

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

ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ ΚΟΝΤΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Α Τ Ρ Α 1990

| | |
|----------------------|------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 157a |
|----------------------|------|

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΣΕΛ.

| | |
|--|----|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 3 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | |
| Το αίμα και οι λειτουργίες του..... | 4 |
| Τα ερυθρά αιμοσφαίρια..... | 5 |
| Ερυθροποίηση..... | 5 |
| Η αιμοσφαιρίνη..... | 6 |
| Λειτουργίες αιμοσφαιρίνης..... | 6 |
| Μεταβολισμός αιμοσφαιρίνης..... | 6 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | |
| Μεταβολισμός σιδήρου..... | 8 |
| Απορρόφηση..... | 8 |
| Μεταφορά..... | 9 |
| Αποθήκευση..... | 10 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | |
| Αίτια σιδηροπενικής αναιμίας..... | 11 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | |
| Κλινική εικόνα σιδηροπενίας..... | 14 |
| Εργαστηριακά ευρήματα σιδηροπενίας..... | 14 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | |
| Θεραπεία σιδηροπενικής αναιμίας..... | 16 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | |
| Νοσηλευτική αντιμετώπιση σιδηροπενίας..... | 19 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 | |
| Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα αρρώ- στων με σιδηροπενική αναιμία εφαρμόζοντας την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διέργασίας..... | 21 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 | |
| Συμπεράσματα - Προτάσεις..... | 45 |
| | |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | 47 |
| | |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 48 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναιμία ονομάζεται η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία η τιμή της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη και του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι κάτω του φυσιολογικού.

Αναιμία προκαλείται όταν η ποσότητα της αιμοσφαιρίνης στο αίμα ελαττώνεται σε επίπεδα χαμηλότερα από τις ποσότητες που απαιτούνται για να μεταφερθεί το οξυγόνο στους ιστούς.

Υπάρχουν πολλές αιτίες που κάνουν την ποσότητα της αιμοσφαιρίνης να γίνει τόσο μικρή. Η ανωμαλία μπορεί να αφορά είτε την παραγωγή της ίδιας της αιμοσφαιρίνης είτε την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Για την παραγωγή της αιμοσφαιρίνης χρειάζεται μια απαραίτητη ποσότητα σιδήρου έτσι ώστε η έλλειψη σιδήρου στον οργανισμό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να παραχθεί αρκετή αιμοσφαιρίνη (σιδηροπενική αναιμία).

Η σιδηροπενική αναιμία είναι μία από τις πιο συχνές αναιμίες σε παγκόσμιο επίπεδο. Χαρακτηρίζεται από ελάττωση του αποθηκευμένου σιδήρου στον μυελό των οστών, από χαμηλό σίδηρο ορού, χαμηλή τιμή αιμοσφαιρίνης, μικροκυττάρωση και υπόχρωμα ερυθρά αιμοσφαίρια.

Σκοπός της μελέτης είναι να εντοπίσουμε το πρόβλημα της σιδηροπενικής αναιμίας, να δούμε πού οφείλεται, ποια αίτια το προκαλούν, πώς πρέπει να αντιμετωπίσουμε τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής και ποια θεραπεία πρέπει να ακολουθήσει.

Αφού αναφέρουμε στην αρχή λίγα πράγματα για το αίμα και τον μεταβολισμό του σιδήρου στην συνέχεια θα αναφερθούμε στα αίτια της σιδηροπενίας, στα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής και στην θεραπεία της σιδηροπενίας. Τέλος θα αναφέρουμε την νοσηλευτική φροντίδα δύο ασθενών με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΑΙΜΑ

Το αίμα είναι ο μοναδικός υγρός ιστός του σώματος με τον οποίο το οξυγόνο, τα θρεπτικά συστατικά και οι χημικές ουσίες που είναι απαραίτητα για την λειτουργία των ιστών και των οργάνων, μεταφέρονται σ'ολόκληρο το σώμα.

Το αίμα αποτελείται από δύο κύρια στοιχεία, τα κύτταρα (έμμορφα συστατικά) του αίματος που είναι τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια ή θρομβοκύτταρα και το υγρό στοιχείο μέσα στο οποίο αυτά βρίσκονται, που λέγεται πλάσμα.

ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Οι λειτουργίες του αίματος είναι οι παρακάτω:

1. Μεταφέρει το οξυγόνο από τους πνεύμονες στους ιστούς και το διοξείδιο του άνθρακα από τους ιστούς στους πνεύμονες. Υπεύθυνα γι'αυτή την λειτουργία είναι τα ερυθρά αιμοσφαίρια.
2. Μεταφέρει θρεπτικές ουσίες από τον γαστρεντερικό σωλήνα στους ιστούς.
3. Μεταφέρει ορμόνες από τους ενδοκρινείς αδένες προς τους ιστούς.
4. Μεταφέρει άχρηστες ουσίες από τους ιστούς προς τα απεκκριτικά όργανα (νεφρά - πνεύμονες) για απέκκριση.
5. Λειτουργεί σαν όργανο κατανομής της θερμότητας ώστε να διατηρείται σταθερή η θερμοκρασία του σώματος.
6. Συμβάλλει στην άμυνα του οργανισμού κυρίως με τα λευκοκύτταρα.
7. Συμβάλλει στην συντήρηση της ακεραιότητας του αγγειακού δικτύου με την παρουσία των αιμοπεταλίων.

ΤΑ ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι τα πιο πολυάριθμα κύτταρα του αίματος. Είναι απύρρηνα όπως και τα αιμοπετάλια και έχουν σχήμα αμφίκυκλου δίσκου. Παράγονται στους αγγειακούς κόλπους του ερυθρού μυελού των οστών από εμπύρρηνα κύτταρα (προερυθροβλάστες), τα οποία προέρχονται από το ενδοθήλιο των κόλπων και τα οποία διαφοροποιούνται σε νορμοβλάστες, στη συνέχεια σε δικτυοερυθροκύτταρα και τελικά σε ώριμα ερυθροκύτταρα.

Για την ωρίμανσή τους διέρχονται από διάφορα στάδια κατά τα οποία ο πυρήνας βαθμιαία πυκνώνει και τελικά αποβάλλεται ενώ παράλληλα το πρωτόπλασμα εμπλουτίζεται με αιμοσφαιρίνη που παράγεται μέσα σ' αυτό.

Η μέση διάρκεια ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων υπολογίζεται σε 100 - 120 μέρες.

Καταστρέφονται κυρίως στον σπλήνα.

Ο αριθμός τους φτάνει στους άντρες 4.5 - 5.5 και στις γυναίκες 3.9 - 5.6 εκατομμύρια σε κάθε κυβικό χιλιοστόμετρο αίματος.

Η ρύθμιση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι αποτέλεσμα μιας δυναμικής ισορροπίας ανάμεσα σε καταστρεφόμενα ερυθρά και σε αυτά που παράγονται από το μυελό των οστών, έτσι ώστε να παραμένει ο αριθμός τους μέσα σε φυσιολογικά όρια.

ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΣΗ

Η παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή ερυθροποίηση ρυθμίζεται από ένα μηχανισμό αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης. Έτσι η αύξηση του αριθμού των ερυθρών στο περιφερικό αίμα, αναστέλλει την παραγωγή νέων ερυθρών από τον ερυθρό μυελό των οστών και αντίστροφα.

Η ερυθροποίηση διεγείρεται κάτω από συνθήκες υποξίας (ελάττωση της μερικής πίεσης του οξυγόνου στους ιστούς).

Σε υποξία ο νεφρός παράγει μια ουσία που λέγεται ερυθροποιητίνη. Η ουσία αυτή δρα στα αρχέγονα κύτταρα του μυελού των οστών

και επιταχύνει τη διαφοροποίησή τους σε προερυθροβλάστες, ώστε έτσι να επιταχύνεται η διαδικασία της ερυθροποίησης.

Η ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ

Η αιμοσφαιρίνη είναι το πιο σημαντικό λειτουργικό συστατικό των ερυθρών αιμοσφαιρίων και αποτελεί το 95% του βάρους του στερεού περιεχομένου του ερυθρού. Πρόκειται για μια σύνθετη πρωτεΐνη (χρωμο-πρωτεΐνη) που το μόριό της αποτελείται από μόριο λευκώματος (σφαιρίνη) και σιδηρούχο χρωστική (αίμη).

Η σφαιρίνη αποτελείται από ένα ζεύγος α - αλύσεων και από ένα άλλο ζεύγος (μη - α) άλλων αλύσεων (β , γ , δ). Ένα μόριο αιμοσφαιρίνης είναι ικανό να δεσμεύει και να αποδεσμεύει το οξυγόνο όταν αποτελείται από μόρια α και άλλων μη α αλύσεων.

Η αίμη είναι ένωση που αποτελείται από δακτύλιο πορφυρίνης στο κέντρο του οποίου υπάρχει ένα άτομο σιδήρου. Η αίμη είναι αυτή που προσδίδει στην αιμοσφαιρίνη το ερυθρό χρώμα.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ

Η αιμοσφαιρίνη ενώνεται με το οξυγόνο στους πνεύμονες ενώ το απελευθερώνει διαμέσου των τριχοειδών στους ιστούς καθώς το αίμα κυκλοφορεί στα διάφορα μέρη του σώματος.

Άλλη λειτουργία της είναι η συμμετοχή της στη μεταφορά του διοξειδίου του άνθρακα από τους ιστούς στους πνεύμονες για αποβολή διαμέσου των κυψελίδων των πνευμόνων.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ

Η μέση τιμή της αιμοσφαιρίνης στο αίμα είναι για τους άντρες 16 G/ 100 ML και για τις γυναίκες 14 G/ 100 ML.

Κάθε ώρα 0,3 GR αιμοσφαιρίνης διασπώνται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα από την καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων κι άλλα τόσα συνθέτονται στο μυελό των οστών έτσι ώστε το ποσό να παραμένει σταθερό.

Μετά τη ρήξη της μεμβράνης των ερυθρών, το μόριο της αιμοσφαιρίνης διασπάται και η αίμη μετατρέπεται σε χολερυθρίνη που εκκρίνεται διαμέσου του ήπατος στη χολή. Ο σίδηρος της αίμης όμως απελευθερωμένος από τα κύτταρα του ΔΕΣ ξαναχρησιμοποιείται για σύνθεση νέων μορίων αιμοσφαιρίνης.

Εάν η παραγόμενη ποσότητα αιμοσφαιρίνης δεν επαρκεί για τις απώλειες στο περιφερικό αίμα, τότε δημιουργούνται παθολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται σαν αναιμίες μικροκυτταρικές με μικρό μέσο όγκο ερυθρών.

Για την παραγωγή και εξέλιξη των ερυθροκυττάρων είναι απαραίτητη η παρουσία και ορισμένων άλλων παραγόντων όπως η βιταμίνη B₁₂ και το φυλλικό οξύ. Η έλλειψη οποιουδήποτε από τους παραπάνω παράγοντες μειώνει την παραγωγή των ερυθροκυττάρων με αποτέλεσμα την εμφάνιση αναιμίας που χαρακτηρίζεται σαν μεγαλοβλαστική με μεγάλο μέσο όγκο ερυθρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΣΙΔΗΡΟΥ

ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ

Το γεγονός ότι η αιμοσφαιρίνη περιέχει σίδηρο, ερμηνεύει ευχερώς την δημιουργία αναιμίας από έλλειψη σιδήρου στον οργανισμό γιατί δεν μπορεί να παραχθεί αρκετή αιμοσφαιρίνη (σιδηροπενική αναιμία).

Ο οργανισμός παίρνει τον σίδηρο από τις τροφές. Πλούσιες σε σίδηρο τροφές είναι το κρέας, τα πράσινα χορταρικά, τα όσπρια και τα αυγά. Το γάλα περιέχει μικρή ποσότητα σιδήρου.

Ο βαθμός της απορρόφησης του σιδήρου από το έντερο διαφέρει ανάλογα με το είδος της τροφής μέσα στο οποίο περιέχεται ο σίδηρος. Η απορροφητική ικανότητα του εντέρου σε σίδηρο κυμαίνεται από 1% για τα λαχανικά μέχρι 20% για το κρέας. Ο σίδηρος του κρόκου του αυγού έχει μικρή απορροφησιμότητα. Η παρουσία διαφόρων ουσιών στην τροφή τροποποιεί την απορροφησιμότητα του σιδήρου. Φωσφορικά, οξαλικά και φυτικά άλατα ελαττώνουν την απορροφησιμότητα αυτού. Το μαγείρεμα σε σκεύη από σίδηρο αυξάνει την ποσότητα του προσλαμβανομένου σιδήρου, όπως επίσης και η λήψη ορισμένων οινοπνευματωδών ποτών που περιέχουν σίδηρο π.χ το κόκκινο κρασί.

Ο σίδηρος της αίμης (ζωικός σίδηρος) απορροφάται από το ανώτερο τμήμα του λεπτού εντέρου κατά τρόπο αρκετά ικανοποιητικό.

Στο στομάχι ο σίδηρος ελευθερώνεται από τις διάφορες τροφές λόγω του όξινου pH από την παρουσία του υδροχλωρικού οξέος (HCL). Ικανό ποσοστό του ελευθερωμένου σιδήρου δεσμεύεται από βλεννοπρωτεΐνες του στομάχου.

Με την δεσμευμένη αυτή μορφή φτάνει μετά το γεύμα στην νήστιδα και εκεί αποδεσμευμένος από τις βλεννοπρωτεΐνες ενώνεται με ουσίες όπως σάκχαρα και αμινοξέα και εισέρχεται στα επιθηλιακά κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου. Ο σίδηρος εντός του εντερικού κυττάρου ενώνεται με την πρωτεΐνη τρανσφερρίνη, η οποία και είναι η πρωτεΐνη μεταφοράς του σιδήρου στο αίμα.

Η συνηθισμένη " δυτικού τύπου " δίαιτα περιέχει γύρω στα 15 MG σίδηρο σε μία ημερήσια δίαιτα. Φυσιολογικά το απορροφούμενο ποσοστό από αυτόν τον σίδηρο είναι μικρότερο του 10%, δηλ. περίπου το 1 MG. Οι απαιτήσεις του οργανισμού σε σίδηρο εξαρτώνται κυρίως από τις απώλειες που έχει. Αυτές, με εξαίρεση τις απώλειες της εμμήνου ρύσεως, είναι μικρότερες του 1 MG/ 24ωρο. Προέρχονται από την αποβολίδαση των επιθηλιακών κυττάρων και από την φυσιολογική απώλεια αίματος από τον πεπτικό σωλήνα και την χολή.

Ενώ είναι γνωστό ότι η απορρόφηση του σιδήρου εξαρτάται από τις απαιτήσεις του οργανισμού σε σίδηρο, ο βαθμός της απορροφήσεως είναι συνάρτηση της περιεκτικότητας σε σίδηρο των επιθηλιακών κυττάρων του εντέρου, η οποία είναι αντίστοιχα συνάρτηση της ολικής περιεκτικότητας του οργανισμού σε σίδηρο.

Το ποσό του απορροφούμενου σιδήρου είναι αντιστρόφως ανάλογο του επιπέδου σιδήρου στον οργανισμό. Σε μια σιδηροπενική αναιμία π.χ, η απορρόφηση του σιδήρου αυξάνεται σημαντικά και φτάνει τα 3 MG και πλέον ημερησίως.

Τέλος, ο βαθμός της απορρόφησης εξαρτάται και από την ύπαρξη ενός ή δύο ατόμων σιδήρου στο μόριο της τρανσφερρίνης.

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΙΔΗΡΟΥ

Η μεταφορά του σιδήρου από το έντερο στους ιστούς και από τον ένα ιστό στον άλλο (κυρίως μυελό, ήπαρ, σπλήνα) επιτελείται από ειδική πρωτεΐνη, την τρανσφερρίνη. Κάθε μόριο τρανσφερρίνης έχει δυο θέσεις δεσμεύσεως σιδήρου. Η λειτουργική σημασία αυτής της παρατήρησης δεν είναι γνωστή.

Η τρανσφερρίνη συντίθεται στο ήπαρ, είναι ιδεώδης πρωτεΐνη - φορέας, γιατί αφού προσφέρει τον σίδηρο στον ιστό για χρησιμοποίηση ή για αποθήκευση, παραμένει αναλλοίωτη, έτοιμη να επαναλάβει το έργο της.

Από το έντερο όπου ο απορροφούμενος σίδηρος δεσμεύεται με την τρανσφερρίνη, μεταφέρεται από αυτή κατά ένα μεγάλο ποσοστό στα κύτταρα συνθέσεως αιμοσφαιρίνης στο μυελό, δηλ. στους ερυθροβλάστες. Η αποδέσμευση του σιδήρου από την τρανσφερρίνη δεν γίνεται πάνω στην επιφάνεια των ερυθροβλαστών. Η τρανσφερρίνη εισέρχεται μέσα στον

ερυθροβλάστη και μάλιστα στα μιτοχόνδρια, τον τόπο συνθέσεως της αιμοσφαιρίνης. Εκεί ο τρισθενής σίδηρος ανάγεται σε δισθενή.

Με τον ίδιο τρόπο η τρανσφερρίνη μεταφέρει τον σίδηρο στο ήπαρ όπου ενσωματώνεται στην φερριτίνη για εναποθήκευση στο κυτόχρωμα και στα ηπατικά ένζυμα.

Ανάλογος μηχανισμός φαίνεται ότι υπάρχει στον πλακούντα όπου η τρανσφερρίνη προσκομίζει τον σίδηρο για τις ανάγκες του εμβρύου.

Επίσης η τρανσφερρίνη προσλαμβάνει τον σίδηρο ο οποίος απελευθερώνεται από τις αποθήκες στα κύτταρα του ΔΕΣ και από τα καταστρεφόμενα ερυθροκύτταρα.

ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ

Ο σίδηρος εναποθηκεύεται ως φερριτίνη και ως αιμοσιδηρίνη.

Η φερριτίνη έχει διπλή αποστολή:

1. Αποθηκείσεως. Η ύπαρξη αποθήκης σιδήρου από την οποία αυτός ελευθερώνεται επιτρέπει την διατήρηση της ποσότητας της αιμοσφαιρίνης σταθερής παρά τις διακυμάνσεις της προσλήψεως του σιδήρου από τις τροφές. Η έξοδος του σιδήρου από τις αποθήκες είναι βραδεία. Για την έξοδο μεγάλης σχετικά ποσότητας σιδήρου απαιτούνται αρκετές μέρες ή και βδομάδες.
2. Προστασίας. Ο σίδηρος είναι τοξικός σε ελεύθερη μορφή και οι ημερήσιες απώλειες αυτού είναι μικρές με εξαίρεση τις γυναίκες κατά την φάση της αναπαραγωγής.

Η αιμοσιδηρίνη είναι μια πρωτεΐνη αδιάλυτη στο νερό που κύρια αποστολή της είναι η δέσμευση σιδήρου και η αποθήκευσή του για μακροχρόνιο διάστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ΑΙΤΙΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Τα αίτια της σιδηροπενικής αναιμίας είναι:

1. Πλημμελής δίαιτα

- α) Στα βρέφη. Το γάλα είναι φτωχό σε σίδηρο και η σιδηροπενική αναιμία εμφανίζεται στα βρέφη που λαμβάνουν αποκλειστικά γάλα για αρκετό διάστημα μετά τον τρίτο μήνα. Τελειόμηνα φυσιολογικά νεογνά έχουν αποθήκες σιδήρου επαρκείς για τρεις περίπου μήνες. Δίδυμα και πρόωρα έχουν μικρότερες αποθήκες σιδήρου.
- β) Στους ενήλικες. Η έλλειψη σιδήρου συμβαίνει σε χρόνιο υποσιτισμό με μεγάλο περιορισμό κρέατος και πράσινων λαχανικών και σε άτομα που ακολουθούν διαιτητικά συστήματα χορτοφαγίας είτε λόγω ψυχικής ανωμαλίας είτε λόγω προσπάθειας απώλειας βάρους. Επίσης παρατηρείται συχνά σε άτομα με κακή οικονομική κατάσταση.

Τέλος έλλειψη σιδήρου σπάνια συμβαίνει σε ελκοπαθείς που λαμβάνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σχεδόν αποκλειστικά γάλα.

2. Πλημμελής απορρόφηση του σιδήρου από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

- α) Μετά από μερική ή ολική γαστρεκτομή.
 Η συχνότητα της σιδηροπενικής αναιμίας μετά από μερική γαστρεκτομή υπολογίζεται σε 25% περίπου και αυξάνεται αναλόγως του χρόνου που πέρασε από την εγχείρηση.
 Η σιδηροπενία εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς που τα αποθέματα σιδήρου δεν είχαν πληρωθεί επαρκώς πριν και μετά την εγχείρηση.
 Η σιδηροπενία μετά από μερική γαστρεκτομή αποδίδεται σε μικρή αλλά συνεχή απώλεια αίματος, σε ελαττωμένη

πρόσληψη σιδήρου λόγω προτιμήσεως ψωμιού, γάλατος, κ.ά. σε μηχανική παράκαμψη του δωδεκαδακτύλου και σε συνυπάρχουσα ατροφική γαστρίτιδα και αχλωρυδρία, συνθήκες που δυσκολεύουν την απορρόφηση του σιδήρου. Ακόμα τα αντιόξινα ελαττώνουν την απορρόφηση του σιδήρου.

- β) Σε διάφορες παθήσεις του λεπτού εντέρου όπως σε στεατόρροια και μετά από εκτεταμένη εκτομή του λεπτού εντέρου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει αλλαγή της φυσικής ικανότητας του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου για απορρόφηση.

3. Αυξημένες ανάγκες του οργανισμού σε σίδηρο.

Η γρήγορη ανάπτυξη του οργανισμού κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία μπορεί να προκαλέσει αναιμία από έλλειψη σιδήρου και στα δύο φύλα.

Η κύηση αποτελεί σημαντική δοκιμασία για τις αποθήκες σιδήρου της γυναίκας. Έχει υπολογιστεί ότι η εγκυμοσύνη σημαίνει για την μητέρα κατανάλωση 550 MG σιδήρου από τα οποία τα 300 - 350 MG για το έμβryo και τα υπόλοιπα για τον πλακούντα. Έτσι η γυναίκα κατά την κύηση χάνει ποσότητα σιδήρου κατά 60% μεγαλύτερη από εκείνη που θα έχανε με την εμμηνορρυσία στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Γι' αυτό πολλές γυναίκες κατά την κύηση γίνονται αναιμικές.

Τα τελευταία χρόνια όμως σημειώνεται ελάττωση της συχνότητας της σιδηροπενικής αναιμίας της κυήσεως.

Αυτό αποδίδεται στην καλύτερη διατροφή εξαιτίας της οποίας η κύηση βρίσκει τη γυναίκα με γεμάτες αποθήκες σιδήρου, αλλά και στην συστηματική λήψη σιδήρου κατά τη διάρκεια της κυήσεως.

4. Αιμορραγία.

Η αιμορραγία είναι η κυριώτερη αιτία της σιδηροπενικής αναιμίας.

- α) Αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Ανάμεσα στις διάφορες αιτίες αναφέρουμε το έλκος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου, τα νεοπλάσματα στομάχου και παχέος εντέρου, τη διαφραγματοκήλη, τους κίρσους οισοφάγου κ.ά. Πρέπει να προστεθεί

ότι το καρκίνωμα στομάχου ή του τυφλού είναι δυνατόν να εμφανιστεί χωρίς τοπικά συμπτώματα απλώς ως σιδηροπενική αναιμία.

Επίσης η χρόνια λήψη ασπιρίνης δημιουργεί πολλές φορές σιδηροπενική αναιμία λόγω χρόνιας απώλειας αίματος.

β) Βαριές και επανειλημμένες ρινορραγίες ή αιμοπτύσεις.

γ) Αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα.

Η μηνορραγία είναι η πιο συνηθισμένη αιτία σιδηροπενικής αναιμίας από τις αιμορραγίες.

Η μέση απώλεια αίματος σε κάθε εμμηνορρυσιακό κύκλο ανέρχεται σε 35 ML, ποσότητα που αντιστοιχεί σε 5,08 G αιμοσφαιρίνης δηλ. 17MG σίδηρο τον μήνα. Η αντικατάσταση του ποσού αυτού απαιτεί 0,6 MG σίδηρο την ημέρα επιπλέον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η αναιμία ελαφρού βαθμού δεν συνοδεύεται συνήθως από συμπτώματα. Σε αναιμία, όμως, σημαντικού βαθμού ο ασθενής παραπονιέται για αδυναμία, εύκολη κόπωση, δύσπνοια και αίσθημα παλμών. Η ανεπαρκής αιμάτωση των ιστών είναι δυνατόν να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα στηθάγχης ή καρδιακής ανεπάρκειας.

Αντικειμενικώς από την εξωτερική εμφάνιση ο ασθενής φαίνεται ωχρός.

Ακόμα μπορεί να παρατηρηθεί κοιλωνυχία που σημαίνει ότι τα νύχια είναι κοίλα σε αντίθεση με τα φυσιολογικά που είναι ελαφρώς κυρτά. Μερικές φορές τα νύχια είναι απλώς εύθρυπτα.

Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί γλωσσίτιδα από ατροφία του βλεννογόνου της γλώσσας. Σε βαριές και κυρίως σε χρόνιες περιπτώσεις η γλώσσα είναι λεία χωρίς θηλές, ωχρή και ατροφική. Η ατροφική γλωσσίτιδα περνάει συνήθως ανώδυνα αν και ο πόνος και ο καύσος δεν είναι σπάνια φαινόμενα.

Παρατηρείται επίσης γωνιώδης χειλίτιδα.

Τέλος, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει δυσφαγία. Σε γυναίκες με χρόνια σιδηροπενική αναιμία παρατηρείται δυσφαγία οφειλόμενη σε αλλοιώσεις στο άνω τμήμα του οισοφάγου.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ

Οι εξετάσεις αίματος αποκαλύπτουν:

Ελάττωση της τιμής του αιματοκρίτη και ελάττωση της τιμής της αιμοσφαιρίνης η οποία είναι πάντοτε μεγαλύτερη από την ελάττωση της τιμής του αιματοκρίτη. Γι' αυτό και η μέση πυκνότητα της αιμοσφαιρί-

νης (MCHC) είναι κατώτερη του φυσιολογικού.

Η μέση πυκνότητα της αιμοσφαιρίνης κατά ερυθρό (MCH) είναι επίσης ελαττωμένη κάτω από 27 PG.

Το χαρακτηριστικό εύρημα της σιδηροπενίας είναι η υποχρωμία και η μικροκυττάρωση με χαμηλό μέσο όγκο ερυθρών (MCV).

Η ωχρότητα των ερυθροκυττάρων, ιδιαίτερα σε βαριές περιπτώσεις, προξενεί ιδιαίτερη εντύπωση. Σε βαριά σιδηροπενία τα ερυθροκύτταρα είναι σχεδόν άχρα με εξαίρεση λεπτό περιφερικό κύκλο.

Η μικροκυττάρωση είναι σαφής στην εξέταση του κυτταρικού επιχρίσματος, επικυρώνεται όμως με τον προσδιορισμό του μέσου όγκου των ερυθροκυττάρων (MCV), ο οποίος είναι κατώτερος του φυσιολογικού, κάτω από 80 FL.

Επίσης συνυπάρχει βαθμός ποικιλοκυττάρωσης δηλ. κύτταρα διαφόρων σχημάτων και ανισοκυττάρωσης δηλ. κύτταρα ίδιου σχήματος αλλά διαφορετικού μεγέθους. Τα δικτυοερυθροκύτταρα είναι φυσιολογικά στον αριθμό ή ελαφρώς αυξημένα. Σε πρόσφατη αιμορραγία ο αριθμός τους είναι σαφώς αυξημένος.

Ο σίδηρος ορού είναι κι αυτός ελαττωμένος αν και χρειάζεται μεγάλη προσοχή για την εκτίμηση των τιμών, γιατί οι διακυμάνσεις των φυσιολογικών τιμών του σιδήρου εντός του 24/ωρου είναι μεγάλες.

Επίσης σε γυναίκες κατά την περίοδο της εμμηνορρυσίας ο σίδηρος ορού είναι δυνατόν να κατέβει.

Ο καλύτερος δείκτης ένδειας σιδήρου στον οργανισμό είναι ο έλεγχος της φερριτίνης του ορού γιατί αντικατοπτρίζει με τον καλύτερο τρόπο την στάθμη του σιδήρου στις αποθήκες του οργανισμού.

Το μυελόγραμμα σε σιδηροπενική αναιμία αποκαλύπτει έλλειψη σιδήρου στο μυελό. Η χρώση που γίνεται στο μυελό που έχουμε πάρει από παρακέντηση οστού αποδεικνύει τις αποθήκες σιδήρου κενές ή σχεδόν κενές.

Αυτή η εκτίμηση των αποθηκών σιδήρου του οργανισμού παρέχει μεγάλη διαγνωστική βοήθεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Η θεραπεία της σιδηροπενικής αναιμίας γίνεται είτε από το στόμα είτε παρεντερικά.

1. Χορήγηση σιδήρου από το στόμα.

Η χορήγηση σιδήρου από το στόμα γίνεται με δισκία δισθενούς θειϊκού σιδήρου και είναι η συνηθέστερη μέθοδος σιδηροθεραπείας. Χορηγείται ένα δισκίο τρεις φορές την μέρα μεταξύ των γευμάτων.

Παρενέργειες της χορήγησης σιδήρου από το στόμα.

Μερικοί ασθενείς με αυτό τον τρόπο χορήγησης του σιδήρου παρουσιάζουν παρενέργειες όπως ναυτία, εμετούς, δυσκοιλιότητα και γενικά γαστρεντερικές ενοχλήσεις. Οι παρενέργειες αυτές είναι συνήθως συνάρτηση της δόσης του χορηγουμένου σιδήρου γι' αυτό και ελάττωση της δόσης ή λήψη των δισκίων κατά τη διάρκεια των γευμάτων ελαττώνει πολλές φορές τις παρενέργειες. Επίσης για την μείωση των παρενεργειών δοκιμάστηκαν πολλές άλλες ενώσεις σιδήρου όπως: α) ο γλυκονικός σίδηρος, β) ο φουμαρικός σίδηρος, γ) ο ηλεκτρικός σίδηρος χωρίς σημαντική επιτυχία.

Υπάρχουν επίσης ιδιοσκευάσματα σιδήρου με μορφή δισκίων, από τα οποία ο σίδηρος ελευθερώνεται με βραδύ ρυθμό στο λεπτό έντερο. Η υπεροχή των ιδιοσκευασμάτων αυτών από άποψη ανεκτικότητας από το πεπτικό σύστημα είναι εμφανής.

Η χορήγηση του σιδήρου από το στόμα μπορεί να γίνει και με υγρή μορφή η οποία ενδείκνυται κυρίως για τα παιδιά και για τους ενήλικες που έχουν δυσφαγία.

Τέτοια σκευάσματα είναι: α) ο κιτρικός αμμωνιακός σίδηρος, β) ο θειϊκός σίδηρος, γ) ο γλυκονικός σίδηρος, δ) ο ηλεκτρικός σίδηρος.

Μετά την επάνοδο της τιμής της αιμοσφαιρίνης στο φυσιολογικό, οι ασθενείς πρέπει να συνεχίσουν την σιδηροθεραπεία για δυο έως δώδεκα μήνες προκειμένου να αναπληρώσουν τις αποθήκες σιδήρου του οργανισμού.

2. Χορήγηση σιδήρου παρεντερικά.

Η σιδηροθεραπεία από το στόμα δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Υπάρχουν όμως κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες για διάφορους λόγους αναγκάζεται κανείς να προσφύγει στην παρεντερική οδό. Αυτές είναι:

α) Περιπτώσεις κατά τις οποίες εξαιτίας οργανικής παθήσεως του γαστρεντερικού σωλήνα δεν είναι σκόπιμο να χορηγήσουμε σίδηρο από το στόμα γιατί ερεθίζει τον βλεννογόνο του. Από τις παθήσεις αυτές αναφέρουμε σαν παράδειγμα το έλκος του στομάχου.

β) Περιπτώσεις με έντονες γαστρεντερικές διαταραχές χωρίς οργανική αλλοίωση του πεπτικού συστήματος, όπως λ.χ ναυτία ή έμετοι κατά τη διάρκεια της κυήσεως, καθιστούν πολλές φορές προβληματική τη χορήγηση σιδήρου από το στόμα. Αυτό δεν σημαίνει ότι αμέσως μόλις ο ασθενής παραπονεθεί για γαστρικά ενοχλήματα πρέπει να διακόψουμε την θεραπεία από το στόμα και να στραφούμε αμέσως στην παρεντερική οδό. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα ενοχλήματα είναι ελαφρά και με κατάλληλες τροποποιήσεις με επιμονή και υπομονή επιτυγχάνεται η συνέχιση της σιδηροθεραπείας από το στόμα.

Όταν η συνέχιση είναι αδύνατη η παρεντερική σιδηροθεραπεία αποτελεί πολύτιμη βοήθεια.

γ) Περιπτώσεις κατά τις οποίες η απορροφητική ικανότητα του εντέρου είναι πλημμελής όπως στην στεατόρροια.

δ) Περιπτώσεις κατά τις οποίες επιβάλλεται η γρήγορη επάνοδος της αιμοσφαιρίνης στα φυσιολογικά όρια όπως πριν από μια εγχείρηση.

α. Ενδοφλέβιος χορήγηση σιδήρου.

Οι ενδοφλέβιες ενέσεις σιδήρου πρέπει να γίνονται πολύ αργά μέσα σε 5 - 10' και να προσέχουμε να μην χυθεί το διάλυμα έξω από την φλέβα, γιατί προκαλεί νέκρωση. Καλό είναι την πρώτη μέρα να χορηγούνται μόνο 2.5 ML και από την επομένη μέρα ολόκληρη η αμπούλα.

Επίσης εφαρμόζεται και η στάγδην χορήγηση της ολικής δόσης του σιδήρου εφ'άπαξ. Η υπολογιζόμενη ποσότητα σιδήρου προστίθεται σε φυσιολογικό ορό. Το διάλυμα εγχέεται στάγδην αργά. Αρχικά για μισή ώρα το διάλυμα χορηγείται πολύ αργά και στην συνέχεια εφ'όσον δεν

σημειωθεί αντίδραση η χορήγηση γίνεται με ταχύτερο ρυθμό.

Σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας αυτή η χορήγηση απαγορεύεται γιατί παρατηρούνται αναφυλακτικές αντιδράσεις. Άλλες ανεπιθύμητες αντιδράσεις της ενδοφλέβιας σιδηροθεραπείας είναι το αίσθημα λιποθυμίας, η κεφαλαλγία, η ζάλη, η έντονη οσφυαλγία, το ρίγος και ο πυρετός. Τοπικά οι αντιδράσεις είναι ο πόνος και οι φλεβοθρομβώσεις.

β. Ενδομυϊκή χορήγηση σιδήρου.

Το περιεχόμενο της αμπούλας ενίεται βαθιά ενδομυϊκώς με μακριά και λεπτή βελόνα.

Τοπική αντίδραση είναι ο πόνος. Έχει παρατηρηθεί, όμως, ότι στα σημεία των ενέσεων δημιουργούνται νεοπλάσματα (σαρκώματα) και υπερχρώσεις του δέρματος. Γι' αυτό και αποφεύγεται η ενδομυϊκή χορήγηση του σιδήρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ

Πριν προχωρήσουμε στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων με σιδηροπενική αναιμία με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, θα αναφέρουμε τα κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άρρωστοι αυτοί και ποια θεωρείται η ενδεικνυόμενη νοσηλευτική αντιμετώπιση για την ανακούφιση των αρρώστων από αυτά.

Την κόπωση και την αδυναμία την αντιμετωπίζουμε καταστρώνοντας ένα σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας με το οποίο θα περιορίζουμε την σπατάλη των φυσικών δυνάμεων του αρρώστου. Δημιουργούμε δηλ. δυνατότητες συχνών χρονικών περιόδων ανάπαυσης στο κρεβάτι.

Ενισχύουμε δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση.

Αποφεύγουμε οτιδήποτε προκαλεί κόπωση ή διαταράσσει την ησυχία του αρρώστου.

Φροντίζουμε το περιβάλλον του αρρώστου να είναι ήρεμο. Ενισχύουμε την κατάλληλη και επαρκή διατροφή του αρρώστου και φροντίζουμε για την κάλυψη των φυσικών του αναγκών στο κρεβάτι.

Εκτιμούμε το βαθμό της αδυναμίας και της κόπωσης του αρρώστου και τον ενημερώνουμε για περιπατητικές δραστηριότητες ανάλογα με την αντοχή του.

Φροντίζουμε για αναπαυτική θέση στο κρεβάτι του.

Την δύσπνοια την αντιμετωπίζουμε ως εξής:

Ανυψώνουμε το πάνω μέρος του κρεβατιού.

Χρησιμοποιούμε μαξιλάρια για να υποστηρίζεται ο ασθενής στην ορθοπνοϊκή θέση.

Χορηγούμε οξυγόνο εφόσον ενδείκνυται.

Αποφεύγουμε να δίνουμε στον ασθενή δύσπεπτες τροφές.

Προφυλάσσουμε τον ασθενή από άσκοπη προσπάθεια.

Φροντίζουμε να μείνει ήρεμος.

Στις εξελκώσεις της γλώσσας, των ούλων ή των βλεννογόνων της στοματικής κοιλότητας αποφεύγουμε να του χορηγούμε ερεθιστικές τροφές και ποτά.

Φροντίζουμε την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από τη λήψη τροφής. Κατά την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας χρησιμοποιούμε μαλακή οδοντόβουρτσα, εκτελούμε ελαφρές κινήσεις και αποφεύγουμε να χρησιμοποιούμε ερεθιστική οδοντόκρεμα. Όταν η στοματική κοιλότητα είναι έντονα ερεθισμένη αντικαθιστούμε την οδοντόβουρτσα με πορτ - κοτόν και περιορίζουμε την καθαριότητα σε πλύσεις με ήπια και κρύα διαλύματα αντισηπτικής ουσίας κάθε τρεις ώρες.

Τα χείλη του τα επαλείφουμε με γλυκερίνη.

Τέλος, διεγείρουμε την όρεξη του αρρώστου για φαγητό με την κατάλληλη προετοιμασία και επιλογή των τροφών.

Την δυσφαγία που παρουσιάζει ο ασθενής την αντιμετωπίζουμε με χορήγηση τροφής κατάλληλα παρασκευασμένης, εύπεπτης, ευαπορρόφητης και μη ερεθιστικής του βλεννογόνου του πεπτικού σωλήνα.

Την λοίμωξη που τυχόν θα παρουσιάσει ο ασθενής την αντιμετωπίζουμε ως εξής:

Διατηρούμε τον άρρωστο και το κρεβάτι του καθαρά.

Κατά την εκτέλεση των νοσηλειών χρησιμοποιούμε άσηπτα ή καθαρά αντικείμενα.

Όταν αγγίζουμε τον άρρωστο έχουμε καθαρά χέρια.

Μειώνουμε τους φορείς μικροβίων από το θάλαμο του αρρώστου (επισκέπτες, λουλούδια).

Επιδιώκουμε την νοσηλεία του ασθενούς σε μοναχικό δωμάτιο.

Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει πυρετό, διατηρούμε χαμηλή τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

Του χορηγούμε άφθονα υγρά.

Αποφεύγουμε να του χορηγούμε δύσπεπτες τροφές και με υψηλή θερμοιδική αξία.

Του τοποθετούμε κρύες κομπρέσες.

Χορηγούμε στον ασθενή αντιπυρετικά φάρμακα αν έχουμε εντολή γιατρού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑ

- Από την εξωτερική του εμφάνιση.

Το δέρμα του είναι κατά κανόνα ωχρο και ξηρό στην αφή. Οι βλεννογόνοι του στόματος και οι επιπεφυκότες είναι επίσης ωχροί.

Μπορεί ακόμα να παρατηρηθεί κοιλωνυχία με ευθραυστότητα των νυχιών καθώς επίσης και γωνιώδη χειλίτιδα και γλωσσίτιδα (γλώσσα λεία χωρίς θηλές, ωχρή και ατροφική).

- Υποκειμενικά αναφέρει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα:

Δυσφαγία από βλάβες στον βλεννογόνο του οισοφάγου που είναι αποτέλεσμα της ατροφίας του βλεννογόνου.

Παραπονιέται για κόπωση. Δεν μπορεί να περπατήσει μεγάλες αποστάσεις. Αισθάνεται καταβολή δυνάμεων και λόγω της αδυναμίας θέλει να βρίσκεται στο κρεβάτι και να εξυπηρετείται εκεί.

Αναφέρει επεισόδια ζάλης και αίσθημα προκάρδιων παλμών.

Μετά από σωματική άσκηση λόγω της μειωμένης παροχής οξυγόνου στους ιστούς, εμφανίζει αντιρροπιστικά δύσπνοια και ταχυκαρδία. Μπορεί επίσης να κάνει στηθαγχικό άλγος.

Άλλες πληροφορίες που μας βοηθάνε για την αξιολόγησή του:

Το ιστορικό της διατροφής του μας βοηθάει να καταλάβουμε πού οφείλεται η έλλειψη σιδήρου. Μπορεί η δίαιτά του να περιλαμβάνει μικρή ποσότητα ζωικών τροφών ή να είναι φτωχή σε σίδηρο εξαιτίας της οικονομικής του κατάστασης ή ακολουθώντας περίεργα διαιτητικά συστήματα με σκοπό την απώλεια του βάρους του.

Το αίτιο όμως της αναιμίας μπορεί να είναι κάποιο άλλο πρόβλημα της υγείας του αρρώστου και γι' αυτό πρέπει να αξιολογήσουμε τις πλη-

ροφορίες και από το υπόλοιπο ιστορικό του.

Αν ήταν γυναίκα, μια χρόνια αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα όπως καρκινώματα, κάθε είδους μητρορραγίες, μηνορραγίες, θα μπορούσε να προκαλέσει αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος.

Αν μας ανέφερε τέτοιο πρόβλημα θα έπρεπε να το λαμβάναμε υπόψιν μας για τον περαιτέρω προγραμματισμό και προτεραιότητα των εξετάσεων σε γυναικολόγο.

Επίσης θα ρωτούσαμε για τις εγκυμοσύνες της και τις τυχόν διαταραχές της. Αν δεν είχε πάρει σίδηρο από το στόμα θα μπορούσε να είχε παρουσιάσει αναιμία γιατί θα είχε δαπανήσει πολύ σίδηρο τόσο για το έμβρυο όσο και για τον πλακούντα.

Τώρα που είναι άντρας, μια χρόνια αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σωλήνα όπως έλκος στομάχου, νεοπλάσματα στομάχου και εντέρου, μπορεί να προκαλέσει αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος.

Αν μας αναφέρει ο ασθενής τέτοιο πρόβλημα θα πρέπει να το προσέξουμε για την προτεραιότητα των εξετάσεων.

Ακόμα, αν μας αναφέρει ότι είναι αιμοδότης σε τακτά χρονικά διαστήματα πρέπει να το λάβουμε υπόψη, γιατί μπορεί η αιμοδοσία να έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια σιδήρου και την αναιμία.

Τέλος, οι πρώτες εργαστηριακές εξετάσεις αίματος μπορούν σύντομα να μας καθοδηγήσουν στην διάγνωση της αναιμίας του ασθενούς.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Ο ασθενής λόγω της ανεπαρκούς αιμάτωσης των ιστών παρουσιάζει αδυναμία, εύκολη κόπωση, δύσπνοια, προκάρδιους παλμούς, ταχυκαρδία και πιθανόν στηθάγχη.

Ακόμα μειώνονται οι δραστηριότητές του λόγω της κόπωσης και της καταβολής των δυνάμεων που παρουσιάζει. Επίσης, μειώνεται η άνεση του ασθενούς με τη γλωσσίτιδα και την χειλίτιδα που έχει, ενώ με την ξηροδερμία η δυσφορία του είναι λιγότερη.

Εξαιτίας της γλωσσίτιδας και της χειλίτιδας παρουσιάζει και δυσφαγία, δεν τρέφεται όπως απαιτείται (μειωμένη λήψη τροφής).

Όταν αρχίσει η θεραπευτική αγωγή πιθανό πρόβλημα είναι οι ανεπιθύμητες επιπτώσεις της θεραπείας με σίδηρο από το στόμα (όπως ναυτία, εμετούς, δυσπεψία, γαστρίτις).

Από την παρεντερική χορήγηση σιδήρου, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει άλσθημα λιποθυμίας, κεφαλαλγία, ζάλη, οσφυαλγία.

Τέλος, είναι ανάγκη να ενημερωθεί ο άρρωστος και να συμμορφωθεί στη θεραπεία ειδικά αν είναι μακροχρόνια.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σκοποί μας είναι:

Να αναγνωρίσουμε και να διορθώσουμε αν είναι δυνατόν τα αίτια της αναιμίας.

Να διορθώσουμε την αιμοσφαιρίνη και τη σιδηροπενία με χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου και τροφές πλούσιες σε σίδηρο και μάλιστα τέτοιες από όπου ο σίδηρος να είναι εύκολα απορροφήσιμος.

Να προλάβουμε τις επιπλοκές της θεραπείας.

Να παρέχουμε τα κατάλληλα μέσα άνεσης και ανακούφισης στον άρρωστο προκειμένου να τον απαλλάξουμε από τα προβλήματα που του δημιουργεί η αναιμία του.

Να προλάβουμε την επανεμφάνιση της αναιμίας δίνοντας τις κατάλληλες οδηγίες γύρω από την νόσο του.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Για την αντιμετώπιση της κόπωσης και της αδυναμίας καταστρώνουμε ένα πρόγραμμα εξοικονόμησης κινήσεων του ασθενή.

Η δύσπνοια είναι αποτέλεσμα της αναιμίας και της υποξίας. Θα αντιμετωπιστεί με ανάπαυση και ίσως λίγο οξυγόνο.

Για την στηθάγχη θα χρειαστεί ΗΚΓ. Θα ρωτήσουμε αν χρειάζεται καρδιοτόνωση ή αν του φτάνει η παραμονή του στο κρεβάτι.

Στην χειλίτιδα προσέχουμε τα καυστικά φαγητά. Η θεραπεία γίνεται με χρήση τοπικών αλοιφών με βιταμίνες. Θα του βάλουμε δηλ. αλοιφή με βιταμίνη Α και Β.

Για την γλωσσίτιδα θα χρειαστούν πλύσεις με αντισηπτικά της στοματικής κοιλότητας προκειμένου να προλάβουμε πιθανές λοιμώξεις. Επιδβάλλεται η καλή υγιεινή του στόματος.

Για την δυσφαγία η σίτιση αρχικά θα πρέπει να γίνει με LEVIN αν τα προβλήματα είναι σημαντικά. Αργότερα, τροφή κατάλληλα παρασκευασμένη και τέτοια που να μην τραυματίζει τον βλεννογόνο, θα αρχίσει να δίνεται σε μικρές ποσότητες από την κανονική οδό, το στόμα.

Στην ξηροδερμία τοπικά θα εφαρμόσουμε μαλακτικές αλοιφές του δέρματος, προκειμένου να το ενυδατώσουμε και να το διαφυλάξουμε από τους τραυματισμούς που συνεπάγεται η ξήρασή του.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Σε περίπτωση κόπωσης και αδυναμίας του ασθενούς καταστρώνουμε ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας για εξοικονόμηση δυνάμεων. Παρέχουμε δηλ. στον άρρωστο περιόδους ανάπαυσης στο κρεβάτι σε συχνά διαστήματα.

Αποφεύγουμε ενοχλητικές δραστηριότητες και θορύβους.

Φροντίζουμε το περιβάλλον του αρρώστου να είναι ήρεμο.

Αποφεύγουμε τις συγκινησεις.

Φροντίζουμε για την καλύτερη δυνατή διατροφή του και για την κάλυψη των φυσικών του αναγκών στο κρεβάτι.

Τον ενημερώνουμε για περιπατητικές του δραστηριότητες ανάλογα με την αντοχή του.

Φροντίζουμε για αναπαυτική θέση στο κρεβάτι του.

Σε περίπτωση δύσπνοιας του ασθενή κάνουμε τα εξής:

Σηκώνουμε το επάνω μέρος του κρεβατιού.

Χρησιμοποιούμε μαξιλάρια για να υποστηρίζεται ο άρρωστος στην ορθοποϊκή θέση.

Χορηγούμε οξυγόνο όταν ενδείκνυται.

Φροντίζουμε τον άρρωστο να μένει ήρεμος.

Τον προφυλάσσουμε από άσκοπη προσπάθεια.

Αποφεύγουμε τροφές που δημιουργούν δυσπεψία.

Αν χρειαστεί περαιτέρω βοήθεια με καρδιοτόνωση είναι κάτι που θα μας πει ο γιατρός.

Τη χειλίτιδα τη θεραπεύουμε με χρήση τοπικών αλοιφών με βιταμίνες.

Έτσι θα εφαρμόσουμε αλοιφή με βιταμίνη Α και Β.

Για την γλωσσίτιδα που παρουσιάζει φροντίζουμε την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας με ήπια και κρύα αντισηπτικά διαλύματα.

Χρησιμοποιούμε μαλακή οδοντόβουρτσα ή σπάτουλα τυλιγμένη με τολύπια βάμβακα.

Αποφεύγουμε να του δίνουμε ερεθιστικές τροφές και ποτά.

Διεγείρουμε την όρεξη του αρρώστου για φαγητό με την κατάλληλη προετοιμασία (καλὰ μαγειρεμένο, κομμένο) και επιλογή των τροφών.

Φροντίζουμε την στοματική κοιλότητα πριν και μετά το φαγητό, αντισηπία και διατήρηση υγρού του βλεννογόνου της στοματικής του κοιλότητας.

Επίσης, για την δυσφαγία του χορηγούμε τροφή κατάλληλα παρασκευασμένη, εύπεπτη, ευαπορρόφητη και μη ερεθιστική του βλεννογόνου του πεπτικού σωλήνα.

Αρχικά όμως ίσως χρειαστεί να σιτίζεται με LEVIN. Θα εξηγήσουμε στον άρρωστο τι πρόκειται να του κάνουμε, ότι δηλ. θα του βάλουμε ένα σωλήνα από τη μύτη για να σιτίζεται για λίγες μέρες. Του εξηγούμε ότι το LEVIN θα μείνει προσωρινά μέχρι να βελτιωθεί κάπως η κατάσταση του οισοφάγου του και ακόμα να συνεργαστεί μαζί μας για να το τοποθετήσουμε.

Βάζουμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση. Προστατεύουμε τα κλινοσκεπάσματα. Εισάγεται ο σωλήνας στην μύτη και παρακολουθούμε να προχωράει στον οισοφάγο και να μην μαζεύεται στην στοματική κοιλότητα. Επίσης παρακολουθαύμε το χρώμα του ασθενούς να μην είναι κυανωτικό και να μην εμφανίσει βήχα και ανησυχία. Τα τελευταία συμπτώματα είναι σημάδια εισόδου του σωλήνα στην τραχεία. Τότε βγάζουμε τον σωλήνα και τον εισάγουμε από την αρχή. Βεβαιωνόμαστε για την θέση του σωλήνα στο στομάχι και χορηγούμε την τροφή. Όταν η τροφή τελειώσει χύνουμε λίγο νερό μέσα στον σωλήνα, για να ξεπλυθεί από τα υπολείμματα των τροφών και κλείνουμε με λαβίδα. Τέλος, τοποθετούμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση στο κρεβάτι.

Για την ξηροδερμία θα χρησιμοποιήσουμε μαλακτικές αλοιφές και ενυδατωτικές κρέμες.

Σε περίπτωση πυρετού χορηγούμε στον ασθενή αντιπυρετικά φάρμακα, αν έχουμε εντολή γιατρού.

Του κάνουμε ψυχρές πλύσεις.

Τον ενθαρρύνουμε για ελεύθερη λήψη υγρών εκτός αν αντενδείκνυται Διατηρούμε τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος χαμηλή.

Αποφεύγουμε τροφές δύσπεπτες και με υψηλή θερμιδική αξία.

Σε περίπτωση λοιμώξεως διατηρούμε τον άρρωστο και το κρεβάτι του καθαρά.

Χρησιμοποιούμε άσηπτα ή καθαρά αντικείμενα κατά την εκτέλεση των νοσηλειών.

Έχουμε καθαρά χέρια όταν αγγίζουμε τον άρρωστο.

Μειώνουμε τους φορείς μικροβίων, όχι επισκέπτες ούτε λουλούδια στον θάλαμο.

Επιδιώκουμε την νοσηλεία του ασθενούς σε μοναχικό δωμάτιο.

Αν υπάρχει υποψία αιμορραγίας από τον γαστρεντερικό σωλήνα, ελέγχουμε τις κενώσεις του αρρώστου για παρουσία ή όχι αίματος.

Ελέγχουμε ακόμα τα ζωτικά σημεία του αρρώστου.

Σε περίπτωση αιμορραγίας για την διερεύνηση του αιτίου θα πρέπει να γίνουν διαγνωστικές εξετάσεις. Ο άρρωστος πρέπει να κατανοήσει την σπουδαιότητα αυτών των εξετάσεων και να εξασφαλιστεί η συνεργασία του.

Πέρα από τις εξετάσεις αίματος που έχει κάνει ο ασθενής και που αποκαλύπτουν μικροκυττάρωση και υποχρωμία, μειωμένη τιμή αιμοσφαιρίνης και ο σίδηρος του ορού να είναι ελαττωμένος, μπορεί να χρειαστεί να κάνει και εξέταση του μυελού των οστών η οποία σε πραγματική σιδηροπενική αναιμία θα αποκαλύψει την έλλειψη σιδήρου στο μυελό.

Σ' αυτή την περίπτωση εξηγούμε στον ασθενή για την παρακέντηση μυελού που θα του κάνουμε. Θα του πούμε ότι σκοπός της εξέτασης είναι να δούμε την κατάσταση της αιμοποιητικής λειτουργίας του μυελού, προκειμένου να διαπιστώσουμε το αίτιο της αναιμίας και να εξασφαλίσουμε την συνεργασία του για να πετύχει η εξέταση. Κατόπιν βοηθάμε τον ασθενή να ξαπλώσει σε πλάγια ή ύπτια θέση ανάλογα με το σημείο της παρακέντησης (λαγόνιος ακρολοφία ή στέρνο). Μετά του εξηγούμε την τεχνική. Αφού καθαριστεί και απολυμανθεί το δέρμα τοποθετείται αποστειρωμένο τετράγωνο. Γίνεται τοπική αναισθησία. Εισάγεται η βελόνη βιοψίας στο οστό, αφαιρείται ο στυλεός και φυλάγεται άσηπτος, προσαρμόζεται το μπεκ της βελόνας στη σύριγγα RECORD και αναρροφάται ο

μυελός. Του λέμε για τον πόνο έλξης που τυχόν αισθανθεί. Τέλος, το τραύμα σκεπάζεται με αποστειρωμένη γάζα. Ο μυελός μετά το τέλος της παρακέντησης επιστρώνεται σαν λεπτό επίχρισμα στις αντικειμενοφόρες πλάκες που πάνε για χρώση για σίδηρο.

Μετά την παρακέντηση εξασφαλίζουμε κάθε δυνατή άνεση στον ασθενή και του λέμε να αναπαυθεί για μισή ώρα.

Αν υπάρχει υποψία αιμορραγίας από το πεπτικό σύστημα, θα πρέπει να γίνουν διαγνωστικές εξετάσεις, όπως ακτινογραφίες του γαστρεντερικού σωλήνα, εξέταση κοπράνων, γαστροσκόπηση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

Ο άρρωστος πρέπει να κατανοήσει τη σπουδαιότητα αυτών των εξετάσεων και να εξασφαλίσουμε την συνεργασία του.

- Για την εξέταση κοπράνων θα εξηγήσουμε στον ασθενή ότι σκοπός της είναι η αναζήτηση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα. Για να έχουμε ακριβέστερα αποτελέσματα λέμε στον ασθενή ότι πριν από τη συλλογή δείγματος κοπράνων για αιμοσφαιρίνη δεν θα πάρει κρέας για δυο 24/ώρα.

Κατά την μικροσκοπική εξέταση μπορεί να παρουσιαστούν αναλλοίωτα ερυθρά αιμοσφαίρια που έχουν πάντοτε σαν πηγή προέλευσης τον κόλπο ή το απευθυσμένο.

Κατά την χημική εξέταση είναι δυνατόν να παρατηρηθεί θετική αντίδραση αιμοσφαιρίνης. Αυτό φανερώνει αιμορραγία οποιουδήποτε τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα.

- Για τις ακτινογραφίες του γαστρεντερικού σωλήνα εξηγούμε στον ασθενή ότι απαγορεύεται η λήψη τροφής και υγρών οχτώ ώρες πριν την εξέταση. Αυτό το κάνουμε γιατί το τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα που θα ακτινογραφηθεί πρέπει να είναι κενό, ώστε η σκιερή ουσία, το βάριο που θα πάρει ο άρρωστος, να καλύψει την κοιλότητα του οργάνου. Λέμε στον ασθενή ότι ενώ καταπίνει βάριο στο ακτινολογικό εργαστήριο, γίνεται ακτινολογικός έλεγχος των διαμερισμάτων του ανωτέρου τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα. Το βάριο φεύγει από το στομάχι μέσα σε έξι ώρες. Μετά ελέγχεται ακτινογραφικά το στομάχι για ανεύρεση της φυσιολογικής ή όχι λειτουργίας εκκενώσεώς του. Στην συνέχεια ελέγχεται το δωδεκαδάκτυλο και το λεπτό έντερο.

Δυσάρεστο επακόλουθο της εξέτασης αυτής το οποίο εξηγούμε στον άρρωστο είναι η δυσκοιλιότητα που εμφανίζει εξαιτίας του βαρίου που

δεν απορροφάται από το έντερο. Αν ο ασθενής δεν έχει κένωση πρέπει να του κάνουμε καθαρτικό υποκλυσμό.

Σ' αυτή την περίπτωση το αποτέλεσμα της κένωσης γίνεται κατορθωτό με τη διάταση του τοιχώματός του εντέρου μετά την εισαγωγή του υγρού και με τον ερεθισμό των απολήξεων των νεύρων του βλεννογόνου του εντέρου, εξαιτίας της υψηλής ή χαμηλής θερμοκρασίας ή της επιδράσεως των χημικών ουσιών του υγρού, πάνω στις νευρικές απολήξεις στο εντερικό τοίχωμα. Έτσι ο άρρωστος αισθάνεται καλύτερα.

— Για τον ακτινολογικό έλεγχο του κατωτέρου τμήματος του πεπτικού σωλήνα του παχέος εντέρου το βάριο δίνεται με υποκλυσμό.

Εξηγούμε στον ασθενή τι θα του κάνουμε. Τον προετοιμάζουμε με καθαρτικό υποκλυσμό το βράδυ της παραμονής και το πρωί της μέρας της εξέτασης για προετοιμασία του εντέρου προκειμένου να δεχτεί το βαριούχο υποκλυσμό για τη διάβαση του εντέρου.

Την προηγούμενη μέρα του δίνουμε τροφή εύπεπτη και χωρίς να αφήνει υπολείμματα.

Λέμε στον ασθενή ότι αφού πάει στο ακτινολογικό εργαστήριο θα του γίνει βαριούχος υποκλυσμός και ενώ προωθείται το βάριο στα τμήματα του παχέος εντέρου γίνονται ακτινογραφίες και φαίνεται ο αυλός και η κινητικότητα του εντέρου.

Όταν η διαγνωστική εξέταση είναι η ορθοσιγμοειδοσκόπηση, επεξηγούμε στον ασθενή γι' αυτή ότι ελέγχεται η φύση του βλεννογόνου του κατωτέρου τμήματος του εντέρου σε έκταση 25 - 30 εκατοστά από τον πρωκτό, η περισταλτικότητά του, η παρουσία εκκολπωμάτων, η ανάπτυξη νεοπλασματικών επεξεργασιών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων της μορφολογίας του τμήματος αυτού.

Κατόπιν προετοιμάζουμε τον ασθενή. Η προετοιμασία του περιλαμβάνει:

Αποχή από την τροφή οχτώ έως δέκα ώρες πριν την εξέταση.

Εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενό του με υποκλυσμό την προηγούμενη από την ορθοσιγμοειδοσκόπηση μέρα και το πρωί της ίδιας μέρας, πάντοτε όμως δύο ώρες πριν από την εξέταση, για να ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του εντέρου.

Προσέχουμε το υγρό του υποκλυσμού. Αποφεύγεται να είναι ερεθιστι-

κό στο βλεννογόνο για να μην δημιουργηθεί λανθασμένη εικόνα την ώρα της εξέτασης.

Προσέχουμε αν ο άρρωστος έχει φυσιολογική κένωση του εντερικού σωλήνα, οπότε δεν γίνεται υποκλυσμός.

Ενημερώνουμε και προετοιμάζουμε τον ασθενή για την διαδικασία της ορθοσκοπησης που είναι επώδυνη και δυσάρεστη και τον πηγαίνουμε να επισκεφτεί το χώρο της εξέτασης στο ενδοσκοπικό τμήμα.

Αφού του έχουμε κάνει τοπική καθαριότητα τοποθετείται σε γονατο - αγκωνιαία θέση στο εξεταστικό κρεβάτι και σκεπάζεται με σεντόνι.

Ο γιατρός αρχικά κάνει δακτυλική εξέταση του ορθού και κατόπιν αφού επαλείφει με βαζελίνη το ορθοσκόπιο το εισάγει με ήπιες κινήσεις μέσα στο ορθό και το σιγμοειδές.

Για να πετύχει η ορθοσιγμοειδοσκοπηση αρχικά απομακρύνονται βλέννες, υπολείμματα κοπράνων από τα τοιχώματα του εντέρου καθώς και υγρά.

Μετά την εξέταση αφαιρείται το ενδοσκόπιο. Καθαρίζουμε την περιοχή του πρωκτού και βοηθάμε τον ασθενή να επιστρέψει στο κρεβάτι του.

— Για την γαστροσκοπηση που τυχόν κάνει ο ασθενής θα εξηγήσουμε ότι γίνεται με σκοπό την ανεύρεση έλκους, νεοπλασματικών επεξεργασιών καθώς και για τον έλεγχο της υφής του βλεννογόνου.

Κατόπιν προετοιμάζουμε κατάλληλα τον ασθενή.

Αποφεύγει τη λήψη τροφής ή υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα για να γίνει δυνατή η ενδοσκοπηση και να αποφύγουμε εμετούς.

Αφαιρούμε ξένα δόντια, αν έχει.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο γύρω από το είδος, το σκοπό και τον χώρο της εξέτασης καθώς και την δυνατότητα βοήθειας από μέρος του για την σωστή εκτέλεση της εξέτασης.

Αν ο ασθενής είναι αγχώδης του δίνουμε κατευναστικά μια ώρα πριν την εξέταση.

Μισή ώρα πριν από την εξέταση του κάνουμε ένεση ατροπίνης.

Μετά την προετοιμασία οδηγείται στο τμήμα ενδοσκοπήσεως. Δέκα λεπτά περίπου πριν από την είσοδο του γαστροσκοπίου στο στομάχι, ο γιατρός κάνει τοπική αναισθησία στο στοματοφάρυγγα με φεκασμό τοπικού αναισθητικού όπως ξυλοκαΐνη για να μειώσει τόσο τα τοπικά αντανακλαστικά όσο και τη δυσφορία του αρρώστου από την είσοδο του γαστρο-

σκοπίου στο στομάχι. Κοντά στον ασθενή υπάρχει νεφροειδές που θα χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση εμετών ή αποβολής εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας. Η θέση του ασθενή κατά την εξέταση είναι πλάγια, ύπτια ή καθιστή.

Μετά την εξέταση μεταφέρεται στον θάλαμό του. Απαγορεύεται να πάρει υγρά ή στερεή τροφή από το στόμα πριν να επανεμφανιστούν τελείως τα αντανανκλαστικά του. Τον παρακολουθούμε για αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη. Και τα δύο φανερώνουν τραυματισμό του οισοφάγου ή του στομάχου του. Είναι αρκετά κουρασμένος κι έχει ανάγκη από ανάπαυση. Όταν περάσει η τοπική αναισθησία, ο ασθενής παραπονιέται ότι πονάει κατά την κατάποση. Του λέμε ότι ο πόνος είναι παροδικός εξαιτίας του τοπικού ερεθισμού του γαστροσκοπίου. Αν εμφανιστεί δυνατός πόνος ειδοποιούμε γιατρό.

Αν ο ασθενής ήταν γυναίκα και παρουσίαζε χρόνια αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα όπως μητρορραγίες ή μεγάλη απώλεια αίματος κατά την εμμηνορρυσία, οι πρώτες εξετάσεις που θα έκανε θα ήταν οι γυναικολογικές για να διαπιστωνόταν από πού προερχόταν η αιμορραγία.

Αφού θα της κάναμε τοπική καθαριότητα θα της εξηγούσαμε για το σκοπό των εξετάσεων από το γυναικολόγο καθώς και για το PAP - TEST που τυχόν θα έκανε για την ανεύρεση της αιτίας που αιμορραγεί.

Αφού ολοκληρωθούν οι διαγνωστικές εξετάσεις και διερευνηθεί το αίτιο αρχίζουμε τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς.

Χορήγηση σιδήρου από το στόμα.

Ο ασθενής μπορεί να ξεκινήσει τη χορήγηση σιδήρου από το στόμα. Σ' αυτή την περίπτωση ενημερώνουμε τον άρρωστο να παίρνει τον σίδηρο αμέσως μετά το φαγητό γιατί ερεθίζει το βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα. Αργότερα μπορεί η χορήγηση του σιδήρου να γίνεται στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων για μεγαλύτερη απορρόφηση.

Τον ενημερώνουμε ακόμα για κάποιο βαθμό δυσπεψίας που υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσει. Οφείλεται στον σίδηρο και δεν πρέπει να ανησυχήσει.

Τον πληροφορούμε να μην παίρνει τον σίδηρο με γάλα και κυρίως με τσάι γιατί εμποδίζουν την απορρόφηση του. Να συνοδεύει τον σίδηρο

με βιταμίνη C ή χυμό πορτοκαλιού επειδή διευκολύνουν την απορρόφησή του.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την αλλαγή στο χρώμα των κοπράνων με τη χρήση του σιδήρου ότι είναι ακίνδυνη κι ότι η αλλαγή αυτή οφείλεται στον σίδηρο.

Σχετικά με την εναπόθεση του σιδήρου στα δόντια και στους βλενογόρους του στόματος όταν του δίνουμε υγρά σκευάσματα σιδήρου, λέμε στον ασθενή να τα αραιώνει σε πολύ νερό και να τα παίρνει με καλαμάκι. Μετά την λήψη να κάνει καλό βούρτσισμα των δοντιών και συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.

Τονίζουμε στον άρρωστο τη σπουδαιότητα της λήψης του σιδήρου ώστε να μην παραμελεί να παίρνει τα φάρμακά του για να μπορέσει να αποκαταστήσει την υγεία του.

- Σε περίπτωση που ο άρρωστος παρουσιάσει παρενέργειες από την χορήγηση του σιδήρου από το στόμα όπως ναυτία, εμετούς, γαστρεντερικές διαταραχές, τότε:

Περιορίζουμε ή διακόπτουμε τη χορήγηση υγρών από το στόμα.

Τοποθετούμε τον ασθενή σε ύπτια θέση και συνιστούμε να παίρνει βαθιές αναπνοές.

Καθαρίζουμε την στοματική κοιλότητα μετά από εμετό.

Ακόμα επειδή μπορεί να παρουσιάσει δυσκοιλιότητα λόγω της δυσπεψίας του σιδήρου γι' αυτό δίνουμε στον ασθενή τροφές εύπεπτες και μη ερεθιστικές.

Οι παρενέργειες που παρουσιάζει ο ασθενής είναι συνήθως συνάρτηση της δόσης του σιδήρου. Γι' αυτό ελάττωση της δόσης ελαττώνει πολλές παρενέργειες.

Όταν ο άρρωστος δεν μπορεί να ανεχτεί τον σίδηρο από το στόμα επειδή έχει ενοχλήματα από το στομάχι, ή αν υπάρχει οργανική πάθηση του γαστρεντερικού σωλήνα όπως έλκος στομάχου, ή σε πλημμελή απορροφητική ικανότητα του εντέρου, ή όταν επιβάλλεται η ταχεία επάνοδος της αιμοσφαιρίνης στα φυσιολογικά όρια, λέμε στον άρρωστο ότι ο σίδηρος θα χορηγηθεί ενδοφλέβια.

Ενδοφλέβιος χορήγηση σιδήρου

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση του σιδήρου προσέχουμε να μην χυθεί το διάλυμα του σιδήρου έξω από την φλέβα και κάνουμε την ένεση με αργό ρυθμό.

Παρενέργειες της IV χορήγησης σιδήρου

Τοπικά όταν χυθεί το διάλυμα του σιδήρου έξω από τη φλέβα εμφανίζεται πόνος. Αν γίνει με ταχύ ρυθμό παρατηρείται φλεβόσπασμος. Ακόμα μπορεί να κάνει φλεβίτιδα τοπικά.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζουμε αναλγητικά - αντιφλεγμονώδη φάρμακα τοπικά και κομπρέσες με αλουμινό νερο.

Οι γενικές παρενέργειες της ενδοφλέβιας χορήγησης είναι το αίσθημα λιποθυμίας που παρουσιάζει ο άρρωστος, η κεφαλαλγία, η ζάλη, η οσφυαλγία, το ρίγος και ο πυρετός.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις παρακολουθούμε συνεχώς τον άρρωστο για εξέλιξη των συμπτωμάτων και ενημερώνουμε τον γιατρό.

Σε περίπτωση οσφυαλγίας μένουμε κοντά στον άρρωστο και τον παρακολουθούμε.

Σε περίπτωση ρίγους τον σκεπάζουμε με ελαφρά ζεστά σκεπάσματα.

Τοποθετούμε θερμοφόρα στα κάτω άκρα.

Του προσφέρουμε ζεστά υγρά από το στόμα (αν τα δέχεται).

Τον ανακουφίζουμε από τον υψηλό πυρετό.

Διατηρούμε τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος χαμηλή.

Η ολική δόση του σιδήρου μπορεί επίσης να χορηγηθεί στάγδην. Η μέθοδος όμως αυτή αποφεύγεται γιατί έχουν παρατηρηθεί στον άρρωστο αναφυλακτικές αντιδράσεις, κνησμός, ερυθρότητα δέρματος, οίδημα, δύσπνοια και SHOCK.

Και σ' αυτή την περίπτωση παρακολουθούμε συνέχεια τον άρρωστο για εξέλιξη συμπτωμάτων και ενημερώνουμε τον γιατρό.

Χορηγούμε τα φάρμακα που προσδιόρισε ο γιατρός, συνήθως κορτικοειδή.

Παρακολουθούμε τον άρρωστο για εμφάνιση οιδήματος στις περιοχές των χαλαρών ιστών (π.χ βλέφαρα) και επίσης για την εμφάνιση βήχα (σημάδι οιδήματος στο λάρυγγα).

Έχουμε έτοιμο υλικό για χορήγηση οξυγόνου και είμαστε έτοιμοι για τραχειοτομή, αν χρειαστεί.

Σε περίπτωση δύσπνοιας χορηγούμε οξυγόνο.

Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση.

Διατηρούμε κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες (θερμοκρασία, υγρασία, αερισμός, επισκέπτες).

Διατηρούμε ήρεμο περιβάλλον.

Η στάγδην χορήγηση αποφεύγεται σε αλλεργικά άτομα.

Οι ανεπιθύμητες γενικά καταστάσεις προλαμβάνονται ή μειώνεται η έντασή τους με τη βραδεία χορήγηση του φαρμάκου.

Ενδομυϊκή χορήγηση σιδήρου

Για την ενδομυϊκή χορήγηση του σιδήρου θα πρέπει να ξέρουμε ότι:

Η βελόνη που χρησιμοποιείται για την αναρρόφηση του φαρμάκου δεν χρησιμοποιείται για την εκτέλεση της ένεσης. Αντίθετα χρησιμοποιείται καινούργια βελόνη για την ένεση.

Η βελόνη της ένεσης πρέπει να είναι μήκους 5 CM για να εισάγεται στον μυ και έτσι το φάρμακο να ενίεται βαθιά.

Το δέρμα πρέπει να ανασηκώνεται πάνω από τον μυ πλάγια πριν την εισαγωγή της βελόνης για την αποφυγή διαρροής του φαρμάκου στο σημείο της ένεσης και χρώσης του δέρματος.

Δεν πρέπει να εφαρμόζεται τριβή στο σημείο της ένεσης.

Η κινητοποίηση του αρρώστου αυξάνει την απορρόφηση του φαρμάκου. Η υπερβολική όμως άσκηση θα πρέπει να αποφεύγεται.

Προηγούμενα σημεία των ενέσεων πρέπει να ελέγχονται για παρουσία εκχυμώσεων και δυσαπορρόφησης του φαρμάκου. Αν διαπιστώσουμε κάτι τέτοιο η ένεση δεν γίνεται σ' αυτές τις περιοχές.

Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι στα σημεία των ενέσεων δημιουργούνται νεοπλάσματα και γι' αυτό αποφεύγεται η ενδομυϊκή χορήγηση του σιδήρου.

Τέλος, βοηθάμε τον ασθενή να κατανοήσει και να αποδεχθεί ότι η θεραπεία με σίδηρο θα συνεχιστεί για ένα μήνα περίπου και μετά τη διόρθωση των τιμών της αιμοσφαιρίνης στα φυσιολογικά όρια γιατί οι αποθήκες σιδήρου αναπληρώνονται με βραδύ ρυθμό.

Τον ενημερώνουμε ακόμα για τις τροφές που είναι πλούσιες σε σίδηρο, κυρίως το κρέας, τα αυγά και τα λαχανικά και φροντίζουμε να ακολουθήσει ένα διαιτολόγιο που να περιέχει αυτές τις τροφές.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ο ασθενής ανταποκρίθηκε στη θεραπεία και τη νοσηλευτική παρέμβαση;

Ελέγχουμε αν η δίαιτα που του συστήθηκε εφαρμόζεται κανονικά.

Ελέγχουμε αν η σιδηροθεραπεία συνεχίζεται χωρίς παρενέργειες και παρακολουθούμε τις τιμές της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη αν βελτιώθηκαν σημαντικά. Η παρουσία αυξημένου ποσοστού ΔΕΚ στο περιφερικό αίμα είναι ένδειξη αυξημένου ρυθμού ερυθροποίησης.

Ελέγχουμε αν βελτιώθηκε η εικόνα του αρρώστου.

Δεν αισθάνεται πλέον αδυναμία ούτε κόπωση, σημάδι διόρθωσης της αναιμίας. Η δύσπνοια και οι παλμοί δεν τον βασανίζουν. Το δέρμα του δεν είναι ωχρο και ξηρό στην αφή. Η χειλίτιδα και η γλωσσίτιδα πέρασε και η δυσφαγία βελτιώθηκε. Όλα αυτά δείχνουν θετική ανταπόκριση στη θεραπεία και τη νοσηλευτική παρέμβαση.

Αν η τιμή της αιμοσφαιρίνης παραμένει χαμηλή και δεν παρουσιάζεται βελτίωση της εικόνας του ασθενούς, θα πρέπει να γίνει επαναξιολόγηση του αρρώστου για να διαπιστωθεί το αίτιο της αναιμίας, που συνήθως είναι η συνεχιζόμενη απώλεια αίματος, ή σε άλλη περίπτωση, η μη υπακοή του ασθενούς στη θεραπεία.

Έλεγχος κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι σκοποί και αντιμετωπίστηκαν τα προβλήματα.

Ελέγχουμε κατά πόσο αναγνωρίσαμε και διορθώσαμε την υποκείμενη αιτία που προκάλεσε την αναιμία.

Διορθώσαμε την αιμοσφαιρίνη με χορήγηση σιδήρου και τροφές πλούσιες σε σίδηρο.

Προλάβαμε τις επιπλοκές της θεραπείας και τις αντιμετωπίσαμε όταν παρουσιάστηκαν.

Παρείχαμε στον άρρωστο μέσα άνεσης και ανακούφισης από τον πόνο.

Ανταποκρίθηκε χωρίς προβλήματα στη θεραπεία.

Βελτιώθηκαν όλα τα προβλήματά του.

Προλάβαμε την επανεμφάνιση αναιμίας με το να συστήσουμε στον ασθενή να διατηρήσει τη δίαιτα που του είπαμε και να παίρνει τα φάρμακά του.

Αν παρατηρηθεί επανεμφάνιση της αναιμίας, σημαίνει πως η υποκείμενη αιτία δεν βρέθηκε και θα πρέπει να κάνουμε επανέλεγχο και επαναπρογραμματισμό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ. ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑ

Αντικειμενικά από την εξωτερική του εμφάνιση.

Το δέρμα του είναι κατά κανόνα ωχρό και ξηρό στην αφή.

Οι βλεννογόνοι του στόματος και οι επιπεφυκότες είναι επίσης ω-
χροί.

Μπορεί ακόμα να παρατηρήσουμε γωνιώδη χειλίτιδα και γλωσσίτιδα
(γλώσσα λεία χωρίς θηλές ωχρή και ατροφική).

Υποκειμενικά αναφέρει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα.

Δυσφαγία από βλάβες στον βλεννογόνο του οισοφάγου που είναι απο-
τέλεσμα της ατροφίας του βλεννογόνου.

Παραπονιέται για κόπωση. Αισθάνεται καταβολή δυνάμεων και λόγω
της αδυναμίας θέλει να βρίσκεται στο κρεβάτι και να εξυπηρετείται εκεί.

Μετά από σωματική άσκηση, λόγω της μειωμένης παροχής οξυγόνου
στους ιστούς, εμφανίζει αντιρροπιστικά δύσπνοια και ταχυκαρδία.

Άλλες πληροφορίες που μας βοηθάνε για την αξιολόγησή του.

Το ιστορικό της διατροφής του μας βοηθάει να καταλάβουμε πού ο-
φείλεται η έλλειψη σιδήρου. Μπορεί η δίαιτά του να περιλαμβάνει μι-
κρή ποσότητα ζωικών τροφών ή να είναι φτωχή σε σίδηρο εξαιτίας της
οικονομικής του κατάστασης ή ακολουθώντας περίεργα διαιτητικά συστή-
ματα με σκοπό την απώλεια βάρους.

Το αίτιο όμως της αναιμίας μπορεί να είναι κάποιο άλλο πρόβλημα
της υγείας του αρρώστου και γι' αυτό πρέπει να αξιολογήσουμε τις πλη-
ροφορίες και από το υπόλοιπο ιστορικό του.

Αν ο ασθενής δεν μας αναφέρει καμία χρόνια αιμορραγία από τον
γαστρεντερικό σωλήνα όπως νεοπλάσματα στομάχου και εντέρου ή αν ή-
ταν γυναίκα και δεν μας έλεγε για καμία χρόνια αιμορραγία από τα γεν-
νητικά όργανα όπως καρμινώματα, καταλαβαίνουμε ότι η αναιμία είναι
διαιτητικής αιτιολογίας.

Τέλος, οι πρώτες εργαστηριακές εξετάσεις αίματος μπορούν να μας
καθοδηγήσουν στην διάγνωση της αναιμίας του ασθενούς.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ - ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Ο ασθενής λόγω της ανεπαρκούς αιμάτωσης των ιστών παρουσιάζει αδυναμία, εύκολη κόπωση, δύσπνοια και ταχυκαρδία. Ακόμα μειώνονται οι δραστηριότητές του λόγω της κόπωσης και της καταβολής των δυνάμεων που παρουσιάζει.

Επίσης, μειώνεται η άνεση του ασθενούς με τη γλωσσίτιδα και την χειλίτιδα που έχει, ενώ με την ξηροδερμία η δυσφορία του είναι λιγότερη.

Εξαιτίας της γλωσσίτιδας και της χειλίτιδας παρουσιάζει και δυσφαγία, δεν τρέφεται όπως απαιτείται (μειωμένη λήψη τροφής).

Όταν αρχίσει η θεραπευτική αγωγή πιθανό πρόβλημα είναι οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις της θεραπείας με σίδηρο από το στόμα, όπως γαστρεντερικές διαταραχές.

Από την παρεντερική χορήγηση σιδήρου ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει αίσθημα λιποθυμίας, κεφαλαλγία, ζάλη, οσφυαλγία.

Τέλος, είναι ανάγκη να ενημερωθεί ο άρρωστος και να συμμορφωθεί στη θεραπεία, ειδικά αν είναι μακροχρόνια.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι σκοποί μας είναι:

Να αναγνωρίσουμε και να διορθώσουμε αν είναι δυνατόν την αιτία της αναιμίας.

Να διορθώσουμε την αιμοσφαιρίνη και τη σιδηροπενία με χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου και τροφές πλούσιες σε σίδηρο και μάλιστα τέτοιες από όπου ο σίδηρος να είναι εύκολα απορροφήσιμος.

Να προλάβουμε τις επιπλοκές της θεραπείας.

Να παρέχουμε τα κατάλληλα μέσα άνεσης και ανακούφισης στον άρρωστο, προκειμένου να τον απαλλάξουμε από τα προβλήματα που του δημιουργεί η αναιμία του.

Να προλάβουμε την επανεμφάνιση της αναιμίας δίνοντας τις κατάλληλες οδηγίες γύρω από την νόσο του.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Για την αντιμετώπιση της κόπωσης και της αδυναμίας καταστρώνουμε ένα σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, με το οποίο θα περιορίζουμε την σπατάλη των φυσικών δυνάμεων του αρρώστου.

Η δύσπνοια είναι αποτέλεσμα της αναιμίας και της υποξίας. Θα αντιμετωπιστεί με ανάπαυση και ίσως λίγο οξυγόνο.

Στην χειλίτιδα προσέχουμε τα καυστικά φαγητά. Η θεραπεία γίνεται με χρήση τοπικών αλοιφών με βιταμίνες Α και Β.

Για την γλωσσίτιδα θα χρειαστούν πλύσεις με αντισηπτικά της στοματικής κοιλότητας προκειμένου να προλάβουμε πιθανές λοιμώξεις.

Στην δυσφαγία θα του χορηγήσουμε τροφή κατάλληλα παρασκευασμένη, εύπεκτη, ευαπορρόφητη και μη ερεθιστική του βλεννογόνου του πεπτικού σωλήνα.

Στην ξηροδερμία τοπικά θα εφαρμόσουμε μαλακτικές αλοιφές του δέρματος προκειμένου να το ενυδατώσουμε.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Σε περίπτωση κόπωσης και αδυναμίας του ασθενούς, καταστρώνουμε ένα σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας με το οποίο θα περιορίζουμε την σπατάλη των φυσικών δυνάμεων του αρρώστου. Δημιουργούμε δηλ. δυνατότητες συχνών χρονικών περιόδων ανάπαυσης.

Ενισχύουμε δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση.

Αποφεύγουμε οτιδήποτε προκαλεί κόπωση ή διαταράσσει την ησυχία του αρρώστου.

Ενισχύουμε την κατάλληλη και επαρκή διατροφή του αρρώστου και φροντίζουμε για την κάλυψη των φυσικών του αναγκών στο κρεβάτι.

Εκτιμούμε το βαθμό της αδυναμίας και της κόπωσης του ασθενούς και τον ενημερώνουμε για περιπατητικές δραστηριότητες ανάλογα με την αντοχή του.

Σε περίπτωση δύσπνοιας του ασθενούς κάνουμε τα εξής:

Ανυψώνουμε το πάνω μέρος του κρεβατιού.

Χρησιμοποιούμε μαξιλάρια για να υποστηρίζεται ο ασθενής στην ορθοπνοϊκή θέση.

Χορηγούμε οξυγόνο, εφόσον ενδείκνυται.

Αποφεύγουμε να του δίνουμε δύσπεπτες τροφές.

Προφυλάσσουμε τον ασθενή από άσκοπη προσπάθεια.

Τη χειλίτιδα τη θεραπεύουμε με χρήση τοπικών αλοιφών με βιταμίνες Α και Β.

Για την γλωσσίτιδα που παρουσιάζει αποφεύγουμε να του δίνουμε ερεθιστικές τροφές και ποτά.

Φροντίζουμε για την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από τη λήψη τροφής. Κατά την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας χρησιμοποιούμε μαλακή βούρτσα δοντιών, εκτελούμε ελαφρές κινήσεις για την περιποίηση και αποφεύγουμε να χρησιμοποιούμε ερεθιστική οδοντόκρεμα.

Όταν η στοματική κοιλότητα είναι έντονα ερεθισμένη αντικαθιστούμε τη βούρτσα δοντιών με πορτ - κοτόν και περιορίζουμε την καθαριότητα σε πλύσεις με ήπια και κρύα διαλύματα αντισηπτικής ουσίας κάθε τρεις ώρες.

Τέλος, διεγείρουμε την όρεξη του αρρώστου για φαγητό με την κατάλληλη προετοιμασία και επιλογή των τροφών.

Επίσης, για την δυσφαγία του χορηγούμε τροφή κατάλληλα παρασκευασμένη, εύπεπτη, ευαπορρόφητη και μη ερεθιστική του βλεννογόνου του πεπτικού σωλήνα.

Για την ξηροδερμία θα χρησιμοποιήσουμε μαλακτικές αλοιφές και ενυδατωτικές κρέμες.

Σε περίπτωση λοιμώξεως διατηρούμε τον άρρωστο και το κρεβάτι του καθαρά.

Κατά την εκτέλεση των νοσηλειών χρησιμοποιούμε άσηπτα ή καθαρά αντικείμενα.

Έχουμε καθαρά χέρια όταν αγγίζουμε τον άρρωστο.

Μειώνουμε τους φορείς μικροβίων από το θάλαμο του αρρώστου (επισκέπτες, λουλούδια).

Επιδιώκουμε την νοσηλεία του ασθενούς σε μοναχικό δωμάτιο.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος παρουσιάσει πυρετό, διατηρούμε χαμηλή τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

Του χορηγούμε άφθονα υγρά.

Αποφεύγουμε να του χορηγούμε δύσπεπτες τροφές και με υψηλή θερμιδική αξία.

Του τοποθετούμε κρύες κομπρέσες.

Χορηγούμε στον ασθενή αντιπυρετικά φάρμακα αν έχουμε εντολή γιατρού.

Πέρα από τις εξετάσεις αίματος που έχει κάνει ο ασθενής και που αποκαλύπτουν μικροκυττάρωση και υποχρωμία, μειωμένη τιμή αιμοσφαιρίνης και ο σίδηρος του ορού να είναι ελαττωμένος, μπορεί να χρειαστεί να κάνει και εξέταση του μυελού των οστών η οποία σε πραγματική σιδηροπενική αναιμία θα αποκαλύψει την έλλειψη σιδήρου στον μυελό.

Σ' αυτή την περίπτωση εξηγούμε στον ασθενή για την παρακέντηση μυελού που θα του κάνουμε. Θα του πούμε ότι σκοπός της εξέτασης είναι να δούμε την κατάσταση της αιμοποιητικής λειτουργίας του μυελού κι ότι πρέπει να εξασφαλίσουμε την συνεργασία του για να πετύχει η εξέταση. Αφού βάλουμε τον ασθενή να ξαπλώσει σε πλάγια ή ύπτια θέση ανάλογα με το σημείο της παρακέντησης (λαγόνιος ακρολοφία ή στέρνο) του εξηγούμε την τεχνική. Αφού καθοριστεί και απολυμανθεί το δέρμα, τοποθετείται αποστειρωμένο τετράγωνο. Γίνεται τοπική αναισθησία με ξυλοκαΐνη. Η βελόνη βιοψίας εισάγεται στο οστό, αφαιρείται ο στυλεός, και προσαρμόζεται το μπεκ της βελόνας στη σύριγγα RECORD και αναρροφάται ο μυελός. Ειδοποιούμε τον άρρωστο για τον πόνο έλξης που τυχόν αισθανθεί. Η βελόνη και η σύριγγα αφαιρούνται και ακολουθεί η επίστρωση του υλικού στις αντικειμενοφόρες πλάκες πριν προλάβει να γίνει πήξη του αίματος. Μετά το στέγνωμα στέλνονται στο εργαστήριο.

Τέλος, εφαρμόζεται πίεση πάνω στο σημείο της παρακέντησης και τοποθετείται αποστειρωμένη γάζα η οποία αφαιρείται μετά από 48 ώρες.

Μετά την παρακέντηση εξασφαλίζουμε κάθε δυνατή άνεση στον ασθενή και του λέμε να αναπαυθεί για μισή ώρα. Αν χρειάζεται δίνουμε στον άρρωστο ελαφρό παυσίπονα. Οι πιο πολλοί άρρωστοι δεν αισθάνονται δυσχέρεια μετά την αναρρόφηση, αλλά το σημείο της παρακέντησης μπορεί να πονά για μια ή περισσότερες μέρες.

Εφόσον η έλλειψη σιδήρου είναι διαιτητικής αιτιολογίας (λήψη μικρής ποσότητας ζωικών τροφών ή τροφές φτωχές σε σίδηρο), τη στιγμή που ο ασθενής δεν μας έχει αναφέρει κανένα άλλο πρόβλημα υγείας, θα αρχίσουμε τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς χωρίς περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις.

Χορήγηση σιδήρου από το στόμα.

Σ' αυτή την περίπτωση ενημερώνουμε τον άρρωστο να παίρνει τον σίδηρο αμέσως μετά το φαγητό, γιατί ερεθίζει το βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα. Αργότερα μπορεί η χορήγηση του σιδήρου να γίνεται στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων για μεγαλύτερη απορρόφηση.

Τον ενημερώνουμε για κάποιο βαθμό δυσπεψίας που μπορεί να παρουσιάσει. Αυτός οφείλεται στον σίδηρο και δεν πρέπει να ανησυχήσει.

Τον πληροφορούμε να μην παίρνει τον σίδηρο με γάλα και κυρίως με τσάι γιατί εμποδίζουν την απορρόφηση του. Να συνοδεύει τον σίδηρο με βιταμίνη C ή χυμό πορτοκαλιού επειδή διευκολύνουν την απορρόφηση του.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την αλλαγή στο χρώμα των κοπράνων με τη χρήση του σιδήρου ότι είναι ακίνδυνη κι ότι οφείλεται στον σίδηρο.

Σχετικά με την εναπόθεση του σιδήρου στα δόντια και στους βλεννογόνους του στόματος όταν του δίνουμε υγρά σκευάσματα σιδήρου, λέμε στον ασθενή να τα αραιώνει σε πολύ νερό και να τα παίρνει με καλαμάκι. Μετά τη λήψη να κάνει καλό βούρτσισμα των δοντιών και συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.

Τονίζουμε στον άρρωστο τη σπουδαιότητα της λήψης του σιδήρου ώστε να μην παραμελεί να παίρνει τα φάρμακά του, για να μπορέσει να αποκαταστήσει την υγεία του.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος παρουσιάζει παρενέργειες από την από του στόματος χορήγηση του σιδήρου, όπως γαστρεντερικές διαταραχές (εμετός) τότε:

Περιορίζουμε ή διακόπτουμε τη χορήγηση υγρών από το στόμα.

Τοποθετούμε τον ασθενή σε ύπτια θέση και συνιστούμε να παίρνει βαθιές αναπνοές.

Καθαρίζουμε την στοματική κοιλότητα μετά από εμετό.

Επειδή ακόμα μπορεί να παρουσιάσει δυσκοιλιότητα λόγω της δυσπεψίας του σιδήρου γι' αυτό δίνουμε στον ασθενή τροφές εύπεπτες και μη ερεθιστικές.

Οι παρενέργειες που παρουσιάζει ο ασθενής είναι συνάρτηση της δόσης του σιδήρου. Γι' αυτό ελάττωση της δόσης ελαττώνει πολλές παρενέργειες.

Όταν ο άρρωστος δεν μπορεί να ανεχτεί τον σίδηρο από το στόμα επειδή έχει ενοχλήματα από το στομάχι ή όταν επιβάλλεται η ταχεία επάνοδος της αιμοσφαιρίνης στα φυσιολογικά όρια, λέμε στον άρρωστο ότι ο σίδηρος θα χορηγηθεί ενδοφλέβια.

Ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου.

Σ' αυτή την περίπτωση προσέχουμε να μην χυθεί το διάλυμα του σιδήρου έξω από την φλέβα και κάνουμε την ένεση με αργό ρυθμό.

Παρενέργειες της IV χορήγησης σιδήρου.

Τοπικά όταν χυθεί το διάλυμα του σιδήρου έξω από την φλέβα εμφανίζεται πόνος. Αν γίνει με ταχύ ρυθμό παρατηρείται φλεβόσπασμος. Ακόμα μπορεί να παρουσιαστεί φλεβίτιδα.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζουμε αναλγητικά - αντιφλεγμονώδη φάρμακα τοπικά και κομπρέσες με αλουμινό νερο.

Οι γενικές παρενέργειες της ενδοφλέβιας χορήγησης είναι το αίσθημα λιποθυμίας που παρουσιάζει ο άρρωστος, η κεφαλαλγία, η ζάλη, η οσφυαλγία, το ρίγος και ο πυρετός.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις παρακολουθούμε συνεχώς τον άρρωστο για εξέλιξη των συμπτωμάτων και ενημερώνουμε τον γιατρό.

Σε περίπτωση οσφυαλγίας μένουμε κοντά στον άρρωστο και τον παρακολουθούμε.

Σε περίπτωση ρίγους τον σκεπάζουμε με ελαφρά ζεστά σκεπάσματα.

Τοποθετούμε θερμοφόρα στα κάτω άκρα.

Τον προσφέρουμε ζεστά υγρά από το στόμα (αν τα δέχεται).

Τον ανακουφίζουμε από τον υψηλό πυρετό.

Διατηρούμε τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος χαμηλή.

Οι ανεπιθύμητες γενικά καταστάσεις προλαμβάνονται ή μειώνεται η έντασή τους με τη βραδεία χορήγηση του φαρμάκου.

Τέλος, βοηθάμε τον ασθενή να κατανοήσει και να αποδεχθεί ότι η θεραπεία με σίδηρο θα συνεχιστεί για ένα μήνα περίπου και μετά τη διόρθωση των τιμών της αιμοσφαιρίνης στα φυσιολογικά όρια, γιατί οι αποθήκες σιδήρου αναπληρώνονται με βραδύ ρυθμό.

Τον ενημερώνουμε ακόμα για τις τροφές που είναι πλούσιες σε σίδηρο, κυρίως το κρέας, τα αυγά και τα λαχανικά και φροντίζουμε να ακολουθήσει ένα διαιτολόγιο που να περιέχει αυτές τις τροφές.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ο ασθενής ανταποκρίθηκε στη θεραπεία και τη νοσηλευτική παρέμβαση;

Ελέγχουμε αν η δίαιτα που του συστήθηκε εφαρμόζεται κανονικά.

Ελέγχουμε αν η σιδηροθεραπεία συνεχίζεται χωρίς παρενέργειες και παρακολουθούμε τις τιμές της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη αν βελτιώθηκαν σημαντικά.

Ελέγχουμε αν βελτιώθηκε η εικόνα του αρρώστου.

Δεν αισθάνεται πλέον αδυναμία ούτε κόπωση σημάδι διόρθωσης της αναιμίας. Η δύσπνοια και οι παλμοί δεν τον βασανίζουν. Η χειλίτιδα και η γλωσσίτιδα πέρασε και η δυσφαγία βελτιώθηκε. Όλα αυτά δείχνουν θετική ανταπόκριση στη θεραπεία και τη νοσηλευτική παρέμβαση.

Αν η τιμή της αιμοσφαιρίνης παραμένει χαμηλή και δεν παρουσιάζεται βελτίωση της εικόνας του ασθενούς, θα πρέπει να γίνει επαναξιολόγηση του αρρώστου για να διαπιστωθεί το αίτιο της αναιμίας που συνήθως είναι η απώλεια αίματος ή σε άλλη περίπτωση η μη υπακοή στη θεραπεία.

Έλεγχος κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι σκοποί

και αντιμετωπίστηκαν τα προβλήματα.

Ελέγχουμε κατά πόσο αναγνωρίσαμε και διορθώσαμε την υποκείμενη αιτία που προκάλεσε την αναιμία.

Διορθώσαμε την αιμοσφαιρίνη με χορήγηση σιδήρου και τροφές πλούσιες σε σίδηρο.

Προλάβαμε τις επιπλοκές της θεραπείας και τις αντιμετωπίσαμε όταν παρουσιάστηκαν.

Ανταποκρίθηκε χωρίς προβλήματα στην θεραπεία.

Βελτιώθηκαν όλα τα προβλήματά του.

Προλάβουμε την επανεμφάνιση αναιμίας με το να συστήσουμε στον ασθενή να διατηρήσει τη δίαιτα που του είπαμε και να παίρνει τα φάρμακά του.

Αν παρατηρηθεί επανεμφάνιση της αναιμίας σημαίνει πως η υποκείμενη αιτία δεν βρέθηκε και θα πρέπει να κάνουμε επανέλεγχο και επαναπρογραμματισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Συμπεράσματα

Η καλή διατροφή με τροφές πλούσιες σε σίδηρο όπως κρέας, λαχανικά, μειώνουν την πιθανότητα να πάθουν τα άτομα αναιμία από έλλειψη σιδήρου.

Η ενημέρωση των γυναικών από τους γυναικολόγους τους κατά την διάρκεια της κύησης για το τι πρέπει να κάνουν, ποια δίαιτα πρέπει να ακολουθούν και τι φάρμακα να παίρνουν, βοηθάει στο να μειωθεί η πιθανότητα να γίνουν οι γυναίκες κατά την κύηση αναιμικές.

Η σωστή αντιμετώπιση της σιδηροπενίας από τους γιατρούς και η άμεση επίσκεψη του αρρώστου στον γιατρό όταν διαπιστώσει κάποια αιμορραγία και μάλιστα όταν είναι γυναίκα και έχει μηνορραγίες, βοηθάει στο να μειωθεί η πιθανότητα να πάθουν τα άτομα αυτά αναιμία, γιατί θα θεραπευθεί το αίτιο της αιμορραγίας όσο είναι νωρίς πριν προλάβει να εγκατασταθεί η αναιμία.

Η σωστή ενημέρωση του ασθενούς που πάσχει από σιδηροπενική αναιμία, ώστε να κατανοήσει την ανάγκη της πιστής τήρησης της διαιτητικής και φαρμακευτικής αγωγής που του έχει καθοριστεί, βοηθάει στο να θεραπεύσει την αναιμία του ή να την διατηρήσει υπό έλεγχο.

Προτάσεις.

Η νοσηλευτική κάνει τις παρακάτω προτάσεις:

Προτείνουμε λοιπόν καλή διατροφή με τροφές πλούσιες σε σίδηρο και μάλιστα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία όπου οι ανάγκες του οργανισμού είναι αυξημένες.

Οι γυναίκες κατά την κύηση εκτός από την καλή διατροφή, να παίρνουν σίδηρο σε χάπια από το στόμα γιατί χάνουν μεγάλη ποσότητα σιδήρου για το έμβρυο και τον πλακούντα.

Όταν μια γυναίκα έχει μηνορραγίες, να επισκέπτεται τον γιατρό της για να διαπιστώσει το αίτιο της αιμορραγίας και να το θεραπεύσει πριν της παρουσιαστεί αναιμία.

Επίσης, όποιος διαπιστώσει κάποια απώλεια αίματος να επισκεφτεί το γιατρό και να θεραπεύσει το αίτιο που την προκάλεσε. Έτσι δεν θα παρουσιάσει αναιμία.

Προτείνουμε, τέλος, στον ασθενή με σιδηροπενική αναιμία να τηρήσει τη διαιτητική και φαρμακευτική αγωγή που του έχει καθοριστεί και να επισκέπτεται περιοδικά τον γιατρό του για να παρακολουθεί την κατάσταση της υγείας του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σήμερα η σιδηροπενική αναιμία είναι σπανιότερη σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Αυτό οφείλεται κυρίως στην βελτίωση της διατροφής του πληθυσμού, στην διαπαιδαγώγηση των γιατρών ως προς την έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας και στην παρακολούθηση των γυναικών στα ειδικά ιατρεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Οι προοπτικές για τους ασθενείς με σιδηροπενική αναιμία είναι πολύ καλές. Η θεραπεία του αιτιολογικού παράγοντα και η σωστή δίαιτα μπορεί να διορθώσουν οριστικά την αναιμία. Σε μερικές περιπτώσεις πάλι η παρατεταμένη χορήγηση σιδήρου σε χάπια μπορεί να διατηρήσει την αναιμία υπό έλεγχο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- CALLENDER, S.T.: IN POST - GASTRECTOMY NUTRITION. (ED.) KRIKLER, D.M., LONDON 1967.
- ΓΑΡΔΙΚΑ, Κ.Δ.: Αιματολογία επίτομος, Γ' έκδοση, εκδόσεις Παρισσιάνος, Γ.Κ, Αθήνα 1973.
- HOFFBRAND, A.V AND PETTIT, J.E.: ESSENTIAL HAEMATOLOGY 2ND ED., BLACKWELL SCIENTIFIC PUBLICATIONS, 1984.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, Μ.Α και ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Σ.Φ.: Νοσηλευτική Γενική Παθολογική, Χειρουργική Τόμος Α, Έκδοση εννάτη, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων " Η ΤΑΒΙΘΑ ", Αθήνα 1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, Μ.Α και ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Σ.Φ.: Νοσηλευτική Παθολογική, Χειρουργική Τόμος Β, έκδοση εννάτη, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων " ΤΑΒΙΘΑ ", Αθήνα 1987.
- MORGAN, E.H.: IRON IN BIOCHEMISTRY AND MEDICINE, (ED.) JACOBS, A AND WORWOOD, M. LONDON AND NEW YORK, ACADEMIC PRESS 1974.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. και ΠΑΝΟΥ, Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες Τόμος 2^{ος}, έκδοση Β, εκδόσεις " Βήτα ", Αθήνα 1985.