

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: << ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ >>



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

κ. ΖΗΝΗΣ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ - ΜΑΡΤΙΟΣ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	958a
----------------------	------

Αφιερώνω αυτήν την εργασία στους γονείς μου για την βοήθεια και την συμπαράστασή τους κατά τα σπουδαστικά μου χρόνια.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Εισηγητή της Πτυχιακής μου εργασίας κ. Ζήση για την προσφορά του στην διευκρίνιση της εργασίας μου, καθώς και τις νοσηλεύτριες κ.Γερούση και κ.Σκουζή για τις πολύτιμες συμβουλές τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΕΛΙΔΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

-ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ 2

-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

-ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑΣ 8

-ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑΣ 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

-ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ 14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ 17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ 20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

-ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ 24

-ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ 24

-ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ 24

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

-ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX

-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ-ΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ 29

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ X

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑ ΚΑΙ Η ΑΝΑΛΟΓΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XI

-ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XII

-Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗ-

ΛΕΥΤΡΙΑΣ-ΤΗ.

58

-ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ <<ΚΕΝΤΡΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ>>

60

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

71

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

72

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα με το οποίο θα ασχοληθώ στην παρούσα εργασία είναι <<Βρογχεκτασία και η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς>>.

Η Βρογχεκτασία είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από τοπική ή γενικευμένη διλάταση των βρόγχων. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων, περίπου 80% η νόσος αναπτύσσεται κατά την παιδική ηλικία, που οι βρόγχοι είναι λεπτοί και ελαστικοί. Οι σπουδαιότεροι ενοχοποιητικοί παράγοντες θεωρούνται τα παιδικά λοιμώδη νοσήματα κυρίως η Ιλαρά και ο κοκκύτης, το κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση, οι αναπνευστικές λοιμώξεις και η βρογχική απόφραξη.

Σκοπός μου στην εργασία αυτή είναι η παρουσίαση της κλινικής εκδήλωσης της νόσου της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενή που πάσχει από Βρογχεκτασία, καθώς και της ανάλογης νοσηλευτικής παρέμβασης. Επίσης αποβλέπω στην πρόληψη της ασθένειας πιστεύοντας από την μία ό,τι η προφύλαξη αποτελεί την καλύτερη τακτική και από την άλλη-ό,τι η Νοσηλευτική δεν αποβλέπει μόνο να βοηθήσει τον ασθενή να βελτιώσει ή να αποκτήσει την υγεία του αλλά στοχεύει και την περιφρούρηση και προαγωγή της υγείας της κοινότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα διακρίνεται στην άνω και κάτω αεροφόρο οδό. Η κάτω αεροφόρος οδός αποτελείται από 1) τον λάρυγγα, 2) την τραχεία αρτηρία και τους βρόγχους και 3) τους δύο πνεύμονες.

Βρόγχοι: Είναι δύο και αρχόμενοι από την τραχεία, φέρονται λοξά από έσω προς τα κάτω και έξω, εισδυόμενοι από τις πύλες στον σύστοιχο πνεύμονα. Διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το μήκος, την φορά, τον αυλό και τις σχέσεις τους. Έτσι ο δεξιός είναι βραχύτερος και ευρύτερος από τον αριστερό που ακολουθεί πιο κάθετη πορεία προς τα κάτω. Η κατασκευή τους είναι παρόμοια με αυτήν της τραχείας και αποτελούνται από τρεις χιτώνες, οι οποίοι από έξω προς τα έσω είναι: ο ινοχόνδρινος, ο μυϊκός και ο βλεννογόνος.

Πνεύμονες: Κάθε ένας από τους πνεύμονες βρίσκεται στην σύστοιχη κοιλότητα του υπεζωχότος. Έχουν σχήμα κωνοειδές και μεγάλες διαστάσεις.

Μορφολογία: Σε κάθε πνεύμονα διακρίνουμε: 1) Κορυφή: προέχει 3-4 εκ. πάνω από τον 1ο πλευρικό χόνδρο. 2) Βάση: υπόκοιλη, σκουμπά στο σύστοιχο θόλο του διαφράγματος και έρχεται σε επαφή δεξιά με τον δεξιό λοβό του ήπατος και αριστερά με τον αριστερό λοβό του ήπατος, τον θόλο του στομάχου και τον σπλήνα. 3) Έξω (πλευρική επιφάνεια: υπόκυρτη, έρχεται σε επαφή με το τοίχωμα του θώρακα (πλευρές, μεσοπλεύριοι κύες, πλευρικός υπεζωχότις). 4) Έσω (μεσοπνευμόνια) επιφάνεια: είναι υπόκοιλη, στο μέσον της περίπου βρίσκονται οι

πύλες του πνεύμονα. Από τις πύλες αυτές εισέρχονται ο σύστοιχος κύριος βρόγχος, η πνευμονική αρτηρία, οι βρογχικές αρτηρίες και τα νεύρα. Εξέρχονται οι βρογχικές φλέβες, τα λεμφαγγεία και οι πνευμονικές φλέβες.

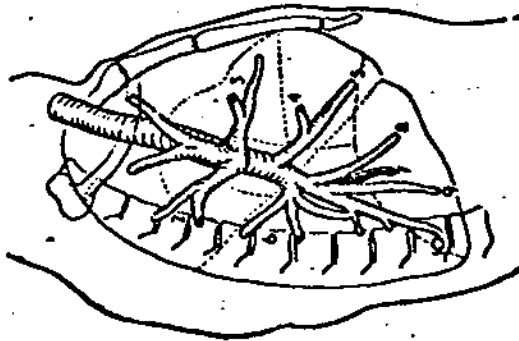
Όλα τα εισδυόμενα και αναδυόμενα μόρια από τις πύλες περιβάλλονται από συνδετικό ιστό και από τον υπεζωκότα και αποτελούν την ρίζα του πνεύμονα.

Λοβοί των Πνευμόνων: Οι πνεύμονες διαιρούνται με την μεσολόβια σχισμή σε λοβούς. Έτσι ο αριστερός πνεύμονας χωρίζεται σε άνω και κάτω λοβό. Η δεξιά μεσολόβια σχισμή έχει επιπλέον ένα οριζόντιο κλάδο με αποτέλεσμα ο δεξιός πνεύμονας να χωρίζεται σε άνω, μέσο και κάτω λοβό.

Υφή των Πνευμόνων: Ο κάθε πνεύμονας αποτελείται από το βρογχικό δένδρο, την πνευμονική ουσία και από αγγεία και νεύρα.

Βρογχικό δένδρο: Μέσα στους πνεύμονες οι βρόγχοι διακλαδίζονται σε προοδευτικά μικρότερους βρόγχους σχηματίζοντας έτσι το βρογχικό δένδρο. Η διακλάδωση των βρόγχων γίνεται με διχοτόμηση. Το ζεύγος των κλάδων που προέρχεται από κάθε βρόγχο έχει μεγαλύτερη επιφάνεια (σε εγκάρσια τομή) από τον αρχικό βρόγχο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της ταχύτητας ροής του αέρα στους μικρότερους βρόγχους.

Οι κύριοι βρόγχοι καθώς μπαίνουν στους πνεύμονες αποσχίζονται στους στελεχιαίους βρόγχους. Έτσι ο δεξιός βρόγχος εισερχόμενος στον σύστοιχο πνεύμονα κορηγεί τρεις βρόγχους, έναν για τον κάθε λοβό: α) τον βρόγχο του άνω λοβού,



Δεξιόν βρογχικόν δένδρον

Πλευγία δεξιά

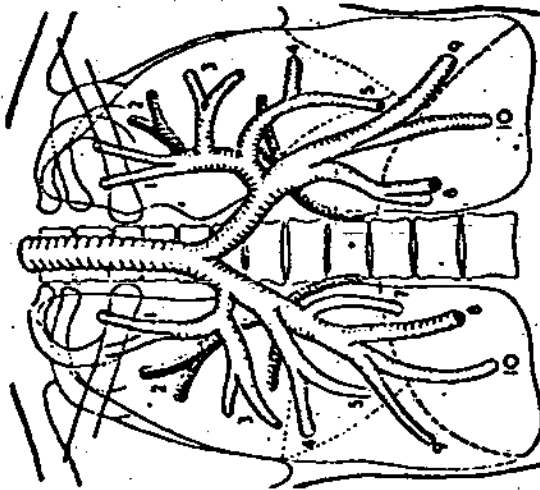
Κορυμνίτις 1
Κεφαλαίος 2
Πυριδιτις 3

Πλευγίτις (βέλ) 4
Μίτρας (βέλ) 5

Κορυμνίτις 6

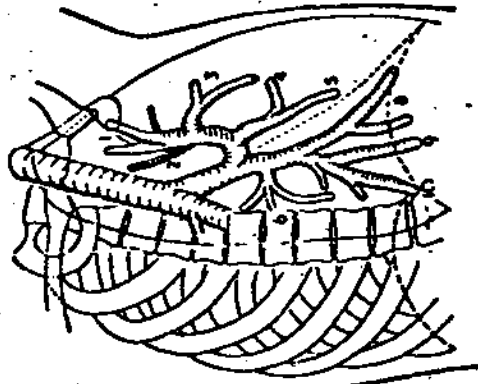
Τέτιο βρογχικόν (καρδιακόν) 7
Πυριδιτις βρογχικόν 8
Πλευγίτις βρογχικόν 9
Μίτρας βρογχικόν 10

Είη. 1 - Το βρογχικόν δένδρον. Ολόκληρον τὸ βρογχικόν δένδρον φαίνεται εἰς τὴν προσέτιαν ὄψιν, τὸ δεξιὸν βρογχικόν δένδρον εἰς τὴν δεξιὴν πλευρικήν ὄψιν καὶ τὸ ἄριστερον βρογχικόν δένδρον εἰς τὴν δεξιὴν πρόστιαν ὄψιν ὄψιν.



Βρογχικὸν δένδρον

Πρόστια ὄψις



Ἀριστερὸν βρογχικόν δένδρον

Δεξιὰ πρόστια ὄψις ὄψις

Κορυμνίτις 1
Κεφαλαίος 2
Πυριδιτις 3

Ἀριστερὸς ἀνω λοβὸς 4
Πλευγίτις (καρδιῆς) 5
Μίτρας (καρδιῆς) 6

Κορυμνίτις 6

Ἀριστερὸς Πυριδιτις βρογχικόν 8
Πλευγίτις βρογχικόν 9
Μίτρας βρογχικόν 10

ο οποίος χορηγεί τρεις κλάδους τον κορυφαίο, τον οπίσθιο και τον πρόσθιο.

β) τον βρόγχο του μέσου λοβού, ο οποίος χορηγεί δύο κλάδους τον έσω και τον έξω.

γ) τον βρόγχο του κάτω λοβού, ο οποίος χορηγεί πέντε κλάδους, τον κορυφαίο, τον έσω βασικό (καρδιακό), τον πρόσθιο βασικό, τον έξω βασικό και τον οπίσθιο βασικό. Ο αριστερός βρόγχος εισερχόμενος στον σύστοιχο πνεύμονα χορηγεί:

α) τον βρόγχο του άνω λοβού, ο οποίος υποδιαιρείται σε δύο κλάδους, τον ανιόντα και τον κατιόντα. Ο ανιών κλάδος χορηγεί επίσης τρεις κλάδους, τον κορυφαίο, τον οπίσθιο και τον πρόσθιο. Ο κατιών κλάδος (βρόγχος της γλωσσίδος) αποσχίζεται σε δύο κλάδους, τον άνω και τον κάτω βρόγχο.

β) τους βρόγχους του κάτω λοβού: τον κορυφαίο, τον πρόσθιο βασικό, τον πλάγιο βασικό και τον οπίσθιο βασικό.

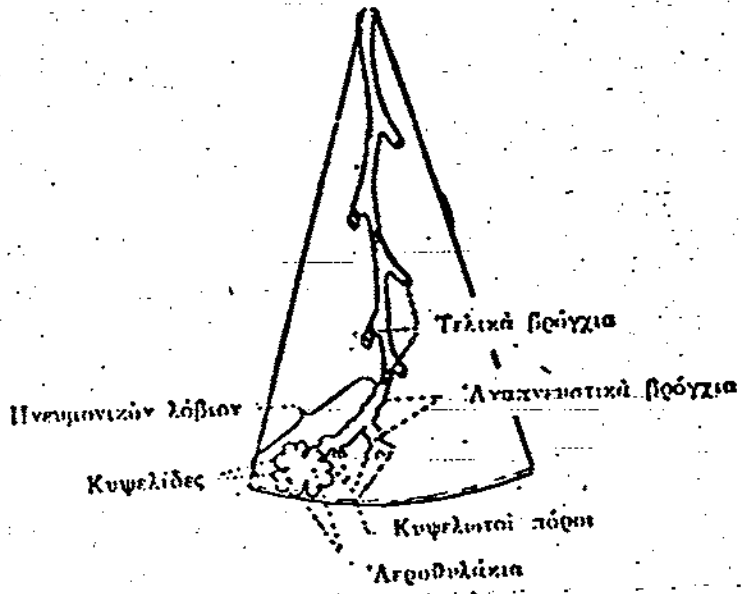
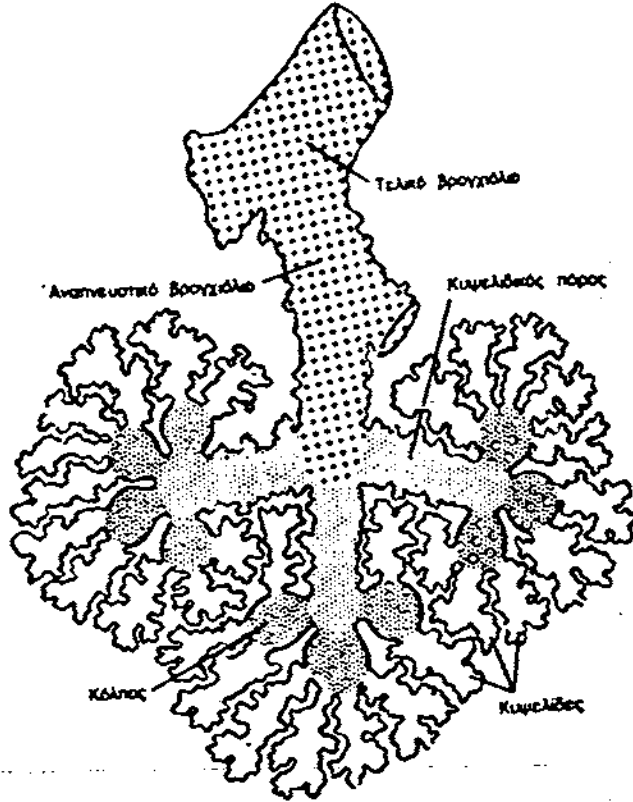
Κάθε στελεχιαίος βρόγχος αποσχίζεται σε μικρότερους βρόγχους που λέγονται τιμηματικοί βρόγχοι, γιατί οι μικρότερες διακλαδώσεις καθ' ενός από αυτούς τους τιμηματικούς βρόγχους διαμενούνται σε καθορισμένο τμήμα του πνευμονικού λοβού, στο βρογχοπνευμονικό τμήμα. Υπάρχουν δέκα βρογχοπνευμονικά τμήματα για τον δεξιό πνεύμονα και εννέα για τον αριστερό. Έχουν σχήμα πυραμίδας με την βάση τους στην επιφάνεια του πνεύμονα. Χωρίζονται (ατελώς) μεταξύ τους με συνδετικό ιστό και κάθε τμήμα έχει την δική του αρτηρία και φλέβα. Οι τιμηματικοί βρόγχοι διχοτομούνται και αυτοί και το ίδιο συμβαίνει και με τους μικρότερους. Με τις αλληπάληλες αυτές διχοτομήσεις φθάνουμε σε βρόγχους που η διάμετρός τους είναι λιγότερη από 1 χιλ., τα βρογχιόλια, τα οποία στο τοί-

χωμά τους δεν περιέχουν χόνδρινο ιστό, ούτε αδένες, τα οποία υπάρχουν στους μεγαλύτερους βρόγχους. Τα βρογχιόλια διχοτομούνται και αυτά πολλές φορές όπως και οι βρόγχοι. Το μικρότερο βρογχιόλιο που χρησιμεύει ως αγωγός αέρα, ονομάζεται τελικό βρογχιόλιο. Πέρα από το τελικό βρογχιόλιο, τα βρογχιόλια έχουν στο τοίχωμά τους κυψελίδες και δεν είναι απλοί αγωγοί αέρα, αλλά χρησιμεύουν για την ανταλλαγή αερίων και γι' αυτό ονομάζονται αναπνευστικά βρογχιόλια. Αυτά διακλαδίζόμενα καταλήγουν στους κυψελιδικούς πόρους. Ο κυψελιδικός πόρος καταλήγει σε απλές κυψελίδες ή σε κυψελιδικούς σάκους, που αποτελούνται από μία ομάδα κυψελίδων γύρω από έναν κεντρικό, κάπως μεγαλύτερο χώρο. Το τοίχωμα των κυψελίδων είναι εξαιρετικά λεπτό, ονομάζεται αναπνευστική μεμβράνη και επιτρέπει την διάχυση αερίων μεταξύ αέρα και αίματος. Οι κυψελίδες είναι τόσο κοντά η μία στην άλλη, ώστε συχνά δεν έχουν δικό τους ξεχωριστό τοίχωμα, αλλά χωρίζονται μεταξύ τους με κοινό τοίχωμα που λέγεται μεσοκυψελιδικό διάφραγμα.

Πνευμονικά λόβια: Μικρό τμήμα πνευμονικού παρεγχύματος.

Οι βάσεις τους στρέφονται προς την επιφάνεια του πνεύμονα, όπου διαγράφονται σαν πολύγωνες περιοχές και οι κορυφές τους στρέφονται προς τις πύλες του πνεύμονα. Χωρίζονται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό, αλλά ο χωρισμός του είναι ατελής. Κάθε λόβιο αποτελείται από 3-5 τελικά βρογχιόλια και τις διακλαδώσεις τους, καθώς επίσης και τις διακλαδώσεις της πνευμονικής αρτηρίας στο ίδιο μέρος του πνεύμονα. Το τμήμα του πνεύμονα στο οποίο διανέμεται ένα τελικό βρογχιόλιο ονομάζεται κυψέλη ή τελική αναπνευστική μονάδα.

ΕΙΚ. 2 Αναπνευστικό Λόβλο



ΕΙΚ. 3 - Σχηματική απεικόνιση των τελικών βρογγίων και του πνευμονικού λοβίου

Ενδοπνευμονική κυκλοφορία του αίματος: Ο πνεύμονας τροφοδοτείται με αίμα από το σύστημα της πνευμονικής αρτηρίας και το σύστημα των βρογχικών αρτηριών. Οι βρογχικές αρτηρίες που αρχίζουν από την αορτή, φέρνουν αίμα κατά μήκος του βρογχικού δένδρου από τις πύλες του πνεύμονα μέχρι τα αναπνευστικά βρογχιόλια. Η πνευμονική αρτηρία ακολουθεί τις διακλαδώσεις των βρογχικών αρτηριών αλλά δίνει τοιχοειδή μόνο όταν φθάσει τις κυψελίδες. Το αίμα από τους πνεύμονες απάγουν δύο φλεβικά συστήματα, αυτό των βρογχικών φλεβών και αυτό των πνευμονικών φλεβών.

Υφή βρογχικού δένδρου: Αποτελείται από τρεις χιτώνες:

- α) Υνοχόνδρινος χιτώνας
- β) Μυϊκός χιτώνας
- γ) Βλεννογόνος

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα εξυπηρετεί την αναπνοή. Η αναπνοή περιλαμβάνει τις εξής λειτουργίες:

1. Τη μεταφορά οξυγόνου (O_2) από την ατμόσφαιρα στα κύτταρα του σώματος.
2. Τη βιολογική οξείδωση των μεγαλομοριακών θρεπτικών ουσιών σε μικρομοριακές με σύγχρονη παραγωγή ενέργειας και H_2O ή CO_2 .
3. Τη μεταφορά του CO_2 από τα κύτταρα των ιστών στους πνεύμονες και από εκεί στον ελεύθερο ατμοσφαιρικό αέρα.

Λειτουργίες των πνευμόνων:

1. Ανταλλαγή αερίων O_2 , CO_2

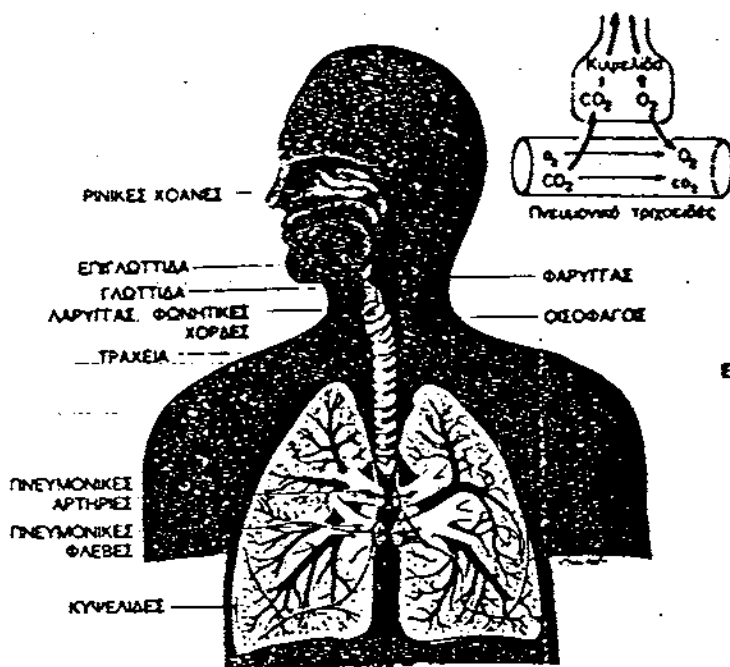
2. Μη αναπνευστικές λειτουργίες των πνευμόνων:

- αποθήκευση αίματος
- ανταλλαγή ύδατος-πρωτεϊνών
- παροχή ουσιών στα κυψελιδικά κύτταρα για την δημιουργία του δραστικού επιφανειακού στρώματος.
- κάθαρση αίματος από αιωρούμενα σωματίδια.
- ινωδόλυση και συμμετοχή στην διαταραχή πήκτικότητας αίματος.
- συμμετοχή στους μηχανισμούς άμυνας του πνεύμονα
- απελευθέρωση ή κάθαρση ή και βιολογικός μετασχηματισμός χημικών ουσιών στο αίμα.

Αερισμός: μετακίνηση μορίων αέρα από την στιμόσφαιρα προς τις κυψελίδες και αντίστροφα.

Μηχανισμοί μετακινήσεως μορίων αέρα:

- ροή αέρα (διαφορά πιέσεως)
- διάχυση αερίων (σε αέριο φάση)



Εικ. 4 . Οι αναπνευστικές οδοί

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑΣ

Βρογχεκτασία: Είναι νόσος χαρακτηριζόμενη από χρόνια και μη ανατρέψιμη διάταση ενός ή περισσοτέρων μεγάλων βρόγχων (άνω των 2 mm διαμέτρου), λόγω καταστροφής των ελαστικών και μυϊκών στοιχείων του βρογχικού τοιχώματος (με παραγωγή άφθονων πτυέλων και συχνών βρογχοπνευμονικών λοιμώξεων). Κύρια κλινικά συμπτώματα είναι ο βήχας και η πυώδης απόχρεμψη που σφείλονται σε πρόσθετη πνευμονική λοίμωξη.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑΣ

Κατά την βρογχεκτασία, το τοίχωμα των βρόγχων αντικαθίσταται από φλεγμονώδους ιστούς μετά λύσεως. Το πνευμονικό παρέγχυμα που περιβάλλει τον βρόγχο παρουσιάζει συνήθως περιοχές ατελεκτασίας, λύσεως και πνευμονίτιδος. Αλλοιώσεις κλάδων των πνευμονικών αρτηριών προκαλούν εξελκώσεις και ακολουθούν αιμοπτύσεις. Οι συχνότεροι προσβαλλόμενοι βρόγχοι είναι των κάτω λοβών και κυρίως ο οπίσθιος βασικός. Η βρογχεκτασία των άνω λοβών είναι συνήθως κατάλοιπο πνευμονικής φυματιώσεως. Είναι όμως δυνατόν οι βρόγχοι και των δύο πνευμόνων μαζί να υποστούν μόνιμη διεύρυνση.

Λόγω του ό,τι η παθολογική διάταση των βρόγχων υπάρχει και στην χρόνια βρογχίτιδα συγχέεται η χρόνια βρογχίτιδα με την βρογχεκτασία και η διάκρισή τους βασίζεται στο βαθμό διατάσεως. Η διάκριση γίνεται πιο δύσκολη από τη συ-

χνή συνύπαρξη των δύο αυτών καταστάσεων. Η τσξινόμηση επομένως είναι δύσκολη και δεν βοηθά στον καθορισμό της κλινικής βαρύτητας της νόσου και γι' αυτό συχνά χρησιμοποιούνται ορισμένοι περιγραφικοί όροι για την περιγραφή της εμφάνισης των βρόγχων, όπως αποκαλύπτεται στην βρογχογραφία:

Η σακκοειδής (κυστική) βρογχεκτασία, παρατηρείται κυρίως στους κεντρικούς μεγάλους βρόγχους. Οι προσβλημένοι αεραγωγοί εμφανίζουν έντονη διάταση που καταλήγει σε μεγάλους σάκκους που περιέχουν συνήθως πυώδη βλένη στην 4η περιπόου βρογχική υποδιαίρεση.

Η κυλινδρική (ατρακτοειδής) βρογχεκτασία, αφορά τους αεραγωγούς από την 6η μέχρι την 10η βρογχική υποδιαίρεση. Στην βρογχογραφία απεικονίζονται με ήπια έως μέτρια ακανόνιστη διεύρευση χωρίς μεγάλη αύξηση της διαμέτρου, συχνά με μορφή κουβολογίου και απολήξεις ευθειασμένες και απότομες.

Η κισσώδης βρογχεκτασία είναι ενδιάμεση μορφή μεταξύ σακκοειδούς και κυλινδρικής και αφορά βρόγχους που μοιάζουν με κισσώδεις φλέβες.

Οι σακκοειδείς, οι κισσώδεις και οι κυλινδρικές βρογχεκτασίες αντιπροσωπεύουν στάδια μιάς συνεχούς νοσηρής εξεργασίας που μπορεί να συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή.

Αν και η <<αληθής>> βρογχεκτασία δεν είναι αναστρέψιμη, η εξέταση της αναστρεψιμότητας είναι σημαντική, επειδή οι εμφανιζόμενες στην βρογχογραφία ανωμαλίες επί ορισμένων ιάσιμων πνευμονοπαθειών (ατελεκτασία, τραχειοβρογχίτιδα), μπορεί να υποδύονται βρογχεκτασία. Η ατελεκτασία

επιφέρει βράχυνση και πολλαπλές κάμψεις των αεραγωγών της προσβλημένης περιοχής, που στην βρογχογραφία φαίνονται σαν πτυχώσεις σκιορριτιδίου. Επίσης, οι εξελκώσεις του βρογχικού βλεννογόνου, που είναι συχνές στις λογανεείς λοιμώξεις του κατωτέρου αναπνευστικού, εμφανίζονται σαν ακανόνιστα σχήματα στην βρογχογραφία. Και οι δύο καταστάσεις μοιάζουν προς κυλινδρική βρογχεκτασία. Η επανέκπτυξη του ατελεκταστικού πνεύμονα ή και η αναγέννηση του επιθηλίου προκαλεί εξέλιξη της <<ψευδοβρογχεκτασίας>>. Έτσι, αν ενδείκνυται βρογχογραφία, αυτή πρέπει να αναβάλλεται επί μερικούς μήνες μετά από επεισόδιο τραχειοβρογχίτιδας, πνευμονίας ή ατελεκτασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Εξαρτάται από προσηθύντες παράγοντες που προκάλεσαν ή οδήγησαν σε νέκρωση του βρογχικού τοιχώματος και των ιστών που το υποστηρίζουν (επειδή η βρογχεκτασία καθορίζεται από την παρουσία μορφολογικών μεταβολών της διαμέτρου των μεγάλων βρόγχων). Η βρογχεκτασία κατά κανόνα είναι επίκτητη και οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η απόφραξη και η φλεγμονή, που μπορεί και να συνυπάρχουν. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων, περίπου 80% συμβαίνει στην παιδική ηλικία κατά την διάρκεια οξέων λοιμωδών νοσημάτων, ειδικώς ιλαράς και κοκκύτου.

Δημιουργείται φλεγμονή στο τοίχωμα του βρόγχου και πολλές φορές νέκρωση και χάλαση του τοιχώματος. Οι ελαστικές δυνάμεις του πνεύμονα γύρω από τον βρόγχο με το πάσχον τοίχωμα επιφέρουν με την πάροδο του χρόνου μόνιμη διεύρυνση του αυλού. Αυτή σε συνδυασμό με την καταστροφή του βλεφαριδικού επιθηλίου των βρόγχων επιφέρει συσσώρευση μολυσμένων εκκρίματων στον πάσχοντα βρόγχο. Έτσι η φλεγμονή γίνεται χρόνια, ενώ συγχρόνως ευνοείται η παραπέρα καταστροφή του τοιχώματος και διεύρυνση του βρόγχου. Επίσης τα μολυσμένα εκκρίματα μεταφέρονται και σε άλλες περιοχές του βρογχικού δένδρου με αποτέλεσμα την επέκταση της φλεγμονής.

Η απόφραξη μεγάλου βρόγχου αποτελεί το βασικότερο αίτιο ανάπτυξης της βρογχεκτασίας. Η σύμπτωση του ατελεκτασικού τμήματος του πνεύμονα περίξ του αποφραχθέντος βρόγχου προκαλεί διάταση αυτού. Εάν η απόφραξη παρατείνεται και

η φλεγμονή αυξάνει τις ενδοαυλικές εγκρίσεις, η διάταση του βρόγχου γίνεται μόνιμη. Τελικά επέρχονται μόνιμες αλλοιώσεις του τοιχώματος. Πριν την εισαγωγή των αντιβιοτικών η βρογχεκτασία μετά από απόφραξη ήταν πολύ συχνότερη από ό,τι είναι σήμερα. Η ύπαρξη της αντιμικροβιακής αγωγής και οι εγχειρητικές μέθοδοι θεραπείας δικαιολογούν την μείωση της συχνότητας αυτής της μορφής. Σήμερα, αναγνωρίζεται ότι η ίδια η απόφραξη δεν προκαλεί βρογχεκτασία, αλλά ευνοεί την ανάπτυξή της, παραβιάζοντας τους μηχανισμούς αυτοκαθάρισης, οπότε παράγονται οι βρακτηριακές λοιμώξεις. Επομένως κάθε εξεργασία που οδηγεί στην απόφραξη των βρόγχων, μπορεί να συνοδεύεται από βρογχεκτασία σε περιφερικότερες θέσεις σε σχέση με την βλάβη. Η βρογχεκτασία μετά από απόφραξη είναι περισσότερο εντοπισμένη παρά διάχυτη και απαντά στις περισσότερες περιπτώσεις συγγενούς, κληρονομικής βρογχεκτασίας, επειδή οι διαταραχές που προκαλούν την απόφραξη, συνήθως περιορίζονται στα τμήματα του βρογχικού δένδρου. Εξαίρεση αποτελεί η βρογχεκτασία που συνοδεύει την διάχυτη απόφραξη των αεραγωγών επί χρόνιας βρογχίτιδας, ατοπικού άσθματος και κυστικής ινώσεως.

Βρογχική απόφραξη και ενδεχομένη ανάπτυξη βρογχεκτασίας μετά από απόφραξη προκαλούν οι ενδοβρογχικοί όγκοι ή εσοφνωμένα ξένα σώματα, η πίεση των αεραγωγών από διογκωμένους πυλαίους λεμφαδένες ή νεοπλασματικές μάζες και η στένωση των βρόγχων από ενδοβρογχική φλεγμονώδη εξεργασία (ιδίως ουματίωση).

Σχεδόν όλες οι μορφές της βρογχεκτασίας συνδέονται με μικροβιακές λοιμώξεις. Αν δεν υπήρχε η λοίμωξη, οι επι-

πλοκές της βρογχειτασίας θα ήταν αμελητέες.

Αν και η ανάπτυξη της υπεύθυνης λοίμωξης ή λοιμώξεων συχνά ευνοείται από την παρουσία κληρονομικής διαταραχής και/ή βρογχικής αποφρόξεως, που προδιαθέτει σε δευτερογενή μικροβιακή προσβολή, η βρογχειτασία μπορεί να συμβεί ως αποτέλεσμα νεκρωτικής φλεγμονής σε άτομα που ήταν υγιή. Αυτός πιστεύεται πως είναι ο μηχανισμός της βρογχειτασίας που ακολουθεί την φυματίωση και τη σταφυλοκοκκική και άλλες πυώδεις πνευμονίες. Επίσης η τάση επιπλοκής της Ιλαρής, του κοκκύτου, λοιμώξεων από αδενοϊούς και της γρίπης από νεκρωτική πνευμονία, μερικές φορές δικαιολογεί την συχνή εμφάνιση της βρογχειτασίας ως επιπλοκή των νόσων αυτών.

Επάνια η βρογχειτασία μπορεί να ακολουθήσει την είσοδο διαβρωτικών χημικών, συνήθως υδρογονανθράκων, στο τραχειοβρογχικό δένδρο. Ακόμη η επανειλημμένη εισρόφηση γαστρικού υγρού στους πνεύμονες μπορεί να προκαλεί βρογχειτασία.

Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων οφείλεται στην συγγενή βρογχειτασία. Αναφέρεται το σύνδρομο KARTAGENER (δεξιοκαρδία, ατελή ανάπτυξη των κόλπων του προσώπου και των μετωπιαίων και βρογχειτασία), το σύνδρομο MOINIER-KUHN (τραχειοβρογχομεγαλία), το σύνδρομο WILLIAMS-CAMBELL (ανεπάρκεια των βρογχικών χόνδρων) και η ινοκυστική νόσος. Επίσης η συγγενής ή επίκτητος ανοσολογική ανεπάρκεια, όπως η αγμμασγλοβουλιναιμία και η χρόνια κοκκιωματώδης νόσος των παιδιών, συνοδεύονται συχνά από βρογχειτασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα σημεία και τα συμπτώματα της βρογχεκτασίας εξαρτώνται από την εντόπιση, την έκταση, την σοβαρότητα και την παρουσία επιπλοκών της. Η κλινική της εικόνα αρχίζει συνήθως κατά την παιδική ηλικία. Κατά την αρχική φάση μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή ελάχιστα θορυβώδης. Εκδηλώνεται συνήθως σε συνδυασμό ή μετά την πάροδο άλλης οξείας φλεγμονώδους παθήσεως, όπως βρογχοπνευμονίας ή υποστατικής πνευμονίας ή κάποιας άλλης λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από χρόνιο παραγωγικό βήχα αιμόπτυση και υποτροπές πνευμονίας, που μπορεί να ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά την συχνότητα και τη βαρύτητά τους και μπορεί να απουσιάζουν αν η νόσος είναι ήπια ή αφορά μόνο τους άνω λοβούς. Η κυριότερη εκδήλωσή της είναι ο χρόνιος παραγωγικός βήχας, ο οποίος αυξάνεται κυρίως κατά την κατάκλιση. Το ποσό της απόχρεμψης ποικίλλει σημαντικά, αλλά αυτή μπορεί να είναι πυώδης και άφθονη υπερβαίνοντας τα 200 ML ανά 24ωρο, και σε περιπτώσεις επιπρόσθετης αναεροβίου λοιμώξεως, κάκωση. Συλλεγόμενη σε ένα κωνικό ποτήρι παρατηρείται πως σχηματίζει τρεις στιβάδες από τις οποίες η άνω είναι σφώδη, η μέση οροβλεννώδης και λεπτόρευστη και η κάτω αποτελείται συνήθως από παχύρευστο πύον. Συχνές είναι οι αιματηρές γραμμώσεις των πτυέλων, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί και αιμόπτυση μεγάλου ποσού αίματος κατά τις παροξύνσεις της νόσου. Η επιδείνωση της χρόνιας λοιμώξεως των βρόγχων είναι συχνή και μπορεί να εξελιχθεί σε πνευμονία, κάποτε με σχηματισμό πνευμονικού αποστήματος ή εμπυήματος. Την

βρογχεκτασία συνοδεύουν εκδηλώσεις όπως πυρετός, ο οποίος άλλοτε έχει την δεκατική μορφή και άλλοτε είναι υψηλός εισβαλλόμενος με ρίγος και λυόμενος με άφθονη εφίδρωση. Επίσης απώλεια βάρους, αναιμία, δύσπνοια, ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, συνήθως λόγω υπάρχουσας ενεργού σηπτικής κατάστασης ή μη αντιμετωπιζόμενης μικροβιακής λοίμωξης.

Η αντιμειμενική εξέταση των πασχόντων από βρογχεκτασία δεν παρέχει πάντοτε χαρακτηριστικά ευρύματα. Οι πάσχοντες κατά την παιδική ηλικία έχουν συνήθως όψη καχεκτική με χαρακτηριστική κυάνωση και πλητροδακτυλία και κυρίως όταν συνυπάρχουν εκτεταμένη πνευμονική σκλήρυνση και αναπνευστική ανεπάρκεια. Σε μερικές περιπτώσεις η πλητροδακτυλία αποτελεί μέρος, σύμφωνα με την περιγραφή του PIERRE MARIE, της πνευμονικής υπερτροφικής οστεοαρθροπάθειας η οποία περιλαμβάνει την διόγκωση πολλών αρθρώσεων και οστών. Όταν δεν παρατηρούνται επανειλημμένες λοιμώξεις η γενική κατάσταση των ασθενών διατηρείται για χρόνια σε καλό επίπεδο.

Η επίκρουση αποκαλύπτει συνήθως στις πάσχουσες πνευμονικές περιοχές υποαμβλύτητα και σπάνια αμβλύτητα, όταν πρόκειται για ομάδα πεπληρωμένων διηυρυσμένων βρόγχων. Όταν οι βρόγχοι είναι κενοί, πράγμα όχι συνηθισμένο είναι δυνατόν αντί αμβλύτητας να ανευρεθεί τυμπανικός ήχος. Πρέπει να σημειωθεί ότι παρά την επιμελημένη εξέταση, τα επικρουστικά ευρύματα δεν είναι ιδιαίτερα έκδηλα στις περισσότερες περιπτώσεις. Σταθερότερα είναι τα ακροαστικά σημεία, όπως η ελάττωση του ανασπνευστικού ψιθυρίσματος και άφθονοι υγροί ρόγχοι στις πάσχουσες περιοχές και μάλιστα κατά την

περίοδο των παροξύνσεων. Σε μερικές περιπτώσεις πνευμονικής σκληρόνσεως και αποφράξεως των βρόγχων σημειώνεται ως μόνο ακροαστικό εύρημα η ελάττωση του ανασπνευστικού ψιθυρίσματος. Σε άλλες περιπτώσεις στις οποίες οι διηυρωσμένοι βρόγχοι βρίσκονται κεντρικά και περιβάλλονται από υγιή πνευμονικό παρέγχυμα, δεν διαπιστώνεται κανένα παθολογικό εύρημα. Ενδιαφέρον είναι ότι ενώ η ανατομική βρογχεκτασία είναι συχνή, η κλινική έκδηλη βρογχεκτασία είναι σπάνια. Έτσι η αποκάλυψη βρογχεκτασίας με την βρογχογραφία δεν σημαίνει ότι και ο ασθενής θα εμφανίσει συμπτώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν επιβάλλεται καμμία θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διάγνωση της βρογχεκτασίας βασίζεται στην απόδειξη της ανατομικής διαταραχής του βρογχικού συστήματος. Συνήθως επιτυγχάνεται με ακτινολογικές μεθόδους και κυρίως με την βρογχογραφία. Η διάγνωση πρέπει να πιθανολογείται σε κάθε ασθενή με χρόνια παραγωγικό βήχα ιδίως αν η απόχρεμψη γίνεται πιο πυώδης κατά διαστήματα και εμφανίζει αιματηρές γραμμώσεις. Η φυσική εξέταση σπάνια αποκαλύπτει την σοβαρότητα και την έκταση της νόσου. Συχνά η μόνη ένδειξη πνευμονικής συμμετοχής, είναι οι εισπνευτικοί ρόγχοι. Οι προχωρημένες περιπτώσεις σακκοειδούς βρογχεκτασίας μπορούν να διαγνωστούν με την απλή ακτινογραφία θώρακα. Έτσι μπορούν να παρατηρηθούν πολλαπλές κυστικές βλάβες 1-2 CM ή υδροαιρικά επίπεδα μέσα σε σακκοειδείς σχηματισμούς ασθενώς διαγραφόμενους. Συχνά όμως η απλή ακτινογραφία δείχνει μόνο γραμμοειδείς διηθήσεις και συρρίκνωση των προσβλημένων περιοχών, ενώ μπορεί να είναι τελείως φυσιολογική.

Η βρογχογραφία δεν πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς με συμπτώματα βρογχεκτασίας. Ενδεικνύεται κυρίως για την εκτίμηση των ασθενών για πιθανή χειρουργική θεραπεία και εκείνων με υποτροπές εντοπισμένης πνευμονίας ή σοβαρές αιμοπτύσεις. Οι πληροφορίες από βρογχογραφία προσφέρουν ελάχιστα στην αντιμετώπιση ασθενών στους οποίους αντεδείκνυνται η εγχείρηση, όπως εκείνοι με μικρή ενόχληση από την νόσο ή με γενικευμένη προσβολή με αποφρακτική νόσο των αεραγωγών και γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται στους ασθενείς αυτούς λόγω των παρενεργειών.

Όταν ενδείκνυται η βρογχογραφία δεν θα πρέπει να ε-
κτελείται στην διάρκεια εξάρσεων του βήχα και της απόχρευ-
ψης αλλά μετά την πλήρη θεραπεία των εκδηλώσεων και τον
περιορισμό στο ελάχιστο της απόχρεμψης. Επίσης είναι πιο
σωστό και ασφαλές να εξετάζεται κάθε φορά μόνο ο ένας πνεύ-
μονας λόγω των μεταβολών της πνευμονικής λειτουργίας και
των περιστασιακών φλεγμονωδών αντιδράσεων, που προκαλεί
η βρογχογραφία.

Η βρογχοσκόπηση δεν θέτει την διάγνωση της βρογχε-
κτασίας αλλά μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση της προε-
λεύσεως των εκκρίσεων σε ασθενείς με βήχα και απόχρεψη
και στον καθορισμό της εστίας της αιμορραγίας επί αιμοπτύ-
σεως.

Κάθε ασθενής με πολλαπλά επεισόδια λοιμώξεων του α-
ναπνευστικού και των παραρρινικών κόλπων πρέπει να ελέγ-
χεται ανοσολογικά για ανίχνευση διαταραχών της ανοσίας. Ο-
μοίως επί υποψίας κυστικής ενώσεως πρέπει να προσδιορίζο-
νται οι συγκεντρώσεις $\text{Na}^+ + \text{Cl}^-$ σε δύο ή περισσότερα δείγ-
ματα ιδρώτα. Επί άσθματος και πιθανής βρογχεκτασίας από
βρογχοπνευμονική ασπεργίλλωση πρέπει να διενεργούνται καλ-
λιέργειες πτυέλων για ASPERGILLUS και ορολογικές εξετάσεις
για ιζηματίνες εναντίον της ασπεργιλλίνης.

Χρήσιμα καθοδηγηματικά σημεία για την παρουσία ενερ-
γού λοιμώξεως είναι ο όγκος, η χροιά και τα κυτταρικά και
μικροβιακά συστατικά της αποχρέμψης (καλλιέργεια πτυέλων).
Στην διάρκεια εξάρσεων της νόσου, η απόχρεψη αυξάνει σε ό-
γκο καθίσταται πιο πυώδης και περιέχει άφθονα πολυμορφού-
ρηνα και μικρόβια που μπορούν να αναγνωρισθούν με χρώση GRAM.
Τα δύσοσμα πτύελα υποδηλώνουν την παρουσία αναεροβίων. Με-

τά από παρατεταμένη ή συχνή αγωγή με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος τα πτύελα μπορεί να έχουν είδη STAPHYLOCOCCUS ή ένα βλεννώδες στέλεχος της PSEUDOMONAS AERU UONSA.

Η εξέταση αίματος είναι συνήθως φυσιολογική, αλλά μπορεί να αποκαλύψει αναιμία λόγω της χρόνιας λοιμώξεως ή λευκοκυττάρωση, που σημαίνει ενεργό διαπύηση. Η εξέταση ούρων είναι φυσιολογική, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις αμυλοειδώσεως όπου σπάνιά πρωτεϊνουρία. Το Η.Κ.Γ. είναι φυσιολογικό μέχρι τα τελευταία στάδια, οπότε κυριαρχεί χρόναι πνευμονική καρδιά με ανάπτυξη δεξιάς κοιλιακής υπερτροφίας. Η ζωτική χωρητικότητα και η ταχύτητα εκπνευστικής ροής έχουν τάση μείωσης, αλλά μπορεί να είναι στα φυσιολογικά όρια επί ήπιας νόσου. Στα τελευταία στάδια της διάχυτης βρογχεκτασίας μπορεί να υπάρχει έντονη απόφραξη των αεραγωγών.—

Η δυσαναλογία αερισμού και αιματώσεως χαρακτηρίζει λειτουργικά την βρογχεκτασία και σήμερα είναι δυνατή η αποκάλυψη της σε περιοχές του πνεύμονα με χρήση ραδιενεργών αερίων π.χ. Xe. Η μελέτη της πνευμονικής λειτουργίας, χρησιμεύει στο καθορισμό της εκτάσεως και της βαρύτητας των διαταραχών, στην θεραπεία και στην διερεύνηση ασθενών για εγχείρηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η θεραπεία της βρογχεκτασίας διακρίνεται σε προφυλακτική, συντηρητική και χειρουργική.

Η προφυλακτική θεραπεία αφορά κυρίως την παιδική ηλικία και κατευθύνεται κυρίως σε παιδιά με συχνά εμπύρετα επεισόδια από το αναπνευστικό. Σε αυτά τα παιδιά πρέπει να γίνεται συχνός αντινολογικός έλεγχος του θώρακα και καταπολέμηση τυχόν ατελεκτασίας ή και επίμονων αιμορρασιών με έντονη φυσιοθεραπεία, έγκαιρο βρογχοσκοπικό έλεγχο και κατάλληλη χημειοθεραπεία. Συνιστάται έγκαιρος εμβολιασμός με Β.Σ.Θ. και όλων των άλλων λοιμωδών νοσημάτων.

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει εντατική φυσιοθεραπεία και χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών. Τα αντιβιοτικά θεωρούνται το κύριο μέσο πρόληψης και θεραπείας της βρογχεκτασίας επειδή οι μικροβιακές λοιμώξεις συνδέονται με την έναρξη της νόσου και ευθύνονται για την επιδείνωσή της. Η εκλογή του αντιβιοτικού πρέπει να καθορίζεται από το αποτέλεσμα καλλιέργειας των πτυσών πτυέλων. Αυτή μπορεί να δείξει <<φυσιολογική>> χλωρίδα και έλλειψη εμφανούς παθογόνου. Τότε φάρμακο εκλογής είναι η αμπικιλλίνη και τα παράγωγά της. Συνιστάται η χορήγηση αμπικιλλίνης από το στόμα να γίνεται σε ώρες κατά τις οποίες το στομάχι είναι κενό. Οι αλλεργικοί ασθενείς προς την πενικιλλίνη συνήθως ανταποκρίνονται στην τριμεθοπρίμη-σουλφασεθοξασζόλη ή με μια τετρακυκλίνη. Αν υπάρχουν πνευμονιόκοκκοι είναι καλύτερο να αποφεύγονται οι τετρακυκλίνες, επειδή ορισμένα στελέχη πνευμονιόκοκκου είναι ανθετικά σε αυτές. Τα αντιβιοτικά πρέπει

να χορηγούνται μέχρι ελαττώσεως της αποχρέμψεως στο ελάχιστο και εξαφανίσεως του πύου. Αυτό συνήθως επιτυγχάνεται αμέσως (5-7 μέρες), αν τα αντιβιοτικά χορηγηθούν κυρίως στην πορεία των επιδεινώσεων, όταν δηλαδή ο βήχας αυξηθεί και καταστεί παραγωγικός με απόχρεμψη, αυξημένη σε ποσότητα και πιο πυώδης από ό,τι συνήθως, ενώ απαιτείται πολύ μεγαλύτερο διάστημα επί εγκαταστημένης λοιμώξεως. Επίσης η συνεχής παγωγή με αντιβιοτικά σε προφυλακτικά σχήματα όπως 1 εβδομάδα κάθε μήνα, δεν έχει αποδειχθεί ενεργητική και προάγει την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβίων.

Η φυσικοθεραπεία σκοπό έχει την εφαρμογή κατάλληλης βρογχικής παροχετεύσεως για την αποβολή των πυωδών εκκρίματων από τους πάσχοντες βρόγχους. Για την ικανοποιητική βρογχική παροχέτευση τοποθετείται ο ασθενής σε διάφορες θέσεις, ανάλογα με την εντόπιση της βρογχεκτασίας, συνήθως σε ανάρροπη θέση με το κεφάλι σε χαμηλότερο επίπεδο από τα κάτω άκρα. Στην θέση αυτή ο ασθενής ενθαρρύνεται προς βήχα για την αποβολή των πυωδών εκκρίματων. Συγχρόνως δίδονται ελαφρά χτυπήματα στην αντίστοιχη επιφάνεια του θώρακα. Η θεσική βρογχική παροχέτευση είναι απαραίτητο να γίνεται τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα το πρωί αμέσως μετά την έγερση και το βράδυ πριν να κοιμηθεί, αλλά σε μεγάλη ποσότητα πυώδους εκκρίματος ενεργείται 3-4 φορές την ημέρα. Κάθε μία παροχέτευση διαρκεί 15'-20'. Η χορήγηση αποχρεμπτικών ουσιών δεν ασκεί καμμία επίδραση στην απόχρεμψη. Το καλύτερο από όλα θεωρείται το ιωδιούχο κάλι. Τα βρογχοδιασταλτικά συνιστώνται σε βέβαιο βρογχοσπασμό. Σε περιπτώσεις βρογχεκτασίας κατά τις οποίες συνυπάρχουν εκτετα-

μένες σκληρυντικές επεξεργασίες του πνεύμονα συνιστάται κορτιζονοθεραπεία. Η βρογχεκτασία απαιτεί την ιδιαίτερη προσοχή του γιατρού και μάλιστα κατά την περίοδο της χορηγήσεως των βιοθεραπευτικών ουσιών, γιατί από την μακροχρόνια χρησιμοποίηση αυτών είναι δυνατόν να αναπτυχθούν λοιμώξεις επικίνδυνες για την ζωή του ασθενούς, οι οποίες οφείλονται σε μικροοργανισμούς ανθεκτικούς στις χορηγούμενες βιοθεραπευτικές ουσίες, όπως οι παθογόνοι σταφυλόκοκκοι, κοινός πρωτέας, ψευδομονάδα, διάφοροι μύκητες κ.λ.π.

Η χορήγηση ουσιαστικής τροφής, η ανάπαυση επί της κλίνης κατά τις περιόδους των παροξύνσεων, η διαβίωση σε περιβάλλον απαλλαγμένο από καπνούς, η αποφυγή έκθεσης σε έντονη ατμοσφαιρική ρύπανση, η επανάληψη κάθε έτος των εμβολίων γρίπης και πνευμονιοκόκκου και η προσύλαξη κατά τους χειμερινούς κυρίως μήνες από τις συνηθισμένες επιπλοκές, οι οποίες υποβοηθούνται από την φύση, όπως είναι οι λοιμώξεις των ανώτερων αναπνευστικών οδών, αποτελούν ουσιώδες μέρος της θεραπευτικής αγωγής της βρογχεκτασίας.

Η Χειρουργική θεραπεία ενώ κάποτε αποτελούσε το κύριο μέσο αντιμετώπισης της νόσου, σήμερα χρησιμοποιείται σπάνια για δύο λόγους: (1) Η φαρμακευτική αγωγή είναι πολύ αποτελεσματική στον έλεγχο της βρογχεκτασίας και την πρόληψη της απορρέουσας αναπνοίας. (2) Πολλοί ασθενείς με βρογχεκτασία έχουν γενικευμένη διαταραχή που καθιστά ευπαθές ολόκληρο το τραχειοβρογχικό σύστημα. Ενώ στην αρχική εξέταση η βρογχεκτασία τους εμφανίζεται εντοπισμένη, μπορεί να αναδυθούν αργότερες νέες εστίες προσβολής.

Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται όταν παρά την συντηρητική θεραπεία επιμένει η άφθονη πυώδης απόχρεψη ή οι επανειλημμένες μεγάλες αιμοπτύσεις, ενώ συγχρόνως ο ασθενής είναι κάτω των 50 ετών και δεν υπάρχει αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

Εάν η βρογχεκτασία αφορά πολλούς λοβούς ή είναι αμφοτερόπλευρος, η χειρουργική θεραπεία δεν ενδεικνύεται λόγω των εκτεταμένων τομών που επιβάλλονται, οι οποίες οδηγούν σε αναπνευστική ανεπάρκεια και λόγω της αδυναμίας αφαίρεσης πολλές φορές όλων των προσβληθέντων περιοχών. Επίσης ποτέ δεν πρέπει να αφαιρούνται οι περισσότερο προσβληθέντες περιοχές και να παραμένουν οι λιγότερο προσβληθέντες.

Είδη χειρουργικών επεμβάσεων είναι: τμηματοεικτομή, λοβεκτομή, πνευμανεκτομή (πάσχον ή πάσχοντα βρογχοπνευμονικά τμήματα ή και ολόκληρος λοβός ή και πνεύμονας, εφόσον ο άλλος πνεύμονας έχει αποδειχθεί τελείως επαρκής λειτουργικά).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πορεία της νόσου είναι μακροχρόνια. Χαρακτηρίζεται από υφέσεις και παροξύνσεις. Οι παροξύνσεις οφείλονται κατά κανόνα στην επιπρόσθετη λοίμωξη ή αναζοπύρωση της υφισταμένης λοιμώξεως. Κάθε νέα παρόξυνση έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της βρογχεκτασίας και την δυσκολότερη καταπολέμηση της λοίμώξεως. Με την πάροδο του χρόνου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η γενική κατάσταση του ασθενή και ο θάνατος έρχεται ως συνέπεια καταβολής των δυνάμεων και καχεξίας. Πολλοί από τους νοσούντες πεθαίνουν άλλοτε από βαριές λοιμώξεις των πνευμόνων και άλλοτε από την μεγάλη αιμόπτυση, όπως σε περιπτώσεις στις οποίες η φλεγμονώδης επεξεργασία διαβιβρώσκει σημαντικά κλάδο της πνευμονικής αρτηρίας.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι σοβαρότερες περιπτώσεις βρογχεκτασίας εξελίσσονται σε αναπνευστική ανεπάρκεια και χρόνια απόφραξη των αεροφόρων οδών την 5η ή 6η δεκαετία της ζωής, ανεξάρτητα από την υποχώρηση της νόσου, που μπορεί να συμβεί εάν αφαιρεθούν οι πάσχοντες λοβοί. Οι ελαφρές και μέσης βαρύτητας περιπτώσεις δεν επηρεάζουν την επιβίωση.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

- * Πνευμονία
- * Ατελεκτασία

- * Απόστημα πνεύμονα
- * Αιμόπτυση (απειλητική για την ζωή του ασθενή)
- * Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια
- * Χρόνια πνευμονική καρδιά
- * Εμπύημα υποζωκότος
- * Μεταστατικό εγκεφαλικό απόστημα (σπάνια)
- * Αμυλοειδής εκφύλιση ήπατος, σπλήνα, νεφρών, και άλλων οργάνων

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Η Νοσηλευτική είναι η επιστήμη που ασχολείται με την φροντίδα του ανθρώπου-ασθενούς και υγιούς. Αποβλέπει να βοηθήσει τον ασθενή να βελτιώσει ή να αποκτήσει την υγεία του, να τον ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου, να του παρέχει την καθορισμένη θεραπευτική αγωγή και να βοηθήσει το υγιές άτομο να διατηρήσει και να βελτιώσει την υγεία του και έτσι να προλάβει την ασθένεια.

Η Νοσηλεύτρια-της οπλισμένη με επιστημονικές γνώσεις, εμπειρία και δεξιότητες προβαίνει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών με βρογχεκτασία και παράλληλα με σύνεση και κατανόηση τους βοηθά να υπερνικήσουν τα ψυχολογικά τους προβλήματα.

Από την στιγμή που ο ασθενής εισάγεται στο Νοσοκομείο για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας διακατέχεται από ανησυχία και φόβο για την εξέλιξη της κατάστασής του. Συνήθως οι ασθενείς με βρογχεκτασία έρχονται στο Νοσοκομείο λόγω δύσπνοιας, καθώς και αυτοί που επανεισάγονται λόγω υποτροπής της νόσου. Η δύσπνοια τους γεμίζει με ανησυχία και τρόμο και σχεδόν πάντα συνδέουν την ενδόνοσοκομειακή παραμονή με πόνο, ταλαιπωρία και το άγχος του θανάτου.

Γνωρίζοντας λοιπόν την ευαισθησία του ασθενή η νοσηλεύτρια-τής, προσπαθεί να του εμπνεύσει την εμπιστοσύνη προς το Νοσοκομείο και την ελπίδα αποκατάστασης της υγείας του. Γνωρίζοντας επίσης την επίδραση των πρώτων αντιδράσεων

πάνω στην ψυχosύνθεση και στις αντιδράσεις του ασθενή, τον υποδέχεται ήρεμα, με ύφος ούτε πολύ σοβαρό, ούτε επιπόλαιο και τον αντιμετωπίζει με προσοχή και υπευθυνότητα.

Προσφέρει στον ασθενή εάν χρειάζεται πρώτες βοήθειες για την δύσπνοια και τον βοηθά να τακτοποιηθεί στο κρεβάτι του, να αναπαυθεί και να ηρεμήσει. Στη συνέχεια παίρνει τα ζωτικά του σημεία και τα ατομικά του στοιχεία για την ενημέρωση του φύλλου Νοσηλείας.

Εξηγεί στον ασθενή τον σκοπό εισαγωγής του στο Νοσοκομείο, τον ενημερώνει για το ωράριο επισκέψεων, για τους κανονισμούς του Νοσοκομείου, καθώς και τι πρέπει να κάνει ο ίδιος για να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της ασθένειάς του.

Η αυξημένη παρατηρητικότητα της νοσηλεύτριας-τή, προς τον ασθενή καθ'όλη την πορεία της νοσηλείας του στο Νοσοκομείο μαζί με τις επιστατημονικές της γνώσεις παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ορθή διάγνωση και εντίμηση της πορείας του ασθενή καθώς και της έγκαιρης διαπίστωσης τυχόν παρέκλισης από το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η καλή προσαρμογή του ασθενή και των δικών του στην ατμόσφαιρα του νοσοκομείου έχει το δυναμικό αποτέλεσμα να παραδεχθούν πρόθυμα τα θεραπευτικά μέσα για την αντιμετώπιση της νόσου. Έτσι ο ασθενής δέχεται υπομονετικά την καθορισμένη θεραπευτική αγωγή, έχοντας εμπιστοσύνη ότι αυτή είναι η σωστή μέθοδος για την περίπτωσή του.

Η εισαγωγή του ασθενή στο Νοσοκομείο τον απομακρύνει από το οικείο περιβάλλον και τον υποχρεώνει να εξαρτάται για

ορισμένες ανάγκες του (φυσικές-ψυχικές) από το προσωπικό του Νοσοκομείου. Έτσι επιθυμεί να είναι ευπρόσδεκτος και να ενδιαφέρονται όλοι όπως οι δικοί του. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να επικοινωνεί με τον ασθενή δείχνοντας του ενδιαφέρον και κατανόηση, έτσι ώστε να αισθάνεται άνεση και ασφάλεια. Έτσι απαντά σε τυχόν ερωτήσεις που αφορούν την ασθένειά του και την θεραπεία του με σαφή και απλά λόγια, χωρίς να δημιουργεί αμφιβολίες και ανησυχίες στον ασθενή. Οι εξηγήσεις της θα πρέπει να περιορίζονται στις αρμοδιότητές της. Ενθαρρύνει τον ασθενή και του εξηγεί πως όλοι είναι πρόθυμοι να τον βοηθήσουν όπου χρειάζεται.

Επειδή λοιπόν η ψυχική υγεία του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση της σωματικής του υγείας, καλούνται η νοσηλεύτρια-της και ο γιατρός να διαβεβαιώνουν συνεχώς τον ασθενή με τον τρόπο και τις γνώσεις τους, ότι βρίσκεται σε έμπειρα και ικανά χέρια που φροντίζουν για την αποκατάσταση και περιφρόρηση της υγείας, παρέχοντας του έτσι ασφάλεια και εμπιστοσύνη.

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο έργο της, η νοσηλεύτρια-της πρέπει να θυμάται πρώτα από όλα πως δεν ασχολείται με ένα άψυχο υλικό αλλά με τον άνθρωπο-ασθενή που πρέπει να τον βλέπει πρώτα σαν άτομο με ξεχωριστή οντότητα και ανάγκες, και μετά σαν πάσχοντα από κάποια συγκεκριμένη νόσο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΝΑΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ-ΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑΣ

Α. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η Νοσηλεύτρια-της που νοσηλεύει ασθενή με βρογχεκτασία πρέπει να διαθέτει επαρκείς γνώσεις και επιδεξιότητα για την αντιμετώπιση και σωστή διεκπεραίωση των απαραίτητων νοσηλευτικών διεργασιών.

Η Νοσηλεύτρια πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με τις μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις που θα υποβληθεί και τον διαβεβαιώνει πως είναι απαραίτητες για τη σωστότερη διάγνωση και θεραπεία της νόσου. Η ενημέρωση αυτή θα πρέπει να είναι προσεκτική, ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία φόβου, σύγχυσης, ανασφάλειας, με στόχο τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης του ασθενή προς το Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό.

Εάν ο ασθενής έχει υποβληθεί και παλιότερα στις διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις, γνωρίζει τι περίπου θα του συμβεί. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να τον πρηνήσει, να του δώσει κουράγιο και θάρρος και να του ανεβάσει το ηθικό διαβεβαιώνοντάς τον πως όλα αυτά γίνονται για την αποκατάσταση της υγείας του.

Εάν ο ασθενής δεν έχει υποβληθεί ξανά σε τέτοιου είδους εξετάσεις, ενημερώνεται με απλά λόγια για το τι πρόκειται να του γίνει. Και αυτός ο ασθενής χρειάζεται συμπαράσταση, θάρρος και τόνωση του ηθικού του, γιατί γι' αυτόν είναι όλα άγνωστα και του προκαλούν άγχος και πανικό.

Πάντοτε η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή νωρίτερα για τον προγραμματισμό των διαφόρων εξετάσεων και όχι την τελευταία στιγμή, γιατί του δημιουργεί περισσότερο φόβο και είναι δυνατόν να μην μπορεί να συνεργαστεί.

Κατά την ακτινογραφία θώρακα, τομογραφία και σχινοσκόπηση ο ασθενής δεν χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία.

Κατά την βρογχογραφία εισάγεται μέσα στο τραχειοβρογχικό δένδρο ακτινοσκιερή ουσία μέσω καθετήρα ή βρογχοσκοπίου. Ο άρρωστος παίρνει διάφορες θέσεις για να διευκολύνει την είσοδο της σκιερής ουσίας μέσα στους βρόγχους και συγχρόνως παίρνονται οι ακτινογραφίες.

Η προετοιμασία του ασθενή για την εξέταση αυτή περιλαμβάνει:

1) Το προηγούμενο βράδυ από την ημέρα που θα γίνει η βρογχογραφία, δίνεται στον ασθενή ηρεμιστικό χάπι και ενημερώνεται ό,τι πρέπει να μείνει νηστικός.

2) Απαραίτητη είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή για να ηρεμήσει, να αποδεχθεί την εξέταση και έτσι να συνεργαστεί. Η άρνηση και η νευρικότητα του ασθενή αποτελούν αντενδείξεις για βρογχογραφία.

3) Πριν από την εξέταση τίποτα από το στόμα 6-8 ώρες.

4) Καλή υγιεινή φροντίδα στόματος και αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών.

5) Χορήγηση κατευναστικού και στροπίνης για την εξασφάλιση ηρεμίας και μείωση των εκκρίσεων αντίστοιχα.

6) Σε ασθενή με πρόβλημα καρδιάς, χορήγηση καρδιολογι-

κού φαρμάκου και ενός πρεμιστικού.

7) Ενθάρρυνση για βήχα και βαθιές αναπνοές. (Έχει προηγηθεί διδασκαλία του σωστού τρόπου για βαθιές αναπνοές και ασκήσεις από τον φυσικοθεραπευτή για δυνάμωμα των αναπνευστικών μυών.).

8) Εκτίμηση του αρώστου για αλλεργική αντίδραση στο τοπικό αναισθητικό και ακτινοσκιερό. Για την αποφυγή φαρυγγικού αντανακλαστικού κατά την δίοδο του καθετήρα ψεκάζετε με τοπικό αναισθητικό η γλώσσα και το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα.

9) Για την αποφυγή βήχα γίνεται έγχυση τοπικού αναισθητικού στο λάρυγγα και την τραχεία. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε άρωστους με αναπνευστική ανεπάρκεια. Πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμα οξυγόνο, αντισπασμωδικά και κορτιζόνη γιατί η βρογχογραφία μπορεί να εκλύσει βρογχοσπασμό.

10) Καθ'όλη την διάρκεια της εξέτασης η νοσηλεύτρια βρίσκεται δίπλα στον ασθενή δίνοντάς του κουράγιο, παροτρύνοντάς τον να συνεργάζεται με τους γιατρούς και για την ταχεία αντίληψη οποιασδήποτε τυχόν επιπλοκής.

Εάν ο ασθενής είναι παιδί η εξέταση αυτή γίνεται με γενική αναισθησία. Σε μεγάλους ασθενείς συνήθως γίνεται με τοπική αναισθησία.

Μετά το τέλος της εξέτασης ο ασθενής μεταφέρεται με φορείο από το ακτινολογικό τμήμα στον θάλαμό του. Γίνεται λήψη και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και ενημερώνεται ο ίδιος καθώς και οι συγγενείς ότι δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα μέχρι την επαναλειτουργία των φαρυγγικών αντανακλαστικών. Για την καλύτερη αποβολή του ακτινο-

σκληρού φαρμάκου ο ασθενής τοποθετείται σε θέση ώστε το κεφάλι να βoίσκειται χαμηλότερα, τα πόδια ψηλότερα και στο αντίθετο πλευρό από το οποίο εγχύθηκε το φάρμακο. Σε αυτή την θέση ενθαρρύνεται να βήχει για τον καθαρισμό του βρογχικού δένδρου, υποβοηθούμενος με μικρά κτυπήματα στην πλάτη. Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή σε αυτό το σημείο είναι βασική γιατί είναι εξαντλημένος από την εξέταση και αισθάνεται δυσφορία και ανασφάλεια.

Και για την βρογχοσκόπηση ή προετοιμασία του ασθενή είναι ίδια με αυτήν της βρογχογραφίας.

Απαραίτητες εξετάσεις πριν την βρογχοσκόπηση είναι:

- α) Ακτινογραφία θώρακα
- β) Γενική αίματος
- γ) Χρόνος προθρομβίνης-Χρόνος ροής πήξεως
- δ) Καρδιολογική εξέταση (Η.Κ.Γ.)
- ε) Αέρια αίματος της ημέρας της εξέτασης

Αντενδείξεις βρογχοσκόπησης

- 1) Μεγάλη ηλικία του ασθενή
- 2) Καρδιακή ανεπάρκεια
- 3) Τιμή του O_2 μικρότερη από 60 LIT/MIN.

Δίαιτος βρογχοσκόπησης

- 1) Ένα ποτήρι κυτταρολογικής με 15 CC ξυλοκαΐνη 2%
- 2) Τέσσερις σύριγγες των 10 CC με 2 CC ξυλοκαΐνη 2%
- 3) Τέσσερις σύριγγες των 10 CC με 1 CC ξυλοκαΐνη 2%
- 4) Σύριγγα λάρυγγος
- 5) Ένα ποτήρι κυτταρολογικής με 1 AMP αδρεναλίνης διαλυμένη.
- 6) Ποτηράκια κυτταρολογικής με καθαρό οινόπνευμα για την βιοψία και την κυτταρολογική εξέταση.

7) Φυσιολογικό ορό.

Η βρογχοσκόπηση γίνεται με γενική αναισθησία ή με τοπική αναισθησία. Συνήθως εκτελείται με τοπική αναισθησία αλλά όταν πρόκειται για παιδιά γίνεται μόνο με γενική αναισθησία.

Το βράδυ της προηγούμενης μέρας της βρογχοσκόπησης χορηγείται στον ασθενή προεμιστικό χάπι για να βοηθηθεί να προεμψει.

Η βρογχοσκόπηση εκτελείται στο χειρουργείο και σε σκοτεινό δωμάτιο και ο ασθενής έχει ανάγκη από ψυχολογική προετοιμασία για να μπορέσει να συνεργαστεί. Μισή ώρα πριν την βρογχοσκόπηση γίνεται η προνάρκωση του ασθενή με κάποιο προεμιστικό-αναλγητικό (μορφίνη ή THALAMONAL). Πριν από όλα-βεβαιωνόμαστε ότι ο ασθενής έχει αφαιρέσει τις οδοντοστοιχίες του (εάν τυχόν έχει) γιατί υπάρχει κίνδυνος πνιγμού. Επίσης γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων γιατί η αύξηση της Α.Π. και η ταχυκαρδία αποτελούν εμπόδιο για την πραγματοποίηση της εξέτασης. Εάν έχει πραγματωτιστεί η βρογχοσκόπηση να γίνει με τοπική αναισθησία, μισή ώρα μετά την προνάρκωση γίνεται τοπική αναισθησία με ξυλοκαΐνη στην βάση της γλώσσας μέχρι και τις φωνητικές χορδές με την σύριγγα λάρυγγος. Είναι απαραίτητο να συνεργάζεται ο ασθενής γιατί αν τραυματιστούν οι φωνητικές χορδές δημιουργείται οίδημα και αποτελεί αντένδειξη για την συνέχιση της εξέτασης. Κατόπιν εισάγεται το βρογχοσκόπιο μέσα στο φάρυγγα, λάρυγγα, τραχεία που αναισθητοποιούνται με τοπικό αναισθητικό (ξυλοκαΐνη), το οποίο εγχύεται δια μέσου του βρογχοσκοπίου.

Ο ασθενής διδάσκεται να ανσπνέει από την μύτη, ενώ θα έχει ανοικτό το στόμα του. Η νοσηλεύτρια συνδέει τον ασθενή με MONITOR για παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας και του χορηγεί οξυγόνο με ρινικό καθετήρα εάν χρειάζεται. Σε όλη την διάρκεια της εξέτασης βρίσκεται κοντά του δίνοντάς του κουράγιο και στηρίζοντάς τον πηκιά. Επίσης βοηθά τους γιατρούς όταν χρειάζονται και παρακολουθεί στενά την κατάσταση του ασθενή.

Εκτός από τους κινδύνους της γενικής αναισθησίας, άλλες επιπλοκές από βρογχοσκόπηση είναι υποξαιμία, λαρυγγόσπασμος, βρογχοσπασμός, πνευμοθώρακας και αιμορραγία μετά από βιοψία. Οι περισσότερες από τις επιπλοκές αυτές μπορούν να προλαμβάνονται με την κατάλληλη προετοιμασία-αντιμετώπιση.

Ποιν, κατά την διάρκεια και μετά την βρογχοσκόπηση οι ασθενείς ειδικά με βρογχοσπασμό ή ιστορία βρογχοσπασμού διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο και πρέπει να τους γίνεται κατάλληλη προετοιμασία και να υπάρχουν πρόχειρα τα μέσα διασωληνώσεως και μηχανικής αναπνοής.

Μετά το τέλος της βρογχοσκόπησης ο ασθενής μεταφέρεται με φορέο στο θάλαμό του. Γίνεται λήψη και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων. Η θέση που θα πάρει μετά την εξέταση εξαρτάται από την κατάσταση συνειδησή του. Εάν έχει πάρει γενική αναισθησία τοποθετείται σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάϊ. Εάν χρειάζεται του γίνεται αναρρόφηση. Μετά την ανάνηψη τοποθετείται σε ανάρροπη θέση και ενθαρρύνεται να ανσπνέει. Ενημερώνεται πως δεν πρέπει να

λάβει τίποτα από το στόμα ώπου να επιστρέψουν τα αντανακλαστικά του βήχα και της κατάποσης. Επίσης να μην φορέσει τις οδοντοστοιχίες του (εάν τυχόν έχει) και να αποφεύγει τον βήχα γιατί υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας. Το αντανακλαστικό της κατάποσης ελέγχεται με απτικό ερέθισμα του στοματοφάρυγγα και σημειώνεται εάν ο άρρωστος καταπίνει μετά από αυτό.

Η νοσηλεύτρια-της ενισχύει τον άρρωστο ψυχολογικά, ο οποίος αισθάνεται κουρασμένος και αδύνατος από την ταλαιπωρία της εξέτασης και γενικά απογοήτευση και πικρία για την όλη κατάσταση του.

Τέλος, κύρια φροντίδα της νοσηλεύτριας αποτελεί η αποστείρωση και η καλή συντήρηση του βρογχοσκοπίου. Για την αποστείρωση χρησιμοποιείται αντισηπτικό, στο οποίο παραμένει το βρογχοσκόπιο τουλάχιστον μισή ώρα. Όταν ο ασθενής έχει θετικό αυστραλιανό αντιγόνο ή φυματίωση αφήνεται μέσα στο αντισηπτικό για μία ώρα. Κατόπιν ξεπλένεται με απεσταγμένο νερό και στεγνώνεται.

Άλλη μία διαγνωστική μέθοδος είναι η εξέταση των πτυέλων, η οποία είναι ταχεία και αβλαβής. Τα πρωϊνά πτύελα θεωρούνται ότι είναι τα καλύτερα για εξέταση. Εάν όμως αυτά προέρχονται από τα βάθη του βρογχικού δένδρου, μπορεί να συλλεγούν οποιαδήποτε ώρα της ημέρας. Η νοσηλεύτρια διδάσκει τον ασθενή πως θα κάνει την συλλογή πτυέλων και πως είναι απαραίτητη η λήψη δείγματος, το οποίο να περιέχει εγκρίσματα των αεροφόρων οδών και όχι σάλιο. Η διδασκαλία γίνεται με απλά και κατανοητά λόγια για να μην δημιουργούνται αμφιβολίες στον ασθενή και δεν συνεργάζεται.

Η νοσηλεύτρια ακόμη φροντίζει να σταλεί η συλλογή των πτυέλων στο μικροβιολογικό εργαστήριο μαζί με το παρασκευαστικό σημείωμα και παράλληλα ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό.

B. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ενεργή συμμετοχή της νοσηλεύτριας-τη στην διάγνωση καθιστούν τον ρόλο της-του σημαντικό και χρήσιμο. Είναι το μόνο πρόσωπο που έχει τόσο συχνή και στενή επαφή με τον ασθενή, γι' αυτό είναι απαραίτητη η παρατήρηση και καταγραφή των σημείων και συμπτωμάτων του αρρώστου.

Παρατηρεί τυχόν κρίσεις δύσπνοιας, τον χαρακτήρα και τη συχνότητα του βήχα, το ποσό και την ποιότητα της απόχρευσης. Επίσης αν λαμβάνει κανονικά τα φάρμακά του ή μήπως παρουσιάζει διάφορες ενοχλήσεις. Ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό για την πορεία και εξέλιξη της κατάστασής του και εάν χρειάζεται σε συνεννόηση με τον γιατρό προσφέρει τα κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα.

Ακόμη είναι υπεύθυνη για την ακριβή τήρηση των ιατρικών οδηγιών σχετικά με την νοσηλεία του ασθενή καθώς και για το αν λαμβάνει ο ασθενής στην καθορισμένη ώρα τη νοσηλεία του.

Η παρατήρηση της ψυχικής διάθεσης του ασθενή από την νοσηλεύτρια μπορεί να την βοηθήσει ώστε να επικοινωνήσει μαζί του με τον πιο κατάλληλο τρόπο. Σκυθρωπό και λυπημένο πρόσωπο ή αντίθετα νευρικός και υβριστής ασθενής, δεν δηλώνουν πάντα τον πραγματικό χαρακτήρα του. Τις περισσό-

τερες φορές πίσω από αυτόν τον τρόπο συμπεριφοράς ο ασθενής προσπαθεί να κρύψει τον πόνο και την απογοήτευση που νιώθει. Την πίετρα που είναι αδύναμος και εξαρτάται από τους άλλους. Τα προβλήματα και την αναστάτωση που δημιούργησε στην οικογένειά του. Την αμφιβολία αν τον αγαπούν και τον χρειάζονται ακόμη. Τον φόβο του θανάτου, που θα του στερήσει την ζωή.

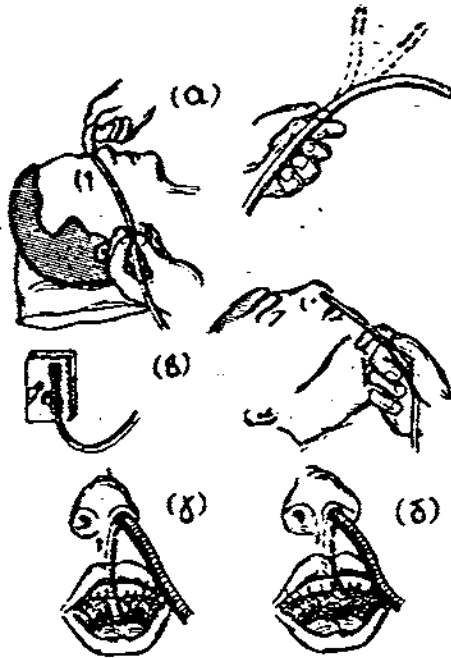
Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας-τή σε αυτό το σημείο είναι αξιόλογος, αντανακλώντας όλη την προσωπικότητά της σαν πραγματική νοσηλεύτρια αλλά και σαν συνάνθρωπος που έχει να δώσει ανθρωπιστικά στοιχεία. Η ήρεμη δική της συμπεριφορά και δύο λόγια γεμάτα αγάπη και κατανόηση θα ηρεμήσουν τον έξαλλο ασθενή και θα κάνουν να χαμογελάσει ο λυπημένος. Η προθυμία της να μοιραστεί τις έγνοιες και τις ανησυχίες του και η διαβεβαίωσή της πως όλοι τον αγαπούν και τον νοιάζονται είναι αρκετά να τονώσουν το ηθικό του ασθενή για να συνεχίσει την προσπάθεια για την ανάρρωσή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑ ΚΑΙ Η ΑΝΑΛΟΓΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Αναπνευστική δυσλειτουργία (δύσπνοια-βήχας-απόχρεψη)

Δύσπνοια: Για την ελάττωση των συμπτωμάτων της δύσπνοιας η νοσηλεύτρια-τής τοποθετεί τον ασθενή σε ανάρροπη θέση, χρησιμοποιώντας το ερεσινώτο στο κρεβάτι. Σε βαριές περιπτώσεις, κατόπιν εντολής του θεράποντα ιατρού, χορηγείται O_2 με στοματοφαρυγγικό καθετήρα. Με αυτόν τον τρόπο χορηγούνται μέτριες ή μέτρια υψηλές συμπυκνώσεις οξυγόνου.



Εικ.5 Χορήγηση οξυγόνου με στοματοφαρυγγικό καθετήρα

Η νοσηλεύτρια-τής όταν πρόκειται να χορηγήσει οξυγόνο με στοματοφαρυγγικό καθετήρα, προβαίνει στις ακόλουθες νο-

σπλευτικές ενέργειες:

Α. Φάση προετοιμασίας:

1) Τοποθετεί κοντά στον ασθενή τον δίσκο με τα απαραίτητα αντικείμενα:

α. Στοματοφαρυγγικό καθετήρα

No 8-10 Fv για παιδιά

No 10-12 Fv για γυναίκες

No 12-14 Fv για άνδρες

β. Συνδετικός σωλήνας

γ. Γλωσσοπίεστρο υδροδιαλυτό, γλισχραντικό, τετράγωνες γάζες και τολύπια βάμβακος.

δ. Ηλεκτρικό φως

ε. Υποαλλεργικό λευκοπλάστ και ψαλίδι

Επίσης απαραίτητα για την χορήγηση του O_2 είναι:

α. Πηγή οξυγόνου

β. Ροόμετρο

γ. Εφυγραντής με απεσταγμένο νερό ως την ένδειξη.

2) Εξηγεί στον ασθενή τα πλεονεκτήματα της θεραπείας και τι να κάνει ο ίδιος.

3) Ελέγχει τον εφυγραντή αν είναι γεμάτος ως την ένδειξη με απεσταγμένο νερό.

4) Συνδέει το ροόμετρο του εφυγραντή και κατόπιν το εφαρμόζει στο σωλήνα εξόδου του εντοιχισμένου O_2 ή της οβιδας οξυγόνου.

5) Εφαρμόζει το συνδετικό σωλήνα στον εφυγραντή και τον καθετήρα στον συνδετικό σωλήνα.

B. Φάση εκτέλεσης:

1) Καθαρίζει τους ρώθωνες και ελέγχει τη βατότητά τους, γιατί μπορεί να υπάρχουν ανατομικές ανωμαλίες.

2) Μετράει την απόσταση από τους ρώθωνες της μύτης ως το λοβίο του αυτιού και σημειώνει αυτό το σημείο στο καθετήρα. (Εικ. 5.α)

3) Επαλείφει τον καθετήρα με μικρή ποσότητα υδροδιαλυτού γλισχραντικού.

4) Αρχίζει την ροή οξυγόνου με ρυθμό 2-3½'. Με αυτόν τον τρόπο ελέγχεται η βατότητα του καθετήρα και των οπών του.

5) Εκτείνει το κεφάλι του αρρώστου προς τα πίσω και ωθεί τον καθετήρα κατά μήκος του εδάφους ενός από τους δύο ρώθωνες ως το σημειωμένο σημείο. (Εικ. 5.β)

6) Ελέγχει το ρινοφάρυγγα χρησιμοποιώντας το γλωσσοπίεστρο και τον πλεκτροϊκό φακό για να δει την θέση της κορυφής του καθετήρα. Η κορυφή του καθετήρα πρέπει να βρίσκεται ακριβώς πίσω από τη σταφυλή. (Εικ. 5γ)

7) Αν είναι ορατός τον τραβά πίσω ελαφρά ώστε να μην φαίνεται. Αυτό γίνεται για να μην καταπίνει οξυγόνο ο ασθενής. (Εικ. 5δ)

8) Αν υπάρχουν τυχόν ρινικές παθολογικές καταστάσεις (οίδημα βλεννογόνου, βλεννώδης έκκριση, πολυπόδες), μπορεί να εμποδίζουν την εισαγωγή του καθετήρα. Σε αυτή την περίπτωση η εισαγωγή του καθετήρα γίνεται στον άλλο ρώθωνα.

9) Προσαρμόζει το ρυθμό ροής του οξυγόνου, σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές.

10) Στερεώνει τον καθετήρα για αποφυγή μετατόπισης προς

τα κάτω, στα πτερύγια της μύτης και στη σύστοιχη παρεία με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστη και με τρόπο που να μην εμποδίζει την όραση του ασθενή.

11) Στερεώνει το συνδετικό σωλήνα στο κρεβάτι αφήνοντας ανοικτό σωλήνα ώστε να κινείται άνετα ο ασθενής.

12) Παρακολουθεί και ψηλαφεί το επιγάστριο προκειμένου να διαπιστώσει ανάπτυξη διάτασης.

13) Παρακολουθεί τον ασθενή για να βεβαιωθεί ότι δεν καταπίνει, δεν έχει φαρυγγικό αντανακλαστικό και δεν βήχει.

Γ. Θάση παρακολούθησης:

1) Αφαιρεί τον παλμό καθετήρα και τοποθετεί καινούργιο στον αντίθετο ρόθωνα κάθε 8-10 ώρες. Η συχνή αλλαγή του καθετήρα είναι απαραίτητη για πρόληψη κρουστοποίησης και εξέλιξης του φλενογόνου της μύτης.

2) Παρακολουθεί και εξετάζει τον ασθενή συχνά για να δει αν:

- α) Ο καθετήρας δεν είναι αποφραγμένος και παραμένει στη σωστή του θέση.

- β) Ο στοματοφάρυγγας δεν παρουσιάζει ερεθισμό.

- γ) Η φιάλη του εφυγραντή περιέχει νερό.

- δ) Συμβαίνουν διαρροές γύρω από τον εφυγραντή και τις συνδέσεις του σωλήνα.

- ε) Ο κύλινδρος του οξυγόνου περιέχει επαρκή ποσότητα οξυγόνου.

3) Εκτιμά συχνά τη διανοητική κατάσταση του ασθενή, το επίπεδο συνείδησής του, το χρώμα δέρματος, εφίδρωση, τυχόν αλλαγές στην Α.Π. και στην συχνότητα σφυγμού και αναπνοής.

4) Μετά την αφαίρεση του στοματοφαρυγγικού καθετήρα φροντίζει τους ρώθωνες του αρρώστου (καθαρισμό με υγρά τολύπια και επάλειψη με μαλακτική ουσία) και απομακρύνει κάθε ενοχλητικό παράγοντα που εμποδίζει την πλήρη ανάπαυσή του.

Η δύσπνοια κωρύζει τον ασθενή επειδή χρησιμοποιεί πολύ ενέργεια για την αναπνευστική λειτουργία. Για την μείωση του αναπνευστικού φόρτου, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να πετύχει ελάττωση των μεταβολικών αναγκών αλλά συγχρόνως και κάλυψη των βασικών μεταβολικών αναγκών. Για το σκοπό αυτό διατηρεί ισοροπία μεταξύ αναπαύσεως και δραστηριότητας του ασθενή. Αν ο ασθενής πρέπει να μείνει κλινήρης, η νοσηλεύτρια του εξηγεί την σπουδαιότητα της ανάπαυσης και απομακρύνει από το περιβάλλον του κάθε ενοχλητικό παράγοντα που εμποδίζει την πλήρη ανάπαυσή του. Το επισκεπτήριο πρέπει να είναι περιορισμένο. Να δίνεται βοήθεια στον ασθενή για την εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων. Να παίρονται όλα τα μέτρα για την εξασφάλιση καλού νυκτερινού ύπνου. Κατά την περίοδο της θεραπευτικής ανάπαυσης γίνονται στον ασθενή δύο ως τρεις φορές την ημέρα ασκήσεις πλήρους τροχιάς, με βραδύ ρυθμό, δίνοντας ευκαιρίες ανάπαυσης στον ασθενή κατά την εκτέλεσή του. Με την βαθμιαία αύξηση των δραστηριοτήτων πρέπει να γίνεται συχνή εκτίμηση της αντοχής του ασθενή σε αυτές.

Τα ζωτικά σημεία πρέπει να παίρονται πριν και μετά τις ασκήσεις και να συγκρίνονται. Επίσης η νοσηλεύτρια πρέπει να παρατηρεί αν κατά την δραστηριότητα αυξάνουν τα επεισόδια του βήχα και η αναπνοή γίνεται δυσκολότερη

και πόση κόπωση προκαλεί στον ασθενή.

Επειδή η δύσπνοια κουράζει τον ασθενή απαιτείται μείωση της προσπάθειας αναπνοής, πράγμα που εξασφαλίζεται με τον επαρκή αερισμό. Απαραίτητο είναι μέσο στο περιβάλλον του ασθενή να κυκλοφορεί δροσ ερός και φρέσκος αέρας και να μην εμποδίζεται ο αερισμός του χώρου με παραβάν και κουρτίνες. Τα ρούχα του να είναι ελαφρά αλλά ζεστά. Τα γεύματά του μικρά και συχνά και το διαιτολόγιό του να μην περιέχει τροφές που δημιουργούν αέρα και πιέζουν το διάφραγμα εμποδίζοντας την αναπνοή. Ακόμη ενισχύεται να διατηρεί θέση που διευκολύνει την αναπνοή.

Κάθε επιπλέον μόλυνση αυξάνει τις ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο. Γι' αυτό οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να προστατεύονται από κάθε πηγή μόλυνσης. Το περιβάλλον θα πρέπει να είναι καθαρό και άρρωστοι που έχουν αναπνευστικές λοιμώξεις πρέπει να απομονώνονται. Κάθε άτομο με αναπνευστική μόλυνση δεν επιτρέπεται να παρέχει φροντίδα ή να επισκέπτεται τον ασθενή. Ο ίδιος και η οικογένειά του πρέπει να διδάσκονται τη λήψη προφυλακτικών μέτρων και τη θεραπεία των αναπνευστικών λοιμώξεων.

Η συνεχής συναισθηματική τόνωση του ασθενή είναι απαραίτητη για να δεχθεί τους διάφορους περιορισμούς και να υπερνικήσει τα εμπόδια. Το άγχος και η στενοχώρια του δημιουργούν μεγαλύτερη δύσπνοια και κατά συνέπεια μεγαλύτερη αναπνευστική δυσχέρεια. Οι συγγενείς θα πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με το πρόβλημα αυτό και να μην τον στενοχωρούν. Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να δημιουργήσει και να διατηρήσει θεραπευτική σχέση με τον ασθενή για να είναι η επικοινωνία της με αυτόν αποτελεσματική.

Βήχας: Η νοσηλεύτρια έχοντας υπόψη της ότι με τον βήχα απομακρύνονται οι τραχειοβρογχικές εκκρίσεις, διδάσκει στον ασθενή τον τρόπο ώστε να βήχει αποτελεσματικά.

Ο άρρωστος διδάσκεται πρώτα να πάρει την θέση βήχα δηλαδή καθιστή με το κεφάλι σε κάμψη, τους ώμους χαλαρωμένους και ελαφρά προς τα εμπρός και τα πόδια υποστηριγμένα. Στην αγκαλιά του αρρώστου μπορεί να τοποθετηθεί μαξιλάρι που θα χρησιμεύσει στην ανύψωση του διαφράγματος.



Εικόνα 6 Θεσική πρόκληση αποτελεσματικού βήχα. Στην αγκαλιά του αρρώστου τοποθετείται μαξιλάρι για ανύψωση του διαφράγματος.

Μετά, ρίχνοντας αργά το κεφάλι γέρνει προς τα εμπρός ενώ βγάζει τον αέρα από το στόμα με σουρωμένα χείλη για να δημιουργήσει θετική πίεση πάνω από τους κλειστούς αεραγωγούς και να τους ανοίξει. Κατόπιν εισπνέει αργά (σαν να μυρίζει κάτι). Με αυτό τον τρόπο αυξάνει τον αερισμό των βάσεων των πνευμόνων. Η γρήγορη ασθμαίνουσα αναπνοή

δεν αερίζει τις περιοχές του πνεύμονα που οι αεραγωγοί του είναι γεμάτοι με βλέννα, αλλά κατευθύνεται στον άνω θώρακα και στις περιοχές μικρής αντίστασης του κατώτερου θώρακα. Για την εξώθηση των βλενωδών μαζών έξω από τους αεραγωγούς είναι απαραίτητο να υπάρχει πίσω από αυτούς στήλη αέρα.

Μετά τρεις ή τέσσερις επαναλήψεις αυτής της διαδικασίας ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται τις βλέννες που έχουν κινητοποιηθεί από τους απομακρυσμένους κλάδους αλλά του λέγεται να κρατήσει το βήχα ώπου μερικές επιπρόσθετες επαναλήψεις να ανεβάσουν περισσότερες εκκρίσεις στους μεγάλους βρόγχους. Όταν ο ασθενής είναι έτοιμος να βήξει, πρέπει πρώτα να πάρει μία άνετη βαθιά κοιλιακή αναπνοή (να αισθανθεί τους κοιλιακούς μυς να σπρώχνουν το μαξιλάρι προς τα έξω) και τότε σκύβει προς τα εμπρός για να παράγει ένα μαλακό, σταδιακό και διακεκομμένο βήχα, δημιουργώντας μία εκπνευστική δύναμη ικανή να διατηρήσει τη μέγιστη δυνατή εκπνευστική ροή χωρίς κολλάψους των αεραγωγών.

Οι κλινικοί χαρακτήρες του βήχα έχουν μεγάλη διαγνωστική σημασία και γι' αυτό θα πρέπει να παρακολουθούνται από την νοσηλεύτρια, να αναγράφονται στο φύλλο Νοσηλείας και να αναφέρονται στον θεράποντα ιατρό.

Η Νοσηλεύτρια ακόμη οφείλει να γνωρίζει τα ανεπιθύμητα επακόλουθα του βήχα, όπως:

1. Επιβάρυνση έργου καρδιάς
2. Στηθαγχική κρίση
3. Πνευμοθώρακα
4. Επέκταση φλεγμονής

5. Βουβωνοκήλη

6. Διαταραχή ύπνου

Σε ενοχλητικό βήχα χορηγούνται αντιβηχικά και αποχρεμπτικά.

Η εσπρηκή ενυδάτωση του ασθενή κρίνεται απαραίτητη, καθώς ελαττώνοντας την γλοιότητα των εκκρίσεων ενισχύει το μηχανισμό του βλεννο-βλεφαριδικού καθαρισμού και παράλληλα συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του βήχα για την απομάκρυνσή τους.

Η ενυδάτωση μπορεί να γίνει με λήψη υγρών από το στόμα ή με παρεντερική χορήγηση, εξαρτάται βέβαια από την γενική κατάσταση του αρρώστου.

Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και η φροντίδα της μύτης πρέπει να αποτελούν κύριο μέλημα της νοσηλεύτριας. Η στοματική κοιλότητα έχει ανάγκη από συχνή φροντίδα γιατί οι εκκρίσεις, που αποβάλλονται με τον βήχα αφήνουν δυσάρεστη γεύση στο στόμα, προκαλούν ναυτία ή γίνονται αιτία λοιμώξεων. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να φυσά τη μύτη του περιοδικά, γιατί έχει μεγάλη σημασία στην διατήρηση ανοικτών των ρωθώνων. Οι ρώθωνες πρέπει να καθαρίζονται συχνά με υγρά τολύπια και καθαρίζονται με μαλακτική κρέμα.

Απόχρεψη: Το ποσό της αποχρέψεως στους ασθενείς με βρογχεκτασία ποικίλει σημαντικά. Αυτή μπορεί να είναι πυώδης και άφθονη και αν συνοπάχει κάποια λοίμωξη αίμοση. Συχνά παρατηρούνται αιματηρές γραμμώσεις και μπορεί να συμβεί και αιμόπτυση κατά τους παροξυσμούς της νόσου.

Η ποσότητα και ο χαρακτήρας της απόχρεμψης πρέπει να παρατηρούνται και να σημειώνονται στο διάγραμμα καθώς και αν υπάρχουν αιματηρές γραμμώσεις ή αιμόπτυση.

Κύριος σκοπός της νοσηλεύτριας-τη εδώ, είναι να βοηθήσει και να ενισχύσει τον άρρωστο για την αποβολή των πτυέλων. Αυτό επιτυγχάνεται με:

1. Βρογχική παροχέτευση
2. Επαρκή ενυδάτωση του ασθενή
3. Ενίσχυση του ασθενή για βαθιές αναπνοές
4. Αποτελεσματικό βήχα
5. Εφύγραση εισπνεόμενου αέρα
6. Χορήγηση βλενοδισλυτών, βρογχοδιασταλτικών & αποχρεμπτικών φαρμάκων
7. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.
8. Περιβάλλον καλά αεριζόμενο, ζεστό και χωρίς ρεύματα.

Η αρχική παροχέτευση για να είναι αποτελεσματική πρέπει να τοποθετηθεί ο ασθενής σε ειδικές παροχτευτικές θέσεις.

Η βρογχική παροχτευτική θέση που θα δοθεί στον κορμό του ασθενή για την αποβολή των εκκρίσεων εξαρτάται από την ηλικία του ασθενή, την γενική του κατάσταση και τον λοβό ή τους λοβούς του πνεύμονα που έχουν τις εκκρίσεις. Τα νεώτερα άτομα μπορούν να ανεχθούν χαμηλώς της κεφαλής και του κορμού πολύ περισσότερο από τα ηλικιωμένα άτομα που το αγγειακό τους σύστημα προσαρμόζεται δυσκολότερα στις αλλαγές θέσεως του σώματος. Επίσης ένα εξασθενημένο άτομο πολύ δύσκολα μπορεί να ανεχθεί και τις ελαφρότερες μετακινήσεις του σώματος.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει πιο τμήμα του πνεύμονα πάσχει για να μπορεί να τοποθετήσει τον ασθενή στην κα-

τάλληλη θέση βρογχικής παροχέτευσεως. Ανεξάρτητα από την θέση που θα πάρει ο ασθενής θα πρέπει η σπονδυλική του στήλη να είναι όσο πιο ευθειασμένη γίνεται για να επιτρέψει την μέγιστη έκπτυξη των πνευμόνων.

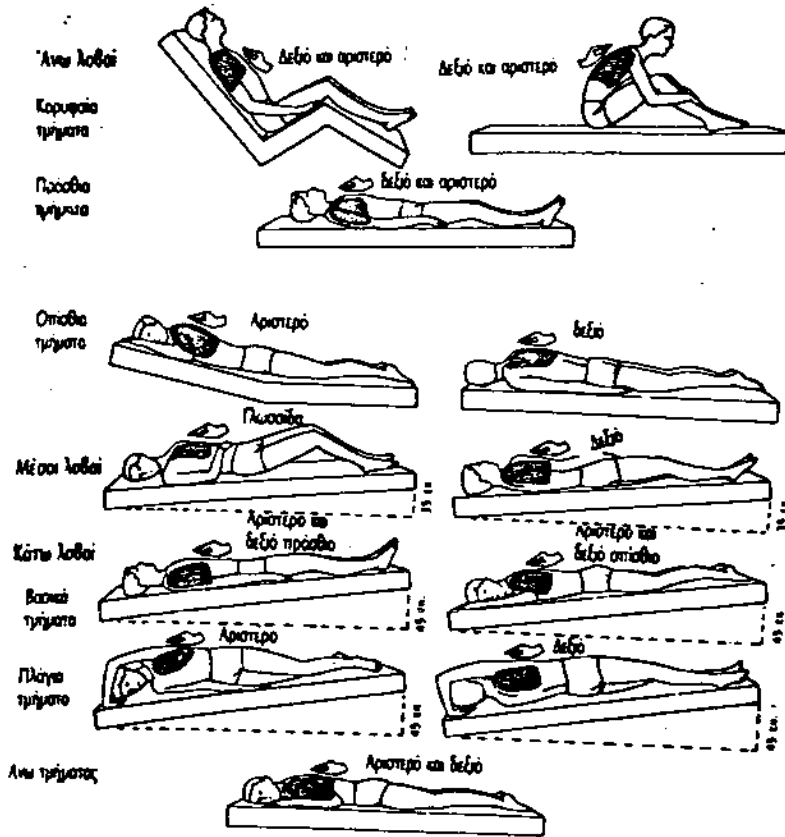
Οι διάφορες θέσεις βρογχικής παροχέτευσεως μπορούν να δοθούν στον άρρωστο:

- * με τοποθέτηση κύβων στα κάτω πόδια του κρεβατιού.
- * με σήκωμα του κρεβατιού στο κάτω μέρος και στήριξη του πάνω σε γερό κάθισμα, και
- * με τοποθέτηση του ασθενή πάνω σε ειδικά λυγισμένο κρεβάτι. (Εικ 7.)

Η βρογχική παροχέτευση σχεδιάζεται ώστε να γίνεται πριν από τα γεύματα και τον ύπνο. Έτσι αποφεύγεται η ναυτία και ο έμετος που μπορούν να προκαλέσουν εισρόφηση του περιεχομένου του στομάχου στους πνεύμονες.

Η συχνότητα της θεραπείας εξαρτάται από τις ατομικές ανάγκες και αντοχή του αρρώστου, αποφεύγοντας την κόπωση και την εξάντληση που οδηγούν σε υποαερισμό και αρνητικό αποτέλεσμα. Οι άρρωστοι όταν τοποθετούνται σε θέση βρογχικής παροχέτευσης ενισχύονται να ανασπνέουν βαθιά και να βήχουν δυνατά ώστε να βοηθούν την αποκόλληση των εγκοιμάτων από τα απομακρυσμένα βρογχιόλια.

Ο χρόνος παραμονής του ασθενή σε κάθε παροχέτευτική θέση εξαρτάται από την παθολογική του κατάσταση και αντίδρασή του. Συνήθως στην αρχή είναι 10' και αυξάνεται προοδευτικά σε 15' έως 20' ή και 30' λεπτά. Σε όλο το διάστημα γίνεται συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενή και παράλληλα ψυχολογική ενθάρρυνση ώστε να βοηθήσει



Εικ. 7. Θέσεις βρογχικής παροχέτευσης

στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Αν ο ασθενής κατά την διάρκεια τοποθετήσεως του σε ειδική παροχέτευτική θέση παραπονείται για ζάλη, παρακολουθείται και ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός.

Αντενδείξεις αυτής της τεχνικής μπορεί να είναι: Καρδιοπάθειες, υπέρταση, αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, έντονη δύσπνοια και η μεγάλη ηλικία.

Όταν τελειώσει η όλη διαδικασία της παροχέτευσης ο ασθενής τοποθετείται σε άνετη θέση.

Η νοσηλεύτρια αναγράφει τα αποτελέσματα της θεραπείας (ποσό εκκρίσεων) και την κατάσταση του ασθενή πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Επειδή οι εκκρίσεις αφήνουν δυσάρεστη γεύση και μυρωδιά στο στόμα και προκαλούν ναυτία, η νοσηλεύτρια χρειάζεται να κάνει συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, καθώς και φροντίζει να γίνεται η θεραπεία τουλάχιστον μία ώρα πριν το φαγητό.

Επίσης η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίζει να μην σκορπίζονται τα πτύελα στο περιβάλλον γιατί είναι επικίνδυνο. Καθώς η διασπορά των παθογόνων μικροοργανισμών μπορεί να γίνει με τον βήχα και τα πτύελα, η νοσηλεύτρια κατατοπίζει ανάλογα τον ασθενή ώστε και τον εαυτό του να προστατεύει και να είναι ασφαλές στο περιβάλλον του.

2. Θρεπτικό ανισοζύγιο-ανορεξία, απώλεια βάρους

Η διαταραχή του θρεπτικού ισοζυγίου των ασθενών αυτών

έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της αντίστασης του οργανισμού απέναντι στις λοιμώξεις και καταβολή των δυνάμεων. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να προστατεύονται από κάθε λοίμωξη, γιατί προκαλεί επιβάρυνση της νόσου καθώς και επιπλοκές. Η αντίσταση του οργανισμού αυξάνεται με την διατήρηση του θρεπτικού ισοζυγίου και την χορήγηση υγρών και βιταμινών αν είναι ανάγκη.

Οι αιτίες που δημιουργούν προβλήματα θρέψης και υδάτωσης στους ασθενείς με βρογχεκτασία είναι πολλές. Συχνά ο ασθενής αδυνατεί να μασήσει την τροφή του γιατί καταναλώνει πολλή ενέργεια στην προσπάθειά του να αναπνεύσει ή η λήψη του φαγητού μπορεί να του προκαλέσει κρίσεις βήχα και δύσπνοιας. Επίσης ένας χρόνιας βήχας μπορεί να καταβάλλει τον άρρωστο και να του δημιουργήσει ανορεξία. Η κακή γεύση του στόματος και η δυσσομία που συχνά είναι αποτέλεσμα δύσσομης απόχρεμψης, μειώνουν την διάθεση του ασθενή για φαγητό. Επίσης η μείωση ή η απώλεια των αισθήσεων γεύσης και όσφρησης, που μπορεί να υπάρχουν μειώνουν την διάθεσή του για λήψη τροφής.

Κύρια φροντίδα εδώ της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να λαμβάνουν κανονικά την τροφή τους καθώς επίσης και να ενισχύσει την όρεξή τους:

-Ενθαρρύνει τον ασθενή να διαλέξει φαγητά της αρεσκείας του, που είναι εύκολα στην μάσηση.

-Τα γεύματά του πρέπει να είναι μικρά και συχνά.

-Ο τρόπος παρασκευής της τροφής απλός και εύπεπτος.

-Να αποφεύγονται οι τροφές που δημιουργούν αέρια.

-Η τροφή να δίνεται σε λιανοποιητική ποικιλία.

-Ο δίσκος να προσφέρεται περιποιημένος

-Κάθε κακοσμία στο περιβάλλον του ασθενή πρέπει να εξουδετερώνεται.

-Να γίνεται φροντίδα στόμαχος κάθε 2 έως 3 ώρες. Τα χείλη πρέπει να επαλείφονται με γλυκερίνη για αποφυγή ξηρότητας.

-Αν ο βήχας γίνεται αιτία ανορεξίας πρέπει να χορηγούνται αντιβηχικά.

-Πρέπει να γίνεται εκτίμηση της ενυδάτωσης του αρρώστου. Μερικοί άρρωστοι αναπνέουν από το στόμα και έτσι χάνουν πολλά υγρά. Σε αυτούς πρέπει να χορηγούνται πολλά υγρά.

-Να παρακολουθείτε στενά η κατάσταση των βλεννογόνων.

-Να γίνεται καθημερινή λήψη σωματικού βάρους του ασθενή.

3. Περιορισμός δραστηριοτήτων

Η δύσπνοια μετά από προσπάθεια, η απώλεια βάρους καθώς και το αίσθημα κόπωσης συμβάλλουν στο περιορισμό των δραστηριοτήτων του ασθενή.

Διάφορα μέτρα που εφαρμόζονται για την αύξηση του δυναμικού υγείας των ασθενών αυτών, είναι:

- * Διατήρηση θεραπευτικής ανάπαυσης με βαθμιαία αύξηση των δραστηριοτήτων (ανσφύρθηκε στην ανσπνευστική δυσχέρεια)
- * Ασκήσεις πλήρους τροχιάς καθημερινά
- * Διατήρηση καλής λειτουργίας του εντέρου. Η κακή λει-

τουργία του εντέρου των ασθενών αυτών, συχνά συνδέεται με την μειωμένη δραστηριότητα και τη φυσική τους αδυναμία.

Η νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας εφαρμόζει διάφορα νοσηλευτικά μέτρα, όπως:

- 1.Χορήγηση τροφών με υπακτική ενέργεια.
- 2.Ενθάρρυνση για φυσικές ασκήσεις μέσα στα επιτρεπτά όρια.
- 3.Ενθάρρυνση για τη λήψη υγρών, για διέγερση της περισταλτικής και για ενυδάτωση των κοπράνων.
- 4.Διατήρηση καθιστής θέσης κατά την αφόδευση.
- 5.Ενίσχυση του ασθενή για τακτική, ανελλιπή και επίμονη προσπάθεια για κένωση του εντέρου σε ορισμένη ώρα.

Αν τα μέτρα αυτά δεν είναι αποτελεσματικά, σε συνενόηση με τον γιατρό, εφαρμόζονται άλλα μέτρα (καθαρτικά φάρμακα ή υποκλισμός).

4. Προβλήματα χρόνιας νόσου

Αιμόπτυση: Η νοσηλεύτρια-της πρέπει να γνωρίζει ό,τι η αιμόπτυση και μόνο είναι γεγονός που θορυβεί τον ασθενή και τον κάνει έντρομο και μαχύποπτο.

Πρωταρχική ανάγκη είναι να ηρεμήσει ο ασθενής και οι δικιοί του. Ο ασθενής μένει ακίνητος, τοποθετείται στο κρεβάτι σε καθιστή θέση και μένει μόνος του στο δωμάτιο για αποφυγή κάθε ερεθίσματος από συγκίνηση.

Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στον ασθενή ώπου να ηρεμήσει, προσπαθώντας να τονώσει το ηθικό του και να του εμπνεύσει εμπιστοσύνη και ασφάλεια απέναντι στο νοσηλευτικό

και ιστορικό προσωπικό. Παράλληλα γίνεται λήψη και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, εκτίμηση (ποσότητα-χρoιά) της απόχρεμψης και ενημέρωση του θεράποντα Ιατρού.

Τοποθετείται παγοκύστη στο θώρακα του ασθενή, αν αισθάνεται δυσφορία και συμβουλεύεται να μιλά και να αναπνεύει ήρεμα.

Η τροφή του πρέπει να είναι επαρκής σε θερμίδες, ελαφριά και με θερμοκρασία δωματίου. Επίσης ελκυστικά σεροβιομένη και λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές προτιμήσεις για να ενισχυθεί η όρεξη του ασθενή, ο οποίος έχει θορυβηθεί από την αιμόπτυση και δεν έχει διάθεση για φαγητό. Ακόμη ενθαρρύνεται για λήψη υγρών λόγω απώλειας με την αιμόπτυση, για πρόληψη αφυδάτωσης. Πρέπει επίσης να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για καταστόλή του βήχα και της ψυχικής διεθρογέσεως.

Σε μεγάλες αιμοπτώσεις μπορεί να γίνει υποδόρια ένεση μορφίνης, με εντολή του θεράποντα Ιατρού, που μαζί με τα άλλα καταστέλλει και την δράση του βήχα και του κέντρου της αναπνοής με αποτέλεσμα τον περιορισμό της κινητικότητας των πνευμόνων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρίσκεται σε πλήρη ετοιμότητα για αντιμετώπιση πιθανής βρογχοσκόπησης για αφαίρεση τυχόν πηγμάτων αίματος της αναπνευστικής οδού, που μπορεί να την αποφοράξουν. Επίσης αν χρειάζεται κάνει αναρρόφηση για την αφαίρεση εκκρίσεων.

Κύριο μέλημα επίσης της νοσηλεύτριας είναι η υγιεινή στόματος για την καταπολέμηση της δυσσομίας, προαγωγή άνεσης και πρόληψη μόλυνσης-λοιμωξης.

Ακόμη επιβάλλεται η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιήσει διάφορα νοσηλευτικά μέτρα που θα βοηθήσουν σε προσδευτική αποκατάσταση προεμίας, ασφάλειας και συναισθηματικής ισορροπίας του ασθενή, όπως:

*Ήρεμες κινήσεις και σταθερές

*Ενεργητικότητα, ταχύτητα και αποτελεσματικότητα στις ενέργειές της.

*Έμπνευση εμπιστοσύνης και ανυπομονησίας στον ασθενή και στο περιβάλλον του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Για την αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος η νοσηλεύτρια-της θέτει ορισμένους σκοπούς:

A. Άμεσοι

1. Προαγωγή παροχέτευσης των βρογχικών εκκρίσεων.
2. Προαγωγή ρευστοποίησης των εκκρίσεων.
3. Πρόληψη λοιμώξεων.
4. Μείωση έκθεσης σε μολυσμένες και ερεθιστικές ουσίες.
5. Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος.
6. Διατήρηση θρέψης.

B. Μακροπρόθεσμοι

Γενικά: Η νοσηλεύτρια-της αποτελεί σημαντικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας που έχει σκοπό την σωστή ενημέρωση του ασθενή και της οικογενείας του, για το πρόγραμμα τόσο της νοσοκομειακής όσο και της μετανοσοκομειακής του αγωγής, που θα βοηθήσει και θα προάγει την αποκατάστασή του. Γιατί μέσα από την ομαδική εργασία προσφέρονται στον ασθενή στο σύνολό τους οι επιστημονικές επιτεύξεις και οι νοσηλευτικές εργασίες και φροντίδες σε μεγάλο επίπεδο απόδοσης.

Η ενεργή συμμετοχή της νοσηλεύτριας σε αυτό το θεραπευτικό νοσηλευτικό σχήμα, είναι πολύ αξιόλογη. Η διδασκαλία της πρέπει να είναι απλή, προσιτή στον άρρωστο και στον κύκλο του, υπεύθυνη και επικοινωνιακή.

Η νοσηλεύτρια-της που νοσηλεύει ασθενή με βρογχεκτασία σε αυτό το στάδιο της νοσηλευτικής φροντίδας ακολουθεί τα εξής προγραμματισμένα βήματα:

A.Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την προέλευση της βρογχεκτασίας.

Η πληρωφόρηση εξαρτάται από το πνευματικό επίπεδο του ασθενή. Χρησιμοποιεί απλά και κατανοητά λόγια αποφεύγοντας δυσνόητους Ιατρικούς και νοσηλευτικούς όρους.

Εξηγεί στον ασθενή πως η νόσος αυτή μπορεί να δημιουργηθεί από απόφραξη των βρόγχων από πύο, βλέννα, ή κάποιο ξένο σώμα καθώς και από φλεγμονή των βρόγχων. Επίσης ό,τι αναπτύσσεται κυρίως κατά την παιδική ηλικία κατά την διάρκεια λοιμωδών νοσημάτων όπως της Ιλαράς και του κοκκύτη.

B.Διδασκαλία του ασθενή και της οικογένειάς του κατά την έξοδό του από το Νοσοκομείο.

Η νοσηλεύτρια-της στρέφει την προσοχή του ασθενή σε ορισμένα βασικά σημεία και συγχρόνως τον καθουχάζει:

α)Επισημαίνει στον ασθενή και στην οικογένειά του την σημασία της πρόληψης των αναπνευστικών λοιμώξεων καθώς και την αποφυγή έκθεσης του αρρώστου σε μολυσμένο και ερεθιστικό περιβάλλον. Την ανάγκη επανάληψης κάθε έτους των εμβολίων γρίπης και την προφύλαξη κατά τους χειμερινούς κυρίως μήνες από τις συνηθισμένες επιπλοκές του αναπνευστικού που υποβοηθούνται από την ψύξη. Τους διδάσκει ό,τι αφορά την λήψη προφυλακτικών μέτρων και την θεραπεία των α-

ναπνευστικών λοιμώξεων.

β) Συμβουλεύει τον ασθενή να εφαρμόζει πρόγραμμα βήχα και βαθιών αναπνοών, όπως ακριβώς διδάχθηκε κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Επαναλαμβάνει πάλι την ορθή θέση καθώς και την όλη διαδικασία της σωστής αναπνοής για να είναι αποτελεσματικός ο βήχας, στον ίδιο και σε κάποιο μέλος της οικογένειάς του για να μπορέσει να τον βοηθήσει αν χρειάζεται.

γ) Συμβουλεύει τον ασθενή για διακοπή του καπνίσματος τονίζοντάς του ότι το κάπνισμα αποτελεί ερεθιστικό παράγοντα για την νόσο, καθώς και ό,τι η διαβίωσή του πρέπει να είναι σε περιβάλλον απαλλαγμένο από καπνούς.

δ) Διδάσκει στον ασθενή την σπουδαιότητα της σωστής διατροφής και της ανάπαυσης. Τον συμβουλεύει να εφαρμόζει καθημερινά πρόγραμμα ανάπαυσης και άσκησης όπως ακριβώς γινόταν και στο νοσοκομείο, σε εκτίμηση πάντοτε της αντοχής του για την διατήρηση της φυσικής του κατάστασης και επανένταξής του στο κοινωνικό περιβάλλον.

ε) Συμβουλεύει τον ασθενή για συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας για εξουδετέρωση της δύσοσμης αναπνοής λόγω απόχρεμψης και για την πρόληψη των μολύνσεων, καθώς και για την βελτίωση του αισθήματος γεύσεως ιδιαίτερα σε περίπτωση ανορεξίας.

στ) Τέλος, επισημαίνει στον ασθενή να τηρεί τις ιατρικές οδηγίες που του εδόθησαν και η δόση, ο τρόπος και ο χρόνος λήψεως των φαρμάκων του να γίνεται σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού. Ακόμη του γνωστοποιεί τους κινδύνους από την αυθαίρετη χρήση των φαρμάκων και τον διδάσκει ό,τι ασφαλής δόση είναι μόνο η καθορισμένη από τον Ιατρό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥ-
ΤΡΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής μιάς νόσου θεωρείται η προφύλαξη από τα αίτια εκδήλωσή της. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τή σε αυτό το σημείο, είναι κυρίως η ενημέρωση του κοινού για τα μέτρα πρόληψης της βρογχεκτασίας:

α) Αξιολόγηση της αιτίας που προκαλεί χρόνιο βήχα: Κάθε άνθρωπος που παρουσιάζει ένα τέτοιο σύμπτωμα δεν θα πρέπει να παραμελεί την επίσκεψή του στον γιατρό για την ανεύρεση της αιτίας πρόκλησής του, με το σκεπτικό «δεν είναι τίποτα θα μου περάσει». Όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να πληροφορηθούν και να κατανοήσουν και αυτό βέβαια εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από το Ιστορικό και Νοσηλευτικό προσωπικό, πως όσο πιο νωρίς γίνεται η διάγνωση μιάς νόσου, τόσο καλύτερη πορεία θα έχει.

β) Η ταχεία διάγνωση και η αποτελεσματική αντιμικροβιακή αγωγή των βακτηριακών λοιμώξεων του κατωτέρου αναπνευστικού, αποτελούν τον καλύτερο τρόπο αποφυγής των δυνητικών συνεπειών τους.

γ) Πρόληψη των βαρειών αναπνευστικών λοιμώξεων με τον εμβολιασμό και με την σωστή πληροφόρηση του κοινού.

δ) Ο εμβολιασμός για τα παιδικά λοιμώδη νοσήματα και κυρίως κατά τις Ηλαρς και του κοκκύτη, θα εξαλείψει τις νόσους αυτές σαν αίτια βρογχεκτασίας.

ε) Τα άτομα με κληρονομικές διαταραχές που προδιαθέτουν σε βρογχεκτασία καθώς και οι οικογένειές τους, να κα-

βοηθούνται ώστε να περιοριστεί στο ελάχιστο η συχνότητα των νόσων αυτών.

στ) Η βρογχειτασία από απόφραξη μπορεί να μειωθεί με την ταχεία αφαίρεση των ξένων σωμάτων, όγκων και άλλων αιτιών βρογχικής αποφράξεως.

ζ) Οι μη καπνιστές έχουν λιγότερες πιθανότητες να πάθουν βρογχειτασία.

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ <<ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ>>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Ι

<<ΕΠΙΜΟΛΥΘΕΝΤΕΣ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΕΣ ΑΜΦΩ>>

Η κ.Π.Κ. ετών 57, προσήλθε στο Νοσοκομείο με υψηλό πυρετό ($38,5^{\circ}\text{C}$), ρίγη, βήχα και βλεννοπυώδη απόχρεμψη από την προηγούμενη μέρα. Επίσης ανέφερε εμέτους (3 φορές). Από το ιστορικό διαπιστώθηκε ότι η ασθενής πάσχει από βρογχεκτασία και έχει εισαχθεί επανειλημμένως στο Νοσοκομείο.

Επάγγελμα - Συνήθειες: Οικιακά-Δεν καπνίζει.

Ατομικό Ιστορικό: Από 4-5 χρόνια βρογχεκτασία με συνεχείς κρίσεις δύσπνοιας και αιμοπτύσεις.

Αιτία εισόδου: Υψηλό πυρετό-δύσπνοια-βλεννοπυώδη απόχρεμψη. Η ασθενής εισήχθη στην κλινική για θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάστασής της.

Την 4η ημέρα της νοσηλείας της ασθενής ανέλαβα την νοσηλευτική της φροντίδα. Ενημερώθηκα από τον φάκελλο της ασθενής για το ιστορικό της, τα αποτελέσματα του εογαστηριακού ελέγχου, την μέχρι τότε πορεία της νόσου της καθώς και την θεραπευτική αγωγή που λαμβάνει.

Όταν η ασθενής εισήχθη στην κλινική, λόγω του ότι παρουσίαζε έντονη δύσπνοια της χορηγήθηκε οξυγόνο $2\frac{1}{2}$ LIT/MIN.

Την 4η ημέρα της νοσηλείας της παρουσίασε ελαφρό βελτίωση της δύσπνοιας. Εξακολούθησε όμως να παραμένει σε οξυγόνο 2 LIT/MIN (χορήγηση με ρινική κάνουλα), ύστερα από οδηγία του θεράποντα Ιατρού.

Οι τιμές των αερίων αίματος ήταν: PO_2 72
 PCO_2 36
PH 7,46

Σκοπός της νοσηλευτικής μου παρέμβασης στο πρόβλημα-δύσπνοια ήταν να εφαρμόσω διάφορα υποβοηθητικά μέτρα που να εξασφαλίσουν μείωση της προσπάθειας για αναπνοή και κατά συνέπεια περισσότερο ανακούφιση, καθώς και την ασφάλεια της ασθενής.

Για το σκοπό αυτόν αρχικά τοποθέτησα την ασθενή σε ημι-καθιστή θέση στο κρεβάτι υποβοηθούμενη με μαξιλάρια. Φρόντισα για τον επαρκή αερισμό του θαλάμου που είναι απαραίτητος για την μείωση της αναπνευστικής προσπάθειας. Έκανα έλεγχο στο ρυθμό ροής του οξυγόνου αν είναι σύμφωνα με την Ιατρική οδηγία (2 LIT/MIN). Επίσης έγινε έλεγχος αν το O_2 ρέει μέσα από τις τρύπες της κάνουλας ή μήπως έχουν φράξει, αν ο σωλήνας της κάνουλας είναι καλά συνδεδεμένος και δεν διαφεύγει O_2 , μήπως η ασθενής αναπνέει από το στόμα και για τυχόν αλλαγή στο χρώμα δέρματος και στην διανοητική της κατάσταση. Έγινε λήψη και έλεγχος των ζωτικών της σημείων:

Α.Π. 150-100 MMHG

Σφύξεις: 100/MIN

Αναπνοές: 14/MIN

Θερμοκρασία: 36,7°C

Λαμβάνοντας υπόψη την σπουδαιότητα που έχει η ανάπαυση και η προεμία για τον ασθενή με αναπνευστική δυσχέρεια, πάροθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα (εξασφάλιση ησυχίας, απομάκρυνση κάθε ενοχλητικού παράγοντα) για την εξασφάλισή τους στην ασθενή.

Τέλος, έγινε ενημέρωση στους συγγενείς της πως θα πρό-

πει να αποφεύγουν τις συγκινήσεις της ασθενούς, γιατί έχει σαν αποτέλεσμα την επιδείνωση της αναπνευστικής δυσχέρειας.

Στην ασθενή δόθηκε σαν βρογχοδιασταλτικό αμινοφυλλίνη και επίσης έλαβε επαρκή ενυδάτωση για ρευστοποίηση και απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων. Η ενυδάτωση έγινε με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (σύμφωνα με ιατρική οδηγία) και με την πρόεπουσα προσοχή για αποφυγή υπερφόρτωσης της ασθενής.

Για την εξέταση των πτυέλων ενημέρωσα την ασθενή πως θα κάνει την συλλογή των πτυέλων μέσα στο πτυελοδοχείο που της έδωσα και πως είναι απαραίτητη η λήψη εκκρισμάτων από τις αεροφόρους οδούς και όχι σάλιο. Επίσης ενημέρωσα την ασθενή πως με την απόχρεμψη μπορεί να γίνει διασπορά των μικροβίων στο περιβάλλον και την κατατόπισα πως πρέπει να φροντίζει να μην σκορπίζονται τα πύελα, για να προστατεύει η ίδια τον εαυτό της και να μην είναι επικίνδυνο στο περιβάλλον της.

Μετά την επιτυχή συλλογή των πτυέλων φρόντισα να σταλεί στο μικροβιολογικό εργαστήριο μαζί με το παρραπευτικό σημείωμα και το όνομα της ασθενούς και παράλληλα ενημέρωσα τον θεράποντα ιατρό.

Στην ασθενή επίσης χορηγήθηκε αντιβίωση (AMPICILINE) ενδοφλεβίως για την αντιμετώπιση της ασθένειάς της καθώς και για πρόληψη ενδεχόμενης ενδονοσοκομειακής λοίμωξης.

Μετά την χορήγηση της καθορισμένης θεραπευτικής αγωγής στην ασθενή ενημέρωσα την κάρτα Νοσηλείας καθώς και την Λογοδοσία για την κατάσταση που παρουσίασε εκείνο το πρωί η ασθενής.

Την 5η ημέρα νοσηλείας στο Νοσοκομείο η ασθενής παρουσίασε σαφώς καλύτερη εικόνα της δύσπνοιας. Σύμφωνα με οδηγία του θεράποντα ιατρού μετά τον έλεγχο των αερίων αίματος μειώθηκε ο ρυθμός ροής του O₂ σε 1 LIT/MIN.. Τα αέρια

αίματος ήταν: PO₂ 59,8

PCO₂ 42,0

PH 7,40

Τα ζωτικά σημεία: Α.Π. 130-90 MMHG

Σφύξεις: 90/MIN

Αναπνοές : 14/MIN

Έγινε επανάληψη του ελέγχου προς διαπίστωση της ομαλής χορήγησης του O₂ καθώς και των διαφόρων νοσηλευτικών μέτρων που βοηθούν στην μείωση της αναπνευστικής δυσχαίρειας και κατά συνέπεια την άνεση και ανάπαυση της ασθενούς.

Για την αντιμετώπιση του υψηλού πυρετού (38,2^oC) που παρουσίασε η ασθενής κατά τις πρωϊνές ώρες, δόθηκε αντιπυρετικό φάρμακο (AROTEL) μετά από εντολή του θεράποντα ιατρού. Άλλες βοηθητικές ενέργειες για την πτώση του πυρετού ήταν η ενίσχυση της ασθενής για άφθονη λήψη υγρών (οδηγία ιατρού), μείωση της θερμοκρασίας της ατμόσφαιρας του θαλάμου και παράλληλη προφύλαξη της ασθενούς από ψύξη. Επίσης, έκανα τριώρη λήψη της θερμοκρασίας της ασθενής προς παρακολούθηση τυχόν μείωσης ή ανόδου της με σύγχρονη αναγραφή στο διάγραμμα.

Για την κλινική εικόνα που παρουσίασε η ασθενής ενημερώθηκε η Λογοδοσία καθώς και η Κάρτα Νοσηλείας για την θεραπευτική αγωγή που έλαβε.

Η ασθενής την 6η και 7η ημέρα νοσηλείας της παρουσία-

σε μικρή βελτίωση της κατάστασής της. Παρέμεινε σε οξυγόνο με χαμηλή ροή 1 LIT/MIN. Ο πυρετός παρουσίασε μικρή πτώση ($37,8^{\circ}\text{C}$) την 6η ημέρα, ενώ την 7η η ασθενής ήταν απύρετη ($36,6^{\circ}\text{C}$). Εξακολουθούσε όμως να έχει βλεννοπουώδη απόχρεψη και σχεδίαστηκε εάν τις επόμενες ημέρες παρουσιάσει βελτίωση της κατάστασής της να της γίνει βρογχιική παροχέτευση για την αποτελεσματική αποβολή των εκκρίσεων. Για τον ίδιο λόγο συνεχίστηκε η χορήγηση βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου και η ενδοφλέβια ενυδάτωση της ασθενούς.

Ύστερα από εντολή του θεράποντα ιατρού έγινε στην ασθενή αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία έδωσε τα παρακάτω στοιχεία: Από το γενικευμένο έλεγχο του θώρακα αποδεικνύονται εκτεταμένες αλλοιώσεις του διάμεσου πνευμονικού ιστού αμφοτέρων των πνευμόνων. Βρογχεκτασικές αλλοιώσεις χαρακτηρίζουν τους κάτω λοβούς, ενώ στο δεξιό άνω λοβό εντοπίζονται οζώδη στοιχεία μεγέθους έως και 3 εκ.. Η τραχεία και οι κύριοι βρόγχοι ελέγχονται βατοί. Δεν ανευρίσκονται λεμφαδενικές διογκώσεις στο μεσοθωράκιο.

Την 10η ημέρα νοσηλείας η ασθενής παρουσίασε βελτίωση της υποκειμενικής της κατάστασης. Είχε γίνει διακοπή του O_2 από την προηγούμενη μέρα, ήταν απύρετη, αλλά συνέχιζε την απόχρεψη.

Ζωτικά σημεία: Α.Π. 130-90 MMHG

Σφύξεις: 90/MIN

Αναπνοές: 16/MIN

Θερμοκρασία: $36,6^{\circ}\text{C}$

Κατά την ακρόαση της ασθενής διαπιστώθηκε ελαφρά βελτίωση.

Για την ρευστοποίηση και απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων η ασθενής έπαιρνε υγρά υπό μορφή ορών και αμινοφυλλίνη σαν βρογχοδιασταλτικό.

Για την αποτελεσματική αποβολή των εκκρίσεων αποφασίστηκε (εντολή Ιατρού) η βρογχική παροχέτευση της ασθενής, αφού η δύσπνοια είχε υποχωρήσει και βρισκόταν σε καλύτερη γενική κατάσταση.

Η βρογχική παροχέτευση είχε σχεδιαστεί να γίνεται το πρωί μετά την έγερση και το βράδυ πριν την κατάκλιση γνωρίζοντας πως έτσι αποφεύγεται η ναυτία και ο έμετος που μπορούν να προκαλέσουν εισρόφηση του περιεχομένου του στομάχου στους πνεύμονες. Αρχικά ενημερώθηκε η ασθενής πως γίνεται η βρογχική παροχέτευση και για την θεραπευτική της σπουδαιότητα.

Η θέση βρογχικής παροχέτευσης δόθηκε στην ασθενή με τοποθέτηση κύβων στα κάτω πόδια του κρεβατιού. Η ασθενής παρέμεινε σε αυτή την θέση στην αρχή για 5' και μετά αυξήθηκε προοδευτικά σε 10'. Κατά την διάρκεια αυτή ενισχυόταν να ανασπνέει βαθιά και να βήχει δυνατά για να βοηθήσει την αποκόλληση των εκκρισμάτων. Αποφευγόταν να παραμένει παραπάνω από 10' σε παροχετευτική θέση γιατί κουραζόταν και μετά ένωθε εξάντληση. Σε όλο αυτό το διάστημα έκανα συχνή λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενής και την παρακολουθούσα για τυχόν ζάλη.

Πριν την έναρξη της παροχετευτικής θεραπείας είχα λάβει όλα τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα για αποφυγή διασκορπίσεως των πτυέλων στο περιβάλλον με παράλληλη ενημέρωση και της ίδιας της ασθενούς.

Μετά το τέλος της παροχετευτικής διαδικασίας έβαλα την ασθενή σε αναπαυτική θέση στο κρεβάτι της και φρόντισα για την πλήρη ανάπαυσή της.

Δεν έγινε παράλειψη της συχνής περιποίησης της στοματικής κοιλότητας που κρίθηκε απαραίτητη για την πρόληψη κακοσμίας και μολύνσεων και προαγωγή άνεσης της ασθενούς.

Τέλος έκανα αναγραφή των αποτελεσμάτων της θεραπείας (ποιότητα-ποσότητα εκκρίσεων) και της κατάστασης της ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια της παροχέτευσης και μετά το τέλος της και ενημέρωσα σχετικά τον θεράποντα ιατρό.

Μετά την πάροδο ακόμη 8 ημερών η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο με εμφανή βελτίωση της υγείας της. Σε αυτό το διάστημα νοσηλευτικές φροντίδες της παρέχονταν από άλλες Νοσηλεύτριες. Ο θεράπωντας ιατρός της σύστησε να προσέλθει για επανεξέταση σε ένα μήνα στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου.

Διάγνωση κατά την έξοδο: Βελτίωση των επιμολυθέντων βρογχεκτασιών άμφω.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΙΙ

<<ΕΠΙΜΟΛΥΘΕΝΤΕΣ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΕΣ-ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ>>

Η κ. Τ.Α. ετών 67, προσήλθε στα εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου με έντονη δύσπνοια από διημέρου. Επίσης ανέφερε παραγωγικό βήχα κατά την διάρκεια της ημέρας και πυρετό 38⁰C, καθώς επίσης έντονη αδυναμία και μυαλγία από τριημέρου.

Επάγγελμα-Συνήθειες: Οικιακά-Δεν πίνει, δεν καπνίζει

Οικογενειακό Ιστορικό: Ο πατέρας της έχει χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια.

Ατομικό Ιστορικό: 1982 Βρογχοπνευμονία

1987 Βρογχίτις - Βρογχοπνευμονία

Αιτία εισόδου: Πυρετός-Δύσπνοια

Η ασθενής εισήχθη στην κλινική για θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάστασής της.

Την 3η μέρα της νοσηλείας της ασθενής, ανέλαβα την νοσηλευτική της φροντίδα αφού προηγουμένως ενημερώθηκα λεπτομερέστατα για την κατάστασή της καθώς και για τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου που είχε προηγηθεί από τον Φάμελο-Ιστορικό της ασθενούς και από την Λογοδοσία.

Η ασθενής όταν εισήχθη στην κλινική της χορηγήθηκε οξυγόνο σε χαμηλή ροή 1 LIT/MIN γιατί παρουσίαζε δύσπνοια.

Την δεύτερη μέρα της νοσηλείας της παρουσίασε βελτίωση της δύσπνοιας και έγινε διακοπή του O₂ προς έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας.

Την 3η όμως μέρα της νοσηλείας της η ασθενής παρουσία-

σε ελαφρά δύσπνοια. Σκοπός της νοσηλευτικής μου παρέμβασης ήταν να μειώσω την δύσπνοια της ασθενής ώστε να αναπνέει πιο άνετα και κατά συνέπεια να αισθάνεται καλύτερα.

Για τον σκοπό αυτό αρχικά τοποθέτησα την ασθενή σε ανάρροπη θέση στο κρεβάτι και φρόντισα για τον καλό αερισμό του θαλάμου, γνωρίζοντας ότι ο επαρκής αερισμός του χώρου εξασφαλίζει μείωση της προσπάθειας του ασθενή για αναπνοή. Έκανα λήψη των ζωτικών σημείων τη ασθενής και αναγραφή στο διάγραμμα: Α.Π. 160-100 MMHG

Σφύξεις: 90/MIN

Αναπνοές: 12/MIN

Παράλληλα ενημέρωσα τον θεράποντα ιατρό για την κατάσταση που παρουσίαζε η ασθενής και παρέμεινα κοντά της ώπου με βεβαίωσε ότι αισθάνεται καλύτερα.

Ο έλεγχος των αερίων αίματος, που της έγινε, έδωσε τις εξής τιμές: PO_2 70

PCO_2 54

PH 7,45

Κατά τις μεσημεριανές ώρες η ασθενής παρουσίασε άνοδο της θερμοκρασίας της ($38^{\circ}C$).

Ενημέρωσα τον θεράποντα ιατρό και μετά από οδηγία του της χορήγησα αντιπυρετικό φάρμακο (APOTEL) και σύστησα στην ασθενή την άφθονη λήψη υγρών. Επίσης η ασθενής υποβλήθηκε σε τσίρωση θερμομέτρηση προς παρακολούθηση της πορείας του πυρετού.

Η ασθενής επίσης έλαβε αντιβίωση (AMPICILLINE) για την αντιμετώπιση της ασθeneίας της και προφυλακτικά για αποφυγή τυχόν ενδονοσοκομειακής λοίμωξης. Ακόμη της χορηγήθηκε

αιμοφυλλίνη σαν βρογχοδιασταλτικό και υγρά υπό μορφή ορών για ενυδάτωση και ρευστοποίηση των βρογχικών απεικρίσεων. Η ενυδάτωση έγινε με την δέουσα προσοχή για αποφυγή υπερφόρτωσης της ασθενούς με υγρά.

Για την υποχώρηση των οιδημάτων στα κάτω άκρα η ασθενής έλαβε διουρητικό φάρμακο (LASIX) μετά από οδηγία του θεράποντα Ιατρού. Άλλη νοσηλεύτική μου δραστηριότητα για το πρόβλημα αυτό της ασθενούς ήταν η χρήση δελτίου ισοζυγίου υγρών, σήκωμα των κάτω άκρων κατά διαστήματα και συχνή παρακολούθηση της ταχύτητας ροής των υγρών που της χορηγούνταν ενδοφλεβίως.

Τέλος ενημέρωσα την κάρτα νοσηλείας για τα φάρμακα που χορήγησα στην ασθενή και την λογοδοσία για την κατάσταση που παρουσίασε η ασθενής.

Την 4η ημέρα της νοσηλείας της η ασθενής παρουσίασε αξιόλογη βελτίωση της δύσπνοιας. Εξακολούθησε βέβαια να κάθεται σε ημικαθιστή θέση με την βοήθεια μαξιλαριών, γιατί σε αυτήν την θέση αισθανόταν πιο άνετα.

Κατά την ακρόαση της ασθενούς αναφέρθηκε λεπτός εμπνευστικός συριγμός.

Η ακτινογραφία θώρακος που της έγινε, έδειξε ανομοιογενή πύκνωση αριστερού κάτω πνευμονικού πεδίου και υπερδιαφάνεια πνευμονικών πεδίων.

Από τη μεσημβρινή θερμομέτρηση της ασθενής αποκαλύφθηκε πυρετική δεκατηκή κίνηση ($37,5^{\circ}\text{C}$). Δεν χρειάστηκε όμως θεραπευτική αντιμετώπιση γιατί δεν παρουσίασε άνοδο του πυρετού και μετά την πάροδο 2 ωρών η θερμοκρασία της έφθασε στα

φυσιολογικά επίπεδα ($36,6^{\circ}\text{C}$), συνεχίστηκε όμως η τρίωρη θερμομέτρηση προς έλεγχο ανόδου της θερμοκρασίας του σώματός της.

Κατά την διάρκεια της ημέρας η ασθενής παρουσίασε παραγωγικό βήχα. Μετά από εντολή του θεράποντα ιατρού χορηγήθηκε αποχρεμπτικό φάρμακο και συστήθηκε η άφθονη λήψη υγρών για την απομάκρυνση των εκκρίσεων.

Η ασθενής αφού έλαβε την καθορισμένη θεραπευτική αγωγή, ενημέρωσα την κάρτα Νοσηλείας καθώς και την Λογοδοσία για την κλινική εικόνα που παρουσίασε εκείνη την μέρα η ασθενής.

Την 5η ημέρα της νοσηλείας της η ασθενής δεν παρουσίασε δύσπνοια (ανασπνοές:18/MIN), ήταν άπυρετη ($36,6^{\circ}\text{C}$), αλλά παρουσίασε έντονο παραγωγικό βήχα.

Για την απομάκρυνση των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων, η ασθενής έλαβε επαρκή ενυδάτωση και της χορηγήθηκε αποχρεμπτικό φάρμακο ύστερα από οδηγία του θεράποντα ιατρού.

Γνωρίζοντας ότι με τον βήχα απομακρύνονται οι εκκρίσεις, προσπάθησα να πείσω την ασθενή για την θεραπευτική αξία της μεθόδου του αποτελεσματικού βήχα, ώστε να την εφαρμόσει. Πρώτα βέβαια επικοινωνήσα με τον θεράποντα ιατρό, ο οποίος με διαβεβαίωσε ότι αυτή η διαδικασία δε θα επιδεινώσει την κατάσταση υγείας της ασθενούς.

Καταρχήν έδειξα στην ασθενή τη θέση που πρέπει να πάρει στην συνέχεια τον τρόπο που πρέπει να εισπνέει και τέλος πως θα παράγει ένα μαλακό, σταδιακό και διακεκομμένο βήχα. Καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας βρισκόμουν δίπλα στην ασθενή βοηθώντας την όταν χρειαζόταν και ενθαρρύνοντάς την

να συνεχίσει την προσπάθεια. Απαραίτητη ήταν η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς η οποία δυσφορούσε με την κατάσταση της και δεν ήθελε να συνεχίσει την θεραπεία.

Μετά το τέλος της διαδικασίας για αποτελεσματικό βήχα έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενής γιατί με την αποβολή των εκκρίσεων με τον βήχα δημιουργείται δυσσομία με αποτέλεσμα την ελάττωση της όρεξής της και επίσης οι εκκρίσεις γίνονται αιτία λοιμώξεων.

Επειδή είναι δυνατόν με τον βήχα να γίνει διασπορά των παθογόνων μικροοργανισμών στο περιβάλλον ελήφθησαν τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα κατά την διάρκεια της παραπάνω διαδικασίας και επίσης ενημέρωσα ανάλογα την ασθενή ώστε και τον εαυτό της να προφυλάσσει και να είναι ακίνδυνη στο περιβάλλον της.

Τα αποτελέσματα της μεθόδου του αποτελεσματικού βήχα ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός και αναγράφθηκαν στην Λογοδοσία.

Τέλος χορήγησα στην ασθενή την καθορισμένη θεραπευτική αγωγή με παράλληλη ενημέρωση της Κάρτας Νοσηλείας.

Η ασθενής παρέμεινε στο Νοσοκομείο άλλες 7 ημέρες. Σε αυτό το διάστημα έλαβε νοσηλευτικές φροντίδες από συνάδελφους Νοσηλεύτριες. Εξήλθε την 12η μέρα από την εισαγωγή της, αφού παρουσίασε σημαντική βελτίωση της κατάστασής της, με την σύσταση να προσέλθει για επανεξέταση σε ένα μήνα.

Διάγνωση και ταξινόμηση κατά την έξοδο: Επιμολυθέντες βρογχεκτασίες, χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η βρογχεκτασία είναι μία από τις σοβαρές αναπνευστικές παθήσεις. Είναι νόσος που σχετίζεται με το κάπνισμα την αύξηση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και κύρια με τις μικροβιακές λοιμώξεις. Αιτίες, που η αποφυγή και η προφύλαξη από αυτές θα μπορούσαν να μειώσουν σημαντικά το ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από βρογχεκτασία. Πιστεύεται ότι αν δεν υπήρχαν οι λοιμώξεις οι επιπλοκές της νόσου θα ήταν αμελητέες.

Η σωστή αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή καθώς και η επιτυχή νοσηλευτική προσέγγισή του είναι βασικά στοιχεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου.

Με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη, ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίσει την αναπνευστική δυσχέρεια.

Με την σωστή διατροφή, την ανάπαυση, την διαβίωση σε περιβάλλον μη ερεθιστικό, την προφύλαξη από τις λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού, την έγκαιρη και πλήρη θεραπεία των αναπνευστικών λοιμώξεων, ο ασθενής θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και στην αποφυγή παροξύνσεως της νόσου.

Με την κατάλληλη ενημέρωση-διαφώτιση του κοινού για τα μέτρα πρόληψης της ασθένειας, θα βοηθήσουμε εμείς οι νοσηλεύτριες-τες στην επιτυχία του σκοπού μας: βελτίωση και προαγωγή της υγείας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΓΑΡΔΙΚΑ Δ.Κ.: -Νόσοι αναπνευστικού συστήματος- <<Ειδική Νοσολογία>>
Επίτομος, Έκδοση 3η, Εκδόσεις: Παρισιάνος Γ., ΑΘΗΝΑ 1981
- DOITEVIN-BEER F.: -Βρογχεκτασία-, <<Μεγάλη Ιατρική Εγκύκλιος-
Δεκα>>, Τόμος 1ος, 2ος, έκδοση 1η, Εκδοτικός Οργανισμός
<<Χρυσός τύπος>> ΑΘΗΝΑ 1980
- GUYTON A.: -Αναπνοή-, <<Φυσιολογία του ανθρώπου>>, Επίτομος,
έκδοση 3η, Μετάφραση Α. Ευαγγέλου, Εκδόσεις Λίτσας,
ΑΘΗΝΑ 1984
- HARRISON L.: -Μελέτη ασθενούς με νόσο του αναπνευστικού συστήματος-
<<Εσωτερική Παθολογία>>, τόμος 2ος, Έκδοση 10η, Εκδόσεις:
Παρισιάνος Γ., ΑΘΗΝΑ 1987
- ΙΟΡΔΑΝΟΓΛΟΥ Ι.Β.: -Αερισμός, Αιμάτωση Πνευμόνων-, <<Μαθήματα
Πνευμονιολογίας-Φυματολογίας>>, Τεύχος 3ο, Έκδοση 1η,
Εκδόσεις: Παρισιάνος Γ., Σελ. 39,60, ΑΘΗΝΑ 1985
- ΚΑΝΕΛΟΥ Ε.: -Αναπνοή-, <<Φυσιολογία>>, τεύχος 1ο, Έκδοση 1η,
Εκδόσεις Διδακτικών Βιβλίων, Σελ. 128-161, ΑΘΗΝΑ 1984
- ΚΑΤΡΙΤΣΗ Ε.: -Αναπνευστικό Σύστημα-, <<Μαθήματα Ανατομικής του
ανθρώπου>>, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Λίτσας,
ΑΘΗΝΑ 1983
- READ AIAN, BARRITT D.W., LANGHTON HENER P.: -Βρογχεκτασία-
<<Σύγχρονη Παθολογία>>, Επίτομος, Έκδοση 2η, Επιμέλεια
Ελληνικής Έκδοσης Χ. Μουτσόπουλος, Εκδόσεις Λίτσας,
ΑΘΗΝΑ 1984
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: -Αναπνευστικό Σύστημα-,
<<Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική>>, τόμος 2ος,
Έκδοση 9η, Εκδόσεις <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, ΑΘΗΝΑ 1987
- ΜΠΑΚΑΛΟΥ Δ.: -Βρογχεκτασία-, <<Εσωτερική Παθολογία και Θεραπευτική>>
Τόμος 3ος, Έκδοση 3η, Εκδόσεις Παρισιάνος Γ., ΑΘΗΝΑ 1986

ΠΕΤΡΟΥ Γ.: -Αναπνευστικό σύστημα-, <<Σημειώσεις Ανατομίας>>
Σελ. 12-17

ΣΑΒΒΑΪΑ.: -Αναπνευστικό σύστημα-, <<Μαθήματα ανατομικής του
ανθρώπου>>, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδοτικός οίκος
Κυριακίδη Δ., ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΣΑΧΙΝΗ Α.-ΚΑΡΔΑΣΗ, ΠΑΝΟΥ Μ.: -Παθήσεις του αναπνευστικού συ-
στήματος-, <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική>>,
Τόμος 1ος, Επανάδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1985.