

Τ Ε Ι Π Α Τ Ρ Α Σ  
ΣΧΟΛΗ Σ Ε Υ Π  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

=====

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
Της σπουδάστριας Στρούζας Παρασκευής

ΘΕΜΑ: "ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ"

-----

Υπεύθυνος Καθηγητής: ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής



ΠΑΤΡΑ

...

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2890
----------------------	------



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'	σελ.
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	σελ.2
ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ	σελ.2
ΝΕΥΡΩΣΗ	σελ.3
ΑΓΓΕΙΩΣΗ	σελ.3
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	σελ.3
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ	σελ.5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	σελ.6
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ	σελ.8
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	σελ.9
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	σελ.10
1. ΤΟΠΙΚΕΣ	σελ.11
2. ΓΕΝΙΚΕΣ	σελ.13
ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	σελ.13
Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ Ε.Κ.	σελ.14
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΚ.ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ	σελ.15
1. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ	σελ.15
2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	σελ.15
3. ΔΙΑΙΤΑ	σελ.16
4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'	
ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ Ε.Κ.	σελ.17
α. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	σελ.17
β. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.	σελ.21
γ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ Ν.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	σελ.22
δ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	σελ.22
ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.	
1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	σελ.25
2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	σελ.27

ΚΟΛΟΕΤΟΜΙΑ	σελ.28
ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	σελ.29
ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ	σελ.30
ΚΟΛΟΕΤΟΜΙΑ Η ΕΙΛΕΟΕΤΟΜΙΑ	
ΣΧΕΔΙΟ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'	
Α. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΣΤΟΡΙΚΟ)	σελ.32
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	σελ.34
Β. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΣΤΟΡΙΚΟ)	σελ.39
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	σελ.41
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	σελ.42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.43

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η ελκώδη κολίτιδα ανήκει στα "νοσήματα του πολιτισμού".

Είναι ό όρος που χρησιμοποιείται για τα νοσήματα που παρουσίασαν μεγάλη συχνότητα τα τελευταία χρόνια ή και εμφανίστηκαν για πρώτη φορά. Αλλαίτα λένε και μοντέρνα νοσήματα, που μας εκδικούνται για την μόλυνση που προκαλούμε στο περιβάλλον.

Αυτή η πιερή διαπίστωση με οδήγησε να αναζητήσω ένα απ'αυτά τα νοσήματα για την εργασία μου και διάλεξα την ελκώδη κολίτιδα γιατί δεν ακούγεται πολύ συχνά όπως άλλα νοσήματα, αλλά και γιατί μου έκανε εντύπωση η ποικιλία στις εκδηλώσεις της και η επιδημιολογία της.

Αρχίσα με την παθολογοανατομία του οργάνου που προσβάλλεται για να κατανοηθούν οι βλάβες και οι αλλαγές που προκαλεί η ασθένεια. Συνεχίζω με μια εισαγωγή στην ελκώδη κολίτιδα και ακολουθούν οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, η διαγνωστική μελέτη, η διαφορική διάγνωση, οι επιπλοκές, η πρόγνωση, η πρόληψη της νόσου και η θεραπεία. Μετά τα απαραίτητα στοιχεία για την αρρώστεια ακολουθεί η γενική νοσηλευτική φροντίδα και τελειώνω αναφέροντας δύο ιστορικά ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και τη νοσηλευτική διεργασία σε καθένα απ'αυτά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

### Α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο αρχίζει εκεί που τελειώνει ο ειλεός. Το όριό τους σημειώνει η ειλεοτυφλική βαλβίδα. Το μήκος του περίπου είναι 150CM ενώ η διαμετρός του γύρω στα 7CM.

Διακρίνεται στο τυφλό, στο κόλον και στο απευθυσμένο. Τα μέρη στα οποία διαιρείται το κόλον είναι το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές που παίρνει το ονομά του από ένα S που διαγράφει μπαίνοντας στην κοιλότητα της λεκάνης.

Διακρίνονται δυο κολικές καμπές. Η δεξιά κολική ηπατική καμπή που τη σχηματίζουν το ανιόν με το εγκάρσιο κόλον και η αριστερή κολική καμπή ή σπληνική, που τη σχηματίζουν το εγκάρσιο με το κατιόν. Το τυφλό, το ανιόν, η ηπατική καμπή και το κεντρικό τμήμα του εγκάρσιου αποτελούν το δεξιό κόλο. Το περιφερικό εγκάρσιο, η σπληνική καμπή, το κατιόν, το σιγμοειδές και το ορθοσιγμοειδές συγκροτούν το αριστερό κόλο.

Το ανιόν και το κατιόν είναι καθηλωμένα στη περιτοναϊκή κοιλότητα από το εγκάρσιο μισόκολο. Εξωτερικά όλα τα τμήματα του παχέως εντέρου παρουσιάζουν κατά μήκος τρεις μυϊκές ταινίες (κολικές ταινίες). Ανάμεσα στις κολικές ταινίες το τοίχωμα του εντέρου προεξέχει. Το χαρακτηριστικό των προεξοχών αυτών είναι ότι παρουσιάζουν περισφύξεις υπό μορφή αυλάκων στο πλάτος του εντέρου. Οι προεξοχές είναι οι κολικές κυψέλες, και οι περισφύξεις οι μηνοειδείς πτυχές.

### Β. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Τα στρώματα ή οι χιτώνες από τους οποίους αποτελείται το παχύ έντερο είναι τέσσερις (4) από μέσα προς τα έξω: ο βλενογόνονος, ο υποβλενογόνονος, ο μυϊκός και ο ορογόνονος.

Ο βλενογόνονος αποτελείται βασικά από κυλινδρικά κύτταρα, ανάμεσα στα οποία υπάρχουν καλικοειδή. Κάτω από το επιθήλιο

αυτό βρίσκεται συνδετικός ιστός, πλούσιος σε σωληνοειδείς αδένες που εκκρίνουν βλέννα. Ο υποβλενογόνιος περιέχει αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία και πολυάριθμα νεύρα. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από δύο στρώματα λείων μυϊκών ινών: ένα εσωτερικό με κυλινδρική διάταξη το οποίο στο κάτω άκρο του εντέρου παχύνεται και σχηματίζει τον έσω σφικτήρα του πρωκτού και ένα εξωτερικό με τις ίνες κατά μήκος του εντέρου το οποίο σχηματίζει τις κολικές ταινίες. Ο ορογόνος (το περισπλάχνιο πέταλο όπως λέγεται του περιτοναίου) καλύπτει εντελώς μόνο το τυφλό, το εγκάρσιο, το σιγμοειδές και το ανώτατο τμήμα του απευθυσμένου.

#### Γ. ΝΕΥΡΩΣΗ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο νευρούται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα. Οι παρασυμπαθητικές ίνες μέχρι την αριστερή κολική καμπή φέρονται με το πνευμονογαστρικό και μετά από αυτή με το πυελικό νεύρο.

#### Δ. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο εκτός από το απευθυσμένο αγγειούται από την άνω και κάτω μεσεντέριο αρτηρία. Το απευθυσμένο αγγειούται από την άνω, μέση και κάτω αιμορροϊδική αρτηρία. Οι φλέβες του παχέος εντέρου εκτός από τις φλέβες της κάτω μοίρας του απευθυσμένου εκβάλλουν στην πυλαία φλέβα. Οι φλέβες του απευθυσμένου είναι η άνω, η μέση και η κάτω αιμορροϊδική φλέβα. Η άνω εκβάλλει στην πυλαία φλέβα ενώ η μέση και η κάτω εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα.

#### Ε. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το παχύ έντερο είναι το τελικό τμήμα του εντερικού σωλήνα. Στο παχύ έντερο πρακτικώς δεν επιτελείται πέψη γιατί:

- α) Τα ένζυμα του παγκρεατικού και εντερικού υγρού αδρανοποιούνται πριν τη διοχετευσή τους στο παχύ έντερο και  
β) Οι περισσότερες από τις θρεπτικές ουσίες έχουν στο μεταξύ υποστεί πέψη και απομύζηση. Διοχετεύονται όμως σ'αυτό ουσίες που δεν έχουν υποστεί πέψη, όπως η κυτταρίνη, πεκτίνες κ.λ.π. καθώς και ελάχιστη ποσότητα λίπους και λευκώματος.

Μέσα στο παχύ έντερο διαβιώνει και πολλαπλασιάζεται μεγάλος αριθμός μικροοργανισμών (μικροβιακή χλωρίδα), στη δραστηριότητα των οποίων οφείλονται οι ζυμωτικές και πεπτικές εξεργασίες που γίνονται μέσα σ'αυτό.

Ετσι μικρό μέρος της κυτταρίνης μετατρέπεται από μικροοργανισμούς σε κατώτερα λιπαρά οξέα, μεθάνιο, διοξειδίο του άνθρακα και υδρογόνο. Η μικροβιακή χλωρίδα χρησιμοποιεί επίσης τα μικρά ποσά άπεπτου λευκώματος, αποδίδουσα διάφορα υποπροϊόντα όπως υδρόθειο, μιλκαπτάνες, κρεσόλη, φαινόλη, καδαβερίνη κ.λ.π.

Η χολερυθρίνη της χολής μετατρέπεται τελικά σε κοπροχαλινογόνο και κοπροχολίνη. Το μεγαλύτερο μέρος των ουσιών αυτών αποβάλλεται με τα κόπρανα (ελάχιστο δε ποσό απορροφάται) αδρανοποιούνται από το ήπαρ και αποβάλλονται από τα νεφρά με τα ούρα.

Απορροφάται το περισσότερο από τα 500ml νερού περίπου που διοχετεύονται μέχρι εκεί ανά 24ωρο καθώς και ιόντα νατρίου. Επιτελείται δε, ενεργητική απέκκριση ιόντων καλίου και ασβεστίου.

Απορροφούνται επίσης με απλή διάχυση μονοσακχαρίτες, αμινοξέα και λιπαρά οξέα.

Με τη δραστηριότητα της μικροβιακής χλωρίδας παράγονται επίσης και απορροφούνται σε σημαντικά ποσά ορισμένες βιταμίνες όπως η Κ, η Β1, η Β2, η νιασίνη και η βιοτίνη.

## ΣΤ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο βλενογόνος του προσβεβλημένου τμήματος του παχέος εντέρου παρουσιάζει διάχυτη φλεγμονή. Αρχικά παρατηρείται υπεραιμία και κοκκιώδης όψη του βλενογόνου χωρίς εμφανή εξέλιξη της προσβληθείσης μοίρας. Μικροσκοπικά παρατηρείται υπεραιμία του βλενογόνου με εκσεσημασμένη διήθηση από φλεγμονώδη κύτταρα, περιλαμβανομένων των πολυμορφοπύρινων λευκοκυττάρων, καθώς και διάταση των κρυπτιών του LIEBERKUHN με διήθηση αυτών από φλεγμονώδη κύτταρα και σχηματισμό κρυπτοαποστημάτων (CRYPTABSTESSES).

Κατά το χρόνιο στάδιο της νόσου ο βλενογόνος απολεπτύνεται, οι κρύπτες του LIEBERKUHN ελλατώνονται σε αριθμό και παρατηρείται διήθηση του υποβλεννογόνου από φλεγμονώδη κύτταρα, κυρίως πλασματοκύτταρα και λεμφοκύτταρα.

Κατά την περίοδο της λύσεως των ελκών σχηματίζονται μάζες κοκκιώδους ιστού που καλύπτονται από επιθήλιο και έτσι δημιουργούνται πολυποειδείς προεξοχές του βλεννογόνου, οι οποίες ονομάζονται ψευδοπολύποδες.

Αρχικά η νόσος περιορίζεται στον βλεννογόνο, αλλά σε σοβαρές περιπτώσεις η φλεγμονή επεκτείνεται μέχρι την βλεννογόνια μικτή στοιβάδα στον υποβλεννογόνο όπου σχηματίζονται υποβλεννογόνια αποστήματα.

Αυτά ρήγνυται δια μέσου του υπερκείμενου βλεννογόνου στον αυλό του παχέος εντέρου με συνέπεια τον σχηματισμό των ελκών. Σε λίαν σοβαρές μορφές της νόσου προσβάλλονται και οι μυϊκές χιτώνες και είναι δυνατόν να επέλθει διάτρηση του εντερικού τοιχώματος.

Συνήθως η φλεγμονώδης επεξεργασία αρχίζει στην άνω μοίρα του ορθού και στην κάτω μοίρα του σιγμοειδούς και είτε παραμένει εντοπισμένη είτε επεκτείνεται και καταλαμβάνει μέρος ή όλο το παχύ έντερο.

Σε λίγες περιπτώσεις συμβαίνει προσβολή του κατώτατου τμήματος του ειλεού, αλλά στους περισσότερους ασθενείς η επέκταση της νόσου διακόπτεται χαρακτηριστικά στην ειλεοτυφλική βαλβίδα.

Η έκταση της νόσου είναι φανερό ότι επηρεάζει τη βαρυτητα της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Ελκώδης κολίτιδα: είναι μία οξεία φλεγμονώδης νόσος του βλενογόνου του παχέως εντέρου, που συνοδεύεται από αιμορραγία και διάρροια από το ορθό και έχει την τάση να μεταπίπτει σε χρόνια πάθηση.

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι πρώτοι ερευνητές εντυπωσιασμένοι χωρίς αμφιβολία, από την οξεία φλεγμονώδη αντίδραση του παχέως εντέρου, εθεώρησαν ότι η νόσος ήταν μια βακτηριδιακή δυσεντερία, αλλά δεν απομονώθηκε κανένας παθογόνος παράγοντας είτε βακτηριδιακός είτε λογενής. Ακολούθησε μια περίοδος κατά την οποία η νόσος αποδόθηκε άμεσα σε ψυχολογικές αιτίες κι αυτό ενισχύθηκε από την πραγματική παρατήρηση ότι άρρωστοι με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν κάποιου βαθμού ψυχολογικές διαταραχές. Τώρα έχει αναγνωριστεί ότι, οι περισσότερες από αυτές τις διαταραχές είναι το αποτέλεσμα μάλλον παρά το αίτιο της νόσου, αν και η χρόνια διέγερση του παρασυμπαθητικού του παχέως εντέρου μπορεί να προκαλέσει υπεραιμία και εξέλκωση σε πειραματόζωα.

Οι λοχούουσες σήμερα απόψεις θεωρούν ότι η νόσος οφείλεται σε ανοσολογική βλάβη, αν και ο ψυχογενής παράγοντας έχει σημασία για τις υποτροπές και υπάρχει αυξημένη οικογενής προσβολή από τη νόσο.

Η νόσος είναι παγκόσμια διαδεδομένη όμως υπάρχουν σημαντικές διαφορές της αναφερόμενης συχνότητας απο χώρα σε χώρα.

Είναι μετρίως συχνή στις δυτικές χώρες και ουσιαστικά ανύπαρκτη στις ονομαζόμενες υποανάπτυκτες κοινωνίες. Η πάθηση είναι συχνότερη στις γυναίκες - αναλογία γυναικών/ανδρών 3:2 - και αν και δεν εξαιρείται καμμία ηλικία, η πλειονότητα των αρρώστων στην αρχή της παθήσεως βρίσκεται μεταξύ των 15 και 30 χρόνων. Μια δεύτερη αυξημένη επίπτωση προσβολών παρατηρείται σε γηραιότερα άτομα μεταξύ 60 και 80 χρόνων.

Οι Εβραίοι εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα προσβολής απο τη νόσο, που φαίνεται ότι είναι πάθηση των αναπτυγμένων παρά των αναπτυσσόμενων χωρών.

Μια μελέτη στη Βαλτιμόρη το 1967 απέδειξε ότι οι λευκοί είναι ευπαθέστεροι των εγχρώμων και οι Εβραίοι ευπαθέστεροι όλων, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω. Η ελκώδης κολίτιδα άρχισε ήδη, να περιγράφεται σε πληθυσμούς που θεωρείτο ανύπαρκτη. Οι SALEM και SHVBAIR (1967) ανακοίνωσαν παράδειγμα της νόσου μεταξύ Βεβουίνων Αράβων, οι οποίοι εγκατέλειψαν τη νομαδική ζωή και εγκαταστάθηκαν στην πόλη Κουβέιτ. Οι συγγραφείς πιστεύουν ότι: "Η αιφνίδια μεταβολή του τρόπου ζωής απο το απλό στο περίπλοκο προδιαθέτει τα άτομα στη νόσο" και αναφέρουν τις ψυχολογικές διαταραχές, την υπερβολική χρήση φαρμάκων και την λήψη συντηρημένων τροφών σαν πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες.

Είναι πάντως ενδεχόμενο η νόσος να απαντά και στις απολίτιστες κοινωνίες, αλλά να διαφεύγει της διάγνωσης λόγω έλλειψης ιατρικών μέσων.

Είναι φανερό ότι απαιτούνται συστηματικές επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς με μεταβατικό τρόπο ζωής μεταξύ πρωτόγονου και δυτικού τύπου, ώστε να απομονωθούν παράγοντες που ευθύνονται για τα ονομαζόμενα "νόσήματα του πολιτισμού".

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

---

Η έναρξη του πρώτου επεισοδίου είναι συνήθως βαθμιαία και περνάνε γενικά λίγες εβδομάδες ή μήνες πριν την εκδήλωση σοβαρών συμπτωμάτων.

Το αρχικό σύμπτωμα είναι είτε παρουσία μικρής ποσότητας αίματος κατά το τέλος κυρίως της αποδεύσεως ή διάρροια. Αργότερα επέρχεται ανάμιξη του αίματος με τη διαρροϊκή κένωση. Σ'ένα ποσοστό των περιπτώσεων παρατηρείται απ'την αρχή αιματηρή διάρροια και τέτοιοι ασθενείς αναπτύσσουν συνήθως βαριά κλινική εικόνα, μετά πάροδο λίγων ημερών ή εβδομάδων.

Η πλό οξεία, αν και σπάνια είναι με σοβαρή αιμορραγία απο το έντερο.

Τα συμπτώματα απο το έντερο συνοδεύονται απο διάφορους βαθμούς γενικής διαταραχής του οργανισμού. Σε εντόπιση της νόσου στο κατώτερο τμήμα του παχέως εντέρου (ορθοσιγμοειδές) δεν υπάρχουν γενικές διαταραχές συνήθως εκτός της αναιμίας, λόγω απώλειας αίματος.

Κατά το οξύ στάδιο εκτεταμένων μορφών της νόσου παρατηρείται πυρετός, ταχυκαρδία, απώλεια βάρους, πτώση της τιμής της αιμοσφαιρίνης, μυϊκή αδυναμία και γενική κακουχία.

Στις σοβαρότερες περιπτώσεις η κατάσταση του ασθενή γίνεται κρίσιμη και υπάρχει σοβαρός κίνδυνος θανάτου κατά τη διάρκεια του οξέος επεισοδίου. Αξιόλογο ποσοστό των περιπτώσεων αρχίζει κατά τρόπο κεραυνοβόλο.

Κατά τη διάρκεια σοβαρών παροξυσμών κολίτιδας, παρατηρείται διάρροια βαρείας μορφής. Ο αριθμός των κενώσεων μπορεί να φτάσει ή να υπερβεί τις είκοσι ημερησίως. Οι κενώσεις είναι υδαρείς

και συνίσταται απο μίγμα αίματος, βλέννας, πύου και κοπράνων.

Παράλληλα παρατηρείται ναυτία, έμετος, μυϊκή αδυναμία και απάθεια. Η ηλεκτρολυτική ισορροπία, διαταράσσεται και η διαταραχή αυτή μπορεί να είναι εξεσημασμένη στις βαρύτερες περιπτώσεις. Πόνος στη κοιλιά είναι συχνός με τη μορφή κωλικού ή γενικευμένου πόνου, κυρίως στις αρχικές φάσεις της νόσου. Καθώς σε επανειλημμένες προσβολές το έντερο παχύνεται και ουλοποιείται, ο πόνος είναι πιο ήπιος και πιο σπάνιος.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ: Η διάγνωση υποδεικνύεται απο το ιστορικό και επιβεβαιώνεται απο τα σιγμοειδοσκοπικά ευρήματα. Αυτό επιτυγχάνεται γιατί η πάθηση προσβάλλει το ορθό σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις.

Προσβολή του παχέως εντέρου κεντρικότερα απο το ορθό, χωρίς συμμετοχή του ορθού είναι συνήθως σημείο της νόσου του CROHN.

Κατά τη σιγμοειδοσκόπηση, ο βλεννογόνος του ορθού έχει χάσει την αγγειακή του υφή, είναι συμφορητικός, εύθρυπτος και έχει κοκκιώδη εμφάνιση. Πραγματικά έλκη δεν είναι συνήθως εμφανή.

Η βιοψία είναι χρήσιμη στις ελαφρές μορφές και όταν υπάρχει σύγχυση με τη νόσο του CROHN.

2. ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΙΣΜΟΣ: Η έκταση της νόσου καθορίζεται με την κολονοσκόπηση ή το βαριούχο υποκλισμό. Το παχύ έντερο γίνεται σκληροειδές, χάνει τις κοιλικές κυψέλες και εμφανίζει ανωμαλίες του βλεννογόνου που οφείλονται σε επιφανειακά έλκη. Η απότομη μετάπτωση μεταξύ του πάσχοντος και του φυσιολογικού βλεννογόνου είναι συχνά εντυπωσιακή.

3. Η ΒΑΡΥΤΗΤΑ των συστηματικών εκδηλώσεων υποδηλώνεται απο τα εξής:

- α) Απο τον πυρετό
- β) Απο τη γενική αίματος-χαμηλές τιμές αιμοσφαιρίνης-αύξηση των λευκών και πολυμορφοπυρήνωση είναι σημεία ενεργού παθήσεως.
- γ) Απο τις πρωτείνες του ορού-χαμηλές τιμές λευκωματίνης και αυξημένες τιμές α<sub>2</sub>-σφαιρίνης δείχνουν βαρεία νόσο.
- δ) Απο τους ηλεκτρολύτες πτώση του καλίου του ορού, δείχνει απώλειες οφειλόμενες σε διάρροια και κακή πρόσληψη λόγω της ανορεξίας.
- ε) Εάν υπάρχει δευτεροπαθής ηπατική νόσος, η αλκαλική φωσφατάση, η SGOT και η χολερυθρίνη του ορού θα είναι παθολογική.

#### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι παθήσεις που πρέπει να σκεφτούμε είναι:

- 1. Η δυσεντερία και η αμειβάδωση.
- 2. Η νόσος του CROHN και το καρκίνωμα του παχέως εντέρου.
- 3. Στους ηλικιωμένους πρέπει να ληφθεί υπ' όψη σαν διάγνωση η λοχλαιμική κολίτιδα.

Η ακτινολογική μελέτη, η σιγμοειδοσκόπηση, η κολονοσκόπηση και η βιοψία δείχνουν συνήθως την απάντηση, αλλά υπάρχει μεγάλη σύγχυση στη διάκριση απο τη νόσο του CROHN, όταν αυτή εντοπίζεται στο παχύ έντερο. Η ιστολογική εξέταση μπορεί να μη φανεί χρήσιμη.

Η χορήγηση αντιμικροβιακού συνοδεύεται απο διάρροια. Η κλικνομικίνη και η κλιδαμυκίνη, μάλιστα προκαλούν μια ψευδο-μεμβρανώδη εντεροκολίτιδα που μπορεί να μιμηθεί την ελκώδη κολίτιδα.

#### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Και μόνη η διάρροια μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές, αλλά

στην ελκώδη κολίτιδα υπάρχουν πολλές και μπορεί να είναι τοπικές στο έντερο, και συστηματικές με άγνωστη αιτιολογία.

Τοπικές: Περιπρωτικά αποστήματα, αιμορροΐδες και ουρίγγια μπορεί να συμβούν σ' οποιοδήποτε στάδιο της κολίτιδας.

Διάτρηση: Είναι μια σοβαρή επιπλοκή που συνήθως εμφανίζεται σ' αρρώστους με βαριά καθολική νόσο κατά την πρώτη προσβολή.

Αιμορραγία: Η μεγάλη αιμορραγία είναι επίσης γνώρισμα της σοβαρότητας της νόσου. Θεραπευτικά αντιμετωπίζεται με μεταγγίσεις. Χειρουργική επέμβαση σπάνια χρειάζεται.

#### ΤΟΞΙΚΟ ΜΕΓΑΚΟΛΟ

Είναι η πιο σημαντική επιπλοκή για την οποία ο γιατρός πρέπει να βρίσκεται σε εγρήγορη. Τα χαρακτηριστικά του είναι:

α) Αίτια:

α<sub>1</sub>) Καταστροφή των λείων μυϊκών ινών ή κατ' άλλους νευρικών πλεγμάτων (απο διατραίνουσα πάθηση του εντερικού τοιχώματος).

α<sub>2</sub>) Επιβαρυντικοί παράγοντες μπορεί να είναι τα αντιχολινεργικά φάρμακα η υποκαλιαιμία η σιγμοειδοσκόπηση και ο βαριούχος υποκλιτισμός. Μερικές φορές αίτιο μπορεί να είναι η ατελής απόδευση.

β) Συμπτώματα:

Τοξιναιμία - Σύγχιση.

Κοιλιακή διάταση, κοιλιακός πόνος, πυρετός, έμετος, και μερικές φορές ελάτωση της διάρροιας. Συνεχείς απλές ακτινογραφίες της κοιλιάς είναι εξαιρετικά χρήσιμες για τη διάγνωση του τοξικού megacolon.

### γ) θεραπεία

Ρινογαστρικός καθετήρας για αποσύμπνεση του εντέρου - πλήρης στέρση λήψεως τροφής απο το στόμα - παρεντερική διατροφή με υγρά, ηλεκτρολύτες (ιδιαίτερα Κα), αντιμικροβιακά και στεροειδή είναι η αρχική θεραπεία.

Εαν δεν εμφανιστεί κλινική ή ακτινολογική βελτίωση σε 48 ώρες, χρειάζεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Η διατροφή μπορεί να επιπλέξει την κατάσταση, η δε θνησιμότητα είναι περίπου 25%.

### ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Η επιπλοκή αυτή συμβαίνει στην απο μακρού χρονολογημένη κολίτιδα, πάνω απο 10 χρόνια.

Εμφανίζεται στο 20% των αρρώστων μετά απο 20 χρόνια καθολικής νόσου.

Ακόμα και μεταξύ των ασθενών με μακρά ιστορία ελκώδους κολίτιδας η ανάπτυξη καρκινώματος επηρεάζεται και απο άλλους παράγοντες π.χ.

1. Μια κλινικώς βαριά πρώτη προσβολή της ελκώδους κολίτιδας.
2. Εκτεταμένη ή καθολική προσβολή του κόλου που διαπιστώνεται ακτινολογικώς.
3. Χρόνια συνεχή συμπτώματα.
4. Πρώιμη έναρξη της κολίτιδας κατά την παιδική ή τη νεαρά ηλικία.

Οταν δυο ή περισσότεροι απο τους παράγοντες αυτούς συνυπάρχουν σ'ένα ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπ'όψη η περίπτωση της προληπτικής κολεκτομής για την εξάλειψη του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου στο μέλλον ακόμα και αν η κλινική διαδρομή της κολίτιδας δεν θέτει ένδειξη κολεκτομής.

Αντίθετα οι ασθενείς με χαμηλή εντόπιση της νόσου στο ορθοσιγμοειδές, οι οποίοι εμφανίζουν σειρά υποτροπών, δεν διατρέχουν ουσιαστικά κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

#### ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

α) Αναιμία, που οφείλεται σε απώλεια αίματος και ανεπάρκεια του μυελού.

β) Φλεβοθρόμβωση, που είναι δύσκολο να θεραπευτεί με αντιπηκτικά, λόγω της εντερορραγίας και μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρο πνευμονική εμβολή.

γ) Στο ήπαρ μπορούν να παρατηρηθούν λιπώδης διήθηση (η συχνότερη διαταραχή), ηπατίτιδα από ιο, κίρρωση, χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, χολόσταση, καρκίνος των χολιφόρων και σκληρυντική χολαγγειίτιδα.

δ) Δερματική προσβολή-οζώδες ερύθημα-, γαγγραινώδες πυόδερμα και έλκη των κνημών, συμβαίνουν όταν η κολίτιδα είναι ενεργός.

ε) Αρθρίτιδα συνήθως των γονάτων και των ποδοκνημικών που συμβαδίζει με τις προσβολές της κολίτιδας. Η αρθρίτιδα ανταποκρίνεται στην κολεκτομή. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί αγγυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα.

στ) Οφθαλμολογικές βλάβες συμβαίνουν στο 4% των αρρώστων, είναι δε συνήθως επισκληρίτιδα και ιρίτιδα.

ζ) Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν στοματικά έλκη.

#### ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το 70-80% του συνόλου των πασχόντων από τη νόσο αυτή είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στις φθορές της νόσου με τα συντηρητικά, θεραπευτικά μέτρα, παρά τις υφέσεις και εξάρσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν τη διαδρομή της. Κατά μερικές ενδείξεις, η νόσος παίρνει βαρύτερη μορφή στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η αρχική προσβολή εμφανίζεται σε μικρά παιδιά ή άτομα που υπερβαίνουν το 60<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας.

Η θνητότητα της νόσου δεν μπορεί να καθοριστεί επακριβώς, γιατί πολλοί ασθενείς που πάσχουν από ελκώδη πρωκτίτιδα ουδέποτε εισέρχονται σε νοσοκομείο, αλλά από τους πάσχοντες σε βαθμό τέτοιο που να καταφεύγουν σε νοσοκομείο για νοσηλεία, αναλογία σήμερα 10% (HARRISON TR, 1972) περίπου πεθαίνει από τη νόσο αυτή, είτε από τις επιπλοκές της περιλαμβανομένου και του καρκίνου του παχέως εντέρου. Η χειρουργική επέμβαση αποβαίνει σήμερα αναγκαία σε αναλογία 20% περίπου των ασθενών, επί των οποίων η νόσος δεν περιορίζεται μόνο στο ορθό, ενδέχεται δε να αυξηθεί η αναλογία αυτή, αν δεν επινοηθούν νεώτερες συντηρητικές ή ψυχιατρικές μέθοδοι θεραπείας.

#### Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Είναι δύσκολο να μιλάμε για πρόληψη στην ελκώδη κολίτιδα αφού δεν είναι σίγουρη η αιτιολογία της. Έχει χαρακτηριστεί ψυχοσωματικό νόσημα λόγω των ψυχογενών απόψεων που όμως και αυτές μόνες τους δεν είναι ικανές να απαντήσουν στο ερώτημα για την αιτιολογία της νόσου. Είναι πάντως φανερό ότι παίζει κάποιο ρόλο ο ψυχικός παράγοντας είτε πριν την εμφάνιση της νόσου είτε κατά την διάρκειά της.

Κι εδώ η νοσηλεύτρια έχει πολλά να προσφέρει και στις τρεις βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης.

Η νοσηλευτική βοηθά τους ανθρώπους σε πνευματικές περιστάσεις. Σαν τέχνη αγάπης και σαν επιστήμη η νοσηλευτική επεμβαίνει στις κρίσιμες περιστάσεις των ανθρώπων, όταν η υγεία προβάλεται ή κινδυνεύει να προσβληθεί και όταν η ζωή απειλείται.

Με την κατανόηση, τη μεταβίβαση ειλικρινούς ενδιαφέροντος και χωρίς όρους αποδοχή του ασθενούς καταφέρνει την αυτοεκφραση του που αυτή ενεργεί σαν βαλβίδα ασφαλείας για τη διοχέτευση εσωτερικών εντάσεων και άγχους.

Πέρα όμως από αυτά η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην αποφυγή ή στη γρήγορη εντόπιση συμπτωμάτων από κάποια επιπλοκή. Επίσης η διδασκαλία της για αποφυγή τροφών που ερεθίζουν χημικά και μηχανικά το έντερο και η αποφυγή γάλακτος σε αρρώστους που στο ιστορικό τους υπάρχει κακή ανοχή του.

Και στους ειλεοστομημένους η διδασκαλία της για τις δραστηριότητες που μπορούν να αναπτύξουν, για τη διαίτά τους και τον καθαρισμό και αλλαγή της σακούλας βοηθά στην πρόληψη μόλυνσης αλλά και ενισχύει το ηθικό τους.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

### 1. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Ανάπαυση κατά τις παροξύνσεις προτιμώτερο το νοσοκομείο. Αναζήτηση ψυχολογικών προβλημάτων και αντιμετώπιση αυτών στην ανάγκη και με ειδική ψυχοθεραπεία. Σε διάρροια χορηγείται φωσφορική κωδεΐνη 30MG από το στόμα 3 ή 4 φορές ημερησίως. Αντιχολινεργικά φάρμακα προτιμότερα να αποφεύγονται γιατί προδιαθέτουν προς τοξικό megacolon. Σε αναιμίες σιδηροθεραπεία παρεντερικώς και μετάγγιση αίματος. Διόρθωση διαταραχών νερού και ηλεκτρολυτών. Χορήγηση βιταμινών.

### 2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

α) Σε χρόνιες περιπτώσεις χορηγούνται δυσασπορόφητες σουλφοναμίδες, όπως η σαλαζοπυρίνη (AZULFIDINE) σε δόση 1MG, (δύο δισκία) τρεις φορές την ημέρα. Απαραίτητο να χορηγούνται για μεγάλο χρόνο για την πρόληψη υποτροπών.

β) Κορτικοστεροειδή και μάλιστα πρεδνιζόνη σε δόση 40-60 MG την ημέρα από το στόμα. Αυτή χορηγείται όταν η διάρροια είναι αξιόλογη και συνεχίζεται μέχρι σαφούς βελτιώσεως από άποψη αριθμού και χαρακτήρα των κενώσεων, επανόδου του αισθήματος ευ-

εξίας, υποχώρηση του πυρετού κ.λ.π. Στη συνέχεια συνήθως μέσα σε δύο εβδομάδες η δόση προοδευτικά ελαττώνεται σε δόση συντηρήσεως 5-10MG. Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια ώστε η θεραπεία, με κορτικοειδή να διακοπεί οριστικά. Τοπική θεραπεία με υποκλισμούς εφαρμόζεται μόνο όταν η νόσος αφορά κυρίως το κατώτερο τμήμα του παχέως εντέρου. Γι αυτό το σκοπό, υπάρχουν έτοιμες συσκευές υποκλισμών BETNESOL. Το περιεχόμενο πρέπει να συγκρατείται τουλάχιστον για 15'. Εκτελούνται δύο υποκλισμοί την ημέρα (ανα 12 ωρο). Αντι κορτικοειδών μερικοί προτιμούν ACTH (80MG) ή SYNACTEN (1MG) την ημέρα.

Επαναλαμβάνεται ότι τα κορτικοειδή (ή η ACTH) δεν ενδείκνυται για μακρά θεραπεία. Σε όποιες περιπτώσεις αποτύχουν μεγάλες δόσεις προς έλεγχο της νόσου, προσφεύγουμε σε εγχείρηση.

γ) Ανοσοκατασταλτικά και μάλιστα αζαθειοπρίνη (IMURAN) έχει δοκιμαστεί, αλλά η μέχρι σήμερα πείρα (Ειδική Νοσολογία ΓΑΡΔΙΚΑ Κ.Δ.1981) είναι περιορισμένη. Πάντως οι πρώτες εντυπώσεις είναι μάλλον ικανοποιητικές.

### 3. ΔΙΑΙΤΑ

Κατά την αρχική φάση ενδείκνυται δίαιτα απαλλαγμένη απο γάλα, όμως είναι απαραίτητο να συνεχίζεται εφ' όσον ο ασθενής οφελείται, απ' αυτήν. Η δίαιτα είναι απαραίτητο, να είναι πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες. Δίαιτες φτωχές σε υπόλειμμα δεν αναγράφονται πια.

### 4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή ενδείκνυται:

α) Σε οξείες επιπλοκές όπως διάτρηση, τοξικό megacolon ή ακατάσχετη αιμορραγία.

.../...

β) Σε βαριά νόσο όταν αυτή δεν απαντά, στη συντηρητική αγωγή ή απαιτεί μεγάλες δόσεις κορτικοειδών για τη συγκράτηση της νόσου.

γ) Σε υπεροξεία λίαν τοξική μορφή που δεν υποχωρεί στη θεραπεία μέσα σε 4-7 μέρες και υπάρχει άμεσος κίνδυνος ζωής.

δ) Σε επιπλοκές, όπως παραπρωκτικά συρίγγια, γαγγραινώδης πυοδερματίτιδα κ.λ.π.

ε) Σε κάθε περίπτωση στην οποία η νόσος δεν επιτρέπει στον ασθενή να ζεί άνετη και αποδοτική ζωή.

στ) Όταν η νόσος αφορά όλο το παχύ έντερο και χρονολογείται από 10ετίας και άνω (κίνδυνος καρκινώματος).

Η εγχείρηση συνίσταται σε πρωκτοκολεκτομία με μόνιμη ειλεοστομία.

Η προσπάθεια διατηρήσεως του σφικτήρα δυστυχώς κατά κανόνα ναυαγεί, γιατί το ορθό είναι σχεδόν πάντοτε βαρεια προσβεβλημένο.

Η εγχείρηση έχει θνητότητα μόνο 2% έχει δε σαφώς συμβάλλει στη σημαντική μείωση της θνητότητας της νόσου.

## Γ. ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

α. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου. Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου θα γίνει από τις πηγές πληροφοριών από το ιστορικό υγείας, από τη φυσική εκτίμηση και από τις διαγνωστικές εξετάσεις.

../...

1. Οι πηγές πληροφοριών θα αναζητηθούν:

- α) Στον άρρωστο
- β) Στην οικογένεια
- γ) Σ' άλλα άτομα του περιβάλλοντός του
- δ) Στα ιατρικά δελτία.

2. Παίρνουμε το ιστορικό υγείας:

- α) Εξετάζεται η περίπτωση προηγούμενης διαπίστωσης κολίτιδας στον άρρωστο ή σε μέλος της οικογένειάς του.
- β) Η διάρροια εμφανίζεται σ' άλλους απότομα και σ' άλλους βαθμιαία. Μπορεί ν' αναφέρεται σε μερικές ημίρευστες κενώσεις την ημέρα ή σε υδαρές κενώσεις που γίνονται κάθε 30' ή 1 ώρα. Η κένωση μπορεί να περιέχει αίμα, πύον και βλέννη. Σπάνια μπορεί να υπάρχει απώλεια κοπράνων. Στις πολύ βαριές περιπτώσεις ο άρρωστος αισθάνεται τεινεσμό. Η νοσηλεύτρια εδώ ερευνά σε ποιά περίπτωση απ' τις πιο πάνω ανήκει η κατάσταση του ασθενούς.
- γ) Πολλοί άρρωστοι περιγράφουν έναν ήπιο κωλιμοειδή πόνο στη κάτω κοιλία.
- δ) Παίρνονται πληροφορίες απ' τον άρρωστο για το επίπεδο ενεργείας του. Συχνά παραπονούνται οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα για κακουχία ή κόπωση.
- ε) Ερευνάται η δομή της προσωπικότητας και κατά πόσο ο άρρωστος μπορεί ν' αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της ζωής. Τα μισά περίπου απο τα άτομα που πάσχουν απο ελκώδη κολίτιδα, αισθάνονται ανικανότητα και απελπισία στη διαπραγματευσή τους με το STRESS. Συχνά έχουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Ερευνάται τυχόν βίωμα συγκινησιακού STRESS τους τελευταίους μήνες, αφού αυτό συνδέεται συχνά με την εμφάνιση ή έξαρση της νόσου. Η έρευνα αυτή είναι αναγκαία γιατί οι προσβολές της ελκώδους κολίτιδας μπορούν να ακολουθήσουν ψυχολογικές διαταραχές, όπως είναι η εγκυμοσύνη (συνήθως η περίοδος μετά τον τοκετό), η στέρηση αγαπητών προσώπων κλπ.
- στ) Σημειώνεται τυχόν ανορεξία και διαπίστωση απώλειας βάρους.

### 3. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- α) Παίρνεται το βάρος του σώματος και συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές.
- β) Τα ευρήματα κατά την κοιλιακή εξέταση είναι διάφορα και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης. Η κοιλιά είναι επίπεδη με εμφανή τον περισταλτισμό του εντέρου. Υπάρχει συχνά μιá αύξηση της έντασης των εντερικών ήχων. Με την επιδείνωση της φλεγμονής μπορεί να υπάρχει κοιλιακή διάταση. Κατά την ψηλάφηση μπορεί να υπάρχει ευαισθησία, ειδικά κατά μήκος του κατιόντος κόλου και στην αριστερή βουβωνική χώρα.
- γ) Κατά την εξέταση του ορθού μπορεί να παρατηρηθεί ερυθρότητα και εκδορά γύρω από τον πρωκτό. Η δακτυλική εξέταση, δείχνει συνήθως άδειο ορθό, πρωτόσπασμο και ύπαρξη σχισμών και αποστημάτων.
- δ) Επειδή ο πυρετός είναι συνηθισμένο εύρημα, παίρνεται η θερμοκρασία του σώματος του αρρώστου.
- ε) Παίρνονται τα ζωτικά σημεία, εξετάζεται η ελαστικότητα του δέρματος, η κατάσταση των βλεννογόνων και η υποχωρητικότητα των βολβών στη πύεση, προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός υπογλυκαιμίας εξαιτίας της διάρροιας.
- στ) Σπάνια, οι άρρωστοι παρουσιάζουν φλεγμονώδεις επεξεργασίες σε διάφορα μέρη του σώματος που πηγαίνουν παράλληλα με την εντερική δραστηριότητα. Δυνατόν να παρατηρηθούν οζώδες ερύθημα και γαγγραινώδης πυοδερμία στις κνήμες και στις ποδοκνημικές αρθρώσεις.  
Οι οφθαλμοί μπορεί να είναι κόκκινοι, οι αντιδράσεις της κόρης μειωμένες και το μέγεθος της μικρό. Ο άρρωστος συχνά παραπονιέται για ομιχλώδη όραση. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να οφείλονται σε μια ποικιλία οφθαλμολογικών φλεγμονών. Το ήπαρ μπορεί να διηθηθεί με λίπος, πράγμα που γίνεται εμφανές από την εκδήλωση ικτέρου. Οι εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις είναι πιο συχνές αυτών των φλεγμονών

.../...

και συμβάλουν στο 10 - 20% των αρρώστων με ελκώδη κολίτιδα. Συνήθως περιλαμβάνουν οξεία αρθρίτιδα των αρθρώσεων του γόνατος και του ισχίου ή της ποδοκνημικής άρθρωσης που είναι μικρής διάρκειας, υποτροπιάζουσα και δεν προκαλεί παραμορφώσεις.

#### 4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- α) Μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων ανάλογη με την απώλεια αίματος. Τα λευκά αιμοσφαίρια είναι ελαφρά αυξημένα. Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (Τ.Κ.Ε.) είναι συνήθως μεγάλη και η λευκωματίνη του ορού συνήθως πεσμένη. Ηλεκτρολυτική διαταραχή μπορεί να υπάρχει εξαιτίας της απώλειας από τις κενώσεις. Τα κόπρανα εξετάζονται για αίμα, πύο και βλέννη και καλλιεργούνται.
- β) Συχνά γίνεται βαριούχος υποκλινομός. Η συνήθης προετοιμασία είναι πολύ δραστική. Το κόλο καθαρίζεται επαρκώς με χορήγηση 240 ML/H υγρών για 8-10 ώρες και ήπιων καθαρτικών.
- γ) Για άμεση επισκόπηση του ορθού και του σιγμοειδούς κόλου μπορεί να γίνει σιγμοειδοσκόπηση. Το κόλο καθαρίζεται και πάλι με ήπια καθαρτικά και χορήγηση υγρών. Ο άρρωστος αισθάνεται κολικοειδή πόνο και δυσχέρεια κατά την εξέταση.
- δ) Η κολονοσκόπηση γίνεται για την άμεση επισκόπηση του κόλου με εύκαμπτο κολονοσκόπιο. Η διαδικασία και η ετοιμασία είναι ίδια με εκείνη της σιγμοειδοσκόπησης. Συχνά παίρνεται βιοψία.

Επειδή αυτοί οι άρρωστοι δεν μπορούν να χαλαρώσουν, η νοσηλεύτρια, πρέπει να τους δώσει πολύ υποστήριξη κατά την προετοιμασία τους για την εξέταση. Οι προσεκτικές καθαρές εξηγήσεις βοηθούν πολύ στη μείωση του άγχους.

.../...

β. Αξιολόγηση των αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου.

1. Δύσπνοια - κακή οξυγόνωση των ιστών. Αυτά εξαιτίας της αναιμίας, του πόνου που επηρεάζει τις αναπνευστικές κινήσεις και τον μετεωρισμό της κοιλιάς που πιέζει το διάφραγμα.
2. Ο άρρωστος παρουσιάζει αρνητικό θρεπτικό ισοζύγιο εξαιτίας της διάρροιας και της ελλιπούς απορρόφησης θρεπτικών ουσιών λόγω των βλαβών που έχει υποστεί το έντερο.
3. Ενεργειακό θρεπτικό ισοζύγιο λόγω του πυρετού και της κακής ιστικής οξυγόνωσης.
4. Υδατοηλεκτρολυτικά θρεπτικά ισοζύγια - αφυδάτωση από την διάρροια και τον πυρετό.
5. Οξεοβασικά θρεπτικά ισοζύγια από την διάρροια και τον πυρετό.
6. Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων που οφείλεται στον πόνο, στη κακουχία και στη καχεξία. Η αδυναμία και η καχεξία είναι αποτέλεσμα της υποκαλιαιμίας, της αφυδάτωσης και της ανορεξίας.
7. Πόνος στο υπογάστριο, που ανακουφίζεται με τις κενώσεις και συνοδεύεται με τεινεσμό και αγωνία.
8. Προβλήματα προσωπικότητας.
9. Προβλήματα από τη χρονιότητα της νόσου.
10. Προβλήματα παραδοχής του νέου σωματικού ειδώλου (σε περίπτωση που γίνεται ειλεοστομία ή κολοστομία).
11. Παράλληλα με τις κενώσεις μπορεί να υπάρχει ναυτία και έμετος.

12. Ταχυκαρδία απο την απώλεια αίματος.

13. Απώλεια βάρους.

γ. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας με σκοπούς - προτεραιότητες.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας χωρίζονται σε άμεσους και σε μακροπρόθεσμους.

1. Άμεσοι:

- α) Απαλλαγή απο την διάρροια.
- β) Καταπολέμηση του πόνου.
- γ) Μείωση θερμοκρασίας σώματος.
- δ) Προαγωγή επαρκούς θρέψης.
- ε) Πρόληψη επιπλοκών.

στ) Αντιμετώπιση κολονικών και εξωκολονικών φλεγμονών.

ζ) Βελτίωση του αερισμού.

η) Διέγερση όρεξης για φαγητό.

θ) Επίτευξη ψυχικής ηρεμίας.

2. Μακροπρόθεσμοι:

α) Προαγωγή επαρκούς θρέψης.

β) Πρόληψη εξάρσεως της νόσου.

γ) Προαγωγή σωστών στρατηγικών στην αντιμετώπιση του STRESS.

δ. Εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας - παρέμβαση.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά την συντηρητική αντιμετώπιση.

α) Αντιφλεγμονώδη φάρμακα, για την καταπολέμηση της φλεγμονής. Συχνά χρησιμοποιείται η ασουλφιδίνη (SALICYLAZOSULFAPYRIDINE). Αν δεν φέρει αποτέλεσμα ή αν η διάρροια είναι βαριά μπορεί να χρησιμοποιηθούν κορτικοστερινοειδή. Έχουν το επιπλέον αποτέλεσμα ότι ανακουφίζουν τον άρρωστο και απο τις εξωκολονικές φλεγμονές.

β) Αρχικά, τίποτα απο το στόμα. Κάλυψη θερμιδικών, ηλεκτρολυτικών, υδατικών και βιταμινικών αναγκών του αρρώστου με ενδοφλέβιες χορηγήσεις.

Με τη βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου, υγρά και κατόπιν τροφή απο το στόμα. Στενή παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών του ορού και του αρρώστου για σημεία αφυδάτωσης.

γ) Πιθανή χορήγηση αντιχολινεργικών (κίνδυνος για τοξικό megacolon) για μείωση του σπασμού και του πόνου. Ακόμα χορήγηση αντιδιαρροϊκών.

δ) Μεγάλης σπουδαιότητας είναι η επαρκής ανάπαυση, αφού η φυσική δραστηριότητα αυξάνει την κινητικότητα του εντέρου. Ηρεμιστικά για να πετύχουμε γενική χαλάρωση του οργανισμού. Η καταστολή να συνεχίζεται μέχρις ότου οι κενώσεις του ασθενή να προσεγγίζουν την φυσιολογική συχνότητα και σύσταση. Ο ασθενής παρακολουθείται προσεκτικά για σημεία εντερικής διάτρησης και αιμορραγίας, η οποία εκδηλώνεται σαν βαριά επιπλοκή της νόσου.

ε) Πιθανή χορήγηση αναλγητικών για μείωση του πόνου. Αποφυγή των οπιούχων εξαιτίας του εθιστικού τους αποτελέσματος. Η εφαρμογή θερμοφόρας στην κοιλιά μπορεί να προαγάγει την άνεση του αρρώστου. Αυτή εφαρμόζεται κυρίως μετά το φαγητό γιατί τότε ο άρρωστος παραπονείται για κοιλιακά άλγη.

στ). Αν ο άρρωστος παρουσιάζει ραγάδες και πόνο, κάνουμε επάλειψη με κορτιζονούχα αλοιφή. Εάν υπάρχει οξεία πρωκτίτιδα κάνουμε νυκτερινή πρωκτική ενστάλλαξη με οξείκη πρενδεζολόνη 30MG, διαλυμένη σε 50 CC νερό. Αυτό μπορεί να βελτιώσει την επιφάνεια του εντέρου, και να επιφέρει ελάττωση των συμπτωμάτων.

ζ) Ένας εξίσου βασικός στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η διατήρηση καθαρού του αρρώστου. Με το λουτρό καθαριότητας παρέχουμε στον άρρωστο άνεση, καθαριότητα του δέρματος και

βελτίωση της κυκλοφορίας του.

Σ' αυτή τη νοσηλεία δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι:

1. Πρέπει να αποφεύγουμε τα ρεύματα αέρα.
2. Σε χαμηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος να χρησιμοποιούμε θερμοφόρα.
3. Να παρατηρούμε τον ασθενή για εξάνθημα, τοπική ερυθρότητα στα πιεζόμενα σημεία του σώματος ή άλλο σύμπτωμα.
4. Να μην κουράζουμε τον ασθενή.
5. Να μην εκθέτουμε τον ασθενή πέραν του δέοντος.
6. Να διατηρούμε το νερό ζεστό και καθαρό σ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας.

η) Αν η απώλεια του αίματος είναι μεγάλη γίνεται μετάγγιση αίματος.

θ) Εξαιτίας της κακής απορρόφησης των αμινοξέων από το έντερο, η θρέψη του αρρώστου είναι ελλιπής. Γι αυτό σε βαρείες καταστάσεις γίνεται πλήρης παρεντερική διατροφή.

1. Πλήρης παρεντερική διατροφή είναι μία διαδικασία με την οποία χορηγούνται στον άρρωστο οι θρεπτικές ουσίες, μέσω καθετήρα εφαρμοσμένου στην άνω κοίλη φλέβα. Η διαδικασία εφαρμόζεται συχνά όταν ο άρρωστος έχει ένα πρόβλημα λήψης τροφής από το στόμα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η τεχνική χορήγησης μπορεί να διαφέρει από ίδρυμα σε ίδρυμα, όλες όμως οι διαδικασίες περιλαμβάνουν:

- Απόλυτη άσηπτη τεχνική.
- Αλλαγή της εξωτερικής συσκευής τουλάχιστον μέρα παρά μέρα.
- Προσεκτική παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία φλεγμονής στο σημείο εισόδου του καθετήρα και αύξηση της θερμοκρασίας του.
- Καθημερινή αλλαγή των γαζών του σημείου εισόδου του καθετήρα, ή όπως ορίζεται από την τακτική του τμήματος.
- Καθαρισμός και χρησιμοποίηση αντιβιοτικής αλοιφής στο σημείο εισόδου του καθετήρα.
- Κάλυψη του καθετήρα με αποστειρωμένη γάζα και στερεωσή του.

2. Μετά το οξύ στάδιο, η δίαιτα μπορεί να προχωρήσει σε υπερθερμιδική και υπερπρωτεϊνούχα. Αποφυγή τροφών που ερεθί-

ζουν μηχανικά το έντερο. Περιορισμός του γάλακτος σε αρρώστους που στο ιστορικό τους υπάρχει κακή ανοχή του. Πιθανή η καθημερινή χορήγηση απο το στόμα συμπληρωμάτων σιδήρου. Ο άρρωστος διδάσκεται για τη σημασία της δίαιτας.

ι) Οι ψυχολογικές απόψεις της φροντίδας του αρρώστου μπορεί να είναι πολύπλοκες.

Κατά το οξύ στάδιο πρέπει να του παρέχουμε εξηγήσεις και να τον ενθαρρύνουμε. Να περιορίσουμε στο ελάχιστο το συγκινησιακό STRESS. Εξασφάλιση απο τη νοσηλεύτρια ήπιου θεραπευτικού περιβάλλοντος. Ανάλογα με την περίπτωση είναι δυνατό να ζητήσουμε βοήθεια απο ψυχίατρο. Επίσης είναι πιθανό να είναι ωφέλιμη για τον άρρωστο και η ομαδική θεραπεία. Απαραίτητη είναι και η συμμετοχή της οικογένειας. Μπορεί να χορηγηθούν και αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

#### ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

##### 1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

α) Η ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου για την επέμβαση, όπως σε κάθε άρρωστο πριν απο το χειρουργείο, αλλά στο συγκεκριμένο άρρωστο και για αποδοχή της αλλαγής του σωματικού του ειδώλου με τη δημιουργία μόνιμης ειλεοστομίας, είναι πρωταρχικής σημασίας.

Εξηγούμε στον άρρωστο για τη χειρουργική επέμβαση και τις μετεγχειρητικές του φροντίδες. Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο για έκφραση των σκεψών του που αφορούν την επέμβαση και τη φροντίδα του. Τίμιες απαντήσεις στις τυχόν ερωτήσεις του. Σε τέτοιες περιπτώσεις πολύ βοηθά η επίσκεψη ενός ατόμου με ειλεοστομία, που έχει ήδη αποκατασταθεί. Ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχή των

.../...

**Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

κενώσεων και πρωκτικό καύσο, είναι ανήσυχτοι και αποθαρρυσμένοι. Ο άρρωστος με αυτή την κατάσταση είναι συχνά ένα υπερευαίσθητο άτομο. Πρέπει να το ενθαρρύνουμε να μιλά μεταβάλλοντας έτσι τη διαθεσή του. Αυτό είναι μια διέξοδος της συναισθηματικής του πίεσης. Ακούμε με ενδιαφέρον κάθε του ενόχλημα. Προσέχουμε τον ψυχικό του παράγοντα και όχι μόνο την οργανική νόσο. Η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται να κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου γιατί αυτό αποτελεί σπουδαίο μέρος της προεγχειρητικής θεραπείας.

Η αποδοχή της ειλεοστομίας στις περισσότερες περιπτώσεις είναι εξαιρετικά δύσκολη και ο ασθενής είναι ανάγκη να έχει όλων την υποστήριξη ιατρών και νοσηλευτριών. Θα πρέπει να βοηθηθεί ώστε να πιστέψει ότι η ειλεοστομία αν γίνει από μέρος του αποδεκτή, θα μπορέσει να κυριαρχήσει πάνω της και να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Αυτό αποτελεί για τη νοσηλεύτρια ένα δύσκολο και λεπτό έργο. Οι ασθενείς αυτοί είναι οι πιο δύσκολοι απ' όλους για την αδελφή. Η παρατεταμένη ασθένειά τους κάνει ευερέθιστους και συχνά είναι το αποτέλεσμα ενός συμπλέγματος κοινωνικοοικονομικών πιέσεων. Αυτή πρέπει να είναι σταθερή στην εκδήλωση ειλικρινούς φιλικότητας και την τήρηση επιεικούς στάσης.

Η χειρουργική επέμβαση φέρνει γρήγορα βελτίωση και μεταβάλλει τον ψυχισμό του. Μια υπομονετική συμπαθητική και ανεκτική αδελφή αποτελεί το βασικότερο παράγοντα για την ανάρρωση του ασθενούς αυτού.

β) Για την ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του μπορεί να γίνει ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου, χορήγηση αίματος λευκοματίνης, ηλεκτρολυτών, βιταμινών, υπερθερμιδικής διαίτας ή εφαρμογή πλήρους παρεντερικής διατροφής και η αδελφή πρέπει να είναι έτοιμη για αυτές τις νοσηλείες.

../...

γ) Καθαρισμός του εντέρου με δίαιτα χωρίς υπόλειμα κα-  
θαρτικά και υποκλισμούς. Ακόμα χορήγηση αντιβιοτικών για μείω-  
ση της μικροβιακής χλωρίδας.

Η ετοιμασία του εντέρου γίνεται ως εξής:

5η προεγχειρητική ημέρα: δίαιτα χωρίς υπόλειμμα.

4η προεγχειρητική ημέρα: το ίδιο με την 5η και 30GR  
PARAFIN-OIL

3η προεγχειρητική ημέρα: Το ίδιο με την 5η και CASTOR-OIL

2η προεγχειρητική ημέρα: δίαιτα υδρική, 50GR CASTOR-OIL

1η προεγχειρητική ημέρα: υγρά PEROS, 50GR CASTOR-OIL,  
βραδινός υποκλισμός, παρεντερική  
χορήγηση υγρών συνήθως 1500CC  
(500CC RIGER'S) ή περισσότερα, ανά-  
λογα με τις ανάγκες βιταμίνης.

## 2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αυτή στοχεύει στην πρόληψη επιπλοκών, τη διατήρηση της όρε-  
ξης την παροχέτευση του εντέρου και τη βοήθεια του αρρώστου να  
προσαρμοσθεί στο νέο τρόπο κένωσης του εντέρου.

α. Αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση η νοσηλεύτρια εν-  
θαρρύνει τον άρρωστο να γυρίζει, να βήχει και να αναπνέει βαθιά.

β. Για αποφυγή διάτασης του εντέρου χρησιμοποίηση ρινογαστρι-  
κού σωλήνα, που αφαιρείται όταν αποκατασταθεί ο περισταλτισμός  
του εντέρου.

Η νοσηλεύτρια κάνει καθαρισμό και φροντίζει συχνά τους ρώ-  
θωνες του αρρώστου.

γ. Τακτικά παρακολουθεί τη θερμοκρασία και τα άλλα ζωτικά  
σημεία.

δ. Η αδελφή προσέχει τη λειτουργία των ενδοφλέβιων εγχύσεων  
που διατηρούν τη θρέψη του αρρώστου ως την αποκατάσταση του περι-

σταλτισμού του εντέρου. Γνωρίζει για την αποφυγή των φρέσκων φρούτων και των σιτιρών που περιέχουν ίνες, γιατί προκαλούν διάρροια ή συλλογή αερίων στο έντερο.

ε) Αναπλήρωση απώλειας υγρών από την ειλεοστομία. Το ειλικό υγρό είναι πλούσιο σε κάλιο και η απώλεια του μπορεί να προκαλέσει υποκαλιαιμία, γι αυτό είναι απαραίτητη η χορήγηση καλιούχων.

στ) Φροντίδα του στομίου του ειλεού και του γύρω από αυτόν δέρματος.

ζ) Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος να μάθει γίνεται διδασκαλία για την φροντίδα της ειλεοστομίας και του τρόπου αδειάσματος και αλλαγής του γάκου. Στη διδασκαλία συμπεριλαμβάνονται και μέλη της οικογένειας που πρέπει να βοηθήσουν το άτομο στην προσαρμογή του στο νέο τρόπο ζωής.

η) Μετά την περίοδο ανάρρωσης, ο άρρωστος μπορεί και πρέπει να ενθαρρύνεται να το κάνει, να αναλάβει τις κανονικές δραστηριότητες εργασίας και κοινωνικότητας.

θ) Η μετέπειτα παρακολούθηση του αρρώστου στοχεύει στην εκτίμηση του βαθμού ικανότητάς του να φροντίζει την ειλεοστομία του. Ακόμα στοχεύει στην εκτίμηση του βαθμού της φυσικής και ψυχολογικής προσαρμογής του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Τέλος στην εκτίμηση της οικονομικής ικανότητας του αρρώστου για την προμήθεια του υλικού που του είναι απαραίτητο.

#### ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Κολοστομία είναι η εξωτερίκευση του εντερικού αυλού από

.../...

μια άλλη οδό εκτός της φυσιολογικής συνήθως απο το κοιλιακό τοίχωμα.

Η κολοστομία είναι μόνιμη και προσωρινή. Στην περίπτωση της ελικώδους κολίτιδας είναι μόνιμη γιατί η εγχείρηση συνίσταται σε πρωκτοκολεκτομία με μόνιμη ειλεοστομία.

### ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο άρρωστος που έχει κολοστομία εμφανίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα που αφορούν όχι μόνο αυτά, αλλά και το άμεσο περιβάλλον του. Αλλά μετεγχειρητικά κυρίως τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στον άρρωστο με κολοστομία είναι τεράστια. Η δυσάρεστη οσμή που προέρχεται απο την έξοδο των κοπράνων και των αερίων και η διαταραχή στη σεξουαλική ζωή του αρρώστου αφού στους μέν άνδρες παρουσιάζεται στύση χωρίς εκσπερμάτωση λόγω διατομής του πυελικού νεύρου, στις δε γυναίκες λόγω του περινεϊκού τραύματος είναι αδύνατον για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα η συνουσία. Οσο και ευρεία αντίληψη του θέματος να έχει η νοσηλεύτρια αν δεν γνωρίζει τον ψυχικό κόσμο του αρρώστου θα αποτύχει στην προσπάθειά της να τον εμπυχώσει. Αν δεν ξέρει δηλαδή πώς σκέφτεται, πώς αισθάνεται, πώς εκφράζεται, πώς αντιδρά στις αντιξοότητες, αν φοβάται, τι επιθυμεί κ.λ.π.

Με τις καθημερινές επαφές της με τον άρρωστο μπορεί να δημιουργηθεί αξιόλογη αρμονική σχέση προς διευκόλυνση της προσαρμογής του.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει και να εφαρμόζει την ψυχολογία και τις αρχές της εκπαίδευσης έτσι που να ανταποκρίνεται σε κάθε άτομο. Παράλληλα να έχει όμως μια συνεχή ενημέρωση στις εξελίξεις που αφορούν την περιποίηση της κολοστομίας.

ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ Η ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ-  
ΕΧΕΔΙΟ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ.

1. Κατά τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο έχει η απαραίτητη διδασκαλία με τη συμμετοχή του στις διαδικασίες, ώστε φεύγοντας να είναι ικανός να φροντίζει μόνος του την ειλεοτομία, να αδειάζει το σάκκο ή να τον αλλάζει.

2. Η νοσηλεύτρια του διδάσκει πως να φροντίζει το δέρμα του και τον ενημερώνει για τα υποαλλεργιογόνα φάρμακα του δέρματος που κυκλοφορούν στο εμπόριο.

3. Για τον έλεγχο της κακοσμίας διδάσκει:

- α. Αποφυγή φιδίων που δημιουργούν οσμές (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια)
- β. Το γιανούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανώδων μαζών.

4. Για τον έλεγχο των αερίων μαθαίνει ότι:

- α. Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται σε φαγητά με πολλά καρικεύματα και στα αεριούχα ποτά.

5. Για τη δίαιτα:

- α. Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής.
- β. Εξατομίκευση της δίαιτας, ώστε να είναι πλήρης και να μη δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.
- γ. Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μύρα μπορεί να ενεργήσει σαν ηπατικό και να δημιουργήσει αέρια.

6. Για την ενδυμασία:

- α. Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και το σάκκο.

- β. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιώ. Για τους άνδρες προτιμώτερο είναι το μαγιώ με σορτς, ενώ για τις γυναίκες με φούστα.
7. Για τα φάρμακα: Οι ειλεστομημένοι δεν πρέπει να παίρνουν ηπατικά και φάρμακα με κάλυμα που διαλύονται στο έντερο.
8. Για τα ταξίδια:
- α. Δεν αντεδεικνύεται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας στομίου.
  - β. Οι κολοτομημένοι που κάνουν πλύση μπορούν να χρησιμοποιούν πόσιμο νερό.
  - γ. Οι ειλεστομημένοι να έχουν μαζί τους αντιδιαρροϊκό φάρμακο.
9. Για τα σπόρ:
- α. Επιτρέπεται η συμμετοχή σ' όλα τα είδη σπόρ.
  - β. Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπόρ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο.
10. Για τη σεξουαλική λειτουργία: Το 10 - 20% περίπου των ειλεοστομημένων ανδρών βιώνουν με διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας. Σε πολλούς η κατάσταση είναι παροδική.
11. Για την εγκυμοσύνη:
- α. Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.
  - β. Είναι απαραίτητη η προσεχτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου, αλλάζει καθώς η εγκυμοσύνη προχωρεί και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.
12. Για τον ύπνο μπορεί να παρθεί οποιαδήποτε θέση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρω περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύτηκαν σύμφωνα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.

Η Νοσηλευτική διεργασία αναφέρεται στην αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων στον καθορισμό των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής φροντίδας, στον προγραμματισμό και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων και στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων αυτής, σε σχέση προς τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

### A. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΣΤΟΡΙΚΟ)

#### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

#### Σ τ ο ι χ ε ί α α σ θ ε ν ο ύ ς

ΕΠΩΝΥΜΟ: Γιαννόπουλος

ΟΝΟΜΑ : Χρήστος

ΗΛΙΚΙΑ : 53

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: Αιμορραγία απο ορθό

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Μετά απο πολύ διάρροια, ο ασθενής αναφέρει πυρετική κίνηση (37,5 - 38). Αιμορραγία απο ορθό τα τελευταία 3 χρόνια, η οποία έχει χειροτερέψει τον τελευταίο μήνα.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Ιστορικό γαστρορραγίας πρόσ 20ετίας. Τοπική εκτομή έλκους θόλου και πυλωροπλαστική. Σκωλικοειδεκτομή.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Η μητέρα δεξιά βουβουνοκήλη.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ: Τράχηλικοί, υπεριλείδιοι οπισθονωτιαίοι, μασχालιαίοι, βουβωνικοί, αψηλάφητοι.

ΚΕΦΑΛΗ, ΟΦΘΑΛΜΟΙ, ΩΤΑ, ΡΙΝ, ΦΑΡΥΓΞ: Κεφαλή συμμετρική, Επιπεφυκότες οφθαλμών χωρίς ωχρότητα ή ικτερική χροιά. Δεν διαπιστώνεται διόγκωση θυροειδούς αδένος.

ΚΑΡΔΙΑ: S1, S2 φυσιολογικοί. Ρυθμός ικανοποιητικός. Χωρίς φυ-  
σήματα ή πρόσθετους τόνους. Χωρίς διόγκωση σφαγίτιδων.

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ: Παλιός καπνιστής (διακοπή πριν 7 χρόνια). Αναπνευστι-  
κό ψιθύρισμα φυσιολογικό. Επίτευξη των πνευμόνων φυ-  
σιολογική.

ΚΟΙΛΙΑ: Επισκόπηση: Παρατηρούνται εγχειρητικές ουλές.  
Ακρόαση: Εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί.  
Επίκρουση: Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα  
Ψηλάφηση: Κοιλιά μαλακή, χωρίς παραμορφώσεις.  
Ηπαρ-σπλήνα: αψηλάφητα.

ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ: Ιστορικό νεφρολιθιάσεως.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: Φυσιολογικό.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ: HCT=31,3, HGB=9,5, Λευικά=8,4, Γλυκόζη=82, Ουρία=38,  
Κρεατινίνη=0,8, αμυλάση ορού=16, Na=140, K=44.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση.

ΠΟΡΕΙΑ: Εισάγεται σε συστηματική PRESOLON, BETNESOL ENEMA,  
AZULFIDINE και παρεντερικά υγρά.

Ετσι άν και επιτυχάνουμε βελτίωση διαρροιών, καλή  
γενική κατάσταση, η νόσος εξακολουθεί να βρίσκεται  
σε έξαρση, οπότε αποφασίζεται χειρουργική επέμβαση.

Εγινε ολική κολεκτομή - RESERVOIR - λεπτού εντέρου.  
Αναστόμωση διαπρωκτική.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ: Ελκώδη κολίτιδα και πολύποδες κατιόντος ορθού.  
Λοιπά κοιλιακά όργανα φυσιολογικά.

ΠΟΡΕΙΑ: Ο άρρωστος εξήλθε ομαλά απο το νοσοκομείο την 10η με-  
τεγχειρητική μέρα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1. Αιμορραγία	α) Να αποκατασταθεί η αιμορραγία. β) Να προληφθεί ολιγαμικρό SHOCK	α) Λήψη αίματος για διασταύρωση. β) Κατόπιν χορήγηση αίματος και υγρών παρεντερικά.	α) Εφαρμόζουμε το πρόγραμμα και παρακολουθούμε για τυχόν αντιδράσεις από τη μετάγγιση. β) Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.	α) Ο ασθενής πήρε το αίμα χωρίς να παρουσιάσει αντιδράσεις. Η αιμορραγία σταμάτησε.
2. Καταβολή δυνάμεων	α) Να επανακτήσει ο ασθενής τις δυνάμεις του.	α) Ανάπαυση β) Ηρεμία γ) Αποφυγή δραστηριοτήτων.	α) Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων.	α) Ο ασθενής μετά από μερικές μέρες αισθανόταν καλύτερα.
3. Ανορεξία	α) Κύριο μέλημα είναι να βελτιωθεί η όρεξη του ασθενούς και να διατηρηθεί καλή θρέψη.	α) Προσφορά τροφής, αρεσκείας του.	α) Προσφέρουμε την τροφή σε ριζομένη όμορφα.	α) Ο ασθενής παρουσίασε βραδεία βελτίωση της όρεξης. Χρειάστηκαν αρκετές μέρες για να αρχίσει να παίρνει συχνά και μικρά γεύματα. Τέλος έφτασε να τρώει μόνος του.
4. Διάρροια	α) Αντιμετώπιση διάρροιας.	α) Ευυδάτωση αρρώστου.	α) Τοποθέτηση ορού.	α) Απαλλαγή του αρρώστου από διάρροιας.
5. Απώλεια βάρους	α) Ν' αυξηθεί το σωματικό του βάρος.	α) Χορήγηση τροφής.	α) Χορηγούμε την τροφή η οποία πρέπει να είναι ανωτέρας βιολογικής αξίας.	α) Το βάρος του ασθενούς παρέμεινε στα ίδια επίπεδα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
6. Αναιμία (λόγω της συνεχούς απώλειας αίματος)	α) Να διορθωθεί η αναιμία.	α) Χορήγηση σιδήρου και ανάλογης διατροφής, πλούσια σε σίδηρο.	α) Χορηγούμε σίδηρο.	α) Μετά απο αρκετές μέρες, η εξέταση αίματος, έδειξε άνοδο του αιματοκρίτη.
7. Ναυτία, έμετος.	α) Να εξουδετερωθεί η ναυτία και να αποφευχθεί ο έμετος.	α) Συστάσεις για να παίρνει βαθιές αναπνοές για καταστολή της ναυτίας.	α) Σε περίπτωση εμέτων χορήγηση αντιεμετικών (PRIMPERAN AMP)  β) Πλύσεις του στόματος.	α) Ο ασθενής μετά την χορήγηση αντιεμετικού δεν παρουσίασε άλλους εμέτους.
8. Πυρετός με ρίγος.	α) Να επανέλθει φυσιολογική θερμοκρασία.	α) Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.  β) Ενίσχυση του αρρώστου να παίρνει άφθονα υγρά  γ) Τοποθέτηση θερμοφόρας για το ρίγος.  δ) Προστασία απο ρεύματα.	α) Χορήγηση αντιπυρετικού (APOTEL AMP).	
9. Προετοιμασία του εντέρου για επέμβαση.	α) Να απελευθερωθεί το έντερο απο το περιεχόμενό του.	α) Κατάλληλη δίαιτα για όσο το δυνατόν λιγότερα υπολείμματα.	α) Χορήγηση ελαφρών υπακτικών (FLORISAN SUP).  β) Εφαρμογή υποκλισμών την παραμονή και της πρώτης ημέρας της επέμβασης.	

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
10. Φόβος, αγωνία, ανησυχία.	α) Να φτάσει ο ασθενής στο χειρουργείο, ήρεμος και χωρίς άγχος.	α) Ηθική τόνωση του αρρώστου. β) Ενημέρωση για την επέμβαση	α) Χορήγηση ηρεμιστικών (STEDON TAB).	α) Καταφέραμε να ηρεμήσει ο άρρωστος και να φτάσει έτσι, χωρίς άγχος στο χειρουργείο.
----- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΝΕΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. -----				
1. Πόνος	α) Να μειωθεί ο πόνος και να ανακουφιστεί ο ασθενής.	α) Χορήγηση παυσίπονων.	α) Δίνουμε κατόπιν ιατρικής εντολής παυσίπονα συνήθως (PETHIDINE ή ROMIDON AMP) αφού προηγουμένως γίνει μέτρηση αρτηριακής πίεσεως και ζωτικών σημείων.	α) Με την επίδραση των παυσίπονων ο πόνος σταδιακά μειώθηκε.
2. Ξηρότητα στόματος.	α) Ν'ανακουφιστεί ο ασθενής από την ξηρότητα.	α) Εφύγραση του στόματος και των χειλέων.	α) Γίνεται εφύγραση με βρεγμένα PORT-COTTON. β) Επάλειψη των χειλέων με βαζελίνη.	α) Ο ασθενής όπως είναι φυσιολογικό σημείωσε μόνο ελάχιστη βελτίωση του βαθμού της ξηρότητας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3. Αίσθημα φουσκώματος	α) Ν' απαλλαγεί ο άρρωστος από τα αέρια που προκαλούν το φούσκωμα.	α) Συνιστούμε στον άρρωστο να σηκωθεί γρήγορα από το κρεβάτι και να αντιμετωπίσει έτσι το αίσθημα του φουσκώματος.	α) Εάν δεν έχουμε αποτελέσματα τοποθετούμε θερμοφόρα στο επιγάστριο για την αύξηση του περισταλτισμού του εντέρου με συνέπεια την αποβολή αερίων.	α) Το αποτέλεσμα ήταν θετικό και ο ασθενής ανακουφίστηκε.
4. Τοποθέτηση LEVIN	α) Να νιώθει ο άρρωστος όσο το δυνατό λιγότερο το αίσθημα δυσφορίας. β) Να λειτουργεί καλά η παροχέτευση.	α) Συχνή παρακολούθηση για την καλή παροχέτευση των γαστρικών υγρών.	α) Μέτρηση και καταγραφή του ποσού των γαστρικών υγρών παρατήρηση του χρώματος (αιματηρά, χολώδη).	α) Η παροχέτευση του LEVIN ήταν ικανοποιητική. Το ποσό των υγρών 120 - 150 CC ημερησίως και τα υγρά ήταν χολώδη.
5. Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	α) Να αποκατασταθεί το ισοζύγιο των υγρών.	α) Χορήγηση υγρών διαλυμάτων παρεντερικά. β) Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλομένων υγρών.	α) Χορηγούμε RIGER S NORMAL SALINE, DEXTROSE 5%.	α) Το ισοζύγιο των υγρών που είχε διαταραχθεί λόγω απώλειας αίματος και υγρών κατά την επέμβαση άρχισε να αποκαθίσταται βαθμιαία με τη χορήγηση των υγρών. Το ποσό των προσλαμβανόμενων ήταν ίσο με το ποσό των αποβαλομένων υγρών.



Ο ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση. Είχε επανακτήσει τις δυνάμεις του και είχε αποδεχτεί την κολοστομία, μετά απο πολλές συζητήσεις με τους γιατρούς και τις αδελφές του τμήματος. Είχε μάθει να καθαρίζει και να περιποιείται την κολοστομία του, καθώς και να αλλάζει το κολοπλάστ μετά απο μακροχρόνια διδασκαλία με τις αδελφές.

## Β. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (ΙΣΤΟΡΙΚΟ)

### ΕΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ: Παυλόπουλος

ΟΝΟΜΑ: Σωτήριος

ΗΛΙΚΙΑ: 30

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 15.2.89

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: Παρατεινόμενο εμπύρετο απο 20ημέρου.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Ο ασθενής αναφέρει παρατεινόμενο εμπύρετο απο 20ημέρου.

Ο ασθενής έχει γνωστό ιστορικό ελκώδους κολίτιδας που ξεκινά απο το Μάρτιο του 1985. Το τελευταίο χρόνο η νόσος ήταν σε ύφεση. Κατά την κλινική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία βρέθηκε πρωκτικός δακτύλιος εστενωμένος, να φλεγμαίνει καθώς και κίτρινώχρους βλέννη κατά την δακτυλική.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΤΙΚΟ: Αναφέρει παρόμοιο επεισόδιο το Δεκέμβριο του 1988 για το οποίο δεν πήρε θεραπεία.

ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗ: ΘΕ: 38° C, ΕΦ: 112, Α/Π: 60/100

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ: Αψηλάφητοι.

ΚΕΦΑΛΗ, ΟΦΘΑΛΜΟΙ, ΟΤΑ, ΡΙΣ, ΦΑΡΥΓΞ: Κεφαλή συμμετρική, ακοή φυσιολογική, Αμυγδαλεκτομή το Σεπτέμβριο του 1985.

ΚΑΡΔΙΑ: Επιλεκτική: Χωρίς διόγκωση στις σφαγίτιδες, χωρίς οίδημα σε σφυρά, χωρίς θρομβοφλεβίτιδα, έλκη στα κάτω άκρα. Αιχμάση: S1, S2 φυσιολογικοί χωρίς φύσημα.

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ: Αναπνευστικό ψιθύρισμα φυσιολογικό.

ΚΟΙΛΙΑ: Επιτοκόπηση: Παχυσαρμιά 20%.

Αιρόαση: Αυξημένοι εντερικοί ήχοι.

Ψηλάφηση: Ηπαρ επώδυνο. Σπλήνας ψηλαφάται τριπλάσιος του φυσιολογικού.

Δακτυλική εξέταση ορθού: Ο πρωκτός φλεγμαίνει καθώς και τα τελευταία 2CM. Παρουσία κιτρινωπής βλέννας.

ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ: Εξωτερικά γεννητικά όργανα, χωρίς ευρήματα.

ΑΚΡΑ, ΟΣΤΑ, ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ: Χωρίς ευρήματα.

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: Φυσιολογικό.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ελκώδη κολίτιδα σε βελτίωση.

ΠΟΡΕΙΑ: Εισαγωγή στο Νοσοκομείο, χορήγηση υγρών, προγραμματισμός για ορθοσκόπηση.

Ορθοσκόπηση: Κατά την εισαγωγή του οργάνου διαπιστώνεται εσωτερ. αιμορροΐδες με μικρή ραγάδα. Μικροκοκκιώδης υφή του βλενογόνου και ελαφρά ερυθρότητα. Επάρθησαν βιοψίες. Είσοδος μέχρι τα 18CM. Μετά τα 13CM ο βλενογόνος είναι φυσιολογικός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αιμορροΐδες εσωτερικές.

Εικόνα ελκώδους κολίτιδας σε ύφεση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1. Καταβολή δυνάμεων	α) Να επανακτήσει τις δυνάμεις του.	α) Ανάπαυση β) Ηρεμία ;	α) Περιορισμός δραστηριοτήτων.	α) Σημειώθηκε προοδευτική βελτίωση.
2. Πόνος στη κοιλιακή χώρα	α) Να ανακουφιστεί ο άρρωστος από τον πόνο.	α) Διδασκαλία του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι του στην κατάλληλη θέση. β) Παρακολούθηση και καταγραφή των χαρακτηρισμών του πόνου.	α) Χορήγηση αντισπασμωδικών (BUSCOPAN AMP) φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.	α) Ανακούφιση από τον πόνο.
3. Μετεωρισμός της κοιλιάς	α) Να ανακουφιστεί ο άρρωστος από τη δυσφορία που προκαλεί ο μετεωρισμός.	α) Ελαφρά στροφή στο πλάι. β) Τοποθέτηση σωλήνα αερίων για την αποβολή αυτών. γ) Αποφυγή υγρών και τροφής που προκαλούν αέρια.	α) Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα του εντέρου (υπατιλιά πχ. DUPHALAC)	α) Το σύμπτωμα σιγά σιγά υποχώρησε και παρατηρήθηκε βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου.
4. Πυρετός	α) Να απαλλαγεί ο άρρωστος από τον πυρετό.	α) Εφαρμογή παγοκύστεων στις μασχάλες και στα πόδια. β) Αφθονα υγρά.	α) Χορήγηση αντιπυρετικών (AROTEL AMP)	α) Η θερμοκρασία του ασθενή επανήλθε στο φυσιολογικό.

Ο ασθενής είναι σε πολύ καλή κατάσταση. Στις 23.2.90 ο ασθενής απεχώρησε από την κλινική και θα συνεχίσει τον εργαστηριακό έλεγχο προσερχόμενος ανάλογα με τα ραντεβού στο νοσοκομείο.

#### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ελκώδης κολίτιδα παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον από άποψη νοσηλευτική. Η νοσηλεύτρια έχει πάρα πολλούς τομείς να ασχοληθεί και με χίλιους τρόπους να προσφέρει τις υπηρεσίες της.

Χρειάζεται ίσως περισσότερο από ότι σε άλλους ασθενείς να δείχνει υπομονετικότητα και ειλικρινές ενδιαφέρον και αγάπη σ' αυτούς που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα.

Να μην ξεχνάει τουλάχιστον για το νοσοκομείο ότι ο άρρωστος πέρα από την ταλαιπωρία που υφίσταται από την αρρώστεια του και τις διαγνωστικές εξετάσεις ταλαιπωρείται και από την ίδια την παραμονή του στο νοσοκομείο και για ένα λόγο ακόμα χρειάζεται την αληθινή κατανόηση των προβλημάτων του και την καρτερία της.



Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Αγγελόπουλου Β.: ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ: 'ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ' Τακτικού καθηγητού της Παθολογικής κλινικής και του εργαστηρίου της Ομώνυμης έδρας.
- Γαρδίκια ΚΔ: Ειδική νοσολογία, τρίτη έκδοση, Αθήνα 1981.
- Μαγαρινού ΜΑ-Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: Νοσηλευτική, Βασικά Αρχαί. Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α, Αθήνα 1984.
- Μαγαρινού ΜΑ-Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: Νοσηλευτική. Βασικά Αρχαί. Παθολογική χειρουργική, τόμος Β', Αθήνα 1984.
- Παπαδάκη Α': Εγχειρίδιο Χειρ/ου. Ασηπτος τεχνική, Αθήνα 1977.
- Παπακωνσταντίνου Ι : Σημειώσεις Ιστολογίας, Αθήνα 1985.
- Ραγιά Α: Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Θεμελιώδεις Αρχές. Αθήνα 1978.
- Σαχίνη Δ και σύν: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες, τόμος 1ος, Αθήνα 1984.
- Σαχίνη Α και σύν: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες, τόμος 2ος, Αθήνα 1985.
- Χατζημηνά Ι: ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, Έκδοση Α', Αθήνα 1979.
- BRUNNER και σύν: Εγχειρίδιο Παθολογικής Χειρουργικής Νοσηλευτικής. Σχολή Αξιωματικών Αδελφών Νοσοκόμων. Τόμος 3ος. Αθήνα 1978.
- HARRISON T. Εσωτερική Παθολογία Γ', Έκτη έκδοση, Αθήνα 1972.
- READ A. και σύν: Σύγχρονη Παθολογία, Αθήνα 1984.
- TEMELOVE S, REYNELL D: Επιμέλεια, Μεταφορά: ΟΡΕΣΤΗ Ν. ΜΑΝΟΥΣΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.
- ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ 'ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ'. Εκδόθηκε σε συνεργασία του ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ με Έλληνες ειδικούς και τη U.I.C.C., Αθήνα 1981.
- Ιατρικός οδηγός: Τόμος 2, Αθήνα 1968.
- Υπο των διδασκουσών αδελφών της Ανωτέρας Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του Θεραπευτηρίου 'Ευαγγελισμός', Σημειώσεις Παθολογικής και Χειρουργικής Νοσηλευτικής.
- Υπο των διδασκουσών αδελφών της Ανωτέρας Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του Θεραπευτηρίου 'Ευαγγελισμός'. Εγχειρίδιο Νοσηλευτικής Τέχνης. Αθήνα 1979-1980.