

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

Θέμα: "Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με παθήσεις των χοληφόρων
οδών"

Σπουδάστρια: Ανδρεοπούλου Σταυρούλα

Εξεταστική επιτροπή
1^{ος}) Παπουτσάκης Σπύρος



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1145
----------------------	------

Περιεχόμενα

σελ.

Μέρος Α'

Κεφάλαιο 1^ο: Ανατομία - φυσιολογία των χοληφόρων

Κεφάλαιο 2^ο: Διαγνωστική Μελέτη των χοληφόρων

Κεφάλαιον 3^ο: Παθήσεις των χοληφόρων και θεραπεία

Μέρος Β'

Κεφάλαιον 1^ο: Η Νοσηλευτική φροντίδα στη Συντηρητική
θεραπεία

Κεφάλαιο 2^ο: Η Νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική
θεραπεία - Προεγχειρητική - Μεταγχειρητική φροντίδα

Κεφάλαιον 3^ο: Ιστορικά ασθενών

Πρόλογος

Οι παθήσεις των χοληφόρων έχουν ιδιαίτερη σημασία γιατί μπορεί να ξεκινήσουν πολλές περιπέτειες και να βασανίζουν τον ασθενή. Μια από τις παθήσεις είναι και η χολολιθίαση που παρουσιάζεται πολύ συχνά στην εποχή μας. Υπολογίζεται ότι το 15-20% των ενηλίκων παρουσιάζουν χολολιθίαση. Ενώ στις Σκανδιναβικές χώρες υπολογίζεται ότι 1 στους 3 σε άτομα πάνω από 75 ετών πάσχουν από χολολιθίαση. Σ'αυτήν την εργασία "παθήσεις των χοληφόρων και νοσηλευτική φροντίδα" περιγράφεται η κλινική συμπτωματολογία η εργαστηριακή έρευνα για τις παθήσεις των χοληφόρων η θεραπεία καθώς και η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με την πάθηση αυτή.

ΜΕΡΟΣ Α΄

Κεφάλαιον 1^{ου}Ανατομία

Από την τρίτη εμβρυολογική εβδομάδα εμφανίζεται ένα εκόλπωμα που σχηματίζει την αρχή της κατασκευής του ήπατος και των χοληφόρων.

Τα ενδοηπατικά χοληφόρα τριχοειδή από το δεξιό και τον αριστερό λοβό ενώνονται και σχηματίζουν μεγαλύτερα ενδοηπατικά χοληφόρα που καταλήγουν στον δεξιό και τον αριστερό ήπατικό πόρο. Η διάμετρος των δύο αυτών πόρων είναι 3 χιλιοστά περίπου ενώ το μήκος του αριστερού είναι 1,5-2 εκ. και του δεξιού 1 εκ..

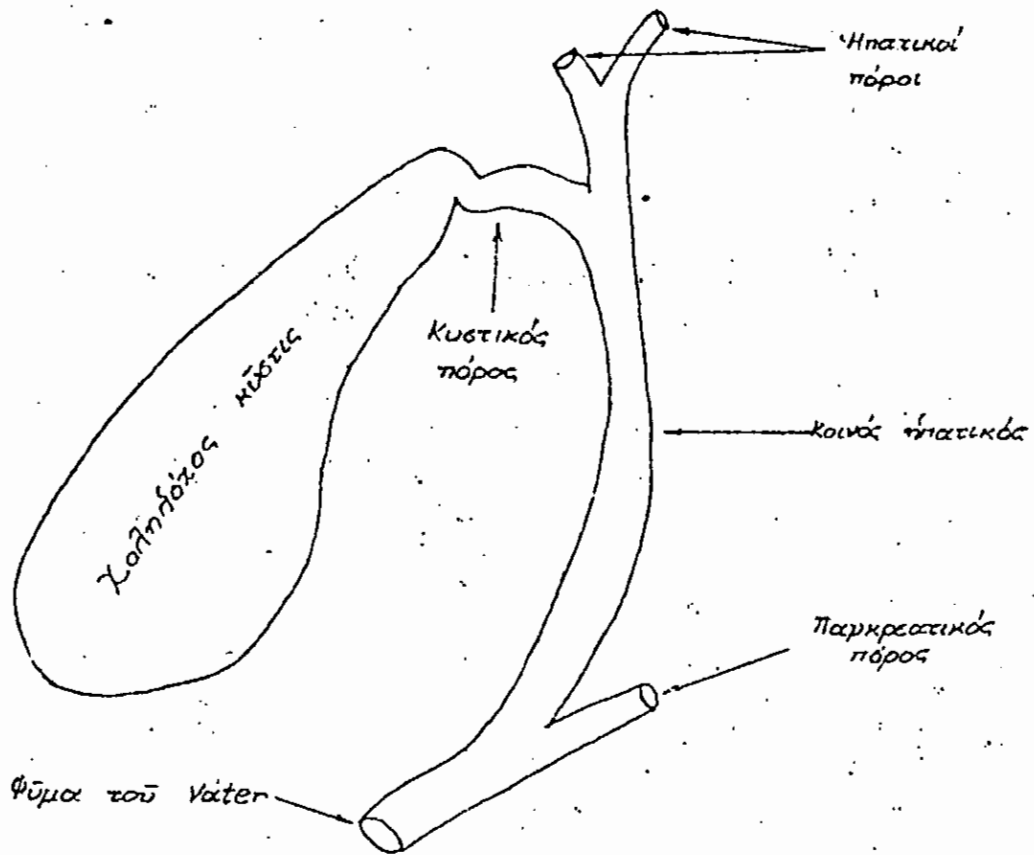
Ο κοινός ηπατικός πόρος ενώνεται με τον κυστικό πόρο και σχηματίζει τον χοληδόχο πόρο.

Τα πάνω δυο τριτημόρια του χοληδόχου πόρου πηγαίνουν στο δεξιό χείλος του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου ενώ το κάτω τριτημόριο πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος όπου ενώνεται με τον παγκρεατικό πόρο και καταλήγει στο φύμα του Vater.

Ο χοληδόχος πόρος προς το τέλος έχει στενό αυλό και παχύ τοίχωμα.

Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος και καταλήγει στον κυστικό πόρο που παροχετεύει το περιεχόμενο στον χοληδόχο πόρο.

Η χοληδόχος κύστη είναι ένα όργανο σαν αχλάδι χωρητικότητας 50ml περίπου και αποτελείται από τον πυθμένα, το δώμα και τον αυχένα.



Σχ. 5

Διάγραμμα τῶν χολιφόρων ὁδῶν καί τῆς χοληδόχου κύστεως.

Ιστολογικά αποτελείται από ορογόνο μυϊκό και βλεννογόνιο χιτώνα. Ο μυϊκός χιτώνας είναι πλούσιος σε βλεννοεκκριτικούς αδένες ενώ ο βλεννογόνος επενδύεται από κυλινδρικό επιθήλιο που περιέχει χοληστερόλη και σταγονίδια λίπους.

Η αιμάτωση της χοληδόχου κύστης προέρχεται από την κυστική αρτηρία που είναι κλάδος της δεξιάς ηπατικής. Η φλεβική αποχέτευση του αίματος γίνεται δια μέσου μικρών φλεβών οι οποίες εισέρχονται στο ήπαρ προς τους κλάδους των ηπατικών φλεβών. Την ίδια πορεία έχουν και τα λεμφικά αγγεία. Η νεύρωση της χοληδόχου κύστης είναι συμπαθητική προέρχεται από κοιλιακό πλέγμα και ακολουθεί τους κλάδους της ηπατικής αρτηρίας.

Η αιμάτωση του χοληδόχου πόρου είναι αρκετά πλούσια. Προέρχεται από κλάδους της οπίσθιας δωδεκαδακτυλικής και της παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Η αιμάτωση είναι πιο πλούσια στο κάτω τριτημόριο του πόρου και γι' αυτό οι εγχειρητικοί χειρισμοί στην περιοχή αυτή απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή αφού ο κίνδυνος για αιμορραγία είναι μεγαλύτερος.

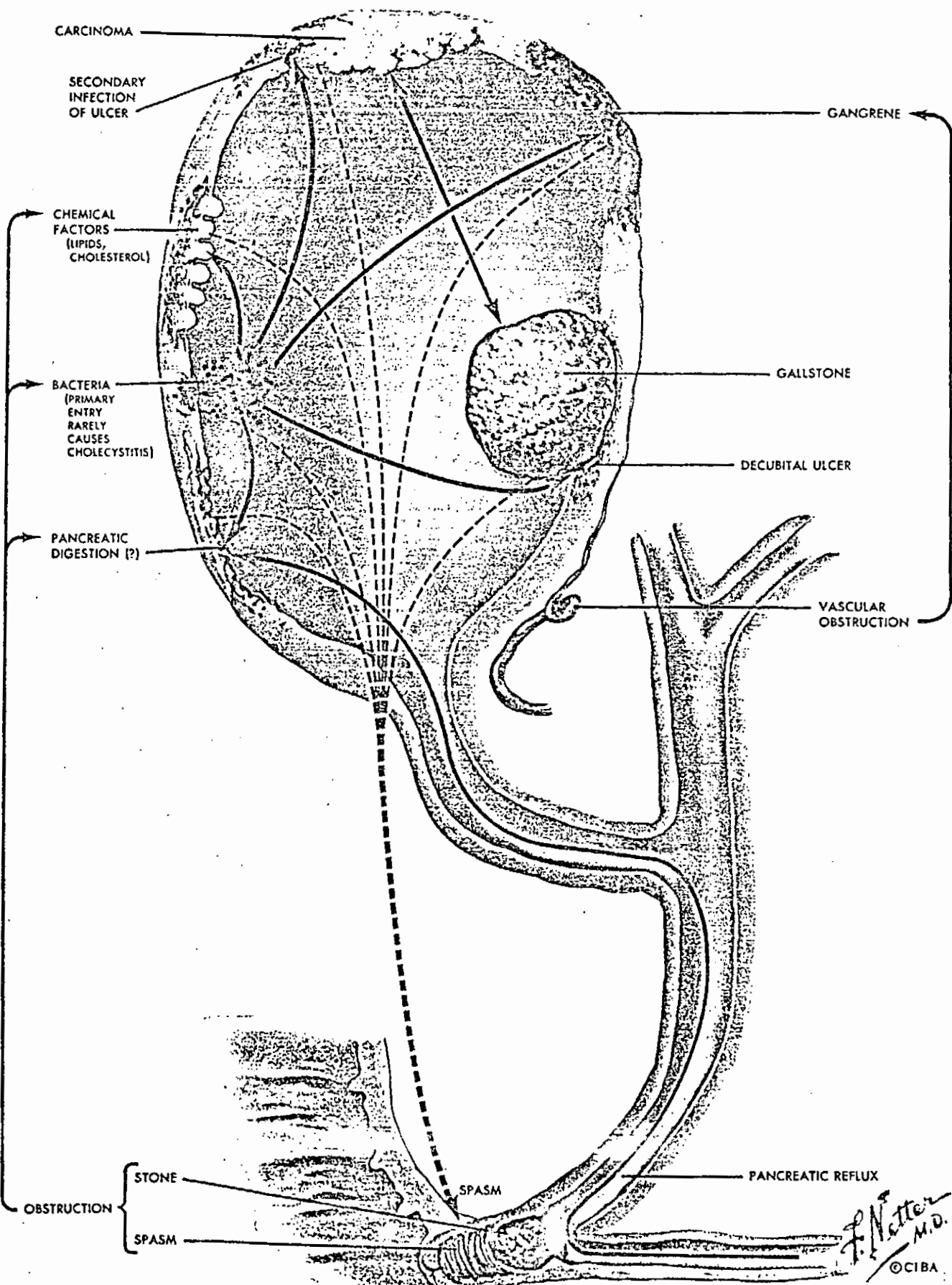
Οι Κούοιας σε 3843 εγχειρήσεις στα χοληφόρα βρήκαν 190 περιπτώσεις με ανωμαλίες των χοληφόρων.

Ακόμα δεν παρατηρήθηκε ότι στα άτομα με χολόλιθους η συχνότητα των ανωμαλιών είναι μεγαλύτερη απ' ότι στα υγιή άτομα.

Η σημασία αυτού του γεγονότος είναι διπλή.

α) Η χοληλιθίαση αναπτύσσεται συχνότερα σε άτομα με ανωμαλίες των χοληφόρων.

β) Κατά τις εγχειρήσεις των ασθενών με χολόλιθους χρειάζεται προσοχή μήπως αυτές οι ανωμαλίες γίνουν αιτία σοβαρών



F. Netter M.D.

επιπλοκών.

Στη χοληδόχο κύστη ο βλεννογόνος εμφανίζει εκτεταμένες πτυχές έτσι που να αυξάνεται σημαντικά η επιφάνειά της το δε εσωτερικό παρουσιάζει την όψη κηρήθρας.

Φυσιολογία

Η χολή εκκρίνεται από τα ηπατική κύτταρα. Μέσω δε του χοληδόχου πόρου μεταφέρεται στο δωδεκαδάκτυλο. Στα διαστήματα μεταξύ των γευμάτων το δωδεκαδακτυλικό στόμιο του πόρου παραμένει κλειστό. Έτσι η χολή που παράγεται μεταφέρεται στην χοληδόχο κύστη και αποθηκεύεται.

Η χολή που παράγεται καθημερινά στο ήπαρ κυμαίνεται από 250-1100ml. Η χοληδόχος κύστη παρά τη μικρή χωρητικότητα μπορεί να συγκεντρώσει τη χολή που εκκρίνεται στο ήπαρ σε χρονικό διάστημα 12 ωρών και αυτό γιατί η χολή που συλλέγεται στη χοληδόχο κύστη συμπυκνώνεται λόγω απορρόφησης από το τοίχωμα του οργάνου ύδατος νατρίου χλωρίου και ηλεκτρολυτών. Έτσι δεν διατηρεί την αρχική της περιεκτικότητα σε χολικά άλατα χοληστερόλη και χολερυθρίνη. Τα στοιχεία από τα οποία αποτελείται η χολή είναι το νερό 97% τα ανόργανα και οργανικά ιόντα. (το Νάτριο, Κάλιο, Χλώριο, ασβέστιο και Υδροξύλιο), τα χολικά οξέα, φωσφολιπίδια η χοληστερόλη η χολερυθρίνη και μικρές ποσότητες πρωτεΐνης.

Λειτουργίες της χοληδόχου κύστης

Ο βλεννογόνος της χοληδόχου κύστης έχει τη μεγαλύτερη ικανότητα απορρόφησης απ' οποιαδήποτε άλλη επιφάνεια στο ανθρώπινο σώμα. Εκτός δε από την απορροφητική ικανότητα έχει και εκκριτική δηλαδή εκκρίνει βλέννα περίπου 20ml το 24ωρο που έχει σκοπό να

προστατεύει τη χοληδόχο κύστη από τη λυτική δράση της χολής.

Η κινητικότητα της χοληδόχου κύστης η λειτουργική σύσπαση και η προώθηση της χολής είναι αποτέλεσμα ενδοκρινών νευρικών και μηχανικών παραγόντων.

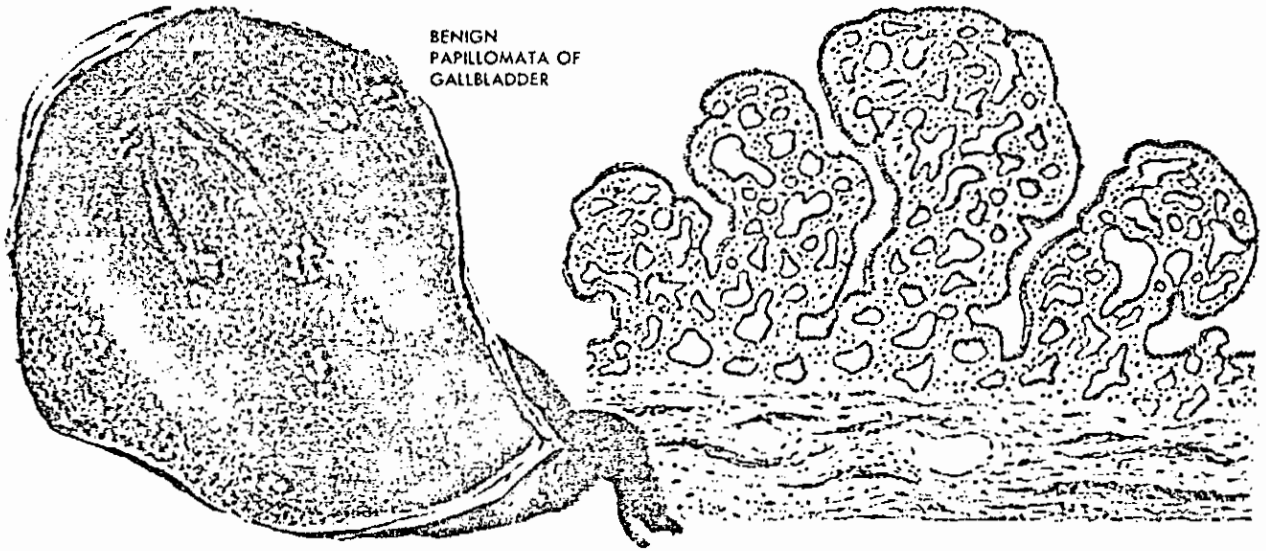
Παθολογική φυσιολογία

Σχηματισμός χολόλιθων. Το 80% των χολόλιθων που απαντώνται στις χώρες του Δυτικού πολιτισμού αποτελούνται κυρίως από χοληστερόλη ασβέστιο και χρωστικές της χολής. Το μεγαλύτερο μέρος στους χολόλιθους αποτελεί η χοληστερόλη. Οι λίθοι αυτοί είναι ακτινοδιαβατοί και η σκierότητα εξαρτάται από τη περιεκτικότητά τους σε ασβέστιο. Έχουν διάμετρο πάνω από 2 εκατοστά και συνήθως είναι πολλαπλοί. Οι χοληστερολικοί λίθοι συνοδεύουν συνήθως αιμολυτικές καταστάσεις ή χολοκυστίτιδες. Όταν η χολή είναι υπερκορεσμένη σε χοληστερόλη τότε σχηματίζονται μικροσκοπικοί κρύσταλλοι που συσσωρεύονται και έτσι δημιουργούνται μακροσκοπικοί κρύσταλλοι. Για να σχηματισθεί ο λίθος χρειάζεται ένας πυρήνας γύρω από τον οποίο θα συγκεντρωθούν οι κρύσταλλοι της χοληστερόλης.

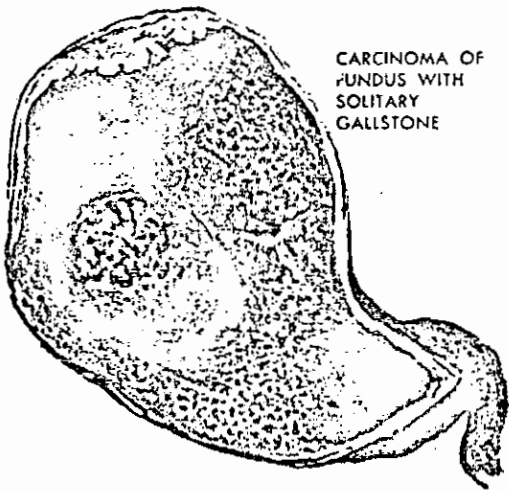
Αυτός ο πυρήνας μπορεί να αποτελείται από χοληστερόλη ή από άλλες πηγές όπως είναι Μόρια χολερυθρίνης, λιπαρών οξέων, ασβεστίου λευκωμάτων και διάφορα ξένα σώματα.

Για να σχηματισθεί ο λίθος τρεις είναι οι κύριοι παράγοντες:

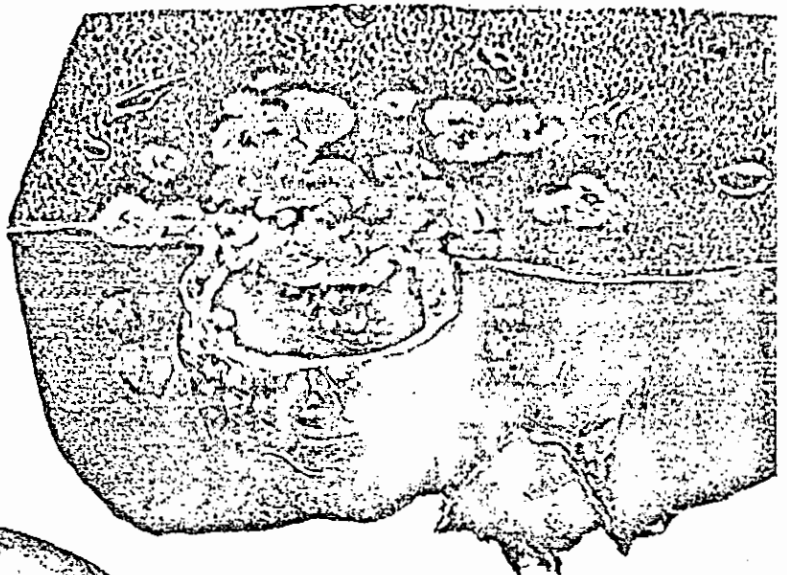
- α) Η μεταβολική αύξηση της χοληστερίνης και της χολερυθρίνης.
- β) Η στάση της χολής στη χοληδόχο κύστη.
- γ) Η χρόνια φλεγμονή της χοληδόχου κύστης.



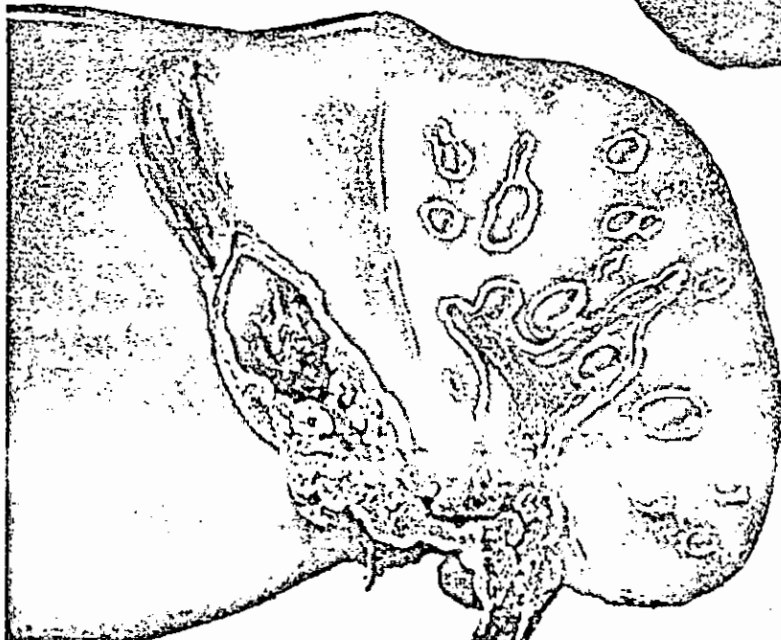
BENIGN
PAPILLOMATA OF
GALLBLADDER



CARCINOMA OF
FUNDUS WITH
SOLITARY
GALLSTONE



CARCINOMA OF GALLBLADDER
INVADING LIVER



CARCINOMA OF NECK
OF GALLBLADDER
EXTENDING TO
COMMON BILE DUCT:
HYDROHEPATOSIS

F. Netter
M.D.
© CIBA

Οι χοληστερινικοί λίθοι έχουν χρώμα λευκοκίτρινο σχήμα στρογγυλό επιφάνεια λεία και είναι διαπερατοί σε ακτίνες. Οι λίθοι χολερυθρινικού ασβεστίου έχουν χρώμα σκούρο, σχήμα ακανόνιστο και είναι αδιαπέραστοι στις ακτίνες. Ενώ οι λίθοι από ανθρακικό ασβέστιο έχουν χρώμα λευκόφαιο και σχήμα ακανόνιστο. Για να σχηματισθούν αυτοί οι λίθοι πρέπει να εκκρίνεται από το ήπαρ προς τη χολή μεγάλη ποσότητα χολερυθρίνης όπως γίνεται στις αιμολυτικές αναιμίες και να υπάρχει λοίμωξη της χοληδόχου κύστης.

Ακόμη δε και ορμονικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν σχέση με τον σχηματισμό χολόλιθων όπως σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, από υπερθυρεοειδισμό ή σε γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης, γιατί μετά τον τέταρτο μήνα πιέζεται η χοληδόχος κύστη και δεν γίνεται κανονική εκκένωση. Τα αντισυλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα και η γρήγορη απώλεια βάρους προδιαθέτουν στη χολολιθίαση. Έχει παρατηρηθεί κάποια αύξηση στη συχνότητα της χολολιθίασης μετά από ολική ή μερική γαστρεκτομή, καθώς και μετά από διατομές των πνευμονογαστρικών.

Ο τύπος που σχηματίζονται οι χολόλιθοι είναι η χοληδόχος κύστη, γιατί μέσα σ' αυτή συμβαίνουν οι διαταραχές διαλυτότητας χοληστερόλης φωσφολιπιδίων και χολικών αλάτων και είναι τύπος παραγωγής λιθογόνων πυρήνων.

Ενώ η λιθίαση στους χοληφόρους πόρους είναι σπάνια και δημιουργείται όταν υπάρχουν ειδικές καταστάσεις όπως παρασιτικές ασθένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ 2^ΟΔιαγνωστική μελέτη των χοληφόρων

Η ακτινολογία χάρη στα διαγνωστικά μηχανήματα μπορεί να βοηθήσει στη μελέτη των παθήσεων των χοληφόρων και να συμβάλλει στην προεγχειρητική διάγνωση όσο και στην εγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση. Για τα χοληφόρα υπάρχουν πολλές εξετάσεις που θα αναφερθούν παρακάτω:

1) Απλή ακτινογραφία

Η πρώτη ακτινολογική εξέταση που πρέπει να γίνει σε κάθε κοιλιακό πόνο είναι η απλή ακτινογραφία κοιλίας.

Η εξέταση αυτή είναι απλή αναίμακτη και ακίνδυνη και θετική σε συχνότητα 15% των περιπτώσεων χολολιθιάσεων ή ότι υπάρχει αέρας στην περιοχή των χοληφόρων.

2) Η από του στόματος χολοκυστογραφία

Με την εξέταση αυτή γίνεται η διάγνωση της χολολιθίασης με σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστεως με ειδική ακτινοσκοπική ουσία που χορηγείται από το στόμα. Η ουσία αυτή είναι τα Biloptin ή τα Teleraque με τη μορφή δισκίων, η οποία απορροφάται από το λεπτό και παχύ έντερο μπαίνει στην κυκλοφορία, συνδέεται με τη λευκωματίνη του ορού, προσλαμβάνεται από το ήπαρ και αποβάλλεται με τη χολή με αποτέλεσμα να συγκεντρώνεται στη χοληδόχο κύστη όπου συμπυκνώνεται με την απορρόφηση ύδατος και κάνει σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης. Τα δισκία ο άρρωστος τα παίρνει 12 ώρες πριν την εξέταση. Αν δεν γίνει σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστεως αυτό μπορεί να οφείλεται:

α) Σε απόφραξη του κυστικού πόρου.

β) Διαταραχή στην απορρόφηση της σκιεράς ουσίας από το έντερο.

γ) Διαταραχή στην απέκκριση της σκιεράς ουσίας από το ήπαρ.

Η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επείγοντα περιστατικά που χρειάζεται να ξέρουμε αν πρόκειται για χολολιθίαση ή όχι.

Η σκιαγράφιση του χοληδόχου πόρου μπορεί να γίνει με τη δεύτερη φάση της εξέτασης όπου με τη λήψη χοληστερινικού γεύματος, αυγά ή χολοκυστοκινίνη προκαλείται σύσπαση της χοληδόχου κύστης και προώθηση της σκιεράς ουσίας προς τον χοληδόχο πόρο.

3) Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία

Η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία γίνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση σκιεράς ουσίας που είναι το Biligrafin ή το Biligram. Με τη μέθοδο αυτή γίνεται απεικόνιση των εξωηπατικών χοληφόρων.

Η σκιαγραφική ουσία προσλαμβάνεται από το ήπαρ και αποβάλλεται δια μέσου των χοληφόρων και σε χρόνο 15 λεπτών μέχρι 2 ώρες δίνει σκιαγράφιση του εξωηπατικού χοληφόρου συστήματος και του χοληδόχου πόρου.

Έχει αποδειχθεί πειραματικά σε κουνέλια ότι το 90% της σκιεράς ουσίας αποβάλλεται με τα κόπρανα και το 10% με τα ούρα.

Σοβαρό μειονέκτημα της ενδοφλέβιας χολαγγειογραφίας είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις.

Σε στατιστική που έγινε το 1982 στο Αρεταίειο που τους έγινε ενδοφλέβια χολαγγειογραφία οι 21 ασθενείς παρουσίασαν βρογχό-

σπασμο, δύσπνοια, τάση για έμμετο, κνησμό, εξάνθημα, καρδιακή ανακοπή.

Δεν γίνεται με τη μέθοδο αυτή διαγνωστική σκιαγράφιση σε αρρώστους ικτερικούς με χολερυθρίνη μεγαλύτερη των 3,5mg%.

Σχετικά με το θέμα επιλογής μεταξύ χολοκυστογραφίας και ενδοφλέβιας χολαγγειογραφίας πιστεύεται ότι

I) Η χολοκυστογραφία παρουσιάζει καλύτερα τη χοληδόχο κύστη ενώ η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία τον χοληδόχο πόρο.

II) Η χολοκυστογραφία είναι απλή χωρίς επιπλοκές.

III) Οι δύο αυτές εξετάσεις συμπληρώνουν η μια την άλλη.

(4) Διαδερμική Διηπατική χολαγγειογραφία

Η μέθοδος αυτή είναι σχετικά παλιά και γίνεται σε ασθενείς με αποφρακτικό ίκτερο ή σε περίπτωση που αποτυγχάνει η ενδοφλέβια χολαγγειογραφία. Οι πιο πολλές περιπτώσεις αφορούν ασθενείς με ιστορικό προηγηθεισών εγχειρήσεων στα χοληφόρα ή σε καρκινοπαθείς.

Πριν από την εξέταση πρέπει να γίνεται ένα υπερηχογράφημα ήπατος και χοληφόρων ή μια αξονική τομογραφία για τη διερεύνηση της αιτίας της χολαστάσεως και για την ανακάλυψη του επιπέδου της απόφραξης.

Ακόμη στην Ελλάδα που ο κυστικός εχινόκοκκος είναι υψηλός θα πρέπει να γίνεται υπερηχογράφημα ήπατος για να αποφεύγεται η εξέταση σε αρρώστους με εχινόκοκκο.

Θα πρέπει αυτή η εξέταση να γίνεται με άσηπτη τεχνική για

αποφυγή επιπλοκών και συχνή παρακολούθηση του αρρώστου για αιμορραγία ή διαφυγή της χολής. Με τη μέθοδο αυτή, με βελόνη γίνεται παρακέντηση των ενδοηπατικών χοληφόρων και οδηγείται προς τον χοληφόρο πόρο για να βρεθεί το κώλυμα και να γίνει παροχέτευση της χολής προς το έντερο.

(5) Σπινθηρογράφημα των χοληφόρων

Το σπινθηρογράφημα γίνεται μετά τη χορήγηση ενδοφλέβιας ραδιενεργού υλικού και ο ασθενής τοποθετείται κάτω από τη γάμμα κάμερα και παρακολουθείται η απέκκριση του ραδιοφαρμάκου δια του χοληφόρου συστήματος. Αποτυπώνεται σε ειδική μαγνητοταινία και στη συνέχεια μπορεί να ληφθούν φωτογραφίες που ενδιαφέρουν τον γιατρό.

(6) Υπερηχογράφημα των χοληφόρων

Με το υπερηχογράφημα γίνεται απεικόνιση των ηχητικών αντανακλάσεων των διαφόρων οργάνων.

Στη διάγνωση των παθήσεων των χοληφόρων το υπερηχογράφημα έχει μεγάλη εφαρμογή, δεν χρειάζεται σε καμία προετοιμασία ο ασθενής δεν εκτίθεται σε ακτινοβολία και σε κίνδυνο για αλλεργικές αντιδράσεις.

Το υπερηχογράφημα έχει μεγάλη εφαρμογή στη χολολιθίαση στις φλεγμονές της χοληδόχου κύστης και στον αποφρακτικό ίκτερο.

Το υπερηχογράφημα δεν γίνεται σε ασθενείς με πρόσφατο τραύμα εγχειρητικό και όπου υπάρχουν μεταλλικά κλιπς λόγω των ισχυρών ηχητικών αντανακλάσεων.

(7) Η αξονική τομογραφία

Η ένδειξη για την εφαρμογή της αξονικής τομογραφίας είναι ο ίκτερος και η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στον αποφρακτικό και στον ηπατοκυτταρικό ίκτερο.

Η αξονική τομογραφία μπορεί να συμβάλλει στην ανίχνευση του επιπέδου της απόφραξης.

(8) Διεγχειρητική χολαγγειογραφία

Η διεγχειρητική χολαγγειογραφία γίνεται την ώρα του χειρουργείου με έγχυση σκιερής ουσίας μέσα στον χοληδόχο πόρο με καθετήρα και αποσκοπεί στη διερεύνηση λίθων στον χοληδόχο πόρο όταν αυτοί είναι πολύ μικροί. Το σύστημα της έγχυσης του σκιερού υλικού δεν πρέπει να περιέχει αέρα γιατί οι φυσαλίδες του αέρα μπορεί να ληφθούν σαν λίθοι. Ο ρυθμός της έγχυσης της σκιερής ουσίας θα πρέπει να είναι πολύ αργά γιατί μπορεί να πέσει μέσα στον παγκρεατικό πόρο και να κάνει οξεία παγκρεατίτιδα.

(9) Χοληδοσκόπηση

Η χοληδοσκόπηση γίνεται την ώρα του χειρουργείου κατά την οποία ο χειρουργός με το χοληδοσκόπιο διερευνεί για την ύπαρξη λίθων στο εξωηπατικό χοληφόρο δένδρο ή νεοπλασμάτων.

Υπάρχουν δύο χοληδοσκόπια το εύκαμπτο και το άκαμπτο. Το εύκαμπτο ερευνά καλύτερα τον χοληδόχο πόρο ενώ το άκαμπτο τη χοληδόχο κύστη.

Το αν θα πρέπει να γίνεται χοληδοσκόπηση ή όχι αυτό εξαρτάται από την εγχείρηση. Πρέπει να γίνεται όταν υπάρχει η παραμικρή υποψία για κάτι το παθολογικό μέσα στον πόρο.

Το χοληδοσκόπιο μπαίνει στον χοληδόχο πόρο διαμέσου χοληδοχοτομής. Το χοληδοσκόπιο συνδέεται με σύστημα ορού με το οποίο πλένεται και ταυτόχρονα διαστέλλεται το τμήμα του πόρου που εξετάζεται.

Συγγενείς παθήσεις των χοληφόρων

1) Ατρησία των χοληφόρων

Η ατρησία των χοληφόρων αποτελεί την πιο συνηθισμένη αιτία του αποφρακτικού ίκτερου στα νεογνά. Μπορεί να αφορά τον ενδο ή εξωηπατικό χοληφόρο σύστημα.

Η αιτιολογία της ασθένειας είναι άγνωστη και οφείλεται στη μη σφραγγοποίηση των χοληφόρων.

Στην κλινική εικόνα προεξέχει ο ίκτερος ο οποίος εμφανίζεται τις πρώτες μέρες μετά τη γέννηση και συνοδεύεται με άχρωμα κόπρανα και υπέρχρωμα ούρα. Ενώ κατά την ενδομήτρια ζωή δεν παρουσιάζεται ίκτερος γιατί η χολερυθρίνη καθαρίζεται από το αίμα της μητέρας δια μέσου του πλακούντα. Σύντομα δε επακολουθεί διόγκωση του ήπατος και του σπλήνα και ασκίτης.

Όσο προχωρεί ο ίκτερος εμφανίζονται και διαταραχές στην πήκτικότητα του αίματος λόγω έλλειψης της Βιταμίνης Κ.

Η ανάπτυξη του παιδιού γίνεται κανονικά στην αρχή. Ενώ μετά τον πρώτο μήνα αρχίζει η υποθρεψία.

Το 70% των νεογνών που παρουσιάζουν ίκτερο που συνεχίζεται και μετά τη δεύτερη εβδομάδα της ζωής τους έχουν ατρησία και το υπόλοιπο 30% από κάποια άλλη αιτία που πολλές φορές είναι η νεογνική ηπατίτιδα.

Διάγνωση

Η εργαστηριακή διερεύνηση περιλαμβάνει

α) Βιοχημικό έλεγχο όπου επικρατεί η άμεση υπερχολερυθριναιμία, η μεγάλη αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης και αύξηση στις τρανσαμινάσες.

β) Τον Εργαστηριακό έλεγχο που περιλαμβάνει το σπινθηρογράφημα των χοληφόρων, το υπερηχογράφημα και τη χολαγγειογραφία.

Πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από τον φυσιολογικό ίκτερο των νεογνών, από συγγενή αιμολυτική νόσο, από τη νεογνική ηπατίτιδα και από την ερυθροβλάστωση των νεογνών.

Η διάγνωση θα πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατό γιατί η ασθένεια αυτή έχει θνητότητα 100% όταν μείνει χωρίς αντιμετώπιση πάνω από έναν μήνα ενώ υπάρχει καλή πρόγνωση όταν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και δεν γίνει καταστροφή του ηπατικού παρεγχύματος.

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι χειρουργική. Κατά την εγχείρηση θα πρέπει να γίνει βιοψία για να γίνει φανερό αν πρόκειται για νεογνική ηπατίτιδα ή για ενδοηπατική ατρησία των χοληφόρων και αν πρόκειται για ενδοηπατική ατρησία θα πρέπει να γίνει μεταμόσχευση ήπατος.

Εάν όμως η ατρησία αφορά τους εξωηπατικούς πόρους θα πρέπει να γίνει αναστόμωση της χοληδόχου κύστης με το δωδεκαδάκτυλο ή με το λεπτό έντερο.

Μετά την επέμβαση χρειάζεται προσοχή για χολογγειακές κρί-

σεις μετά από κάθε είδους χολοπεπτική αναστόμωση, γιατί οι χολογ-
γειακές κρίσεις εκτός από το πρόβλημα το σηπτικό, κρύβουν και
τον κίνδυνο ανάπτυξης κίρρωσης του ήπατος.

Κεφάλαιο 3^οΣυγγενείς κύστεις των χοληφόρων

Πρόγνωση

Η πρόγνωση της ασθένειας είναι αρκετά κακή. Αν μείνει χωρίς θεραπεία δηλ. χειρουργική επέμβαση οδηγεί στον θάνατο μέσα σε χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από 14-24 μήνες μετά τη γέννηση.

Αλλά και στις χειρουργήσιμες περιπτώσεις η θνησιμότητα είναι μεγάλη, λόγω μετεγχειρητικών επιπλοκών, χολαγγειιτιδούς κίρρωσης του ήπατος που παρουσιάζονται.

Ο καλύτερος χρόνος για χειρουργική επέμβαση είναι η περίοδος μεταξύ του πρώτου και δεύτερου μήνα της ζωής. Οι συγγενείς κύστεις των χοληφόρων είναι μια σπάνια ανωμαλία και αναλογεί 1 ανά 200.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο, είναι δε συχνότερη στα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια είναι περίπου 4: 1.

Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη. Πιθανώς να οφείλεται σε περιφερική συγγενή στένωση του χοληδόχου πόρου. Τα συμπτώματα είναι πόνος στο δεξιό υποχόνδριο, ίκτερος, πυρετός και ψηλαφητή μάζα στη δεξιά άνω κοιλία, επεισόδια δυσπεπτικών διαταραχών και εμμέτων.

Η θεραπεία συνίσταται στην εκτομή της κύστεως και αναστόμωση του κεντρικού τμήματος του χοληδόχου πόρου με το έντερο, η απλή παροχέτευση της κύστης προς τον πεπτικό σωλήνα που είναι απλούστερη στην εγχείρηση και με λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η χειρουργική θνησιμότητα των περιπτώσεων αυτών κυμαίνεται

στο 5% ενώ χωρίς θεραπεία η θνησιμότητα ξεπερνάει το 95%.

ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η χολολιθίαση αποτελεί μια από τις συχνότερες παθήσεις του σύγχρονου κόσμου. Οι επεμβάσεις των χοληφόρων απαρτίζουν το 15%, έναντι των άλλων χειρουργικών επεμβάσεων. Η χολολιθίαση απαντάται στις γυναίκες σε διπλάσια αναλογία απ'ότι στους άνδρες και η συχνότερη ηλικία που εμφανίζεται κυμαίνεται μεταξύ του 45 και 75 έτους της ηλικίας.

Ο τόπος στον οποίο σχηματίζονται οι χολόλιθοι είναι η χοληδόχος κύστη, ενώ υπάρχουν και μερικές περιπτώσεις σχηματισμού χολόλιθων μέσα στον χοληδόχο πόρο.

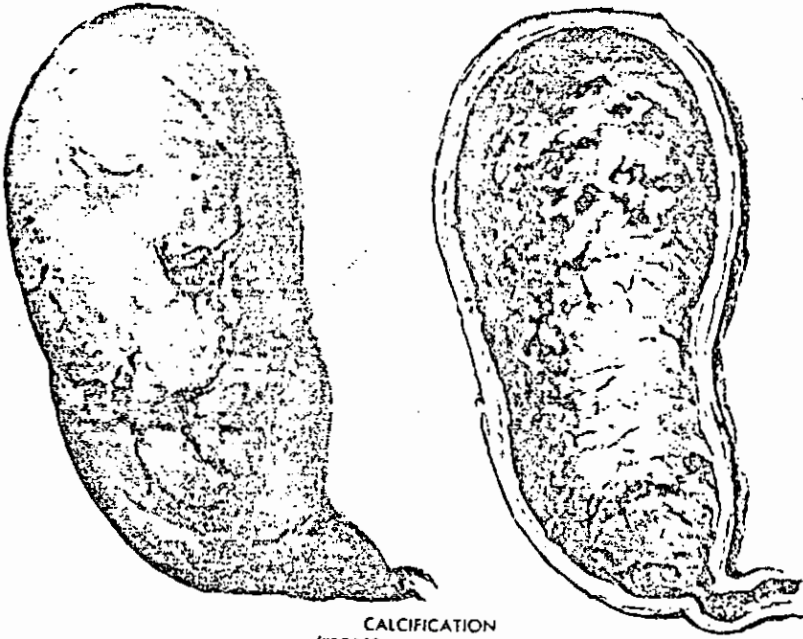
Κ λ ι ν ι κ ή ε ι κ ό ν α : Η συμπτωματολογία της χολοιθίαςης είναι διάφορη. Μπορεί για μεγάλο χρονικό διάστημα να παραμένει χωρίς συμπτώματα. Συνηθισμένα ενοχλήματα που παρουσιάζονται είναι: Ηπια άλγη κατά καιρούς στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου. Το άλγο αυτό είναι εντονότερο μετά από τη λήψη πλούσιων γευμάτων σε λίπος, που είναι ένδειξη χολολιθίαςης, κωλικός του δεξιού υποχονδρίου ή του επιγαστρίου, τάση για έμμετο, ή και εμέτους. Καύσος στο επιγάστριο, δυσκοιλιότητα, Ρεψίματα και μετεωρισμό.

Γενικά, στην απλή χολολιθίαση δεν υπάρχουν ιδιαίτερα σημαντικά κλινικά ευρήματα.

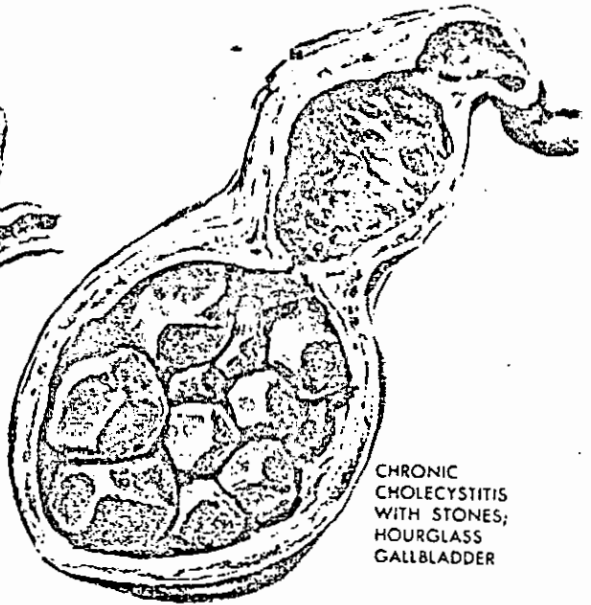
Δ ι ά γ ν ω σ η : Η διάγνωση της χολολιθίαςης γίνεται με το υπερηχογράφημα ή με τη χολοκυστογραφία ενώ ο βιοχημικός έλεγχος αίματος και ούρων δεν παρέχει στοιχεία για τη διάγνωση είναι όμως απαραίτητος για τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες μπορεί να γίνει εξέτα-

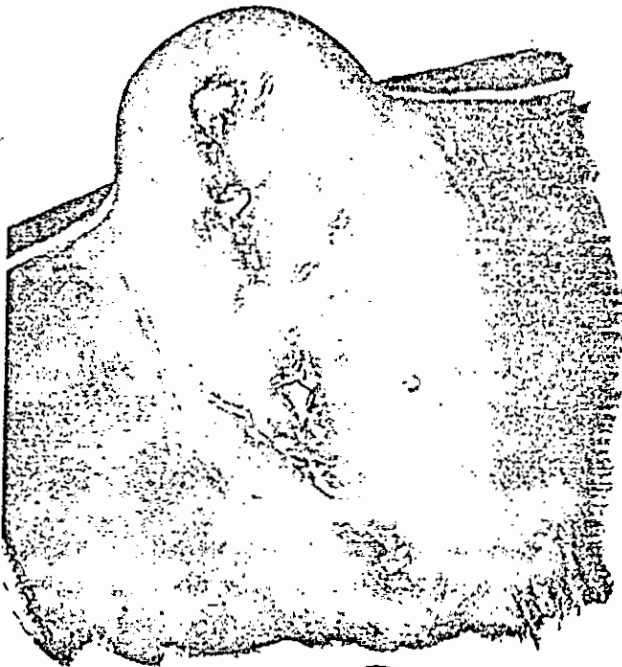
F. Netter
M.D.
© CIBA



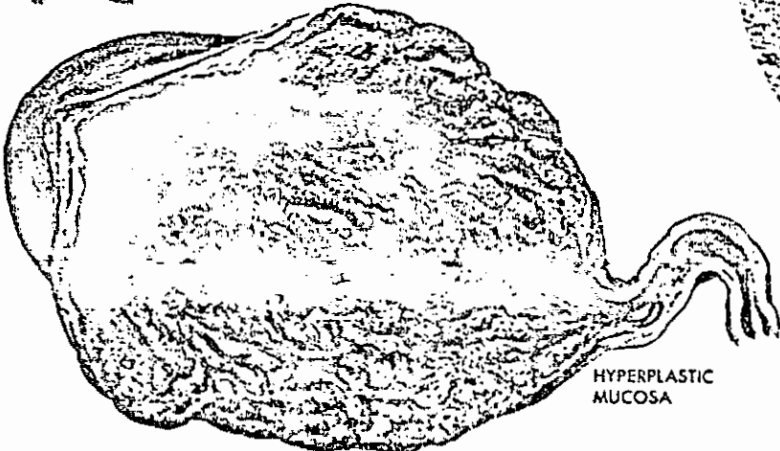
CALCIFICATION
["PORCELAIN" GALLBLADDER]



CHRONIC
CHOLECYSTITIS
WITH STONES;
HOURGLASS
GALLBLADDER



GANGRENE



HYPERPLASTIC
MUCOSA



PERIARTERITIS NODOSA

ση χολής που λαμβάνεται με ρινογαστροδωδεκαδακτυλικό καθετήρα από τη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, για την ένδειξη ύπαρξης κρυστάλλων χοληστερόλης στη χολή, που μπορεί να βοηθήσει τον γιατρό, χωρίς όμως να σημαίνει πάντα η ύπαρξη κρυστάλλων χοληστερόλης στη χολή και σχηματισμό χολολίθων.

Θ ε ρ α π ε ί α . Η θεραπεία της χολολιθίασης μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Σήμερα η συχνότητα των ασθενών με χολολιθίαση χωρίς συμπτώματα όλο και αυξάνει και αποκαλύπτονται τυχαία μετά από κάποιο υπερηχογράφημα ή κάποια αξονική τομογραφία που γίνονται για άλλα ενδοκοιλιακά προβλήματα και θα πρέπει να θεραπεύονται γιατί

α) Το 50% των ασθενών που διεγνώσθη τυχαία η ασθένεια θα παρουσιάσουν συμπτώματα και το 20% κάποια σοβαρή επιπλοκή.

β) Εάν ο άρρωστος πάσχει από καρδιοπάθεια ή διαβήτη αυξάνεται η συχνότητα για επιπλοκές όπως γαγγραινώδης χολοκυστίτιδα στον διαβήτη και παρουσίαση επεισοδίων καρδιακής ανεπάρκειας σε οξείες χολοκυστίτιδες.

γ) Το καρκίνωμα της χοληδόχου κύστης συνυπάρχει σχεδόν πάντα με χολολιθίαση και κάθε τι που προκαλεί χολολιθίαση προδιαθέτει σε καρκίνο.

δ) Η χωρίς θεραπεία αποβολής των λίθων από το χοληφόρο σύστημα αναμένεται ότι μπορεί να συμβεί σε σπάνιες περιπτώσεις.

Η συντηρητική θεραπεία: συνίσταται στη χορήγηση χολικών οξέων από το στόμα σε καθορισμένη δοσολογία και για μεγάλο χρονι-

κό διάστημα. Για να γίνει η λιθόλυση θα πρέπει να υπάρχουν στοιχεία μεγάλης περιεκτικότητας χοληστερόλης. Ο ασθενής που θα υποβληθεί σε θεραπεία με χολικά οξέα θα πρέπει να έχει κανονική ηπατική και νεφρική λειτουργία, χωρίς να υπάρχει αποφρακτικός ίκτερος.

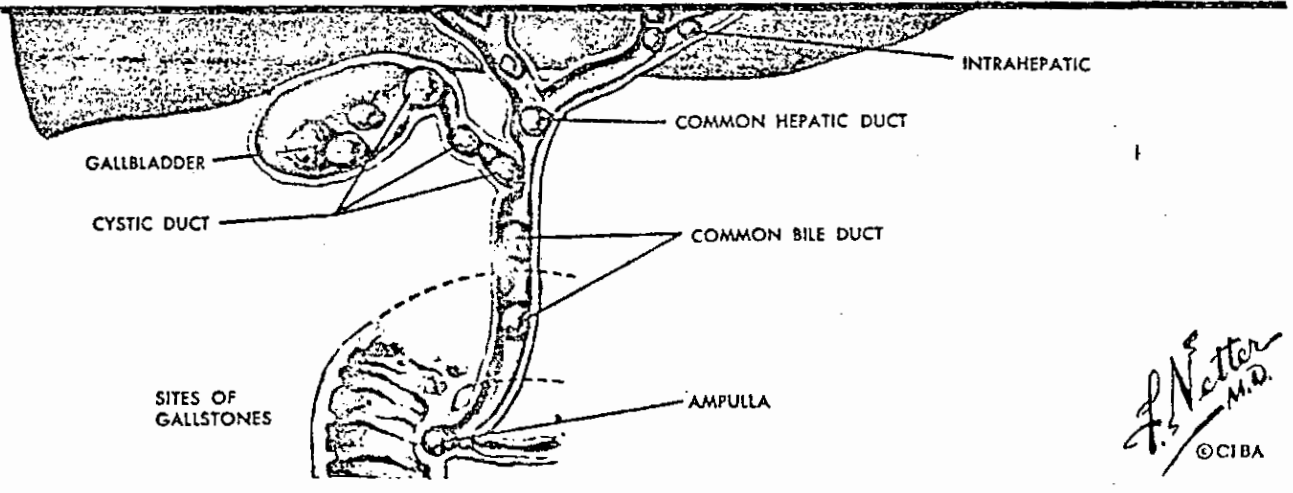
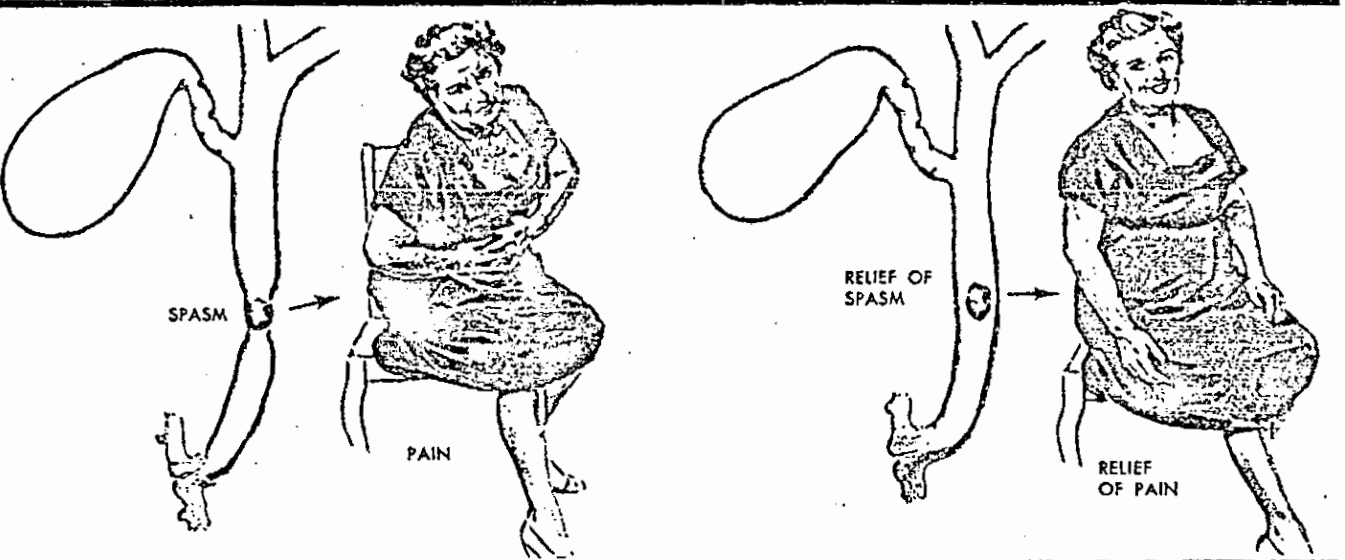
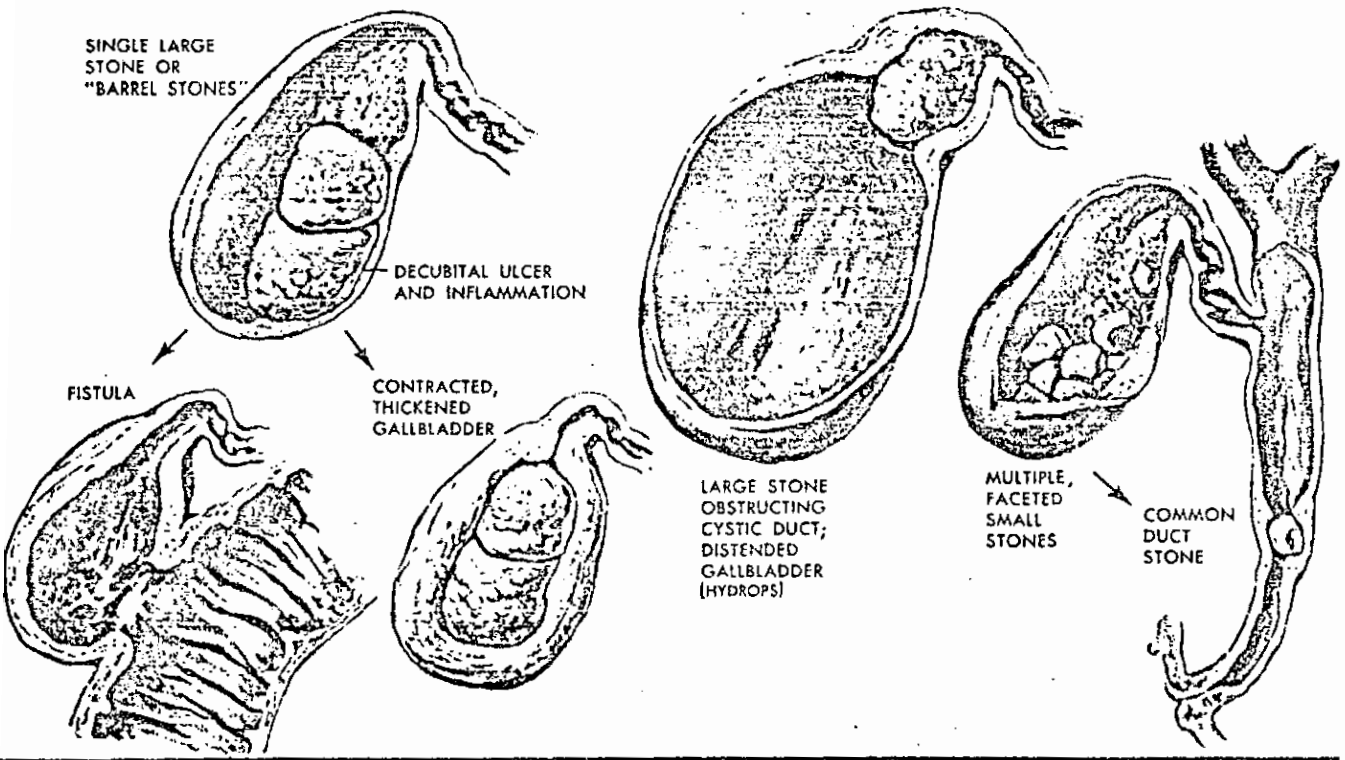
Δεν θα πρέπει να δίνονται τα χολικά οξέα σε ασθενείς με προηγούμενες εντερεκτομές.

Το φάρμακο χορηγείται ημερησίως σε τρεις δόσεις για χρονικό διάστημα ένα με δύο χρόνια.

Η εξήγηση της θεραπείας είναι ότι με τα χολικά οξέα μετατρέπεται η υπερκορεσμένη σε χοληστερόλη χολή σε ακόρεστη και με αυτό τον τρόπο δεν μπορούν να σχηματισθούν οι λίθοι.

Όπως είναι φυσικό η διακοπή της χορήγησης των χολικών οξέων επαναφέρει τον οργανισμό στην προηγούμενη κατάσταση με αποτέλεσμα να υπάρχουν πάλι συνθήκες λιθογένεσης. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι ο ασθενής θα πρέπει να συνεχίσει να παίρνει μια δόση συντήρησης του φαρμάκου για όλη του τη ζωή, γεγονός το οποίο αποτελεί μειονέκτημα της μεθόδου γιατί τα χολικά οξέα αποτελούν παράγοντα καρκινογένεσης, γι' αυτό δεν μπορεί να εφαρμοσθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και θα πρέπει να αποφεύγεται σε νέα άτομα, ακόμα δε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και σε χολόλιθους διαμέτρου μεγαλύτερης των 2 cm ούτε σε περίπτωση ασθενών που έχουν ήδη παρουσιάσει επιπλοκές της χολολιθίασης.

Σαν παρενέργειες αυτής της θεραπείας αναφέρονται οι διάρροιες, που αντιμετωπίζονται με μείωση της δόσης ή ακόμα και τη διακοπή της θεραπείας. Άλλη παρενέργεια είναι η ηπατοτοξικότητα του φαρμάκου. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρατηρείται αύξηση



F. Netter M.D.
© CIBA

των τρανσαμινασών, που θεωρείται σημείο ηπατοτοξικότητας και αντιμετωπίζεται με μείωση της δόσης ή και διακοπή της θεραπείας. Γι' αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται κάθε δίμηνο με βιοχημικό έλεγχο και υπερηχογράφημα. Εν τούτοις όμως η μέθοδος αυτή αποτελεί μία λύση για τους χειρουργούς, σε περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα που δεν επιτρέπουν την εγχείρηση.

Η χειρουργική θεραπεία: αποτελεί τη μέθοδο εκλογής της χολολιθίασης.

Ένα ερώτημα που υπάρχει εδώ είναι τι συμβαίνει μετά τη χολοκυστεκτομή, αφού το ήπαρ εξακολουθεί να παράγει λιθογόνο χολή.

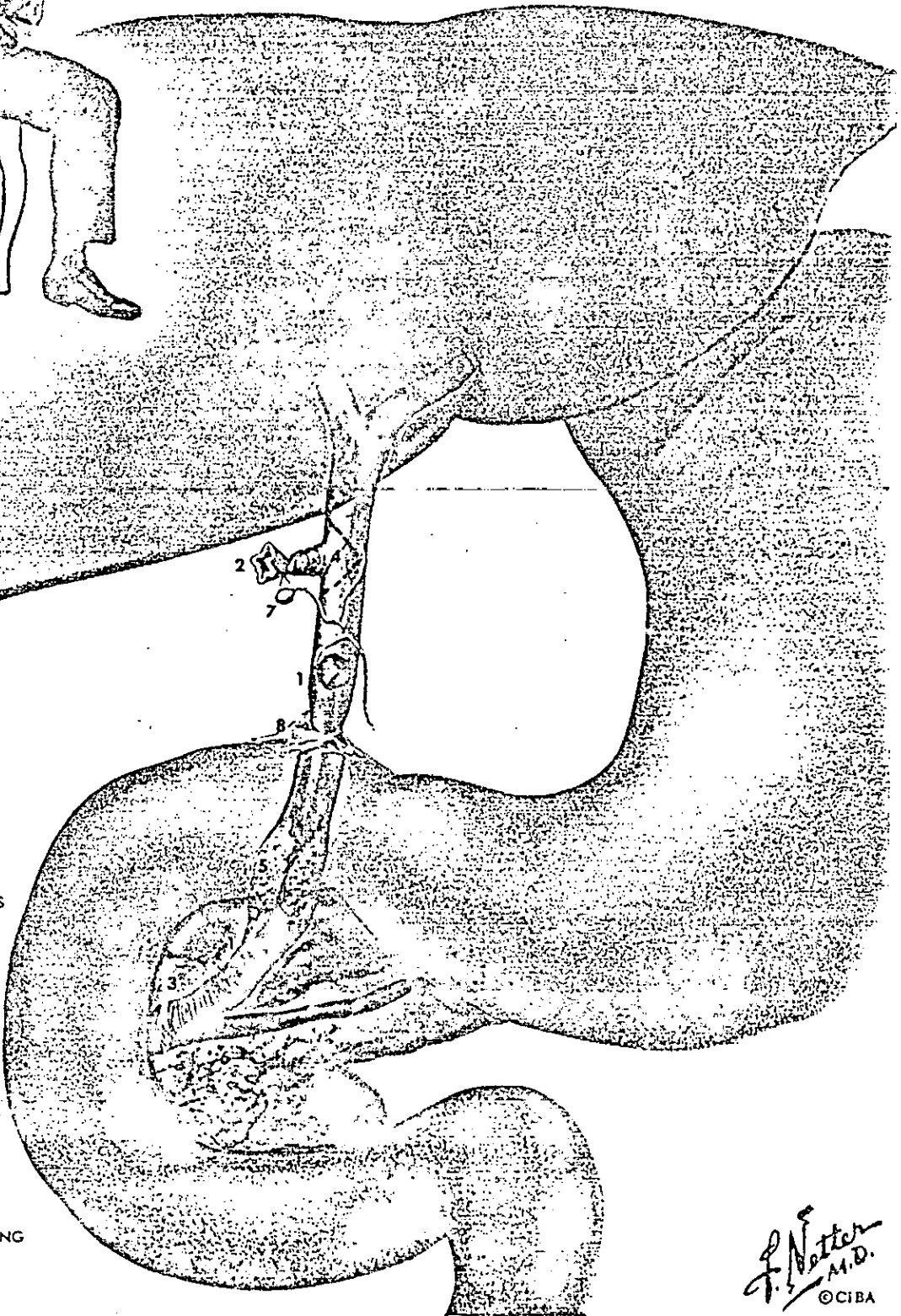
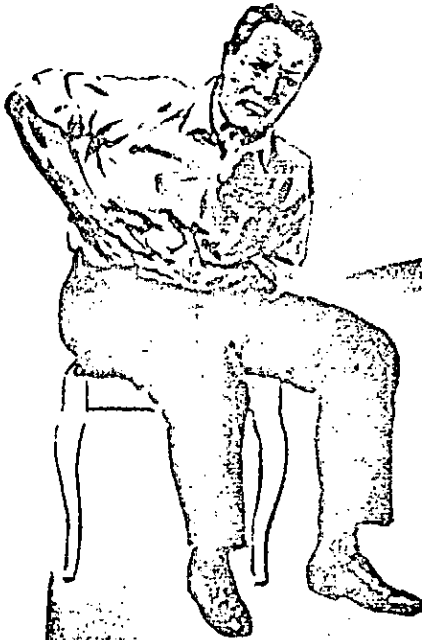
Μια απάντηση είναι το γεγονός ότι η χολοκυστεκτομή αφαιρεί από τον οργανισμό την εστία λιθογόνων πυρήνων που είναι απαραίτητοι για τον σχηματισμό χολολίθων. Ενώ στα παχύσαρκα άτομα εξακολουθεί να υπάρχει αυξημένη έκκριση χοληστερόλης, που μπορεί μετά τη χολοκυστεκτομή να οδηγήσει στη δημιουργία χοληδοχολίθων.

Χοληδοχολιθίαση

Η χοληδοχολιθίαση προκύπτει συνήθως από τη μετανάστευση λίθων από τη χοληδόχο κύστη. Υπάρχουν και περιπτώσεις που οι λίθοι σχηματίζονται στον χοληδόχο πόρο που είναι σπάνιες και μπορεί να οφείλονται σε φλεγμονές, σε στάση και διάταση του χοληδόχου πόρου και μετά από εγχείρηση της χοληδόχου κύστης.

Σύμφωνα με στατιστικές η χοληδοχολιθίαση μετά από χολοκυστεκτομές ανέρχεται από 6,9% έως 13%.

Τα παθοφυσιολογικά επακόλουθα ύπαρξης λίθου μέσα στον χοληδόχο πόρο είναι διάφορα και εξαρτώνται από τον αριθμό των λίθων,



1. COMMON DUCT STONES
2. EXCESSIVE CYSTIC DUCT STUMP
3. SPHINCTER OF ODDI SPASM (HYPERTROPHY, STENOSIS, DYSKINESIA)
4. STRICTURES OF COMMON BILE DUCT
5. CARCINOMA OF BILIARY TRACT
6. PANCREATITIS
7. AMPUTATION NEUROMA
8. ADHESIONS CONSTRICTING COMMON BILE DUCT

F. Netter
M.D.
© CIBA

τη διάμετρο. Υπάρχει περίπτωση να βρίσκονται λίθοι για χρόνια μέσα στον πόρο χωρίς κλινικά συμπτώματα, εκτός από διάταση του πόρου. Πολλές φορές οι λίθοι ενσφηνώνονται στα τελευταία 1-2 cm του πόρου γιατί εκεί ο αυλός είναι στενότερος. Υπάρχει βέβαια ένα ποσοστό λίθων που ύστερα από μια οξεία συμπτωματολογία, περνά προς το δωδεκαδάκτυλο και τα συμπτώματα υποχωρούν αμέσως.

Η παρουσία λίθων μέσα στον χοληδόχο πόρο μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ατελή και την τέλεια απόφραξή του. Στην ατελή απόφραξη υπάρχει μείωση του εύρους του αυλού και διάταση με αποτέλεσμα χρόνια στάση χολής στα εξωηπατικά και τα ενδοηπατικά χοληφόρα και πολλές φορές ο ασθενής παρουσιάζει έναν υπίκτηρο.

Η χρόνια στάση χολής αποτελεί ένα πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη λοιμώξεων, φλεγμονών και αλλοιώσεων στο ήπαρ δηλαδή διόγκωση του ήπατος διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων πηγμάτων χολής και νεκρωτικές αλλοιώσεις των ηπατικών κυττάρων.

Στην τέλεια απόφραξη που προέρχεται συνήθως από απότομη ενσφήνωση λίθου στην ενδοπαγκρεατική μοίρα του χοληδόχου, αλλά και άλλες αιτίες, μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη όπως είναι η ρήξη εχινόκοκκου στα χοληφόρα.

Στην οξεία απόφραξη υπάρχει διακοπή της παραγωγής της χολής και ανάπτυξη του αποφρακτικού ικτέρου. Όταν ο χολόλιθος περάσει προς τα κάτω τα συμπτώματα αρχίζουν και υποχωρούν.

Κλινικώς η εικόνα της χοληδοχολιθίασης μπορεί να διαφέρει από την έλλειψη συμπτωμάτων μέχρι και την τέλεια ανάπτυξη αποφρακτικού ικτέρου και σηπτικής χολαγγειίτιδας.

Ένα ποσοστό ασθενών καταλαμβάνεται κατά καιρούς από πόνους

στην περιοχή του επιγαστρίου με επέκταση κυρίως προς τα δεξιά, Υπίκτερο και επί πλήρους απόφραξης, ίκτερο, Υπέρχρωση των ούρων και αποχρωματισμό των κοπράνων. Η ύπαρξη διαλείποντος ικτέρου λόγω ατελούς απόφραξης, πυρετού που μπορεί να υπάρχει με ρίγος λόγω εμφάνισης οξείας χολαγγειίτιδας, Σηπτικά επεισόδια, χολαγγειακές κρίσεις και δυσπεπτικά ενοχλήματα.

Διάγνωση

Μεγάλη σημασία για τη διάγνωση αποτελεί το ιστορικό του αρρώστου. Σε ανικτερικούς ασθενείς η χολαγγειογραφία σε συνδυασμό με τομογραφία, δίνει σε μεγάλο ποσοστό σαφή απεικόνιση των εξωηπατικών χοληφόρων και οδηγεί στη διάγνωση. Ενώ στον ικτερικό ασθενή παρατηρείται αύξηση της αμέσου χολερυθρίνης ανάλογα με τον βαθμό του ικτέρου και αύξηση της Αλκαλικής φωσφατάσης στο αίμα. Το υπερηχογράφημα του ήπατος, η αξονική τομογραφία και η διαθερμική διηπατική χολαγγειογραφία βοηθούν στη διάγνωση.

Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η διαφορική διάγνωση των ικτερικών ασθενών. Αυτή μπορεί να γίνει από

- α) Τη ρήξη εχينوκέκων προς τα χοληφόρα, όπου είναι ηπιότερος ο ίκτερος με ή χωρίς άλγος.
- β) Τον καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος με καχεξία ίκτερο, και διαβήτη.
- γ) Τη λοιμώδη ηπατίτιδα: απουσιάζει ο κωλικός, θετικές ηπατικές δοκιμασίες αύξηση τρανσαμινασών.
- δ) Τον φαρμακευτικό ίκτερο: ιστορικό λήψης ηπατοξικών φαρμάκων χωρίς κωλικό.

Η θεραπεία είναι χειρουργική και συντηρητική αντιμετώπιση των χολόλιθων με λιθολυτική αγωγή (που περιγράφηκε στο κεφ. των χολολιθιάσεων).

Ενδοηπατική λιθίαση

Η συχνότητα της ενδοηπατικής λιθίασης κυμαίνεται από 1,3% - και 30% μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από χολολιθίαση.

Για την πρόκληση ενδοηπατικών λιθιάσεων ενοχοποιούνται διάφορα παράσιτα, η στάση χολής στα ενδοηπατικά χοληφόρα, και η μετανάστευση λίθων από τα εξωηπατικά χοληφόρα προς τα ενδοηπατικά.

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από επεισόδια χολαγγειακών κρίσεων ή ικτέρου.

Η θεραπεία είναι χειρουργική και συνίσταται στη διερεύνηση των χοληφόρων και αφαίρεση των λίθων.

Λοιμώξεις - φλεγμονές των χοληφόρων

Τα χοληφόρα αποτελούν εστία ανάπτυξης διαφόρων φλεγμονών.

Οι παράγοντες που συντελούν στη μόλυνση της χολής είναι

1) Τοπικοί παράγοντες.

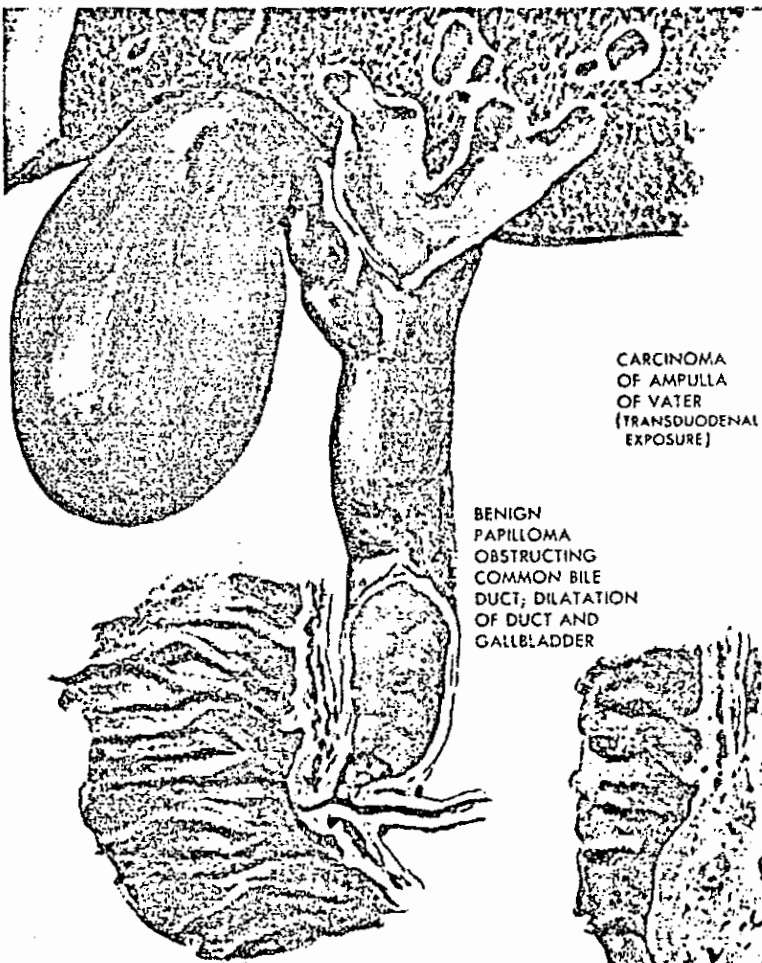
α) Χολολιθίαση.

β) Στάση της χολής.

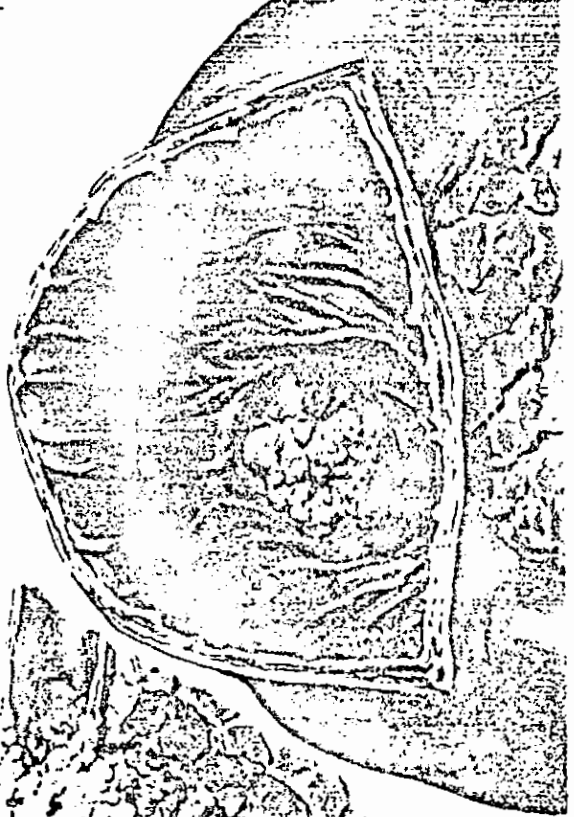
γ) Συγγενείς ανωμαλίες των χοληφόρων.

δ) Νεοπλάσματα των χοληφόρων.

ε) Λοιμώδη νοσήματα του ήπατος.



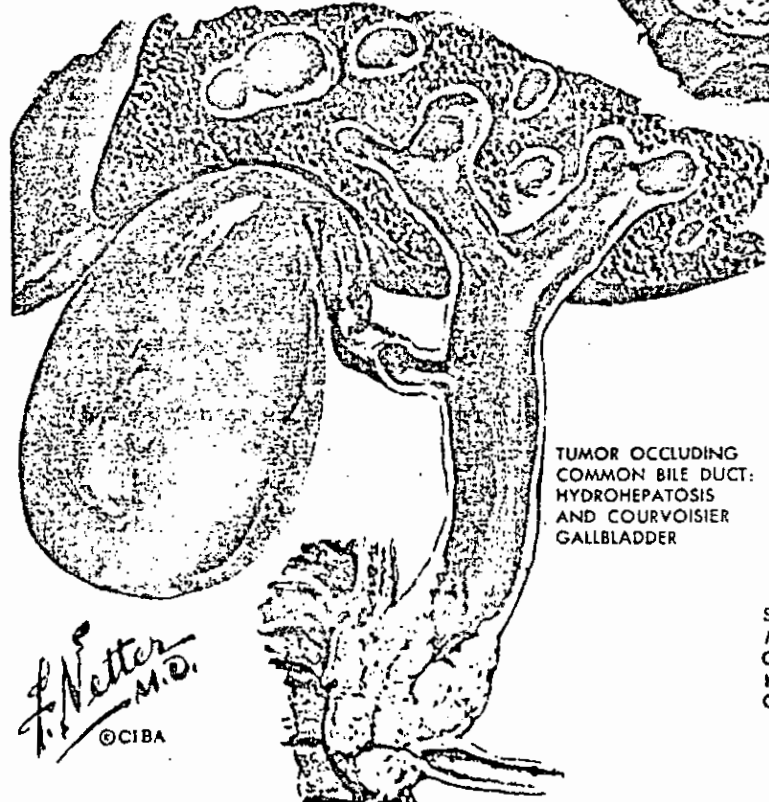
BENIGN
PAPILLOMA
OBSTRUCTING
COMMON BILE
DUCT; DILATATION
OF DUCT AND
GALLBLADDER



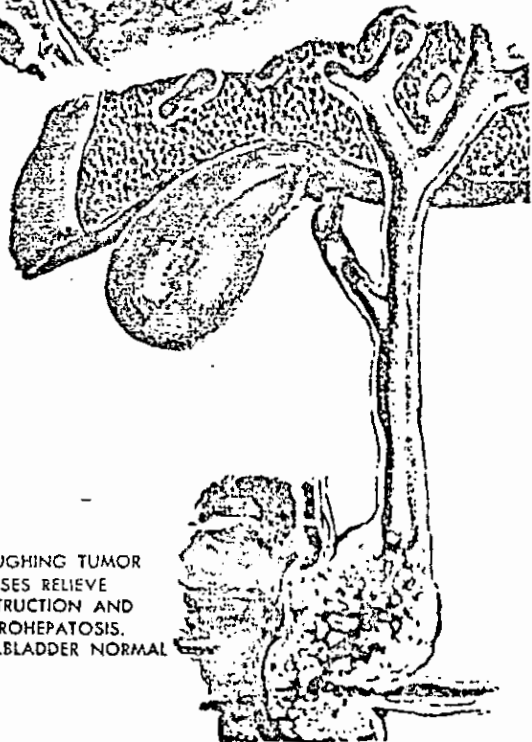
CARCINOMA
OF AMPULLA
OF VATER
(TRANSDUODENAL
EXPOSURE)



CARCINOMA
OBSTRUCTING
COMMON BILE
DUCT AND
PANCREATIC
DUCT AND
INVADING PANCREAS



TUMOR OCCLUDING
COMMON BILE DUCT;
HYDROHEPATOSIS
AND COURVOISIER
GALLBLADDER



SLOUGHING TUMOR
MASSES RELIEVE
OBSTRUCTION AND
HYDROHEPATOSIS.
GALLBLADDER NORMAL

2) Γενικοί παράγοντες.

- α) Συστηματικές λοιμώξεις.
- β) Ανοσοβιολογικές διαταραχές.
- γ) Αγγειοπάθειες.
- δ) Διαβήτης.
- ε) Εντονο στρες.

Το μικρόβιο που απαντάται περισσότερο στις παθήσεις των χοληφόρων είναι το κολοβακτηρίδιο (47% των περιπτώσεων) άλλα μικρόβια είναι η Κλεψιέλλα 18%, ο εντερόκοκκος 14%. Το μικροβιακό περιεχόμενο της χολής έχει μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση και την εξέλιξη μιας πάθησης στα χοληφόρα αφού οι σηπτικές επιπλοκές αποτελούν τη συχνότερη αιτία μετεγχειρητικών επιπλοκών και θανάτων.

Οξεία χολοκυστίτιδα

Η Αιτιολογία: Η οξεία χολοκυστίτιδα είναι φλεγμονή του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και οφείλεται στο 90%-95% των περιπτώσεων στη χολολιθίαση. Σε πολλές περιπτώσεις ενοχοποιείται ένας μεγάλος χολόλιθος που ενσφηνώνεται στον κυστικό πόρο και προκαλεί νέκρωση του σημείου και ανάπτυξη φλεγμονής. Ενώ για το 5-10% ενοχοποιείται ο μικροβιακός παράγοντας. Τα μικρόβια εκτός από την επίδραση επάνω στα τοιχώματα προκαλούν και διάσπαση των χολικών αλάτων και τη δημιουργία τοξικών χολικών αλάτων που—επιδρούν—βλαβερά—στον—βλεννογόνο—της—χοληδόχου—κύστης. Η παθολογοανατομική κατάσταση της χοληδόχου κύστης εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου. Στην αρχή είναι διατεταμένη, υπεραιμική,

οιδηματώδης.

Στη συνέχεια αυτή η φλεγμονώδη μάζα μεταπίπτει σε πυώδη και αν δεν θεραπευτεί τότε θα γαγγραινοποιηθεί και θα σπάσει στην περιτοναϊκή κοιλότητα πράγμα που συμβαίνει σπάνια.

Κλινική εικόνα: Τα χαρακτηριστικά της οξείας χολοκυστίτιδας είναι πόνος στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου, που επεκτείνεται και στην ωμοπλάτη, Αύξηση της θερμοκρασίας, παρουσιάζεται υπίκτηρος και ίκτηρος, υπάρχει συνήθως ναυτία και τάση για έμετο.

Δ ι ά γ ν ω σ η : της οξείας χολοκυστίτιδας είναι σχετικά εύκολη. Η χοληδόχος κύστη είναι ψηλαφητή ο υπίκτηρος και ο ίκτηρος οφείλεται στην πίεση του χοληδόχου πόρου.

Στον Βιοχημικό έλεγχο: Γενική αίματος λευκοκυττάρωση και πολυμορφοπυρήνωση. Γενική ούρων χολοχρωστικές εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας υπερχολερυθριναιμία.

Στην ακτινολογική μελέτη συνιστάται απλή ακτινογραφία κοιλίας, υπερηχογράφημα και σπινθηρογράφημα.

Θ ε ρ α π ε ί α : Σε ποσοστό 40-85% η ασθένεια υποχωρεί χωρίς θεραπεία. Ενώ το υπόλοιπο ποσοστό απαιτεί σωστή και συντομισμένη θεραπεία. Μετά τη διάγνωση της νόσου ο ασθενής είναι σε ηρεμία και χορηγούνται από το στόμα μόνο υγρά και παυσίπονα για διάστημα 8-12 ώρες. Αν δεν υποχωρήσει συνιστάται

α) Αμεση έναρξη συντηρητικής αγωγής, χορήγηση ενδοφλεβίως ορού και ηλεκτρολυτών και συχνή παρακολούθηση του ασθενή αν έχει ανταπόκριση η αγωγή.

β) Αμεση έναρξη χορήγησης αντιβιοτικών για να καλύπτουν

τον ασθενή από τα μικρόβια.

Γενικά η αγωγή αυτή έχει επιτυχία στο 90-95% των περιπτώσεων ενώ στο υπόλοιπο 5-10% συνίσταται χειρουργική επέμβαση, αμέσως μετά τη διάγνωση. Στην περίπτωση της ανταπόκρισης στη συντηρητική αγωγή θα πρέπει να γίνει η χολοκυστεκτομή μετά την πάροδο 2-3 μηνών, που απαιτείται για την πλήρη ύφεση της φλεγμονής και βελτίωση της κατάστασης.

Επιπλοκές : Ένα 5% των ασθενών φθάνει στον θάνατο που όμως αφορά ασθενείς άνω των 65 ετών, με σοβαρά γενικά προβλήματα π.χ. διαβήτη, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια.

Οι σημαντικότερες επιπλοκές της νόσου είναι η παγκρεατίτιδα και η ρήξη της χοληδόχου κύστης προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, οπότε και δημιουργούνται χολοπεπτικά συρίγγια.

Χρόνια χολοκυστίτιδα

Η χρόνια χολοκυστίτιδα παριστά τη χρόνια φλεγμονή της χοληδόχου κύστης. Στις περισσότερες περιπτώσεις η νόσος συνυπάρχει με χολολιθίαση με την οποία έχει και παραπλήσια κλινική εικόνα.

Η θεραπεία είναι χειρουργική.

Οξεία χολαγγειίτιδα

Η οξεία χολαγγειίτιδα αφορά τόσο στα ενδο- όσο και στα εξωηπατικά χοληφόρα και είναι αποτέλεσμα οξείας φλεγμονής του τοιχώματος, που οφείλεται σε στάση της χολής. Αυτό μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις χοληδοχολιθίασης σε στενώσεις χολοπεπτικών αναστομώσεων, στενώσεις του χοληδόχου πόρου και νεοπλάσματα.

Αιτιολογία : Η οξεία χολαγγειίτιδα προϋποθέτει

την ύπαρξη στάσης της χολής στα χοληφόρα. Η στάση αυτή της χολής αποτελεί παράγοντα για τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων. Επί πλήρους απόφραξης των χοληφόρων η πίεση στα χοληφόρα φθάνει σ' ένα σημείο που έχει σαν αποτέλεσμα την είσοδο μικροβίων από τον αυλό των χοληφόρων στην κυκλοφορία, που έχει σαν επακόλουθα τη μικροβιαίμια και τη σηψαιμία.

Στις χολοπεπτικές αναστομώσεις υποτίθεται ότι εντερικό περιεχόμενο και μαζί του μικρόβια παλινδρομούν στον αυλό των χοληφόρων και δημιουργούν οξεία φλεγμονή.

Με τη στάση χολής στα εξωηπατικά χοληφόρα παρατηρείται υπε-
ραιμία ενώ στα ενδοηπατικά χοληφόρα και στο ήπαρ παρατηρούνται τοπικές νεκρώσεις των ηπατικών κυττάρων.

Στην οξεία χολαγγειίτιδα είναι πιθανόν να υπάρχει πύον μέσα στον αυλό των χοληφόρων ή να μην υπάρχει.

Κ λ ι ν ι κ ή ε ι κ ό ν α . Στην κλινική εικόνα κυριαρχεί ο πόνος στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου, ο ίκτερος και ο πυρετός που μπορεί να συνοδεύεται και από ρίγος. Ο ασθενής επίσης παραπονείται για ναυτία και τάση για έμετο.

Σε βαρείες περιπτώσεις οξείας πυώδους χολαγγειίτιδας ο ασθενής είναι ωχρός, με ταχυκαρδία πτώση της πίεσης, εφιδρώσεις και διαταραχές διαφόρων οργάνων.

Δ ι ά γ ν ω σ η : Για τη διάγνωση και την αξιολόγηση της οξείας χολαγγειίτιδας προηγείται η κλινική εξέταση και ακολουθεί ο εργαστηριακός έλεγχος.

Στην κλινική εξέταση διαπιστώνεται υπίκτηρος, υπερθερμία, ευαισθησία και σύσπαση στην περιοχή του δεξιού υποχονδρίου, ψηλα-

φητό επώδυνο ήπαρ και ψηλαφητή επώδυνη χοληδόχος κύστη.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει τις βιοχημικές και τις ακτινολογικές εξετάσεις.

Στις βιοχημικές εξετάσεις υπάρχουν ενδείξεις φλεγμονής: λευκοκυττάρωση - πολυμορφοπυρήνωση, αύξηση της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης, ακόμη παρατηρείται αύξηση των τρανσαμινασών του ορού.

Στην ακτινολογική μελέτη την πρώτη θέση έχει η απλή ακτινογραφία του δεξιού υποχονδρίου που εκτός από την απεικόνιση ακτινοσκοιρών λίθων μπορεί να αναδείξει την ύπαρξη αποστημάτων στο ήπαρ.

Η αξονική τομογραφία και το υπερηχογράφημα είναι χρήσιμα για τη διαπίστωση ύπαρξης απόφραξης του χοληδόχου πόρου και διάταση των χοληφόρων.

Σε κάθε χολαγγειακή κρίση θα πρέπει να παίρνεται αίμα για καλλιέργεια για απομόνωση του μικροβίου που υπάρχει στα χοληφόρα.

Θεραπεία: Η οξεία χολαγγειίτιδα απαιτεί συντονισμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και εντατική παρακολούθηση του ασθενή. Εξασφαλίζεται κατά πρώτο μία φλέβα, για τη χορήγηση όγκου υγρών και τη μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης. Μετά τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας για γαστρική αναρρόφηση, απαγορεύεται η λήψη τροφής και υγρών από το στόμα.

Χορηγούνται αντιβιοτικά ενδοφλέβια.

Αν η κατάσταση του αρρώστου επιδεινώνεται, τότε πρόκειται για πυώδη χολαγγειίτιδα και πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν πιο

γρήγορη παροχέτευση των χοληφόρων, πριν περάσουν 24 ώρες, γιατί μετά τις 24 ώρες η θνησιμότητα υπερβαίνει το 50%. Η παροχέτευση του ηπατικού ή του χοληδόχου πόρου γίνεται με σωλήνα Kehr μέσα στον χοληδόχο πόρο, κεντρικότερα της απόφραξης.

Η οξεία μη πυώδης χολαγγειίτιδα έχει γενικά καλή πρόγνωση με ανταπόκριση στη συντηρητική αγωγή μεγαλύτερο του 90%, ενώ η οξεία πυώδης χολαγγειίτιδα είναι επικίνδυνη και θανατηφόρος 100% αν μείνει χωρίς θεραπεία. Για τις αντιμετωπίσιμες περιπτώσεις η θνησιμότητα κυμαίνεται από 13-60% λόγω της βαρείας σηπτικής κατάστασης, που αντιμετωπίζεται πολύ δύσκολα.

Κακώσεις - Τραύματα των χοληφόρων

Τα τραύματα των χοληφόρων διακρίνονται σε ιατρογενή τραύματα, που οφείλονται σε κάποιο ιατρικό χειρισμό και μη ιατρογενή που είναι αποτέλεσμα κάποιου αυτηχήματος ή σε κάποια αυτόματη ρήξη των χοληφόρων.

Τα ιατρογενή τραύματα διακρίνονται σε εγχειρητικά και σε μη εγχειρητικά τραύματα που προκαλούνται κατά τη διαγνωστική παρακέντηση της κοιλίας ή σε τυφλές βιοψίες του ήπατος.

Θεραπεία

Δεν υπάρχει θεραπευτική μέθοδος στον τραυματισμό των χοληφόρων που να μπορεί να αποκαταστήσει τη βλάβη ώστε να μπορεί να συγκριθεί ανατομικά και λειτουργικά με την κατάσταση πριν τον τραυματισμό. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών αρχίζει μακροχρόνιες περιπέτειες με σημαντική νοσηρότητα, γι' αυτό είναι μεγάλη προσφορά προς τον άρρωστο η πρόληψη ιατρογενών κακώσεων.

Πρόγνωση: Τα τραύματα της χοληδόχου κύστης που αντιμετωπί-

ζονται με χολοκυστεκτομή έχουν γενικά καλή πρόγνωση. Το πρόβλημα είναι σοβαρό στα μεγάλα τραύματα των χοληφόρων πόρων, που η νοσηρότητα στις εγχειρήσεις αποκατάστασης κυμαίνεται στο 10% και η θνητότητα περί το 5%.

Εκτός αυτού υπάρχει ποσοστό ανάπτυξης στένωσης, που ανέρχεται τουλάχιστον στο 40-50% των περιπτώσεων, στο σημείο της αποκατάστασης και αντιμετωπίζονται με αναστόμωση των χοληφόρων πόρων.

Συρίγγια των χοληφόρων

Τα χοληφόρα συρίγγια μπορεί να είναι

- α) Εξωτερικά όταν η χοληφόρος οδός επικοινωνεί με το δέρμα και το εξωτερικό περιβάλλον.
- β) Εσωτερικά: όταν υπάρχει επικοινωνία μεταξύ χοληφόρων και άλλων οργάνων συνήθως με τον πεπτικό σωλήνα.
- γ) Μικτά όταν είναι και τα δύο μαζί.

Εξωτερικά συρίγγια

Τα εξωτερικά χοληφόρα συρίγγια είναι συνήθως αποτέλεσμα χειρουργικών επεμβάσεων και σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να είναι αυτόματα και να προέρχονται από ρήξη κάποιου παραμελημένου εμπυήματος.

Τα μετεγχειρητικά χοληφόρα συρίγγια είναι άλλοτε μεν επιθυμητά και άλλοτε ανεπιθύμητα ως επιπλοκή της χειρουργικής επέμβασης συρίγγια παρατηρούνται στις ακόλουθες καταστάσεις:

- α) Χολοκυστοστομία γίνεται σε μερικές περιπτώσεις οξείας χολοκυστίτιδος, ή αποφρακτικού ικτέρου για παροχέτευση της

χοληδόχου κύστεως ή των χοληφόρων προς τα έξω.

β) Χοληδοχοστομία γίνεται με έναν σωλήνα Kehr μέσα στον χοληδόχο πόρο για παροχέτευση της χολής προς τα έξω.

γ) Ηπατικοστομία: γίνεται με την τοποθέτηση ενός σωλήνα στους ηπατικούς πόρους για παροχέτευση της χολής.

δ) Χολόρροια μετά από εγχείρηση των χοληφόρων που μπορεί να σημαίνει κάποιο τραυματισμό ή διαφυγή από χολοπεπτική αναστόμωση.

ε) Χολόρροια μετά από αφαίρεση σωλήνα παροχέτευσης χολής που αποτελεί πρόβλημα μόνο όταν εξακολουθεί να διατηρείται και μετά από δέκα μέρες από την αφαίρεση του σωλήνα.

Παθοφυσιολογία

Η παροχή χολής προς τα έξω συνοδεύεται και από μερικά παθοφυσιολογικά επακόλουθα που εξαρτώνται από την ποσότητα της χολής που χάνεται. Η χολή είναι υγρό του οργανισμού ισοοσμωτικό προς το πλάσμα και με την ίδια περίπου περιεκτικότητα σε ηλεκτρολύτες. Εκτός όμως από το πρόβλημα του όγκου και των ηλεκτρολυτών υπάρχει και το θέμα της λειτουργικής απουσίας της χολής από το έντερο, που έχει σαν αποτέλεσμα τη διαταραχή της πέψης και την απορρόφηση του λίπους και των λιποδιαλυτών βιταμινών και την πιθανή απώλεια και άλλων υγρών (εντερικού παγκρεατικού).

Κλινική εικόνα: Στα εξωτερικά συρίγγια κυριαρχεί η παροχή χολής προς τα έξω σε ποσότητα από μερικά έως και 1000 cc το 24ωρο. Οι ασθενείς που χάνουν για αρκετό διάστημα μεγάλη ποσότητα χολής αισθάνονται αδυναμία, αίσθημα κατάρτισης.

Θεραπεία: Η αντιμετώπιση των εξωτερικών χοληφόρων συριγγίων τοικίλει ανάλογα με την αιτία του συριγγίου. Σε μακροχρόνια απώλεια χολής συνιστάται η επαναχρόνησή της στον ασθενή, κατ'ευθείαν στον πεπτικό σωλήνα που μπορεί να γίνει με έναν ρινοδωδεκαδακτυλικόν καθετήρα σίτισης. Η χολή συλλέγεται κάθε 4 ώρες και χορηγείται αργά - αργά στον ασθενή με ειδική σύριγγα και διδάσκεται ο ασθενής να το κάνει μόνος του αν βέβαια μπορεί.

Όταν πρόκειται για μικρό διάστημα, τότε η αποκατάσταση γίνεται με την παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.

Στα ανεπιθύμητα εξωτερικά συρίγγια η ουσιαστική θεραπεία αποτελείται από την αντιμετώπιση της αιτίας που προκάλεσε το συρίγγιο ενώ στα περιστατικά επιπλοκής του χοληφόρου συριγγίου με λοίμωξη. Εξασφαλίζεται κατ'αρχήν η καλή παροχέτευση της χολής και χορηγείται η κατάλληλη αντιβίωση.

Εσωτερικά συρίγγια

Το 90% αυτών των συριγγίων συνδέεται αιτιολογικά με τη νόσο της λιθίασης ενώ το 6% των περιπτώσεων ξεκινούν από ένα πεπτικό έλκος. Ένα μικρό ποσοστό οφείλεται σε νεοπλάσματα ή φλεγμονές.

Η Νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες.

Τα εσωτερικά συρίγγια αποτελούν επικοινωνία των χοληφόρων με τον πεπτικό σωλήνα, των χοληφόρων με τον υπεζωκότα και των χοληφόρων μεταξύ τους.

1) Στα χολοπεπτικά συρίγγια έχουμε

Στάση χολής - χολαγγειακές κρίσεις.

Λοιμώξεις - φλεγμονές.

Ειλεό από χολόλιθο.

Απώλεια χολικών αλάτων.

Αιμορραγίες.

2) Στα χολοπλευριτικά και χολοβρογχικά συρίγγια

Παρουσία χολής στον θώρακα.

Εμπύημα του θώρακα.

Χυμική και σηπτική πνευμονία.

3) Χολοχολικά συρίγγια

Στάση χολής - χολαγγειακές κρίσεις.

Λιθίαση απόφραξη εξωηπατικών χοληφόρων.

Λοιμώδεις φλεγμονές. Στενώσεις των χοληφόρων είναι τα παθολογικά επακόλουθα των χοληφόρων συριγγίων. Τα συμπτώματα των εσωτερικών συριγγίων είναι πόνος στο επιγάστριο, πυρετός με ρίγος, διάρροιες, χολαγγειακές κρίσεις, σηπτικές καταστάσεις, χολώδη απόχρεμψη, δυσπνοϊκά φαινόμενα.

Η θεραπεία είναι χειρουργική αφού προηγουμένως γίνει η διάγνωση.

Μικτά συρίγγια

Πρόκειται για σπάνιες περιπτώσεις και αντιμετωπίζονται διαγνωστικά και θεραπευτικά με τα όσα περιγράφονται στα προηγούμενα δύο είδη των συριγγίων.

Νεοπλάσματα των χοληφόρων

Τα νεοπλάσματα των χοληφόρων διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι σπάνια, χωρίς κλινικά σημεία γι' αυτό σπάνια γίνεται η διάγνωση προεγχειρητικά. Η θεραπεία έγκειται στην εκτομή του σημείου που υπάρχει το νεόπλασμα.

Τα Κακοήθη νεοπλάσματα καταλαμβάνουν την 5^η θέση στη συχνότητα των πεπτικών νεοπλασμάτων.

Το 70-90% των καρκινωμάτων είναι αδενοκαρκινώματα, το υπόλοιπο ποσοστό είναι σαρκώματα και μελανώματα. Οι μεταστάσεις του κάνουν τα κακοήθη νεοπλάσματα των χοληφόρων είναι προς τον δεξιό λοβό του ήπατος. Μπορεί να γίνει η επέκταση αιματογενώς ή λεμφογενώς προς τους πνεύμονες, τα επινεφρίδια, τα οστά και το δέρμα.

Κλινική εικόνα

Τα εμφανή συμπτώματα των κακοήθων νεοπλασμάτων των χοληφόρων δηλώνουν προχωρημένο στάδιο στο οποίο δεν υπάρχουν δυνατότητες θεραπείας. Στα καρκινώματα της χοληδόχου κύστεως τα συμπτώματα στην αρχή είναι ανύπαρκτα, ενώ αργότερα είναι τελείως ασαφή. Η σύγχυση επιτείνει και η χολολιθίαση που σχεδόν πάντα υπάρχει και μπορούν να αποδοθούν σ' αυτήν τα ενοχλήματα. Σε προχωρημένες περιπτώσεις υπάρχει αδυναμία, καταβολή, απώλεια βάρους.

Τα στάδια των καρκινωμάτων της χοληδόχου κύστης είναι

1^ο) Στάδιο: Περιορισμένο το νεόπλασμα μόνο στον βλεννογόνο.

2^ο) Στάδιο: Διήθηση του βλεννογόνου και του μυϊκού χιτώνα.

3^ο) Στάδιο: Προσβολή όλων των χιτώνων της χοληδόχου κύστης.

4^ο) Στάδιο: Προσβολή των χιτώνων και του κυστικού λεμφαδένα.

5^ο) Στάδιο: Διήθηση του ήπατος ή μετάσταση σε οποιοδήποτε όργανο.

Στα καρκινώματα των εξωηπατικών χοληφόρων τα συμπτώματα που κυριαρχούν είναι ο ίκτερος, που συνοδεύεται από κνησμό, ενώ στα προχωρημένα στάδια υπάρχουν τα γενικά συμπτώματα του καρκίνου.

Τα καρκινώματα των εξωηπατικών χοληφόρων έχουν μια πιθανότητα να ανακαλυφθούν προεγχειρητικά, με ακτινολογικές εξετάσεις όπως η διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία.

Θ ε ρ α π ε ί α . Το ποσοστό των ασθενών με χειρουργήσιμο νεόπλασμα των εξωηπατικών χοληφόρων δεν υπερβαίνει το 10% και τα περισσότερα από αυτά τα νεοπλάσματα ανακαλύπτονται τυχαία κατά τη διάρκεια μιας εγχείρησης στα χοληφόρα που γίνεται με κάποια άλλη ένδειξη. Η αντιμετώπιση είναι ριζική ή παρηγορητική. Η ριζική αντιμετώπιση αποβλέπει στη χειρουργική θεραπεία.

Στις ανεγχείρητες περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία μπορεί να δώσει κάποια παράταση στη ζωή των ασθενών, ενώ στα τελικά στάδια, η ακτινοθεραπεία δεν έχει κανένα νόημα, ενώ η χημειοθεραπεία δεν έχει ιδιαίτερα αποτελέσματα.

Η πρόγνωση των νεοπλασμάτων των εξωηπατικών χοληφόρων είναι φτωχή γιατί ανακαλύπτονται σε προχωρημένα στάδια.

Για τα καρκινώματα της χοληδόχου κύστης που υποβλήθηκαν σε κάποιου είδους θεραπευτική αντιμετώπιση η επιβίωση περιορίζε-

ται σε 6-18 μήνες ενώ η εγχειρητική θνητότητα κυμαίνεται από 20-40% των περιπτώσεων.

Μέρος ΒΚεφάλαιο 1^ο

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με παθήσεις των χοληφόρων οδών

Η θεραπεία των νοσημάτων των χοληφόρων οδών είναι συντηρητική και χειρουργική.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή στη συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει.

1) Τη δίαιτα του ασθενή.

Βασική φροντίδα του ασθενή είναι να κατανοήσει τη σπουδαιότητα της κατάλληλης δίαιτας για την απόκτηση και διατήρηση της υγείας του.

Στο οξύ στάδιο της ασθένειας δεν χορηγούνται τίποτα από το στόμα για ελαχιστοποίηση της διεγερτικότητας της χοληδόχου κύστης. Η κρίση υποχωρεί σε 1-4 ημέρες ενώ η δίαιτα στην αρχή περιορίζεται σε υγρά και κατόπιν χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα. Αποφεύγονται τροφές λιπαρές που είναι δύσπεπτες καθώς και οινοπνευματώδη ποτά και τα καρυκεύματα.

Με την ακριβή τήρηση του διαιτολόγιου μειώνονται τα ενοχλήματα του αρρώστου όπως είναι οι έμετοι τα άλγη, το πικρό στόμα, και το αίσθημα της πίεσης στη χώρα της χοληδόχου κύστης.

2) Φαρμακευτική αγωγή.

Τα αντιβιοτικά που συγκεντρώνονται σε μεγάλες ποσότητες στα χοληφόρα όπως Ampicillin - Tetracyclin ή Cephalosporin δίνονται για τις λοιμώξεις.

Χορήγηση αναλγητικών και αντισπασμωδικών φαρμάκων για την ανακούφιση από τον πόνο.

Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων για τη ναυτία και τον έμετο.

Χορήγηση επίσης συμπληρωματικά λιποδιαλυτών βιταμινών Α, Β, Ε, Κ. Η βιταμίνη Κ χορηγείται για τον σχηματισμό της προθρομβίνης και πρόληψη των αιμορραγιών. Χορήγηση χολικών οξέων που ο ασθενής θα παίρνει για όλη του τη ζωή γιατί η διακοπή της χορήγησης προκαλεί λιθογένεση και πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καλή ηπατική και νεφρική λειτουργία.

3) Παρακολούθηση των απεκκριμάτων.

Κεφάλαιο 2^ο

Χειρουργική θεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την προεγχειρητική και τη μετεγχειρητική φροντίδα.

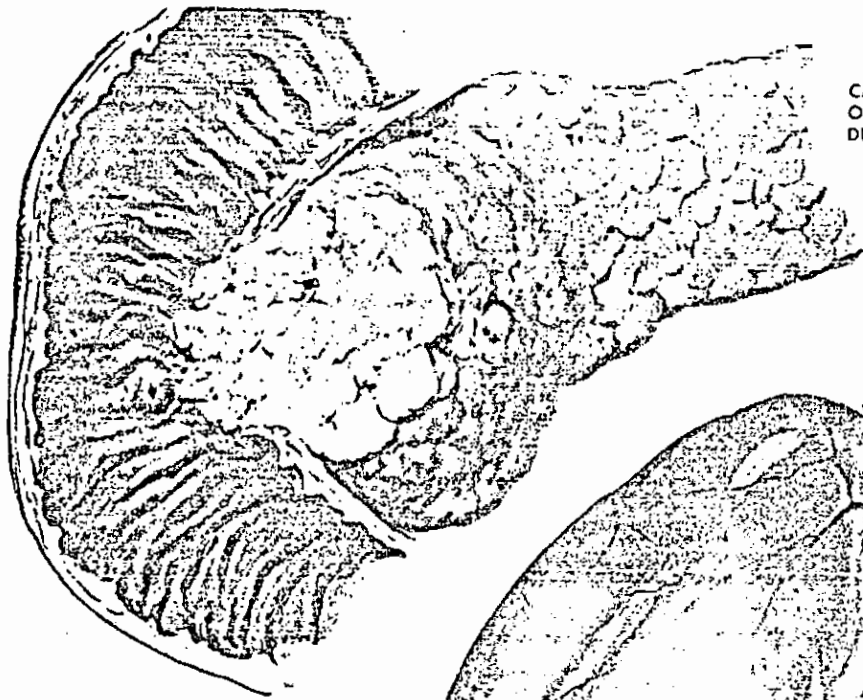
1) Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει.

α) Την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στον χώρο του νοσοκομείου του δημιουργούνται αισθήματα φόβου και ανησυχίας. Περισσότερο δε αυτός που γνωρίζει ότι πρέπει να χειρουργηθεί. Που πολλές φορές φεύγουν σε άγνοια σε προκαταλήψεις για τη μετεγχειρητική εξέλιξη της κατάστασής του.

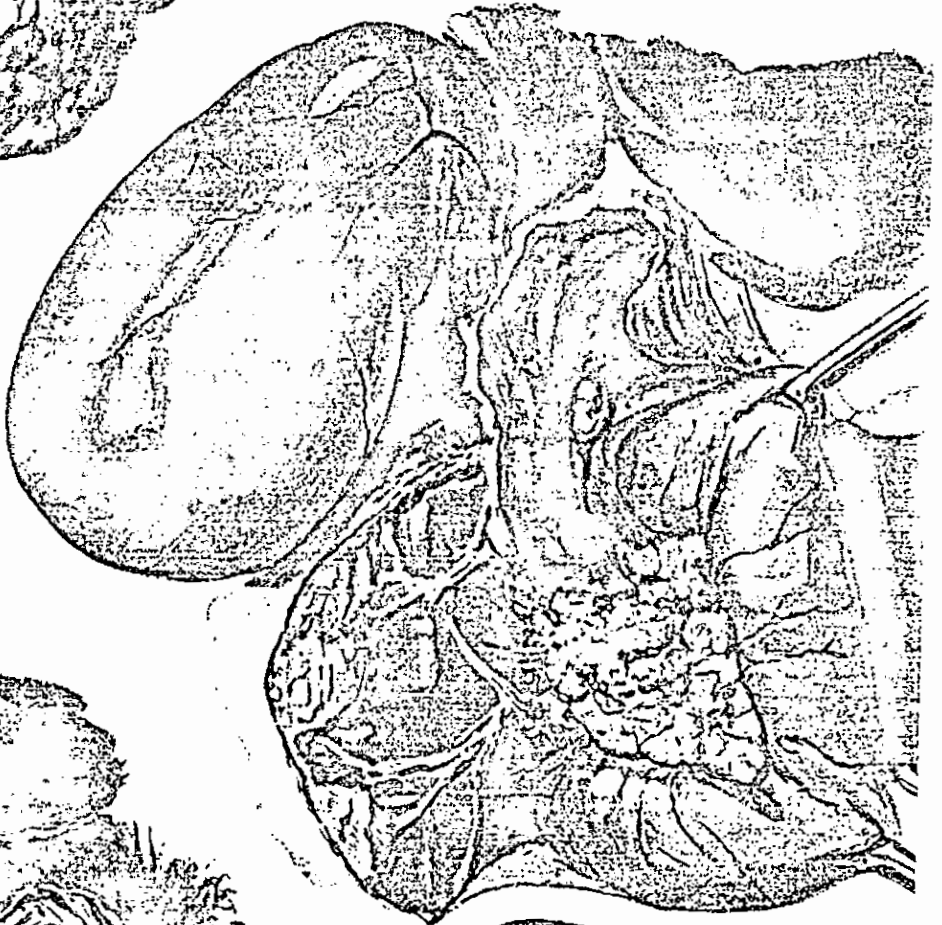
Η ασθένεια προκαλεί αλλαγές στην ψυχική κατάσταση του ανθρώπου και επηρεάζει τη συμπεριφορά του.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ασθενή είναι



CARCINOMA OF HEAD OF PANCREAS INVADING DUODENUM

CARCINOMA ON POSTERIOR SURFACE OF PANCREATIC HEAD OBSTRUCTING COMMON BILE DUCT



CARCINOMA OF TAIL OF PANCREAS ADHERENT TO SPLEEN. METASTASES TO LYMPH NODES AND LIVER

F. Netter M.D.
©CIBA

η προσωπικότητα, η αιφνιδια εισβολή της ασθένειας και η σχέση του ασθενή με την οικογένειά του τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

Ο ασθενής δεν έχει μόνο τα ενοχλήματα της ασθένειάς του, αλλά και ένα πλήθος άλλων προβλημάτων τον ενοχλούν που πρέπει ο νοσηλευτής να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει για την καλύτερη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου.

Η αρρώστια είναι προσωπική εμπειρία που προκαλεί ψυχολογική υπερένταση στον ασθενή λογικής υποστήριξης και βοήθειας. Βλέπει όμως τους γιατρούς μετά την επίσκεψη να αποχωρούν από τον θάλαμο, τους επισκέπτες να περιορίζονται στην εκπλήρωση μιας κοινωνικής υποχρέωσης. Εκείνος που θα σταθεί στο πλευρό του πάσχοντα πραγματικός συμπαραστάτης είναι ο νοσηλευτής ο οποίος με την επιστημονική του κατάρτιση την αγάπη του και τη διακριτική του στάση θα προσεγγίσει τον άρρωστο και θα αναζητήσει πληροφορίες από την οικογένεια και άλλα άτομα του περιβάλλοντός του.

Ο νοσηλευτής θα αξιολογήσει τη διανοητική και ψυχολογική κατάσταση, τον προσανατολισμό του αρρώστου στον τόπο και χρόνο, τη μόρφωση και την αντίληψη της ασθένειας που τον ταλαιπωρεί. Η Νοσηλεύτρια συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή κατά τον χρόνο που συνομιλεί μαζί του και τον γνωρίζει καλύτερα. Θα πρέπει να είναι διακριτική στις ερωτήσεις και να ευβαθύνει το νόημα των πληροφοριών για την καλύτερη νοσηλεία και ποτέ δεν εισέρχεται στην ιδιωτική ζωή του αρρώστου. Άλλες πηγές που μπορεί η νοσηλεύτρια να ζητήσει πληροφορίες είναι η οικογένεια του ασθενή, οι φίλοι του οι συνάδελφοί του και τα ιατρικά δελτία που μπορεί να έχει μαζί του. Αν υπάρχει διαπιστωμένη χολολιθίαση ή κάποια άλλη πάθηση των χοληφόρων γράφεται στο ιστορικό. Ζητούν-

ται πληροφορίες για τις διαιτητικές συνήθειες του αρρώστου.

Ο πόνος που έχει σχέση με τις παθήσεις των χοληφόρων ονομάζεται χολικός κολικός. Τα αρχικά επεισόδια συχνά είναι ελαφρά και χαρακτηρίζονται από ένα σταθερό επιγαστρικό πόνο και δυσκολία στην πέψη μετά από λιπαρά γεύματα.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει ότι η αντίδραση του πόνου σε κάθε άτομο είναι διαφορετική και ως προέρχεται από την ίδια πάθηση.

Το άγχος και ο φόβος αυξάνουν τον πόνο καθώς και ο πόνος αυξάνει το άγχος και τον φόβο.

Για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί διάφορα μέσα.

Βάζει τον ασθενή στην κατάλληλη θέση. Αν "έχει εφιδρώσεις μετά τον πυρετό αλλάζει τα ενδύματα και τα κλινοσκεπάσματα κάνει συχνές εντριβές. Διατηρεί το δωμάτιο ήσυχο με άνετη θερμοκρασία χαμηλό φωτισμό και καλό αερισμό. Αν με αυτές τις μεθόδους δεν ανακουφισθεί ο άρρωστος τότε η νοσηλεύτρια χορηγεί αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

Κατά την παρουσία του πόνου ο ασθενής χρειάζεται τη νοσηλεύτρια τότε αυτή έχει την ευκαιρία να κερδίσει ή να χάσει την εμπιστοσύνη του ασθενή. Αν τον ανακουφίσει τον χειρισθεί με λεπτότητα και του ελαττώσει το άγχος τότε ο ασθενής θα τη βλέπει με εμπιστοσύνη και θα συνεργάζεται μαζί της πρόθυμα.

B) Σωματική Τόνωση Του ασθενή.

Προεγχειρητικά σε πολλούς ασθενείς με παθήσεις των χοληφό-

ων γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών ηλεκτρολυτών και λιποδιαλυτών βιταμινών. Ακόμη δε ο ασθενής παρουσιάζει ανορεξία εμμέτους και ναυτία. Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν είναι

- 1) Τίποτα από το στόμα για να είναι ελάχιστη η διέγερση της χολής.
- 2) Για τη διατήρηση κενού του στομάχου εισάγεται ρινογαστρικός καθετήρας.
- 3) Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.

Στο 75% των περιπτώσεων υποχωρεί η κρίση με τη συντηρητική θεραπεία από την 1^η-4^η ημέρα.

Η δίαιτα γίνεται βαθμιαία υπερπρωτεϊνούχα υπερυδατανθρακούχα και υπολιπούχα.

Εξηγείται στον άρρωστο ότι πρέπει να αποφεύγει τα λίπη. Χορηγούνται αντιχολινεργικά φάρμακα για τη μείωση της έκκρισης της χολής και του μυϊκού σπασμού.

γ) Εργαστηριακές εξετάσεις. Εκτός από τις διαγνωστικές εξετάσεις που αναφέρονται σε προηγούμενο κεφάλαιο "Διαγνωστική μελέτη των χοληφόρων".

Γίνονται και οι γενικές εξετάσεις αίματος και ούρων.

Η χολερυθρίνη του ορού και η αλκαλική φωσφατάση μπορεί να είναι σε υψηλά επίπεδα στο αίμα.

Άλλες εξετάσεις είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακος.

δ) Κλινικές εξετάσεις του αρρώστου.

1) Από τον χειρουργό που θα χειρουργήσει τον ασθενή και θα εξηγήσει στον ασθενή σχετικά με την εγχείρηση να τον ενθαρρύνει, να εκτιμήσει την κατάστασή του να γράψει το ιστορικό και άλλες πληροφορίες που θα βοηθήσουν στη θεραπεία και στη διάγνωση.

2) Τον Παθολόγο για τη μελέτη όλων των συστημάτων. Εάν παρατηρηθεί ανωμαλία σε κάποιο σύστημα τότε καλείται ο ειδικότερος γιατρός.

3) Τον καρδιολόγο για τυχόν καρδιολογικό πρόβλημα.

4) Τον αναισθησιολόγο για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή έχει σαν σκοπό τον καθορισμό του είδους της νάρκωσης, τοπική, γενική, ραχιαία και το είδος του αναισθητικού γιατί είναι έργο του αναισθησιολόγου να παρακολουθήσει τον άρρωστο μέχρι της τέλειας απονάρκωσης.

ε) Καθαριότητα του ασθενή: Αυτή περιλαμβάνει.

α) Τον καθαρισμό του εντέρου που έχει σαν σκοπό την αποφυγή της εκκένωσης πάνω στη χειρουργική τράπεζα την καλύτερη επέμβαση του χειρουργού στα χοληφόρα και την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου.

Ο καθαρισμός του εντέρου γίνεται.

1) Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων.

2) Με τον καθαρτικό υποκλεισμό. Γίνονται συνήθως δυο υποκλεισμοί ο ένας γίνεται το απόγευμα της προηγούμενης ημέρας της εγχείρησης και ο άλλος γίνεται έξι ώρες πριν από την εγχείρηση.

Μετά το τέλος του υποκλεισμού η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα.

3) Καθαριότητα του σώματος του ασθενή.

Αυτή γίνεται με το λουτρό καθαριότητας που αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργική τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την προηγούμενη ημέρα της εγχείρησης και λαμβάνονται μέτρα προφύλαξης του αρρώστου από ρεύματα αέρα. Κατά τη διάρκεια του λουτρού παρακολουθείται το δέρμα. Στο τέλος γίνεται περιποίηση των νυχιών για τον έλεγχο της οξυγόνωσης κατά τη νάρκωση. Ακόμη δε στην καθαριότητα περιλαμβάνεται η καθαριότητα και η αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μόλυνσης του αναπνευστικού συστήματος.

στ) Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

Η αναμονή της εγχείρησης προκαλεί στον ασθενή αγωνία άγχος και φόβο με αποτέλεσμα ο άρρωστος να μην μπορεί να κοιμηθεί, ώστε να μην υπάρχει ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Προς αποφυγή της αϋπνίας και εξασφάλιση ηρεμίας χορηγείται στον ασθενή την προηγούμενη ημέρα της εγχείρησης ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο. Γίνεται προετοιμασία και εκπαίδευση του αρρώστου σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων και αναπνευστικών μυών για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.

ζ) Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.

Αυτή περιλαμβάνει την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου που πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Γίνεται καθαριότητα αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου που περιλαμβάνει την κοιλιακή χώρα από τις θηλές του μαστού ως και τα γεννητικά όργανα.

Ο ασθενής αναγνωρίζει την ανάγκη της εγχείρησης και δέχεται να την κάνει. Αλλά όμως αισθάνεται φόβο και δοκιμάζει μια ψυχική σύγκρουση καθώς σκέπτεται το χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να υποστηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή ενημερώνοντας για την προεγχειρητική ετοιμασία και πώς θα οδηγηθεί στο χειρουργείο.

Το βράδυ της παραμονής της εγχείρησης κορυφώνονται οι φόβοι και οι ανησυχίες του αρρώστου ο οποίος σκέπτεται το σπίτι του την οικογένειά του τον αποχωρισμό τους. Αυτή είναι η ευκαιρία για να δείξει η νοσηλεύτρια ευαισθησία στους φόβους να ακούσει τις ανησυχίες του αρρώστου να του δώσει εμπιστοσύνη για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Τελική προετοιμασία

Το πρωί της εγχείρησης η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του αρρώστου καθώς και τη γενική κατάσταση.

Αν παρατηρήσει κάτι το γράφει στη λογοδοσία ή το αναφέρει στον γιατρό του τμήματος.

Το πρωί της εγχείρησης δεν αφαιρούνται η τεχνητή οδοντοστοιχία το ωρολόι τα κοσμήματα και τα γυαλιά. Αφαιρούνται μόνο τη στιγμή που ο ασθενής θα αναχωρήσει για το χειρουργείο, γιατί αυτά τα είδη είναι μέρος του εαυτού του και η απομάκρυνσή τους τον τραυματίζει ψυχολογικά.

Όταν ο ασθενής είναι πλέον έτοιμος και τοποθετηθεί στο φορείο καλόν είναι μια νοσηλεύτρια του τμήματος να τον συνοδεύσει το χειρουργείο και να μιλά με τον ασθενή σε χαμηλό τόνο για να καταστέλλει τους φόβους του.

Η νοσηλεύτρια του χειρουργείου η οποία δέχεται τον άρρωστο πρέπει να δείξει θερμό ενδιαφέρον για να πείσει τον ασθενή ότι ίσως από τη στολή και τη μάσκα του χειρουργείου υπάρχει μια νοσηλεύτρια γεμάτη συμπόνια κατανόηση και ενδιαφέρον για τον άρρωστο.

Όλες οι ενέργειες του νοσηλευτή πρέπει να γράφονται στο ελτίο νοσηλείας ή στη λογοδοσία του νοσηλευτικού τμήματος.

Μετά την αναχώρηση του ασθενή για το χειρουργείο γίνεται προετοιμασία του θαλάμου. Αερισμός του θαλάμου τακτοποίηση της κλίνης. Η κλίνη που θα τοποθετηθεί ο χειρουργημένος άρρωστος πρέπει να είναι θερμή για την προφύλαξη του ασθενή από ψύξη ή ετεγχειρητική πνευμονία αυτό επιτυγχάνεται με την προσθήκη θερμόφώρας κατά τους χειμερινούς μήνες.

Να είναι χωρίς μαξιλάρι για τη γρήγορη αποβολή του αναισθητικού.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα και νοσηλεία του ασθενή πρέπει να γίνεται από έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό που να έχει βασικές γνώσεις με τις οποίες θα μπορέσει να παρακολουθήσει και να νοσηλεύσει τον χειρουργημένο ασθενή.

Η νοσηλεύτρια συμβάλλει: Στην ανακούφιση από τα ενοχλήματα.

Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης και στην

πρόληψη από τις επιπλοκές. Ωστε να επανέλθει γρηγορότερα στη φυσιολογική κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στον θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

1) Την προφύλαξη του ασθενή κατά τη μεταφορά από το χειρουργείο στον θάλαμό του.

2) Σωστή τοποθέτηση επί της κλίνης. Η πλέον συνηθισμένη θέση μετά την εγχείρηση είναι η υπτία με το κεφάλι στραμμένο στα πλάγια για καλύτερη αποβολή της νάρκωσης και για αποφυγή εισρόφησης εμμέτων.

3) Λήψη ζωτικών σημείων και επισκόπηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου.

4) Παρακολούθηση παροχέτευσης: Είναι σπουδαίο νοσηλευτικό καθήκον. Θα πρέπει η νοσηλεύτρια που θα παραλάβει τον ασθενή να προσέξει ιδιαίτερα την παροχέτευση που σε πολλές χειρουργικές επεμβάσεις των χοληφόρων χρησιμοποιεί ο χειρουργός αν λειτουργεί να μην μένουν κλειστές γιατί μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές και να υπάρξουν δυσάρεστες για τον ασθενή.

Απαγορεύεται η μετακίνηση του εσωτερικού σωλήνα. Αυτό γίνεται με την αποφυγή απότομων κινήσεων.

Προς αποφυγή παροχέτευσης όλης της χολής τοποθετείται, η βιάλη συλλογής στο ύψος της κοιλίας.

Με τον τρόπο αυτό η χολή διοχετεύεται εφ'όσον δημιουργηθεί

πίεση.

Συχνός έλεγχος για τυχόν αναδιπλώσεις ή άλλες αποφράξεις του σωλήνα T.

Ο σωλήνας T χρησιμοποιείται στη χοληδοχοτομή και έχει σαν σκοπό την παροχέτευση της χολής εκτός του οργανισμού. Η χολή που συλλέγεται στη φιάλη γράφεται στο φύλλο νοσηλείας του ασθενή.

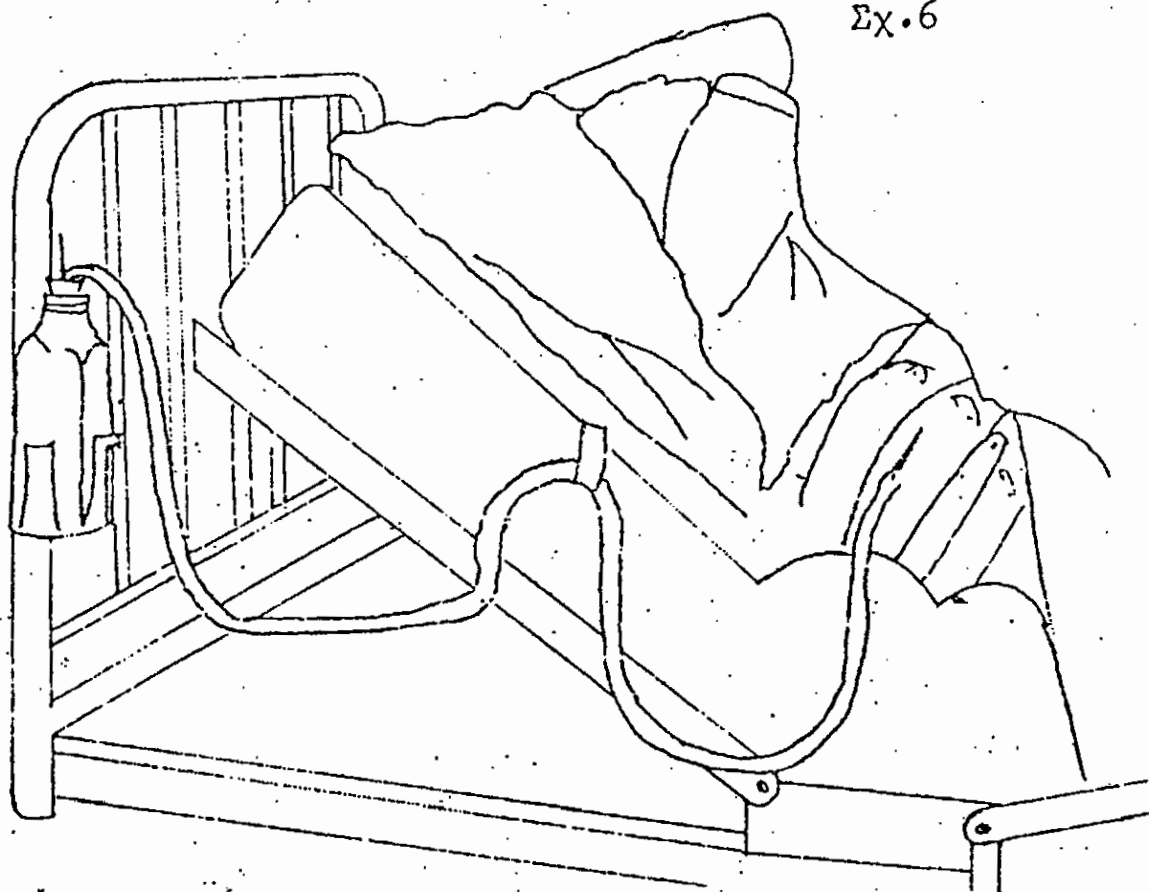
Μετά από 5-6 ημέρες από την εγχείρηση μπορεί να κλεισθεί ο σωλήνας μισή ώρα πριν το γεύμα και μία ώρα μετά το γεύμα γιατί επιτρέπει τη ροή της χολής στον δωδεκαδάκτυλο για υποβοήθηση της πέψης. Αν είναι απαραίτητη η χορήγηση της χολής στον άρρωστο όπως συμβαίνει σε χρόνια παροχέτευση της χολής αυτή δίνεται στον ασθενή κρύα φιλτραρισμένη και αραιωμένη με χυμό φρούτων χωρίς να ειπωθεί στον άρρωστο τι του χορηγείται.

Ο ασθενής που έχει παροχέτευση μπορεί να κυκλοφορήσει εφόσον ο ίδιος αισθάνεται καλά.

Ο σωλήνας παροχέτευσης αφαιρείται μετά από 4-6 ημέρες ενώ ο σωλήνας T μετά από 7-10 ημέρες. Την ημέρα που θα αφαιρεθεί ο σωλήνας ο ασθενής παραμένει στο κρεβάτι.

5) Χορήγηση υγρών. Χορηγούνται παρεντερικά υγρά για την κάλυψη των ηλεκτρολυτών. Από το στόμα παρέχονται υγρά μετά την πάροδο 24 ωρών από την εγχείρηση. Μετά τη νάρκωση όμως παρατηρείται δίψα. Αυτή δικαιολογείται αφ' ενός μεν από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλεί η ατροπίνη ελαττώνοντας τις εκκρίσεις αφ' ετέρου δε από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά του οργανισμού κατά και μετά την εγχείρηση. Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζε-

Σχ.6



ζ) Ἡ συλλεγομένη χολή μετᾶται καὶ ἀναγράφεται.

η) Μετὰ πάροδον 5-6 ἡμερῶν ἀπὸ τὴν ἐγχείρησιν, δυνατόν νά κλεισθῇ ὁ σωλὴν ἐπὶ ἡμίσειαν ὥραν πρὶν καὶ μετὰ τὸ γεῦμα, πρὸς διοχέτευσιν χολῆς εἰς τὸ δωδεκαδάκτυλον.

ται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με γάζα εμποτισμένη με κρύο νερό.

6. Ανακούφιση και αντιμετώπιση του αρρώστου από τον πόνο. Ο πόνος όπως και το άγχος αποτελεί σημείο ότι κάτι χωλαίνει. Είναι ένας προστατευτικός μηχανισμός γιατί παρακινεί τον άρρωστο να ζητήσει βοήθεια. Αποτελεί ευθύνη της νοσηλεύτριας ώστε ο ασθενής να λάβει την αναγκαία βοήθεια.

Ερευνητικές μελέτες απέδειξαν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ασκεί σημαντική επίδραση στον μετεγχειρητικό πόνο. Στα τμήματα με καλό νοσηλευτικό προσωπικό η συχνότητα και η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου ήταν πολύ μικρότερες παρά στα νοσηλευτικά τμήματα με αδιάφορο νοσηλευτικό προσωπικό. Η επιτυχία στην ανακούφιση από τον πόνο είναι από τις σπουδαιότερες δεξιότητες τις οποίες η νοσηλεύτρια μπορεί να αποκτήσει. Είναι έργο της νοσηλεύτριας να προετοιμάσει τον άρρωστο πριν από την εγχείρηση πώς να κινείται κατά τρόπο λιγότερο οδυνηρό μετά την εγχείρηση για να έχει καλύτερα αποτελέσματα.

7) Πρόληψη επιπλοκών και μολύνσεων.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας του αρρώστου. Θα πρέπει καθημερινά να γίνεται λουτρό καθαριότητας πλύσιμο και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας γιατί όχι ανακουφίζουν αλλά και προλαμβάνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες που είναι συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Συχνές εντριβές και συχνή αλλαγή θέσης του αρρώστου βοηθάνε στην ανακούφιση την άνεσή του και προλαβαίνουν τις κατακλίσεις και την υποστατική πνευμονία. Ενθάρρυνση του ασθενή να παίρνει 10 αναπνοές την ώρα. Συχνές κινήσεις των κάτω άκρων και επίδεση

με ελαστικούς επιδέσμους για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.

8) Ηθική τόνωση.

Πολλές φορές ο ασθενής μπορεί να είναι φοβισμένος μετά την εγχείρηση και να ζητά επανειλημμένα την παρουσία της νοσηλεύτριας για να του παρέχει συμπαράσταση. Μπορεί να αισθάνεται μόνο και να ζητά συντροφιά. Η νοσηλεύτρια μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτές του αρρώστου και να δείξει ενδιαφέρον για την άνεσή του και την αναγνώριση της προσωπικότητάς του. Όταν δεν φεύγει από τον θάλαμο καλόν είναι να λέει στον ασθενή σε πόση ώρα θα επιστρέψει πάλι και να είναι συνεπής στην ώρα της για να μην νοιώσει ο άρρωστος παραμελημένος. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να σέβεται τις ιδέες τα συναισθήματα κάθε αρρώστου και να βοηθάει τον άρρωστο να κατανοήσει τα οφέλη της νοσηλείας και θεραπείας στο νοσοκομείο.

Πολλές φορές σε ηλικιωμένους ασθενείς κατά την ανάνηψη παρουσιάζουν σύγχυση και μεγάλη έλλειψη προσανατολισμού. Το σύμπτωμα της έλλειψης προσανατολισμού αφορά την ασάφεια προς την αναγνώριση χρόνου τόπου και προσώπων.

Το πρόβλημα γίνεται νοσηλευτικό γιατί ο άρρωστος παρουσιάζει λανθασμένη αντίληψη και ερμηνεία των εξωτερικών ερεθισμάτων και αδυναμία συγκράτησης πληροφοριών. Η έλλειψη προσανατολισμού σε μετεγχειρητικούς ασθενείς είναι συνήθως προσωρινή. Χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη και έχει ανάγκη από εντατική νοσηλεία και συνεχή βοήθεια. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι ήρεμη συνεπής και σταθερή στη συμπεριφορά της.

9) **Αιμορραγία:** Η αιμορραγία είναι συχνό μετεγχειρητικό φαινόμενο. Στην περίπτωση δε των ασθενών με παθήσεις των χοληφόρων

γίνεται πιο συχνή γιατί πολλές φορές συνυπάρχει και η βλάβη του ήπατος και δεν γίνεται απορρόφηση της λιποδιαλυτής βιταμίνης Κ με αποτέλεσμα να μην γίνεται σχηματισμός της προθρομβίνης.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι επάγρυπνη για να αντιληφθεί γρήγορα την εσωτερική αιμορραγία και αυτό θα γίνει με τη συχνή λήψη των ζωτικών σημείων τα πρώτα 24ωρα ακόμα δε θα πρέπει να ελέγχει και να παρατηρεί το τραύμα για τυχόν εξωτερική αιμορραγία. Θα πρέπει να υπάρχει έτοιμο διασταυρωμένο αίμα για μετάγγιση αν τυχόν κρίνει αναγκαίο ο γιατρός.

10) Ρήξη τραύματος:

Η ρήξη συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα και σε ηλικιωμένους μετά από εμμέτους ή μετά από έντονο βήχα γι' αυτό ο ασθενής θα πρέπει να εφαρμόζει ζώνη κοιλίας για υποστήριξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και συγκράτηση του επιδεσμικού υλικού.

Κατάστολή του εμμέτου και του βήχα με αντιεμετικά και βρογχοδιασταλτικά φάρμακα επί συνεχιζόμενων εμμέτων θα πρέπει να γίνεται διασωλήνωση με ρινογαστρικό καθετήρα. Με αυτόν τον τρόπο απαλλάσσεται ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου. Γίνεται διδασκαλία του αρρώστου να πιέζει με τις δυο παλάμες το τραύμα του όταν βήχει.

Αν γίνει ρήξη του τραύματος και εξέλθει τμήμα του εντέρου ειδοποιείται αμέσως ο γιατρός και καλύπτεται το τραύμα με αποστειρωμένο τετράγωνο βρεγμένο με φυσιολογικό ορό. Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.

11) Φροντίδα του τραύματος με άσηπτες τεχνικές είναι σπουδαίο νοσηλευτικό καθήκον. Θα πρέπει να γίνεται καθημερινή αλλαγή

τραύματος παρακολούθηση και προστασία του δέρματος γύρω από την τομή από την επίδραση της χολής για τυχόν ερεθίσματα αυτό επιτυγχάνεται με τη συχνή αλλαγή των γαζών και την εφαρμογή προστατευτικών αλοιφών με εντολή του γιατρού.

12. Διούρηση. Μετεγχειρητικά ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρών και την πρόληψη κυστίτιδας.

Γι' αυτό θα γίνεται μέτρηση και καταγραφή των αποβαλλομένων ούρων το 24ωρο και σύγκριση του ποσού αυτών με το ποσό των προσλαμβανομένων υγρών. Πολλές φορές όταν λόγω της επίδρασης της αναισθησίας παρατηρείται επίσχεση των ούρων. Η νοσηλεύτρια διευκολύνει με διάφορους τρόπους τον ασθενή να ουρήσει.

13) Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων. Αυτό πρέπει να γίνεται καθημερινά σε όλους τους αρρώστους με παροχέτευση της χολής για την εκτίμηση του χρώματος και αποστολή δείγματος για εργαστηριακό έλεγχο προς ανεύρεση χολοχρωστικών που φανερώνει την έκχυση της χολής στον δωδεκαδάκτυλο.

Ο αριθμός των σωλήνων που έχει ο ασθενής το πρώτο 24ωρο είναι αρκετός είναι οι παροχετεύσεις της χολής, ο καθετήρας των ούρων, ο ρινογαστρικός σωλήνας το σύστημα οροού που εμποδίζουν τον ασθενή να κάνει διάφορες κινήσεις στο κρεβάτι με αποτέλεσμα να έχει την εντύπωση βαρειάς κατάστασης. Η βοήθεια και η ενθάρρυνση του ασθενή από τη νοσηλεύτρια να αλλάζει θέση στο κρεβάτι και επεξήγηση της χρησιμότητας αυτών ανακουφίζουν και ενθαρρύνουν τον άρρωστο.

Μετά τη χολοκυστεκτομή το ήπαρ συνεχίζει να εκκρίνει χολή που χύνεται απευθείας μέσα στο έντερο με σταθερό περίπου ρυθμό.

Γι' αυτό οι άρρωστοι αυτοί θα πρέπει να παίρνουν υπολιπούχα γεύματα.

Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες μπορεί να χορηγούνται συμπληρωματικά αφού είναι μειωμένη η απορρόφησή τους από το έντερο. Συνήθως τα άτομα που πάσχουν από παθήσεις των χοληφόρων είναι άτομα παχύσαρκα. Γι' αυτό ενθαρρύνονται από τον γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό να χάσουν βάρος.

Αποκατάσταση ασθενών με εγχείρηση των χοληφόρων ή αποκατάσταση συνίσταται στην απόκτηση των φυσικών δυνάμεων του πάσχοντα και την προσαρμογή αυτού στη νέα κατάσταση αν έχει κάνει αφαίρεση της χοληδόχου κύστης. Η προσαρμογή αυτή μπορεί να γίνει με την παροχή νέου διαιτολόγιου που να είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες και πτωχό σε λίπη. Αυτό αποτελεί βασικό τομέα διδασκαλίας του ασθενή από τη νοσηλεύτρια κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Στους δε ασθενείς με καρκίνο των χοληφόρων η επιβίωσή τους μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση περιορίζεται από 6-18 μήνες. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βοηθήσει αυτούς τους αρρώστους ψυχολογικά. Ο ασθενής αυτός έχει ανάγκη κατανόησης ενδιαφέροντος αγάπης και συμπράξεως εκ μέρους των άλλων για να υπερβεί τα συναισθήματά του και να αποκτήσει τον έλεγχο και την ικανότητα να αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματά του.

Ιστορικό του ασθενή Μάλιος Δημήτριος

Ο Μάλλιος Δημήτριος γεννήθηκε το 1915 στη Λάρισα.

Στο ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής αναφέρει εγχείρηση χολοκυστεκτομής λόγω λιθίασης το 1980. Στο νοσοκομείο εισήλθε στις 18-4-88 με άλγος στο δεξιό υποχόνδριο.

Δεν είναι άτομο παχύσαρκο.

Ο ασθενής δεν παρουσιάζει ποσοστό η κίτρινη χροιά του δέρματος.

Από την καρδιά και τον θώρακα δεν παρουσιάζει κάτι το παθολογικό.

Οι εξετάσεις αίματος και ούρων ήταν φυσιολογικές. Στις 22-4-88 ο ασθενής έκανε υπερηχογράφημα ήπατος και χοληφόρων που παρουσίαζε λιθίαση στον χοληδόχο πόρο.

Αφού έγινε προεγχειρητική προετοιμασία στον άρρωστο και στις 27-4-88 χειρουργήθηκε έγινε χοληδοχοτομή αφαίρεση λίθου χοληδόχου πόρου και εφαρμογή παροχέτευσης Keiet.

Η θέση του αρρώστου μετά το χειρουργείο ήταν ανάρροπος.

Με την παραλαβή του αρρώστου από το χειρουργείο έγινε τακτοποίηση της παροχέτευσης.

Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και γενικά της κατάστασης του αρρώστου.

Επαιρνε αμέσως D/W 5% 1000'' + 2 amp Primperan.

N/S 1000'' + 2 amp Primperan.

DIW 5% 1000'' + 2 amp Primperan ανά 8ωρο.

Αντιβίωση Claforan Fl 2 x 2 ανά 12ωρο IV σε 100'' N/S.

Επί πόνου Romidon amp.

Δίαιτα την ημέρα του χειρουργείου δεν πήρε τίποτε από το στόμα.

Την 1^η Μετεγχειρητική Τσάι φρυγανιά.

2^η Μετεγχειρητική Σούπα - Τσάι φρυγανιά.

Σιγά - σιγά άρχισε να προχωρά η δίαιτα και ο ασθενής να τρέφεται κανονικά.

Τα υγρά της παροχέτευσης Keier γράφονταν καθημερινά στο φύλλο νοσηλείας του ασθενή.

Η παροχέτευση μετά από 5 ημέρες από την εγχείρηση έκλεινε μισή ώρα πριν και μισή ώρα μετά το φαγητό αφού όλα πήγαν καλά την 8^η μετεγχειρητική ημέρα αφαιρέθηκε η παροχέτευση αφού παρέμεινε 2 ημέρες ακόμα ο ασθενής προς παρακολούθηση έφυγε με εξητήριο. Του δόθηκαν και οδηγίες που θα έπρεπε να ακολουθεί για ένα χρονικό διάστημα περίπου 2-3 μήνες σχετικά με τη δίαιτα.

Γρυλάκη Παρασκευή

Η Γρυλάκη Παρασκευή γεννήθηκε το 1939 στα Χανιά Κρήτης.

Πριν από 17 χρόνια χειρουργήθηκε από σκωληκοειδίτη.

Στο νοσοκομείο της Βούλας εισήλθε στις 25-4-88 με διάχυτα κοιλιακά άλγη.

Πριν από 5 χρόνια η ασθενής αισθάνθηκε κοιλιακά άλγη και επισκέφθηκε γιατρό στα Χανιά ο οποίος έκανε διάγνωση ελκώδους κολίτιδας και χολολιθίασης της συνέστησε φαρμακευτική αγωγή και ανάλογη δίαιτα.

Πριν από ένα μήνα περίπου επίταση της συμπτωματολογίας με διάχυτα κοιλιακά άλγη και άλγη στη ράχη. Πυρετός ή κίτρινη χροιά του δέρματος δεν παρουσιάζει.

Είναι άτομο παχύσαρκο και αρτημελές.

Αναφέρει υπέρταση πιθανώς νευρικής αιτιολογίας. Δεν αναφέρει αλλεργία σε τροφή σε φάρμακα.

Από τον θώρακα δεν παρουσιάζει κάτι το παθολογικό.

Από την καρδιά δεν παρουσιάζει κάτι το παθολογικό.

Οι εξετάσεις αίματος είναι φυσιολογικές.

Η Τρανσαμινάση ήταν αυξημένη SGO (ΦΙ 7.27) 39 SGP (Φ.Τ. 8.30) 24.

Χολερυθρίνη ολική (ΦΤ -1) 0,60.

Στις 26-4-88 έκανε υπερηχογράφημα χοληφόρων και χολοκυστογραφία. Το υπερηχογράφημα ήταν αρνητικό ενώ η χολοκυστογραφία

παρουσίασε χολολιθίαση.

Εγινε προεγχειρητική προετοιμασία.

Στις 30-4-88 η ασθενής χειρουργήθηκε χολοκυστεκτομή.

Επαιρνε ορρούς

D/W 5% 1000'' + 2 amp.

Tagamet + 2 amp Primperan.

Ringer's 500'' + 2 amp Tagamet + 2 amp Primperan.

D/W 5% 1000'' + 2 amp Tagamet + 2 amp Primperan.

Αντιβίωση Mandokef Fl 1 x 3 (6.2.10).

Επί πόνου Romidon amp.

Μετά το χειρουργείο συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων και γενικά τις καταστάσεις της άρρωστης.

Οι ορροί με τα φάρμακα αφαιρέθηκαν την 3^η Μετεγχειρητική ημέρα.

Δίαιτα: την ημέρα του χειρουργείου δεν πήρε τίποτα από το στόμα.

1^η Μετεγχειρητική Τσάι - φρυγανιά.

2^η Μετεγχειρητική Σούπα - φρυγανιά - Τσάι.

Σιγά - σιγά η δίαιτα έγινε χολοκυστοπαθούς, τη δίαιτα αυτή θα πρέπει η ασθενής να την τηρήσει για 3 μήνες τουλάχιστον.

Επίλογος

Στη χώρα μας συνεχίζεται σε μεγάλη έκταση η παλιά τακτική που ο γιατρός συγκεντρώνει όλες τις ιδιότητες της ομάδας.

Στην πλειονότητα οι νοσηλεύτριες έπαιξαν θετικό ρόλο στην κατανομή των καθηκόντων της ομάδας.

Η παρουσία του διαιτολόγου στα νοσοκομεία δεν χαρακτηρίζεται σαν ουσιαστική συμμετοχή στο έργο του γιατρού και της νοσηλεύτριας. Οι ρόλοι μπερδεύονται με αποτέλεσμα ο άρρωστος να μην παίρνει τις σωστές πληροφορίες.

Πρέπει να ξεκινήσουμε την αποδοχή ότι ο κάθε ειδικός έχει να προσφέρει εξ ίσου σπουδαίες και απαραίτητες πληροφορίες στον άρρωστο και όλοι αποτελούν μια ομάδα που συνεργάζονται για τον κοινό στόχο. Δηλαδή στο να βοηθήσουν τον άρρωστο.

Η νοσηλεύτρια δε της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής θα πρέπει να συμβάλλει μαζί με τους άλλους κλάδους της υγείας στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας ώστε να μειωθεί το ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από παθήσεις των χοληφόρων που είναι πολύ συχνές στην εποχή μας.

Βιβλιογραφία

- 1) Αγγελόπουλος Βασίλειος: Επίτομος Κλινική Παθολογική φυσιολογία-
α. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόρης Παρισιάνος Αθήνα 1975.
- 2) William F. Ganong M.D.: Ιατρική φυσιολογία Μετάφραση Ιωάννου
Χατζημηνά Τόμος Δεύτερος Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόρης
Παρισιάνος Αθήνα 1975.
- 3) Μαλαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. Βασικά αρχαί Παθολογι-
κή - Χειρουργική Τόμος Α' - Αθήναι 1976.
- 4) Μαλαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. Παθολογική Χειρουργική
Τόμος Β' Αθήναι 1974.
- 5) Ραγιά Αφροδίτη: Σημειώσεις Παθολογικής Χειρουργικής Νοσηλευτι-
κής Αθήνα Οκτώβριος 1982.
- 6) Σαχίνη-Καρδάση Άννα - Πάνου Μαρία: Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες Τόμος 2^{ος} Μέρος Β'
Εκδόσεις Βήτα Αθήνα 1985.
- 7) Τούντας Κ.Ι.: Επίτομος χειρουργική Τεύχος τρίτον Επιστημονι-
κές εκδόσεις Παρισιάνος Γρηγόρης Αθήνα 1975.
- 8) Φωτόπουλος Αλέξης Κ.: Παθήσεις των χοληφόρων Ιατρικές εκδό-
σεις Πασχαλίδη. Αθήνα 1984.

