προνάρκωσης καθορίζεται από τον ακαισθησιολόγο και αποβλέπει στην μυική χαλάρωση, την ελάττωση εκκρίσης του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνιστά η αδελφή στην ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι.

Κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στην ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και την κατάλληλη ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στην ασθενή ένα περιβάλλον

χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό, απομακρύνοντας με ευγένεια και καλοσύνη τους συγγενείς. Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο από κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυάνωσης κατά την νάρκωση.

Μετά την προνάρκωση ειδοποιεί η ασελφή φορείο να παραλαβεί την ασθενή για το χειρουργείο. Μπορεί αν είναι δυνατόν η αδελφή να παρακολουθήσει την εγχείρηση. Αυτό βοηθάει την ίδια να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα. Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να ενημερώσει και να καθησυχάσει τους συγγενείς, που περιμένουν με αγωνία την έκβαση της επέμβασης.

Το συχνό και κατάλληλο πλησιασμα, ο καλός τρόπος της αδελφής προς τους συγγενείς είναι δυνατόν να τους ανακουφίσει.

Οτιδήποτε προετοιμασία έκανε η ασελφή καθήκον της είναι να την καταγραφεί στην λογοδοσία.

Μετά την αποχώρηση της ασθενούς από τον θάλαμο η αδελφή αερίζει τον θάλαμο, ετοιμάζει το κρεβάτι και το κομοδίνο, γενικά το περιβάλλον της ασθενούς. Το κρεβάτι πρέπει να είναι ζεστό για την προφύλαξη της ασθενούς από ψήξη, τοποθετώντας θερμοφόρα κατά τους χειμερινούς μήνες.

Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή των ναρκωτικών.

Τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω μέρος του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει η ασθενής κατά το στάδιο της απονάρκωσης.

Το κρεβάτι από όλες τις πλευρές να είναι ανοιχτό για την εύκολη μεταφορά της ασθενούς από το φορείο. Στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων τοποθετείται πετσέτα προσώπου και αδιάβροχο κεφαλή για να προστατευτούν από ενδεχόμενους εμετούς. Στο κομοδί-

νο τοποθετείται η αδελφή τετράγωνο αλλαγών, για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακο και βαμβάκι.

Αφού ετοιμαστούν όλα, ρίχνεται μια τελευταία ματιά από την αδελφή αν είναι όλα στη θέση τους και απομακρύνεται από τον θάλαμο.

### **Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς**

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο.

Η νοσηλεύτρια έχει την υποχρέωση να προφυλάξει την ασθενή από ρεύματα αερα κατά την μεταφορά από το χειρουργείο στο θάλαμο.

Τοποθετεί κατάλληλα την ασθενή σε "ύπτια" θέση, με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως. Βρίσκεται συνέχεια κοντά της παρακολουθώντας και καταγράφοντας τα ζωτικά της σημεία. Προστατεύει την ασθενή από τυχόν διεγέρσεις. Συνδέει τις παροχετεύσεις ή τον καθετήρα στην άκρη του κρεβατιού, στερεωνοντάς τα καλά.

Παρακολουθεί για τυχόν αιμορραγία. Ότι πέσει στην αντίληψη της ειδοποιεί τον γιατρό αμέσως. Παρατηρεί το χρώμα της ασθενούς, τους εμετούς (ποιόν, ποσόν), τα ούρα (ποσό, χρώμα).

Καθήκον της αδελφής είναι να αλλάζει συνεχώς την θέση της ασθενούς, οι κινήσεις των κάτω άκρων για την αποφυγή φλεβίτιδας και επιμελημένες πλύσεις του στόματος για την αποφυγή στοματίτιδας.

Παρακολουθεί την ψυχική και διανοητική κατάσταση της ασθενούς.

Μετά από την εγχείρηση η ασθενής αντιμετωπίζει την εμφάνιση ανεπιθύμητων κατωτάσεων που την κουράζουν και την ταλαιπωρούν,

επιβραδύνοντας έτσι την ανάρρωση.

Βασικό καθήκον και ευθύνη της αδελφής είναι να αντιμετωπίσει τις δυσέριες και τις επιπλοκές, γιατί βοηθάει στην πρόληψη η έγκαιρη διαγνωσή τους.

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον πόνο.

Ανακουφίζει την ασθενή δίνοντας την κατάλληλη θέση η οποία προκαλεί την χαλάρωση των μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος και χορηγεί αναλγητικά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού αν είναι ανάγκη.

Μετά από την νάρκωση παρατηρείται δίψα. Η νοσηλεύτρια το αντιμετωπίζει με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, υγραίνοντας τα χείλη και τη γλώσσα με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

Σε περίπτωση που δεν βρίσκεται η αδελφή εκεί υποχρεωσή της είναι να ενημερώσει και τους συγγενείς για το τι πρέπει να κάνουν.

Αντιμετωπίζει τους εμετούς και την ναυτία.

Η αδελφή τοποθετείται το κεφάλι προς τα πλάγια, τοποθετεί νεφροειδές, το οποίο το αποσύρει αμέσως μετά τον εμετό. Ξεπλένει το στόμα της αρρώστου με λίγο νερό, διατηρώντας καθαρά τα κλινοσκεπάσματα.

Η αδελφή παρακολουθεί την ασθενή όταν παίρνει όρους IV.

Το σημείο εισόδου του ορού πρέπει να το παρακολουθεί μήπως παρουσιάζει οίδημα, ερυθρότητα ή είναι υγρό. Σε τέτοια περίπτωση αλλάζει φλέβα αφού διακόψει τον ορό και τοποθετεί χλιαρές κομπρέσες στην φλεγμενυσα περιοχή.

Επίσης κατά την χορήγηση υγρών IV μπορεί να εμφανιστεί ναυ-

τία, εμετός, ρίγος. Ειδοποιείται αμέσως ο γιατρός και διακόπτεται η χορήγηση του ορού. Η αδελφή βρίσκεται συνέχεια κοντά στην ασθενή. Αντιμετωπίζει τυχόν επιπλοκές όπως είναι η αιμορραγία.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία.

Η νοσηλεύτρια παρατηρώντας αυτά θέτει την ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον γιατρό για παροχή βοήθειας. Δεν δίνει στην ασθενή τίποτα από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα. (Παρατηρεί την ομάδα αίματος, ημερομηνία λήξης, ονοματεπώνυμο και μετά το χορηγεί.)

Απαλλάσσει την ασθενή από οποιαδήποτε περίσφυξη, την ζεταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού. Εξηγεί και παρακαλεί τους συγγενείς με ευγενικό τρόπο να κάνουν ησυχία.

Μπορεί η ασθενής να σοκαριστεί. Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση SHOCK είναι:

Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος.

Εμφανίζεται με σφυγμό μικρό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της Α.Π. άκρα ψυχρά, ψυχροί ιδρώτες. Η ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει, αφαιρώντας το μαξιλάρι από το κεφάλι του αρρώστου, ανυψώνει το κάτω μέρος του κρεβατιού για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Τοποθετεί θερμοφόρα για καλή θέρμανση της ασθενούς, προσέχοντας τυχόν έγκαυμα. Χορηγεί θερμά



υγρά από τοστόμα, αν η κατάσταση της ασθενούς το επιτρέπει. Χορηγούμε ενδοφλέβια αίμα, ορό ή πλάσμα, καρδιοτόνωση μετά από εντολή γιατρού.

Η αδελφή βρίσκεται συνεχώς κοντά της δίνοντάς της θάρρος και εξασφαλίζοντας ήσυχο και άνετο περιβάλλον.

Η έγερση επιτρέπεται την πρώτη ή την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα.

Η ασθενής κατά την πρώτη έγερση ζαλίζεται. Η νοσηλεύτρια πρέπει να της εξηγήσει και να την βοηθήσει να σηκωθεί σταδιακά και αργά από το κρεβάτι. Να την βοηθήσει να καθίσει στην καρέκλα, αλλά αφού σηκωθεί να κάνει μερικά βήματα την πρώτη φορά και τις επόμενες να περπατάει.

Το σήκωμα από το κρεβάτι καθορίζεται από τον γιατρό.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ε Τ Α Ρ Τ Ο

### ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

"Αποκατάσταση είναι ένα μικρό γεφύρωμα του χάσματος μεταξύ της χρησιμότητας και της αχρηστείας, ελπίδας και απελπισίας, δυστυχίας και ευτυχίας". Mary Switzer

Στον προγραμματισμό της αποκατάστασης της ασθενούς θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη ορισμένοι παράγοντες, όπως κοινωνικοί, πνευματικοί και το οικογενειακό περιβάλλον.

Στην αποκατάσταση είναι δυνατόν να συνεργαστούν εκτός από την νοσηλεύτρια και τον γιατρό και άλλα μέλη υγειονομικής ομάδας όπως η κοινωνική λειτουργός, η οικογένεια της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια συμβάλλει αποτελεσματικά βοηθώντας την ασθενή να αναπτύξει εμπιστοσύνη στον εαυτό της και την αντίληψη της πραγματικότητας χωρίς απογοήτευση. Την βοηθά να ελπίζει έχοντας γνώση της πραγματικότητας.

Η ασθενής πρέπει να κατανοήσει την ανάγκη όπως να μην εκθείσει τον εαυτό της στους κινδύνους της νόσου, με τον καλό σιτισμό, την αποφυγή υπερβολικής κόπωσης, την διαμονή με υγιεινό περιβάλλον.

Θα της κάνει μια διδακαλία σχετικά με την υγιεινή του σώματος με προσοχή χωρίς να θίξει την πάσχουσα.

Συνιστάται καλή τοπική καθαριότητα με αντισηπτικό και συχνή αλλαγή εσώρουχων. Κάθε μέλος της οικογένειας να έχει ατομικά εσώρουχα.

Να αποφεύγει κρύα ντους και τις μολυσμένες θάλασσες.

Η αποκατάσταση δεν αναφέρεται μόνοσ την πάσχουσα αλλά και

στην οικογένεια για την πρόληψη της φλεγμονής. Θα τονίσει η νοσηλεύτρια στην ασθενή ότι θα πρέπει να επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τον γυναικολόγο. Οτιδήποτε πέσει στην αντίληψή της να μην το αφήσει απαρατήρητο αλλά να ενημερώσει τον γιατρό.

Η νοσηλεύτρια αντιλαμβανόμενη την ψυχική κατάσταση της ασθενούς μπορεί να την βοηθήσει και να ετοιμάσει αυτήν και την οικογένειά της με την συνεργασία κοινωνικού λειτουργού, ώστε να επανέλθει στην οικογένεια και στην κοινωνία ευτυχής.

Μια επιπλοκή της χρόνιας σαλπινγίτιδας που έχει μεγάλη επίπτωση στη νέα γυναίκα είναι η στέρωση.

Σε τέτοια περίπτωση η νοσηλεύτρια θα πρέπει να την ενθαρρύνει. Να εξηγήσει στην ίδια και στον σύζυγό της και σε όλη την οικογένεια ότι μπορούν να υιοθετήσουν ένα παιδί.

Επειδή η επιστήμη έχει προχωρήσει πολύ ένας άλλος τρόπος είναι να καταφύγουν στη μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης.

Μπορεί να τους συστήσει τον αρμόδιο γιατρό για περισσότερες πληροφορίες. Η νοσηλεύτρια βοηθά την οικογένεια να γνωρίσει την πραγματικότητα, να δεχτεί και να βοηθήσει την ασθενή στον νέο της ρόλο.

Ο νέος προσανατολισμός ή ρόλος τον οποίο ανέλαβε η ασθενής να φέρει σε πέρας πρέπει να αρχίσει βαθμηδόν, ώστε να μην απογοητευθεί. Σε κάθε προσπάθεια και επιτυχία του σκοπού πρέπει η ασθενής να ενθαρρύνεται και αν είναι δυνατόν να αβείβεται ηθικά.

Επαγγελματική αποκατάσταση: Η αποκατάσταση και η διατήρηση της εργασίας έχει μεγάλη οικονομική αλλά και ψυχολογική σημασία για την ασθενή.

Η ιατρονοσοκομειακή περίθαλψη, ανεξάρτητα εάν το άτομο εί-

ναι ασφαλισμένο ή όχι δημιουργεί οικονομικά προβλήματα. Ακόμη η δυνατότητα της ασθενούς, να φέρει εις πέρας τα προς το ζειν, συμβάλλει στην δημιουργία του αυτοσεβασμού.

Μερικές φορές θα πρέπει να βοηθήσουμε την ασθενή να αλλάξει εργασία, γιατί η προηγούμενη θέτει σε κίνδυνο την υγεία της όπως βαριάς φύσεως εργασία ή ανθυγιεινή.

Θα συνιστήσει η αδελφή αν είναι απαραίτητο να μην αρχίσει την εργασία με κανονικό ωράριο εργασίας αλλά να φτάσει με αυτό σιγά - σιγά.

Σε ορισμένες περιπτώσεις το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας είναι χονηλό και οι συνθήκες διαμονής είναι άσχημες.

Η νοσηλεύτρια μαζί με την συνεργασία της υγειονομικής ομάδας οφείλει να βοηθήσει την ασθενή, να προσπαθήσει να της βρει κάποια υγιεινή εργασία ή ακόμη και σπίτι κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες.

Να γίνονται συχνά επισκέψεις της επισκέπτριας αδελφής και της κοινωνικής λειτουργού για να ερευνηθούν και να διαπιστώσουν αν η ασθενής μπορεί να εξακολουθήσει την απαιτούμενη περίθαλψη εκτός νοσοκομείου.

Η αποκατάσταση αποβλεπει στην επαναφορά του ατόμου στο μεγαλύτερο ποσοστό των φυσικών, κοινωνικών και επαγγελματικών ικανοτήτων του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραβαντινός Διονύσιος: "ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ", Έκδοση Παρισιανού Γρηγορίου (Αθήνα 1983).
- Γίτσιος Θ. Κων/νος: "ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ" Β' Έκδοση, (Αθήνα 1986).
- Γαρδίκας Κ.Δ. "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ", Τόμος Α', Έκδοση Δ'. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Γ. (Αθήνα 1984).
- Δεληγιαάνης Γ. "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ", Θεσσαλονίκη 1976).
- Μαγαρινού Μ.Α. - Σ.ΦΦ Κωνσταντινίδου "ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ", Τόμος Β', (Αθήνα 1985).
- Martin Finbarr + Stiel Daniel: "ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΥΓΕΙΑΣ", (Αθήνα 1987).
- Νάνου Κυριακή - Γεωργιάκη Ανθούλα "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ" (Αθήνα 1984).
- Πουγγύρας Θ. Πανγιώτης: "ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ", (Αθήνα 1986).
- Ρούκας Κων/νος: "ΠΑΘΥΣΜΙΑΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ Ι.". (Αθήνα 1984).
- Σαχίνη Άννα - Καρδάση Μαρία "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ", Τόμος 2ος, Μέρος Β΄ (Αθήνα 1985).
- Scotti N. Anderson: "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ", Έκδοση Παρισιανός Γ. (Αθήνα 1970).

