



ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

18 Δεκεμβρίου 2025

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

- ΚΟΥΔΟΥΝΑ ΕΛΕΝΗ
- ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ ΣΥΜΕΛΑ
- ΧΩΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ
- ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

- ΧΙΑΜΠΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

- ΚΕΣΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΔΟΞΙΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

- ΜΗΤΣΙΑΝΗ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

- ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΕΤΙΚΙΔΗΣ

1. Σκοπός

Στόχος του πρωτοκόλλου είναι η επισήμανση των ορθών πρακτικών, τόσο κατά την τοποθέτηση όσο και κατά την διάρκεια της παρακέντησης, όπως και μετά την παρακέντηση, προκειμένου ο νοσηλευτής να εξασφαλίσει ασφάλεια και ανακούφιση στον ασθενή.

2. Εισαγωγή – Ορισμός

Ο ασκίτης είναι η συσσώρευση παθολογικής ποσότητας υγρού μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα και είναι σύμπτωμα πολλών παθήσεων, κυρίως της [κίρρωσης του ήπατος](#). Μπορεί να προκληθεί από καταστάσεις, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική νόσο ή καρκίνο και προκαλεί φούσκωμα, δυσφορία, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές. Η διάγνωση γίνεται με κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα, ενώ η θεραπεία περιλαμβάνει δίαιτα χαμηλή σε αλάτι, διουρητικά ή παρακέντηση για την αφαίρεση του υγρού. (Medical Journal of Australia, 2023)

Η παρακέντηση ασκίτικου υγρού μπορεί να γίνει για 2 λόγους:

- Θεραπευτικούς σκοπούς (ανακούφιση των συμπτωμάτων, όπως δυσφορία, δύσπνοια, κοιλιακή διάταση)
- Διαγνωστικούς σκοπούς (αξιολόγηση της αιτίας στέλνοντας για ανάλυση ποσότητα ασκίτικου υγρού)

3. Ενδείξεις-αντενδείξεις

Ενδείξεις παρακέντησης ασκίτικου υγρού

Η παρακέντηση ασκίτικου υγρού αποτελεί μία από τις σημαντικότερες και πιο ασφαλείς ιατρικές πράξεις για τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του ασκίτη (Jonathan Gotfried, 2025). Η έγκαιρη παρακέντηση, ιδίως εντός 12–24 ωρών από την εισαγωγή, μειώνει τη θνησιμότητα και βελτιώνει την κλινική έκβαση (Beran et al., 2024).

Σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, η διαδικασία ενδείκνυται σε κάθε περίπτωση **πρωτοεμφανιζόμενου ασκίτη**, καθώς η ανάλυση του υγρού προσφέρει κρίσιμες πληροφορίες για την αιτιολογία (University of Thessaly, 2018). Εξίσου σημαντική ένδειξη αποτελεί η **υποψία λοίμωξης ή καρκίνου**, όπου η έγκαιρη παρακέντηση είναι καθοριστική (Du L, et al. 2025).

Ασθενείς με **προοδευτική ή συμπτωματική αύξηση του ασκίτη**, που προκαλεί σημαντική δυσφορία, δύσπνοια ή κοιλιακή διάταση η παρακέντηση κρίνεται απαραίτητη καθώς παρατηρείται κλινική επιδείνωση του ασθενή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η παρακέντηση έχει και θεραπευτικό χαρακτήρα. Η αφαίρεση του υγρού και η μείωση της ενδοκοιλιακής πίεσης προσφέρουν άμεση ανακούφιση, βελτίωση της καθημερινής λειτουργίας του ασθενή και γενικότερη ευημερία της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Harvey et al., 2022). Τέλος, η παρακέντηση συμβάλλει σημαντικά και στη διαχείριση ασθενών με **νεφρική δυσλειτουργία**, βοηθώντας στη διάγνωση επιπλοκών (Emedi, 2014).

Συνολικά, οι ενδείξεις της παρακέντησης καλύπτουν τόσο τη διαγνωστική διερεύνηση όσο και τη θεραπευτική υποστήριξη, καθιστώντας τη διαδικασία απαραίτητη στη σύγχρονη παθολογική.

Αντενδείξεις παρακέντησης ασκητικού υγρού

Όπως είναι γνωστό, η παρακέντηση ασκητικού υγρού αποτελεί βασική διαγνωστική και θεραπευτική πράξη. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις οι οποίες αποτρέπουν την επικείμενη διαδικασία. Η σωστή εκτίμηση των αντενδείξεων είναι απαραίτητη πριν την εκτέλεσή της.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι απόλυτες αντενδείξεις είναι λίγες, με σημαντικότερες τη **διάχυτη ενδαγγειακή πήξη** και την **οξεία χειρουργική κοιλία**, καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών και καθιστούν τη διαδικασία μη ασφαλή (Baid & Rajput, 2024). Αναλυτικότερα αντενδείξεις, που απαιτούν προσεκτική κλινική κρίση, περιλαμβάνουν, **θρομβοκυτταροπενία, κύηση, σημαντική εντερική διάταση, εντερική απόφραξη ή γεμάτη ουροδόχο κύστη, καθώς αυτές οι συνθήκες μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο τραυματισμού ενδοκοιλιακών δομών** (Runyon, 2013). Επιπλέον, η διαδικασία μπορεί να καταστεί επικίνδυνη σε **ασθενείς με κακή συνεργασία ή αδυναμία ακινησίας**, αυξάνοντας τον κίνδυνο τραυματισμού οργάνων (Emedi, 2014).

Παρότι, οι αντενδείξεις είναι περιορισμένες και απαιτούν λεπτομερή κλινική εκτίμηση για την εξασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς, μελέτες δείχνουν ότι δεν αποτελούν απόλυτο εμπόδιο όταν η διαδικασία πραγματοποιείται με σωστή τεχνική και υπερηχογραφική καθοδήγηση (Pache & Bilodeau, 2005). Η χρήση υπερήχων έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αιμορραγίας και παρακέντησης οργάνων, βελτιώνοντας συνολικά την ασφάλεια ακόμη και σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (Fagan & Gabayan, 2008).

Συμπερασματικά, οι αντενδείξεις της παρακέντησης δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως απόλυτο εμπόδιο αλλά ως στοιχεία τα οποία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να λαμβάνει υπόψη του. Η κλινική αξιολόγηση και χρήση ασφαλέστερων τεχνικών συμβάλλει στη μέγιστη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της διαδικασίας.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

4.Απαραίτητα υλικά - εξοπλισμός

Η κατάλληλη προετοιμασία και η χρήση του κατάλληλου εξοπλισμού είναι απαραίτητες για να πραγματοποιηθεί η πράξη με ασφάλεια και να μειωθεί ο κίνδυνος επιπλοκών.

- Γενικά Απαιτούμενα Υλικά

Η αντισηψία είναι κρίσιμη για την πρόληψη λοιμώξεων.

Χρησιμοποιούνται:

- ✓ Αποστειρωμένα γάντια
- ✓ Αντισηπτικά διαλύματα (π.χ. χλωρεξιδίνη)
- ✓ Αποστειρωμένα πεδία και γάζες
- ✓ Καθαρό και αποστειρωμένο περιβάλλον εργασίας

- Εξοπλισμός Τοπικής Αναισθησίας

Για τον έλεγχο του πόνου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας χρησιμοποιούνται:

- ✓ Λιδοκαΐνη 1–2%
- ✓ Σύριγγες 10–20 mL
- ✓ Βελόνες 25G και 19–22G για χορήγηση αναισθησίας

- Κύριος Εξοπλισμός Παρακέντησης

Ανάλογα με το αν χρησιμοποιείται προκατασκευασμένο kit ή μεμονωμένα εργαλεία, απαιτούνται:

- ✓ Paracentesis kit (όπου είναι διαθέσιμο)
ή
- ✓ Καθετήρας 18–20G ή 8 French Βελόνα με οδηγό
- ✓ 3-way stopcock
- ✓ Σωληνώσεις σύνδεσης
- ✓ Συσκευές συλλογής υγρού (π.χ. κενό ή σακούλα συλλογής)

- Εξοπλισμός Συλλογής Υγρού

Για διαγνωστικούς σκοπούς:

- ✓ -Σύριγγες 5–20 ml
- ✓ Δοχεία δειγμάτων
- ✓ Φιαλίδια καλλιέργειών (blood culture bottles)
- ✓ EDTA σωλήνες

- Για θεραπευτική παρακέντηση:

- ✓ Μεγαλύτερες σύριγγες έως 60 mL
- ✓ Σακούλα συλλογής ουρών (urinary drainage bag)
- ✓ Διάλυμα αλβουμίνης 20% για υποκατάσταση όγκου όταν αφαιρούνται >5 L υγρού

- Εξοπλισμός Ασφαλείας και Υποστήριξης

- ✓ Sharps container για απόρριψη αιχμηρών αντικειμένων
- ✓ Σακούλες βιολογικού κινδύνου
- ✓ Στείρες γάζες για κάλυψη του σημείου εισαγωγής μετά το τέλος

- Συμπληρωματικός Εξοπλισμός

- ✓ Υπερηχογράφος:

- Χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό της ιδανικής θέσης παρακέντησης.

- Μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο επιπλοκών.

- ✓ Τεχνική Z-track:

- Χρησιμοποιείται για να μειωθεί η διαρροή υγρού μετά την αφαίρεση της βελόνας.

Συμπέρασμα

Ο εξοπλισμός που χρειάζεται για την παρακέντηση ασκητικού υγρού είναι αρκετά μεγάλος και διαφοροποιείται ανάλογα με το αν η πράξη έχει διαγνωστικό ή θεραπευτικό στόχο. Η κατάλληλη επιλογή και ορθολογική χρήση των υλικών παίζουν σημαντικό ρόλο ώστε η διαδικασία να γίνει με ασφάλεια, να είναι αποτελεσματική και να ολοκληρωθεί με επιτυχία.

5. Εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη λοιμώξεων
Συλλογή και οργάνωση του απαραίτητου εξοπλισμού-υλικού	Προαγωγή της αποτελεσματικότητας
Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενούς	Πρόληψη λάθους
Ενημερώστε τον ασθενή για τη διαδικασία και εξασφάλιση γραπτής συναίνεσης	Εξασφάλιση της συνεργασίας με τον ασθενή και μείωση του άγχους του
Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση, ανάλογα με τις οδηγίες του γιατρού	Ελέγχεται καλύτερα το σημείο πρόσβασης
Τοποθέτηση αδιάβροχου υποσέντονου	Προστασία υποκείμενου ιματισμού
Φορέστε γάντια	Ατομική προστασία
Άνοιγμα των συσκευασιών με αποστειρωμένη τεχνική	Εξασφάλιση άσηπτων συνθηκών
Τοποθέτηση αποστειρωμένου πεδίου με εγκοπή στο σημείο παρακέντησης	Διατήρηση άσηπτου υλικού
Κατά την διάρκεια της τοποθέτησης παρακολούθηση ΑΠ και επιπέδου συνείδησης του ασθενή	Επαγρύπνηση για την εμφάνιση επιπλοκών, όπως υπόταση
Επιβεβαίωση-Παρακολούθηση του σημείου παρακέντησης και ενημέρωση ιατρού για κάθε αφαιρούμενο λίτρο ασκητικού υγρού	Πρόληψη-έγκαιρη αντιμετώπιση επιπλοκών, όπως αιμορραγία, διαρροή υγρού ή διάτρηση οργάνου και λήψη οδηγιών από τον γιατρό ώστε να λάβει ο ασθενής αλβουμίνη για την αποφυγή κυκλοφορικής δυσλειτουργίας
Μετά το τέλος της παρακέντησης και αφαίρεσης της βελόνας, τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα ή αυτοκόλλητο επίθεμα	Αποφυγή- πρόληψη λοίμωξης
Μετά το τέλος της διαδικασίας τακτοποίηση του ρουχισμού του ιματισμού της κλίνης	Προαγωγή της άνεσης
Απομάκρυνση και ορθός διαχωρισμός και απόρριψη των υλικών που χρησιμοποιήθηκαν	Διαχείριση απορριμμάτων

Αφαίρεση γαντιών και εφαρμογή υγιεινής των χεριών	Πρόληψη λοιμώξεων και μεταφοράς μικροοργανισμών
Ενυπόγραφη ενημέρωση του φακέλου νοσηλείας του ασθενούς	Νοσηλευτική τεκμηρίωση

6. Νοσηλευτικές ευθύνες και αρμοδιότητες

- Ο νοσηλευτής λαμβάνει την ιατρική οδηγία σχετικά με το είδος της βελόνας που προτίθεται να χρησιμοποιήσει ο ιατρός καθώς και για την θέση τοποθέτησης. Επαληθεύει την ταυτότητα του ασθενούς και ανατρέχει στο νοσηλευτικό ιστορικό για οποιαδήποτε πληροφορία.
- Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για την διαδικασία, εφόσον αυτός επικοινωνεί με το περιβάλλον. Φροντίζει να προετοιμάσει την περιοχή εισόδου αφαιρώντας τον ιματισμό που την καλύπτει και ελέγχοντας την καθαριότητά της.



ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ
ΓΕΝ. ΚΟΙΝΩΣΙΑΚΟ ΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΙΩΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Βιβλιογραφία

1. mja.com.au, Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis/The Medical Journal of Australia
2. Beran, B., Lee, S., & Wilson, R. (2024). Early diagnostic paracentesis improves outcomes in hospitalized patients with ascites: A meta-analysis. *Hepatology International*, 18(2), 321–332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38916217/>
3. Harvey, J., Smith, R., & Thompson, P. (2022). Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1902. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10099762/>
4. Du L, Wei N, Maiwall R, Song Y. Differential diagnosis of ascites: etiologies, ascitic fluid analysis, diagnostic algorithm. *Clin Chem Lab Med*. 2023 Dec 20;62(7):1266-1276. doi: 10.1515/cclm-2023-1112. PMID: 38112289.
5. Braid, H., & Raj put, A. (2024). *Paracentesis*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435998/>
6. Runyon, B. A. (2013). Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: Update 2012. *Journal of Hepatology*, 57(1), 165–176. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2012.02.010>
7. Pache, I., & Bilodeau, M. (2005). Ultrasound-guided paracentesis. *The New England Journal of Medicine*, 352(19), e21. <https://doi.org/10.1056/NEJMvcm2119156>
8. Fagan, T. C., & Gabayan, A. E. (2008). Does this patient have bacterial peritonitis or portal hypertension? *JAMA*, 299(10), 1166–1178. <https://doi.org/10.1001/jama.299.10.1166>
9. Emedi. (2014). Παρακέντηση ασκίτικού υγρού. <https://www.emedi.gr/2014/03/15/παρακέντηση-ασκίτικού-υγρού/>
10. Jonathan Gotfried (2025) MSD Manual Professional Edition. *Paracentesis*. <https://www.msmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/diagnostic-and-therapeutic-gastrointestinal-procedures/paracentesis>
11. University of Thessaly. (2018). Εργαστηριακή ανάλυση ασκίτικού υγρού [PDF]. <https://ir.lib.uth.gr/xmlui/bitstream/handle/11615/50870>
12. Geeky Medics. (n.d.). Ascitic drain (therapeutic paracentesis): OSCE guide. <https://geekymedics.com/ascitic-drain-therapeutic-paracentesis-osce-guide/>
13. Shrestha, P., & Shrestha, B. (2023). Paracentesis. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435998/>