

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕΘΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ



ΕΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΚΟΣΜΑΣ ΜΑΛΛΙΔΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

κ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΥΝΗΣ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοση-
λευτικής.

ΠΑΤΡΑ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	296
----------------------	-----



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΜΕΘΑΙΜΟΡΡΓΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	
1. Ορισμός - Κλινική εμφάνιση	9
2. Αιματολογική Εικόνα	11
3. Διάγνωση	13
4. Θεραπεία	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΜΟΡΦΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΘΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	
1. Οξεία μορφή μεθαιμορραγικής αναιμίας	17
2. Χρόνια μορφή μεθαιμορραγικής αναιμίας	21
3. Νοσηλευτική φροντίδα	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	
A. Ασθενής με ελκώδη κολίτιδα και αναιμία	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	34
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	48
B. Ασθενής με μελαινές κενώσεις και αναιμία	50
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	51
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	62
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Διάλεξα την εργασία που παρουσιάζω επηρεασμένος από τους χιλιάδες συνανθρώπους μας που πάσχουν από κάθε μορφή αναιμίας και χρειάζονται αίμα, αυτό που είναι δυσεύρετο σήμερα και που η επιστήμη, παρά τα τεράστια άλματα που έχει κάνει, δεν μπορεί να το συνθέσει.

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει αναιμία είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό λειτούργημα.

Οι συγκεκριμένοι στόχοι αυτής της εργασίας είναι:

1. Να βοηθήσει το νοσηλευτή/τρια να αναπτύξει την ικανότητα της νοσηλευτικής αξιολόγησης του αναιμικού ασθενή με την παρατήρηση και επικοινωνία μαζί του και με την κατάρτιση και εφαρμογή σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.
2. Να καλλιεργήσει δεξιότητες στη δημιουργία και διατήρηση θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, τις οποίες θα χρησιμοποιεί στη νοσηλεία ασθενών και στην πρόληψη της επέκτασης της νόσου.
3. Να προσαρμόσει και εφαρμόσει τις αρχές της υγιεινής στη γενική νοσηλευτική.

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές -τριες της νοσηλευτικής που με επιμονή, πίστη και αφοσίωση στο λειτούργημα που εκτελούν μου μετάδωσαν τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για κάθε σπουδαστή-τρια της νοσηλευτικής, ώστε να ανταποκριθεί με πίστη και αφοσίωση στο δύσκολο έργο κοντά στους ανθρώπους που υποφέρουν και ζητούν τη βοήθειά μας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου ιατρό κ. Νικόλαο Κούνη, τον αγαπητό μου φίλο Γιάννη Παρίση φοιτητή της Ιατρικής,

τους ιατρούς και τις νοσηλεύτριες του παθολογικού τμήματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών για τις πληροφορίες και τη βοήθεια που μου έδωσαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Ο προσδιορισμός αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτου γίνεται με ακρίβεια και οι φυσιολογικές τιμές τους έχουν ως εξής:

Αιμοσφαιρίνη (Hb) : 13,5 - 18 g/dl για άνδρες

11,5 - 16,5 g/dl για γυναίκες.

Αιματοκρίτης (Ht) : 40 - 54% για άνδρες

36 - 47% για γυναίκες.

Ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων πρέπει να είναι:

α) για τις γυναίκες: 3,9 - 5,6 εκατ./ml ή $3,9 - 5,6 \times 10^{12}/l$

β) για τους άνδρες: 4,5 - 6,5 εκατ./ml ή $4,5 - 6,5 \times 10^{12}/l$

Πολύτιμος είναι ο προσδιορισμός της μέσης πυκνότητας αιμοσφαιρίνης (Mean Corpuscular Haemoglobin Concentration, MCHC). Αυτή εξάγεται εκ της τιμής της αιμοσφαιρίνης και της τιμής του αιματοκρίτη: $MCHC = \frac{Hb \text{ g/dl}}{Ht \%} \times 100$. Η τιμή αυτή είναι πολύτιμη, διότι αποτελεί μέτρο της περιεκτικότητας των ερυθροκυττάρων σε αιμοσφαιρίνη (Φ.Τ.: 32-36%). Επί έλλειψης σιδήρου Fe, κατά την οποία τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι πτωχά σε αιμοσφαιρίνη, η τιμή της MCHC είναι χαμηλή, λ.χ. 27-30%. Μέχρι πρότινος ο προσδιορισμός του αριθμού των ερυθροκυττάρων είχε εγκαταλειφθεί, διότι με τις παλαιές τεχνικές του κλινικού εργαστηρίου υπήρχε σημαντικό ποσοστό λάθους. Σήμερα όμως, με τις αυτόματες συσκευές, η ακριβής μέτρηση του αριθμού των ερυθροκυττάρων είναι δυνατή:

α) Ο ακριβής προσδιορισμός του μέσου όγκου ερυθροκυττάρων (Mean Corpuseular volume, MCV) βγαίνει από τον τύπο:

$$\text{MCV (σε Fl)} = \frac{\text{Ht} \times 10}{\text{ΕΡΥΘΡΑ σε εκατ.} \times 10^{12}/\text{l}} \quad \text{Φ.Τ.: 90-110 Fl}$$

β) Ο ακριβής προσδιορισμός της μέσης περιεκτικότητας αιμοσφαιρίνης (Mean Corpuseultra Haemoglobin, MCH) βγαίνει από τον τύπο:

$$\text{MCH (σε pg)} = \frac{\text{Hb (g/dl)} \times 10}{\text{ΕΡΥΘΡΑ σε εκατ.} \times 10^{12}/\text{l}} \quad \text{Φ.Τ.: 27-32 pg}$$

Οι τιμές των ερυθρών αιμοσφαιρίων Hb και Ht εκφράζουν την τιμή αυτών στη μονάδα όγκου αίματος, δεν είναι όμως μέτρο της συνολικής ποσότητας αυτού επειδή με αυτές δεν εκτιμάται η ολική ποσότητα αίματος στο σώμα. Για παράδειγμα, κατόπιν μεγάλης αιμορραγίας ο ασθενής είναι δυνατό να έχει φυσιολογικές τιμές Hb και Ht και παρ' όλα αυτά να είναι "αναιμικός" υπό την άποψη του ολικού όγκου του αίματος. Αντίθετα, αυξημένη τιμή Hb και Ht είναι δυνατό να μην είναι πραγματική, αλλά να οφείλεται στην ελάττωση του όγκου του πλάσματος, ως επί αιμοσυμπυκνώσεως μετά από απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών. Εξάλλου σε κατακράτηση μεγάλης ποσότητας υγρών οι τιμές Hb και Ht είναι χαμηλές.

Η λεπτή ισορροπία παραγωγής και καταστροφής ερυθρών αιμοσφαιρίων εξασφαλίζει σε φυσιολογικές συνθήκες τη σταθερότητα του αριθμού αυτών. Όταν η ισορροπία αυτή διαταράσσεται υπό την έννοια είτε ελαττωμένης παραγωγής, είτε αυξημένης απώλειας ή καταστροφής, επέρχεται αναιμία.

Ελάττωση της κυκλοφορούμενης Hb σημαίνει ελάττωση του υπό του αίματος μεταφερόμενου οξυγόνου. Φυσιολογικά στα 100 ml αίματος δεσμεύονται 20 ml οξυγόνου, τα οποία φέρονται στους ιστούς, όπου το οξυγόνο αποδεσμεύεται και παρέχεται σ' αυτούς. Η αποδέσμευση διευκολύνεται από τη χρήση 2,3 γλυκεροφωσφόρου.

Η χρόνια αναιμία οδηγεί σε ανοξία των ιστών, η οποία προκαλεί αύξηση της αποδέσμευσης του οξυγόνου και της ροής αίματος, με αύξηση της καρδιακής παροχής.

- Οι αναιμίες, ανάλογα με το αίτιο που τις προκαλεί, ταξινομούνται σε:

1. Αναιμίες που οφείλονται σε πλημμελή ερυθροποίηση.

A. Από ένδεια παράγοντα απαραίτητου για την ερυθροποίηση:

α) Ένδεια Fe

β) Ένδεια βιταμίνης B₁₂ ή φυλλικού οξέος

γ) Ένδεια βιταμίνης C

B. Από πλημμελή σύνθεση αίμης (σπάνιες):

α) Πρωτοπαθείς σιδηροβλαστικές αναιμίες

β) Ερυθροποιητική πορφυρία

Γ. Από πλημμελή σύνθεση σφαιρίνης:

α) Θαλασσαιμίες

β) Αναιμίες από παθολογικές αιμοσφαιρίνες

Δ. Από μυελική ανεπάρκεια:

α) Απλαστική αναιμία

β) Διήθηση μυελού από λευχαιμικά κύτταρα, κύτταρα κακοήθους λεμφώματος, καρκινικά κύτταρα κ.λ.π.

γ) Τοξική δράση στον μυελό, όπως στην ουραιμία.

2. Αναιμίες που οφείλονται σε αυξημένες απώλειες.

A. Αιμορραγία.

B. Αυξημένη καταστροφή (αιμολυτικές αναιμίες).

- Η ανάπτυξη συμπτωμάτων σε περιπτώσεις αναιμίας εξαρτάται κυρίως από την αιτιολογική διαταραχή, το βαθμό της μεταβολής του ολικού όγκου του αίματος και την ελάττωση της μεταφοράς οξυγόνου στο αίμα, λόγω της διαταραχής της διατροφής και λειτουργίας των κυττάρων.

Εάν η αναιμία είναι ύπουλης έναρξης, η προσαρμογή στην ελαττωμένη προσφορά οξυγόνου μέσω του αίματος είναι δυνατό να είναι τόσο καλή, ώστε ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων να είναι χαμηλός έως 1.000.000 κ.κ.χιλ. ή το ποσό της αιμοσφαιρίνης να είναι χαμηλό έως 6 γραμ. ανά 100 κ.εκ. χωρίς να επέρχεται καμία σοβαρή λειτουργική δυσχέρεια στον ασθενή. Σε παιδιά με ιδιαίτερα βαριά αναιμία, έχει παρατηρηθεί απουσία εμφανούς περιορισμού της ικανότητάς τους για οποιαδήποτε σωματική άσκηση.

Τα περισσότερα προέχοντα συμπτώματα μετά από αιφνίδια απώλεια αίματος είναι εκείνα που προέρχονται από την ελάττωση του ολικού όγκου του αίματος και τα οποία βελτιώνονται, σε ευρεία κλίμακα, όταν το χαμένο αίμα αντικατασταθεί με την απορρόφηση υγρού από τους ιστούς ή με την τεχνητή εισαγωγή υγρών.

Συμπτώματα από τη στέρηση οξυγόνου αναπτύσσονται μετά από την απώλεια 50% περίπου, του όγκου του αίματος.

Σε περιπτώσεις που είναι πολύ γρήγορη η καταστροφή του αίματος, οι κύριες εκδηλώσεις συνδέονται με τη διήθηση των παραγώγων του καταστραμένου αίματος. Ο πυρετός, όπως και ο κοιλιακός πόνος, ο οποίος συνήθως απαντάται σ' αυτές τις περιπτώσεις, είναι πιθανόν σε μεγάλη έκταση, αποτελέσματα προκαλούμενα από την υπερβολική ποσότητα των προϊόντων διασπάσεως.

- Το πρώτο βήμα για τη διάγνωση μιας περίπτωσης αναιμίας, είναι ο καθορισμός του κατά πόσο αυτή είναι ορθοκυτταρική, μακροκυτταρική, μικροκυτταρική ή υπόχρωμη. Για το σκοπό αυτό γίνεται επιμελής μέτρηση του αριθμού των ερυθροκυττάρων, της ποσότητας της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη, της μέσης πυκνότητας της αιμοσφαιρίνης κατά ερυθρό αιμοσφαίριο (της Μ.Π.Α.Ε.Α.) και του μέσου όγκου των ερυθρών αιμοσφαιρίων (του Μ.Ο.Ε.Α.).

- Τα θεραπευτικά μέτρα κατά των αναιμιών τα τελευταία χρό-

νια έχουν λάβει εκτεταμένη βελτίωση. Τα μέτρα τα οποία χρησιμοποιούνται σήμερα είναι τα εξής:

A. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΝ ΣΕ ΜΙΑ ΕΛΛΕΙΨΗ

- α) Βιταμίνη B12 - Για κακοήθεις αναιμίες και παρομοίων διαταραχών.
- β) Φυλλικό οξύ - Για μεγαλοβλαστικές και μακροκυτταρικές αναιμίες.
- γ) Σίδηρος - Για περιπτώσεις μικρής ή μεγάλης έλλειψης σιδήρου.
- δ) Απεξηραμένος θυροειδής - Για αναιμία του υποθυρεοειδισμού.
- ε) Ασκορβικό οξύ - Για αναιμία του σκορβούτου.
- στ) Στεροειδή - Για νόσο του Addison.

B. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΒΕΛΤΙΩΝΟΥΝ Ή ΤΡΟΠΟΠΟΙΟΥΝ

- α) Αντιβιοτικά και άλλα μέτρα για τη θεραπεία των διάφορων λοιμώξεων.
- β) Χημειοθεραπευτικοί παράγοντες και ακτινοβολία για λευχαιμία.
- γ) Άλλα μέτρα που έχουν στόχο την αντίσταση στη νόσο.

Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

- α) Αδρενοκορτικοστεροειδή - Ειδικά για περιπτώσεις επίκτητης αιμολυτικής αναιμίας.
- β) Σπληνεκτομή - Για τις περιπτώσεις της κληρονομικής σφαιροκυττάρωσης.

Δ. ΜΕΤΡΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΟΚΑΘΙΣΤΟΥΝ ΤΟΝ ΟΓΚΟ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΝΟΥΝ ΠΡΟΕΚΑΙΡΑ ΤΗΝ ΑΝΑΙΜΙΑ

- α) Μετάγγιση ολικού αίματος.
- β) Χορήγηση πεπλυμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Ε. ΜΕΤΡΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΤΕΙΝΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΠΡΟΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΙΑ ΑΜΦΙΒΟΛΗΣ ΟΜΩΣ ΑΣΙΑΣ

- α) Κοβάλτιο
- β) Αδρενοκορτικοστεροειδή.
- γ) Ανδρογόνες ορμόνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΜΕΘΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

1. Ορισμός - Κλινική Εμφάνιση

Η μεθαιμορραγική αναιμία είναι αναιμία που οφείλεται σε απώλεια αίματος και διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Η μορφή αυτή της αναιμίας ποικίλλει σημαντικά όσον αφορά την κλινική της εμφάνιση, η οποία εξαρτάται από τη θέση της αιμορραγίας, τη βαρύτητα και την ταχύτητα εμφάνισής της. Στα δυο άκρα βρίσκονται η οξεία κεραυνοβόλα αιμορραγία, που προκαλεί υποογκαιμικό shock και η χρόνια λανθάνουσα απώλεια αίματος, που οδηγεί σε σιδηρο - πενική αναιμία.

Άτομα που υπέστησαν μια οξεία αιμορραγία εμφανίζουν συμπτώματα και σημεία που οφείλονται στην υποξία και την υποογκαιμία. Ανάλογα με τη βαρύτητα της αιμορραγίας ο ασθενής θα εμφανίζει κόπωση, καταβολή, ζάλη, λήθαργο ή κόμα. Συχνά είναι ωχρός, παρουσιάζει δε επιδρώσεις και διεγέρσεις.

Τα βασικά συμπτώματα οφείλονται στην αντισταθμιστική λειτουργία του καρδιοαναπνευστικού συστήματος στην απώλεια αίματος. Ο ασθενής θα εμφανίζει υπόταση και ταχυκαρδία ανάλογα με το βαθμό αιμορραγίας.

Η αποκάλυψη ορισμένων ορθοστατικών σημείων είναι χρήσιμη στην αρχική εκτίμηση της κατάστασης ενός αρρώστου με οξεία απώλεια αίματος. Αν ο σφυγμός ανέλθει 25% ή και περισσότερο από τη μετακίνησή του από την ύπτια στην όρθια θέση ή η αρτηριακή πίεση πέσει 20 mmHg ή και πλέον, είναι πολύ πιθανό ότι ο ασθενής έχει σημαντική ελάττωση του όγκου του αίματος (απώ-

λεια αίματος 100 ml), η οποία απαιτεί γρήγορη αντικατάσταση.

Εάν η απώλεια του αίματος είναι μεγαλύτερη από 1500 ml, τότε εμφανίζεται συνήθως καρδιαγγειακό collapse. Εάν η απώλεια του αίματος είναι οξεία και πρόσφατη, το περιφερικό αίμα ενδέχεται να μη δείξει σημαντική ελάττωση του αιματοκρίτη επειδή υπάρχει παράλληλη απώλεια ερυθρών και πλάσματος. Συχνά παρατηρείται μέτρια λευκοκυττάρωση και "στροφή προς τα αριστερά" του λευκοκυτταρικού τύπου. Θρομβοκυττάρωση ανευρίσκεται συχνά τόσο στην οξεία όσο και στη χρόνια απώλεια του αίματος.

Τις πρώτες μέρες μετά την αιμορραγία παρατηρείται αύξηση των δικτυοερυθροκυττάρων. Σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζονται εμπύρνηνα ερυθρά στο περιφερικό αίμα. Επειδή τα νεαρά ερυθρά είναι μεγαλύτερα από τα μεγαλύτερης ηλικίας, ενδέχεται ο ασθενής να εμφανίσει στους ερυθροκυτταρικούς δείκτες μακροκυττάρωση (MCV 100-105 fl). Όπως ελέχθη ήδη, η δικτυοερυθροκυττάρωση θα εξακολουθήσει εάν συνεχίζεται και η απώλεια αίματος, ώσπου να εξαντληθούν τα αποθέματα του σιδήρου.

Η εσωτερική αιμορραγία ενδέχεται να συνοδεύεται από αύξηση της ελεύθερης (έμμεσης) χολερυθρίνης, συχνά δε και από μεθαιμαλβουμιναιμία. Οι ανωμαλίες αυτές οφείλονται στην αύξηση του καταβολισμού της αίμης στα εξαγγειωθέντα ερυθρά αιμοσφαίρια. Ασθενείς με μεγάλη ποσότητα αίματος στο έντερο έχουν συχνά αύξηση της ουρίας.

Έχει μεγάλη σημασία να γίνει σύντομη μελέτη των ασθενών αυτών και να αρχίσει η θεραπεία χωρίς καθυστέρηση. Στο χρόνο που απαιτείται για να γίνουν οι δοκιμασίες διασταυρώσεως για μετάγγιση αίματος χορηγούνται χλωριονατριούχος ορός ή διάλυμα Ringer-γαλακτικού ή κατά προτίμηση κολλοειδές διάλυμα αλβουμίνης 5% για τη διόρθωση της υποογκαιμίας.

Η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου και η μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσεως είναι χρήσιμοι δείκτες του όγκου των υγρών που θα απαιτηθούν. Κατά τη διάρκεια ή και αμέσως μετά την παραπάνω επείγουσα αγωγή ή εφαρμογή των διαγνωστικών μεθόδων ενδέχεται να αποκαλύψει το σημείο ή σημεία από τα οποία προέρχεται η αιμορραγία. Εάν η αιμορραγία προέρχεται από πολλά μέρη (δέρμα, βλεννογόνους, ούρα κ.λ.π.) θα πρέπει να γίνεται γρήγορα έλεγχος τυχόν αιμορραγικής διαθέσεως.

Η απόδειξη της προέλευσης της αιμορραγίας από το γαστρεντερικό σωλήνα μπορεί να επιβάλει την εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα. Επίσης οι κατάλληλες ακτινολογικές εξετάσεις ενδέχεται να αποκαλύψουν σημεία εσωτερικής αιμορραγίας, λ.χ. οπισθοπεριτοναϊκής.

Η χρόνια απώλεια αίματος οφείλεται συνήθως σε βλάβες του γαστρεντερικού σωλήνα ή της μήτρας.

Ο έλεγχος των κοπράνων για την αναζήτηση λανθάνουσας αιμορραγίας είναι ουσιώδης για τη μελέτη της αναιμίας, αν και συχνά παραλείπεται. Πολλές φορές χρειάζεται να γίνουν εξετάσεις πολλών δειγμάτων, γιατί καμιά φορά η αιμορραγία του πεπτικού σωλήνα είναι διαλείπουσα.

Οι αιματολογικές εκδηλώσεις της χρόνιας απώλειας του αίματος είναι οι της χρόνιας σιδηροπενικής αναιμίας.

2. Αιματολογική Εικόνα

Σε μέτρια μεθαιμορραγική αναιμία τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι συνήθως νορμοκύτταρα ή ελαφρώς μικροκύτταρα. Υποχρωμία δεν εμφανίζεται, εκτός εάν η αναιμία είναι προχωρημένη.

Όταν η αναιμία είναι σημαντική, τότε σε μια καλή λεπτή επίστρωση περιφερειακού αίματος αποκαλύπτονται λεπτά ανοιχτόχρω-

μα ερυθρά αιμοσφαίρα φτωχά σε αιμοσφαιρίνη. Σε βαριές περιπτώσεις έχουν όψη δακτυλιοειδή. Επίσης ανευρίσκονται μερικά πολύ μικρά ερυθρά κύτταρα στοχοκύτταρα, ελλειπτοκύτταρα, καθώς και με παράδοξο σχήμα ή ερυθροκύτταρα με φυσιολογική περιεκτικότητα σε αιμοσφαιρίνη.

Ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων μπορεί να είναι φυσιολογικός ή σχεδόν φυσιολογικός ή ακόμα και αυξημένος, ενώ η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης είναι πολύ ελαττωμένα.

Η αναιμία είναι υπόχρωμη και μικροκυτταρική. Η εκατοστιαία αναλογία των δικτυοερυθροκυττάρων συνήθως είναι φυσιολογική, είναι όμως δυνατό να αυξηθεί παροδικά μετά από οξύ επεισόδιο αιμορραγίας.

Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι φυσιολογικός ή ελαφρά ελαττωμένος, ενώ ο αριθμός των αιμοπεταλίων ποικίλει.

Ο μυελός των οστών αποκαλύπτει μέτρια ερυθροβλαστική υπερπλασία. Πολλοί από τους ώριμους νορμοβλάστες έχουν λίγο μόνο πρωτόπλασμα. Η ενισχυμένη δοκιμασία ισταμίνης δείχνει πραγματική αχλωρυδρία στο 16% των ασθενών.

Σε πολλές περιπτώσεις, με τη βοήθεια της βιοψίας του βλεννογόνου του στομάχου, έχει αποδειχθεί επιπολής γαστρίτιδα ή μέτρια ατροφία. Στην περίπτωση αυτή ενδέχεται να παραβλάπτεται η απορρόφηση του σιδήρου, οπότε δημιουργείται φαύλος κύκλος.

Η σιδηροθεραπεία προκαλεί σε μερικές περιπτώσεις επανεμφάνιση της εκκρίσεως του ελεύθερου υδροχλωριού οξέος, ιδιαίτερα σε νέα άτομα. Σε πολλούς όμως ασθενείς ούτε οι εκκριτικές ούτε οι μορφολογικές βλάβες του βλεννογόνου επανέρχονται στο φυσιολογικό.

3. Διάγνωση

Πριν εμφανισθεί σημαντική αναιμία θα πρέπει να εξαντληθούν τα αποθέματα του σιδήρου. Κατά συνέπεια σε αμφίβολες περιπτώσεις όταν η αιματολογική εικόνα δεν είναι σαφής ή η αναιμία δεν είναι τόσο βαρεία ώστε να προκαλέσει τα κλασσικά ευρήματα, είναι φρόνιμο να προσδιορίζεται ο σίδηρος και η σιδηροφιλίνη.

Παρά το ότι ο σίδηρος του ορού είναι χαμηλός τόσο στις περιπτώσεις της μεθαιμορραγικής αναιμίας όσο και στην αναιμία των χρόνιων παθήσεων, εν τούτοις στην τελευταία περίπτωση η σιδηροδεσμευτική ικανότητα μειώνεται χαρακτηριστικά σε τιμές κάτω από τις φυσιολογικές, ενώ στην πρώτη περίπτωση συχνά αυξάνει πάνω από 450 mg/ml.

Χρήσιμη πρόσθετη εξέταση είναι η εξέταση του μυελού των οστών μετά από χρώση για σίδηρο.

Σε ανεπάρκεια σιδήρου δεν υπάρχει σίδηρος, ενώ ο σίδηρος του μυελού είναι φυσιολογικός ή αυξημένος στην αναιμία των χρόνιων παθήσεων.

Η μέτρηση της φερριτίνης του ορού παρέχει αξιόπιστα ευρήματα σχετικά με την εκτίμηση των αποθεμάτων σιδήρου και μπορεί να καταστήσει την εξέταση του μυελού των οστών περιττή. Αν δεν υπάρχουν δυνατότητες προσδιορισμού του σιδήρου του ορού ή της φερριτίνης, η χορήγηση σιδήρου μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη στη διάγνωση.

Τα σαφέστερα αποτελέσματα αυτής της θεραπευτικής δοκιμασίας λαμβάνονται στις περιπτώσεις που η αναιμία είναι σε βαριά μορφή και δεν υπάρχει άλλη υποκείμενη νόσος, που να εμποδίζει την ικανοποιητική ανταπόκριση.

Εάν αρχίσει η παραπάνω θεραπευτική δοκιμασία αποδεικνύεται χρήσιμος ο τακτικός προσδιορισμός των δικτυοερυθροκυττάρων τις

πρώτες 10 ημέρες της θεραπείας. Θεωρείται ότι υπάρχει ανταπόκριση όταν αυξηθούν σημαντικά τα δικτυοερυθροκύτταρα 7-10 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Σε μια θεραπευτική δοκιμασία 3-4 εβδομάδων θα πρέπει σε αυτή την περίπτωση να αυξάνει η αιμοσφαιρίνη 0,2 g/100 ml ή και περισσότερο κάθε μέρα.

Η μεθαιμορραγική αναιμία δεν είναι το μόνο αίτιο υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας* υπάρχουν κι άλλες μικροκυτταρικές υπόχρωμες αναιμίες.

4. Θεραπεία

Για τον ασθενή από μεθαιμορραγική αναιμία, μόνο η χορήγηση σιδήρου δεν αποτελεί επαρκή θεραπεία. Είναι πολύ σημαντική η αναζήτηση και η διόρθωση - όπου αυτό είναι δυνατό - της αιτίας.

Στο σημείο αυτό είναι μεγάλη η ευθύνη του γιατρού, δεδομένου ότι μόνη η σιδηροθεραπεία θα διορθώσει την αναιμία προσωρινά, αλλά η ευκαιρία να θεραπευθεί ένα κακοήδες νεόπλασμα, λ.χ. καρκίνωμα του τυφλού ή κάποια άλλη ιάσιμη πάθηση, μπορεί να χαθεί αν δεν αποκαλυφθεί η αιτία της αναιμίας.

Αναφορικά με το είδος του σιδηρούχου σκευάσματος που μπορεί να χορηγηθεί, θα πρέπει να λεχθεί πως δεν έχει ανακαλυφθεί καλλίτερο φάρμακο από τον θειϊκό σίδηρο. Η προσθήκη άλλων μετάλλων, όπως λ.χ. χαλκού ή κοβαλτίου ή προσθήκη βιταμινών κ.λ.π. δεν κάνουν τίποτε άλλο από το να ανεβάζουν το κόστος της θεραπείας.

Συνιστάται θειϊκός σίδηρος (300 mg του ένυδρου θειϊκού σιδήρου ή 200 mg του άνυδρου άλατος) σε δόση 3 έως 4 δισκίων ημερησίως. Με τη δόση αυτή το 25% περίπου των ασθενών παραπονούνται για παρενέργειες από το πεπτικό σύστημα, όπως λ.χ. ναυτία, κοιλιακές κράμπες και διάρροια. Παρόλα αυτά και το 13% των ασθενών που παίρνουν εικονικό φάρμακο (placebo) παρουσιάζουν όμοια συμπτώματα.

Η δόση θα πρέπει να αυξάνεται βαθμιαία, δηλαδή ένα δίσκιο την πρώτη μέρα, δυο δίσκια τη δεύτερη μέρα κ.ο.κ., γιατί έτσι αναπτύσσεται ανοχή στο σίδηρο και εμφανίζονται λιγότερες παρενέργειες από το πεπτικό. Ο σίδηρος είναι ευκολότερο να χορηγείται μετά το φαγητό, αλλά η απορρόφηση είναι καλλίτερη αν λαμβάνεται με κενό το στομάχι, αν βέβαια αυτό είναι ανεκτό.

Η χορήγηση του θειϊκού σιδήρου ακολουθείται από αύξηση των δικτυοερυθροκυττάρων και αναγέννηση της αιμοσφαιρίνης. Τις πρώτες 3 εβδομάδες απορροφάται το 15% περίπου του σιδήρου που χορηγείται από το στόμα. Μετά ταύτα η απορρόφηση μειώνεται στο 5%. Απαιτείται θεραπεία τουλάχιστον 6 μηνών, εάν σκοπός είναι και η επαναπλήρωση των αποθηκών σιδήρου.

Σπάνια απαιτείται παρεντερική θεραπεία. Εάν η απορρόφηση του σιδήρου είναι μικρή, όπως λ.χ. συμβαίνει σε μερικές περιπτώσεις στεατόρροιας ή εάν η βασική νόσος παρεμποδίζει τη χρησιμοποίησή του, όπως λ.χ. σε τοπική ειλεΐτιδα, ελκώδη κολίτιδα, ειλεοστομία, κολοστομία, τότε μπορεί να χορηγηθεί σίδηρος με δεξτράνη ενδομυϊκώς.

Η πρώτη δόση πρέπει να είναι μικρή, 50 mg, επειδή είναι ενδεχόμενο να εμφανισθούν αντιδράσεις, καμιά φορά σοβαρές.

Με τη συνεχή θεραπεία των ενέσεων μπορεί να δοθούν συνολικά από 1,5 g - 2 g σιδήρου.

Η ενδοφλέβια οδός έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει παρενέργειες, παρά ταύτα εφαρμόζεται εκεί όπου δεν είναι ανεκτές οι ενδομυϊκές ενέσεις.

Το διάλυμα σιδήρου - δεξτράνης μπορεί να χορηγηθεί σε άμεση ενδοφλέβια έγχυση ή να αραιωθεί σε 200 ml αποστειρωμένου χλωρονατριούχου ορού και να χορηγηθεί στάγδην ενδοφλεβίως. Στην αρχή χορηγούνται 1-2 σταγόνες ενδοφλεβίως και αν δεν εμφανισθούν

ανεπιθύμητες αντιδράσεις για 5', τότε χορηγούνται βραδέως 500 mg.

Το συνολικό ποσό του παρεντερικού σιδήρου υπολογίζεται με βάση το έλλειμμα στη μάζα των ερυθρών αιμοσφαιρίων στο οποίο προστίθενται 100 mg για την επαναπλήρωση των αποθηκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΟΡΦΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΘΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

1. Οξεία μορφή μεθαιμορραγικής αναιμίας

Η μορφή αυτή μεθαιμορραγικής αναιμίας είναι αποτέλεσμα μεγάλης απώλειας αίματος, μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Συμβαίνει μετά από τραυματισμό (αιμορραγία εσωτερική ή εξωτερική) ή από κάποια άλλη πάθηση που εκδηλώνεται συνήθως ως αιματέμεση, αιματουρία, αιμόπτυση κ.ά.

Κλινική εικόνα: Η εμφάνιση των συμπτωμάτων, από την οξεία απώλεια αίματος, εξαρτάται από το μέγεθος της αιμορραγίας και την ταχύτητά της, ανεξάρτητα από το αν αυτή είναι εξωτερική ή εσωτερική.

Ένα άτομο είναι δυνατό να αντέξει την απώλεια ακόμη και μέχρι 50% του αίματός του, εάν η αιμορραγία παραταθεί του εικοσιτετραώρου ή και περισσότερο, αλλά ο θάνατος είναι δυνατό να επέλθει και μετά από απώλεια 33% ή 1500 έως 2000 κ.εκ. αίματος, εάν αυτή είναι πολύ γρήγορη.

Τα κλασσικά σημεία της οξείας αιμορραγίας είναι, κατάπτωση των δυνάμεων, ανησυχία, δίψα, εφίδρωση, γρήγορη και επιπολαιη αναπνοή, γρήγορος τριχοειδής σφυγμός και πτώση της πίεσεως του αίματος και του σφιγμού.

Η βαρύτητα της αιμορραγίας δεν είναι δυνατό να υπολογισθεί αμέσως από τη μέτρηση του αίματος, γιατί η αγγειοσύσπαση από τη μια και η συνεχιζόμενη αραίωση του αίματος από τα υγρά που εισέρχονται μέσα στα αγγεία από τους ιστούς, από την άλλη, παρέχουν εσφαλμένους υψηλούς και χαμηλούς αριθμούς, αντίστοιχα.

Εάν η αιμορραγία προέρχεται από τον εντερικό σωλήνα, πα-

ρατηρείται αύξηση της ουρίας του αίματος ("τροφική αζωθαιμία"). Ο βαθμός αυτής αποτελεί χρήσιμο δείκτη του αίματος που χάθηκε, καθώς και για την πρόγνωση, αφού οι τιμές πάνω από 50 mg ανά 100 κ.εκ. ή μεγαλύτερες θεωρούνται σπουδαίας προγνωστικής σημασίας.

Εάν το αίμα εκχέεται μέσα από μια κοιλότητα του σώματος ή μέσα από κύστη, τα απορροφούμενα προϊόντα της αιμοσφαιρίνης διασπώνται και είναι δυνατό να προκαλέσουν ίκτερο.

Μέτριος πυρετός είναι δυνατό να συνοδεύει τη γαστροεντερική αιμορραγία και πολύς πυρετός είναι δυνατό να επέλθει, όταν το αίμα φεύγει από μυϊκά όργανα ή κοιλότητες του σώματος.

Ευρήματα από το αίμα: Οι πρώτες επιδράσεις στο αίμα, μετά από οξεία μεθαιμορραγική αναιμία, είναι η αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων που μπορεί να φθάσουν μέχρι 1.000.000 κατά κ.χιλ. και ο αργός ρυθμός του χρόνου πήξεως. Οι μεταβολές αυτές επέρχονται μέσα στη ν πρώτη ώρα.

Ακολουθεί πολυμορφοκυτταρική λευκοκυττάρωση που είναι δυνατό να φθάσει μέσα σε δυο έως πέντε ώρες, σε 10.000 έως 20.000 το περισσότερο.

Αύξηση των δικτυοκυττάρων δεν γίνεται πριν ή αφού περάσουν 24 έως 48 ώρες και ο μέγιστος αριθμός τους είναι συνήθως 5 έως 15%, όπου και βρίσκεται μεταξύ τέταρτης και έβδομης ημέρας μετά την αιμορραγία.

Ο σίδηρος του πλάσματος πέφτει βαθμιαία μετά την οξεία απώλεια αίματος.

Ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η αιμοσφαιρίνη και ο συμπαγής όγκος των ερυθροκυττάρων που είναι στην αρχή ψηλός, λόγω της αγγειοσυσπάσεως και της επανακατανομής των κυττάρων, ελαττώνεται και συνεχίζει να πέφτει ακόμη και μετά τη διακοπή της αιμορραγίας. Αυτό βέβαια οφείλεται στην αναπροσαρμογή του όγκου

του αίματος καθώς και από την αραίωση του αίματος από τα υγρά των ιστών.

Εάν η αιμορραγία ήταν πολύ βαριά, μετά από αρκετές ημέρες εμφανίζονται μυελοβλάστες και πολυχρωματοφιλία.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι γενικά, φυσιολογικά ως προς την εμφάνιση και η αναιμία είναι συνήθως νορμοκυτταρική. Εάν η αιμορραγία ήταν μεγάλη και ο ερεθισμός του μυελού των οστών πολύ έντονος, αναπτύσσεται μια ελαφρά μακροκυττάρωση (μέσος όγκος ερυθροκυττάρων μέχρι 105 σ.μ.), η οποία διαρκεί για αρκετές μέρες κατά τη διάρκεια της μεγαλύτερης δικτυοκυττάρωσης.

Η εμφάνιση της υποχρωμίας δημιουργεί την υποψία για ύπαρξη προηγούμενων αιμορραγιών.

Σε ένα κατά τα άλλα υγιές άτομο, η αναγέννηση του αίματος είναι γρήγορη και πιθανόν να επέλξει χωρίς θεραπεία οποιουδήποτε είδους. Σε αιμοδότες από τους οποίους αφαιρούνταν κατά μέσο όρο 555 κ.εκ. αίματος οι Fowler και Bargerb, παρατήρησαν μια μέση πτώση της αιμοσφαιρίνης 2,3 γραμ., ποσότητα που απαιτεί 50 ημέρες για αντικατάσταση.

Μετά από δέκα έως δεκατέσσερες ημέρες δεν υφίστανται μορφολικά στοιχεία δραστηκής αναγέννησης ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο αριθμός των λευκοκυττάρων πρέπει να είναι φυσιολογικός μετά από τρεις ή τέσσερες ημέρες.

Η συνεχιζόμενη αιμορραγία δείχνει πως είναι σε ψηλά επίπεδα τα δικτυοκύτταρα. Επίμονη λευκοκυττάρωση είναι δυνατό να προκληθεί από αυτή την αιτία ή από αιμορραγία μέσα σε κοιλότητες του σώματος ή από επιπλοκές. Οι τελευταίες ιδίως λοιμώξεις, τείνουν στην καθυστέρηση της αιμοποιητικής απάντησης.

Διάγνωση: Η ξαφνική αρχή βαρειάς αναιμίας, όσες φορές δεν οφείλεται σε μια εμφανή αιτία, στρέφει αμέσως τις υποψίες στο

γαστρεντερικό σωλήνα ή, εφόσον ο ασθενής είναι γυναίκα, προς τα όργανα αναπαραγωγής, ως προς την έδρα της αιμορραγίας.

Η οξεία αιμολυτική αναιμία είναι σπάνια και συνοδεύεται από χολερυθριναιμία, αιμοσφαιριναιμία κ.ά.

Η αιμορραγία μέσα σε κοιλότητες του σώματος ή μέσα σε μια κύστη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ικτέρου.

Η οξεία απώλεια αίματος μπορεί να είναι σύμπτωμα μιας διαταραχής του αίματος.

Σε περιπτώσεις αιμορραγικής πορφύρας, τα αιμοπετάλια μειώνονται στον αριθμό, παρατείνεται ο χρόνος πήξεως και ο θρόμβος δεν συστέλλεται.

Σε περιπτώσεις απλαστικής αναιμίας δεν υφίσταται μόνο αναιμία και θρομβοκυτταροπενία αλλά και λευκοπενία.

Τέλος, σε περιπτώσεις αιμοφιλίας, η εικόνα του αίματος είναι ίδια με αυτή της οξείας μεθαιμορραγικής αναιμίας, εκτός του παρατεταμένου χρόνου πήξεως και άλλων συναφών μεταβολών.

Θεραπεία: Οι άμεσες επιδιώξεις κατά τη θεραπεία της οξείας απώλειας αίματος είναι:

- α) η διακοπή της αιμορραγίας
- β) η αποκατάσταση του όγκου του αίματος
- γ) η θεραπεία της καταπληξίας (shock).

Όταν η αιμορραγία είναι βαριάς μορφής και σε κατάσταση shock ή προ-shock, γίνεται γρήγορη αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών με τη χορήγηση, από την ενδοφλέβια οδό, διαλυμάτων φυσιολογικού ορού ή υποκαταστάτων του πλάσματος (Rheomacrodex).

Όταν η απώλεια αίματος είναι σε μικρό βαθμό συνιστάται ανάπαυση και χορηγούνται υγρά από το στόμα ή παρεντερικά, καθώς και σίδηρος για ένα μήνα.

2. Χρόνια μορφή μεθαιμορραγικής αναιμίας

Η μορφή αυτή μεθαιμορραγικής αναιμίας, οφείλεται σε συνεχείς ή συχνές, μικρού βαθμού, αιμορραγίες, που προκαλούν απώλεια αίματος σε βαθμό που αυτή υπερβαίνει την ικανότητα του οργανισμού να το αναπαραγάγει.

Η συνεχής αιμορραγία προκαλεί απώλεια σιδήρου καθώς τα αποθέματά του στο ήπαρ ελαττώνονται κι έτσι αναστέλλεται η παραγωγή αιμοσφαιρίνης.

Αυτό παρατηρείται κυρίως σε αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα (έλκος του δωδεκαδακτύλου, καρκίνος του παχέος εντέρου, παράσιτα του εντέρου, αιμορροΐδες) ή από αιμορραγία στον κόλπο (συνήθως από μεγάλη απώλεια αίματος κατά την έμμηνο ρύση).

Κλινική εικόνα: Στην αρχή τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι ελάχιστα, όταν όμως η αναιμία καταστεί σοβαρή, εμφανίζονται τα εξής:

- 1) αδυναμία και εύκολη κόπωση
- 2) ωχρότητα του προσώπου
- 3) ζάλη, λιποθυμία, κεφαλαλγίες
- 4) διαταραχές της εμμήνου ρύσεως στις γυναίκες
- 5) ταχυσφυγμία και δύσπνοια στην κόπωση
- 6) χαμηλή αρτηριακή πίεση.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια στην εξέταση του αίματος εμφανίζονται υπόχρωμα και μικροκυτταρικά.

Η αιμοσφαιρίνη είναι ελαττωμένη και μπορεί να κατέβει και κάτω των 5.

Ο μυελός των οστών εμφανίζει υπερπλασία.

Θεραπεία: Ο κύριος στόχος είναι ο εντοπισμός και η αντι-

μετώπιση της κύριας αιτίας απώλειας αίματος. Για την ανεύρεση του αιτίου, απαιτείται καλή λήψη ιστορικού και ως προς την έμμηνο ρύση, η λήψη φαρμάκων και η αποκάλυψη τυχόν άλλης φύσεως αιμορραγία. Η εργαστηριακή έρευνα απαιτεί πολλές εξετάσεις κατ' επανάληψη κοπράνων για Hb, πλήρη ακτινολογικό έλεγχο πεπτικού συστήματος, ορθοσκόπηση, κολονοσκόπηση κ.ά. Διαφορετικά η απώλεια του αίματος δεν μπορεί να φανεί από πού προέρχεται.

Η χορήγηση σιδήρου είναι αναγκαία και μπορεί να γίνει με δυο τρόπους:

1. Από το στόμα υπό μορφή δισκίων θειϊκού σιδήρου (δισθενούς, ferrous sulphate), τα οποία περιέχουν 260 mg του άλατος ή 60 mg στοιχειακού σιδήρου. Αντί αυτού για τη μείωση ανεπιθύμητων ενεργειών στο στομάχι, έχουν δοκιμασθεί άλλα άλατα Fe, όπως γλυκονικός σίδηρος, ηλεκτρικός σίδηρος κ.ά. Για τα παιδιά αλλά και για τους ενήλικους διατίθεται σίδηρος σε υγρή μορφή, ως θειϊκός σίδηρος σε σιρόπι ή σταγόνες.
2. Παρεντερικώς για τις εξής περιπτώσεις: α) αποφυγή έντονων ανεπιθύμητων ενεργειών με τη λήψη από το στόμα, β) γρήγορη διόρθωση της αναιμίας καθώς η σιδηροθεραπεία από το στόμα είναι πιο αργή, γ) παθήσεις του πεπτικού συστήματος ως ενεργού έλκους στομάχου, νόσου Crohn, ελκώδους κολίτιδας και δ) ελαττωμένη απορροφητική ικανότητα του εντέρου.

Ο σίδηρος παρεντερικώς χορηγείται ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως. Έχει παρατηρηθεί πως το 5% απ' αυτούς που η χορήγηση γίνεται ενδομυϊκώς, παρουσιάζει πυρετό και διόγκωση των βουβωνικών αδένων, συμπτώματα που υποχωρούν με τη διακοπή του φαρμάκου. Ενδοφλεβίως τα σκευάσματα Fe μπορεί να προκαλέσουν αναφυλακτική προσβολή, η οποία είναι θανατηφόρα, γι' αυτό πρέπει να γίνεται μόνο εντός νοσοκομείου η ενδοφλέβια σιδηροθεραπεία.

Για παρεντερική χορήγηση διατίθενται τα ακόλουθα σκευάσματα:

- 1) Σύμπλοκο υδροξειδίου του σιδήρου και δεξτράνης.
- 2) Σύμπλοκο σιδήρου, σορβιτάλης και κιτρικού οξέος (μόνο για ενδομυϊκή χορήγηση).
- 3) Σύμπλοκο πολυμαλτοζικού υδροξειδίου του Fe.

Βέβαια στις περιπτώσεις που η χρόνια μεθαιμοραγική αναιμία είναι βαριάς μορφής, τότε η χορήγηση αίματος γίνεται απαραίτητη.

3. Νοσηλευτική φροντίδα

A. Κατά την νοσηλευτική φροντίδα ενός ασθενούς με μεθαιμοραγική αναιμία ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να έχει καταρχήν υπόψη του, ότι όλοι οι ασθενείς με αιματολογικές διαταραχές έχουν ορισμένες κοινές κλινικές εκδηλώσεις για τις οποίες οπωσδήποτε πρέπει να είναι ενήμερος για να μπορεί να παρέμβει ανάλογα για καθεμία.

Οι κλινικές αυτές εκδηλώσεις και η ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα που απαιτούν, είναι οι εξής:

1. **Αιμορραγική διάθεση:** η νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτή την περίπτωση συνίσταται στα εξής:
 - α) Ο νοσηλευτής/τρια συμβουλεύει τον άρρωστο να προστατεύει τον εαυτό του, από διάφορους τραυματισμούς.
 - β) Διατηρεί τον άρρωστο σε ανάπαυση κατά την διάρκεια αιμορραγικών επεισοδίων.
 - γ) Θα πρέπει να εφαρμόζει μία πολύ ελαφριά πίεση στα αιμορραγούντα σημεία.
 - δ) Ύστερα από ιατρική εντολή, χρησιμοποιεί τοπικά, αιμοπατικές ουσίες.

ε) Είναι αναγκαίος ο έλεγχος για συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας.

ζ) Φροντίζει να γίνεται επανειλημμένα έλεγχος του αιματοκρίτη (ΗΤ) για διαπίστωση συνεχούς αιμορραγίας.

2. Δύσπνοια: η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτή την περίπτωση συνίσταται τα εξής:

α) Ο νοσηλευτής/τρια σηκώνει το επάνω μέρος του κρεβατιού.

β) Χρησιμοποιεί μαξιλάρια για να υποστηρίξει τον ασθενή στην ορθοπνοϊκή θέση.

γ) Χορηγεί O_2 .

δ) Προστατεύει τον ασθενή από μη απαραίτητες προσπάθειες.

3. Πόνος οστών και αρθρώσεων: η νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτή την περίπτωση είναι:

α) Ο νοσηλευτής/τρια εφαρμόζει θερμά ή ψυχρά επιθέματα, σύμφωνα πάντα με ιατρική εντολή.

β) Ύστερα από εντολή, εξασφαλίζει ακινητοποίηση των αρθρώσεων.

4. Πυρετός: η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτή την περίπτωση είναι η ακόλουθη:

α) Ο νοσηλευτής/τρια κάνει ψυχρές πλύσεις.

β) Ύστερα από ιατρική εντολή, χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα.

γ) Ενθαρρύνει ελεύθερα τη λήψη υγρών, εκτός βέβαια αν αντενδείκνύται.

δ) Διατηρεί την θερμοκρασία του περιβάλλοντος χαμηλή.

5. Άγχος, ασθενή και οικογένειας: η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στα εξής:

α) Ο νοσηλευτής/τρια εξηγεί την φύση, τις δυσχέρειες και τους περιορισμούς, των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τις διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες.

β) Ο νοσηλευτής/τρια, ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφράσει τα αισθήματά του.

Β. Κατά τη νοσηλευτική φροντίδα ενός ασθενούς με οξεία μεθαιμορραγική αναιμία, ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να έχει ως άμεσες επιδιώξεις την διακοπή της αιμορραγίας, την αποκατάσταση του όγκου του αίματος και την θεραπεία της καταπληξίας (SHOCK).

Από την στιγμή που ο νοσηλευτής φέρει σε πέρας τις επιδιώξεις του, ο ασθενής από οξεία μεθαιμορραγική αναιμία πρέπει να συμβουλευθεί για μία δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, βιταμίνες και ηλεκτρολύτες. Ο νοσηλευτής/τρια κάνει χρήση της υπό μορφής πουρέ, τροφών ακόμα κι αν η αιμορραγία προήλθε από το γαστρεντερικό σωλήνα. Επίσης ο νοσηλευτής/τρια ελέγχει ιδιαίτερα τις ποσότητες χορηγήσεως σιδήρου, γιατί ο κύριος περιοριστικός παράγοντας στην ταχύτητα παραγωγής αίματος είναι η ποσότητα του διαθέσιμου σιδήρου (από 1,2 έως 1,5 γραμ. είναι ο φυσιολογικός διαθέσιμος σίδηρος).

Όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα της οξείας μεθαιμορραγικής αναιμίας, στο πρώτο και επείγον στάδιο που αφορά την αναπλήρωση του αίματος, αυτή συνίσταται στα εξής:

1.- Ο νοσηλευτής/τρια παρατηρεί συνεχώς για συμπτώματα καταπληξίας (SHOCK), όπου σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν τα εξής συμπτώματα: α. το δέρμα γίνεται ωχρο, ψυχρό, κολλώδες και ο ασθενής περιλούεται από ιδρώτα, β. οι αναπνοές είναι συχνές και αβασθείς στην αρχή, αργότερα όμως γίνονται βαθιές και ο πάσχωβ βγάζει αναστεναγμούς, γ. ο σφυγμός είναι ταχύς και νηματοειδής, δ. η θερμοκρασία που είναι στην αρχή φυσιολογική, αργότερα εμφανίζει υποθερμία, ε. η αρτηριακή πίεση χαμηλή που όμως μπορεί να γίνει επικίνδυνη όταν πέσει κάτω των 80 MMHG και στ. εμφάνιση

διανοητικών διαταραχών (ανησυχία, ζάλη, λιποθυμία, διαταραχές της οράσεως, θόλωση της διάνοιας ή και απώλεια της συνείδησης από ανεπαρκή οξυγόνωση του εγκεφάλου).

2.- Ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει να γίνεται επανειλημμένος έλεγχος του αιματοκρίτη (HT) για διαπίστωση συνεχούς αιμορραγίας.

3.- Επειδή η εξέταση αίματος στην αρχή μπορεί να μην παρουσιάζει σημεία αναιμίας (από αιμοσυμπύκνωση), ενώ στη συνέχεια ανευρίσκεται ελάττωση της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη από την αραίωση του αίματος από τα υγρά που προέρχονται από τους ιστούς ή χορηγούνται απ' έξω και εισέρχονται στην κυκλοφορία για αποκατάσταση του όγκου του αίματος. Ο νοσηλευτής/τρια λαμβάνει αμέσως μέτρα για ταχεία αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών με την χορήγηση από την ενδοφλέβια οδό διαλυμάτων φυσιολογικού ορού ή υποκατάστατων του πλάσματος.

4.- Ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει για τον καθορισμό της ομάδας αίματος και την διασταύρωση με δείγμα αίματος του δότη.

5.- Εξηγεί στον ασθενή τον σκοπό και τον τρόπο εκτέλεσης της μετάγγισης.

6.- Ελέγχει κατά την απραλαβή από το τμήμα της αιμοδοσίας την ομάδα αίματος, τον αριθμό συμβατότητας, την ημερομηνία λήψης και το όνομα του ασθενή για τον οποίο προορίζεται η μετάγγιση. Ο ίδιος έλεγχος γίνεται στη νοσηλευτική μονάδα από τον γιατρό.

7.- Παρακολουθεί για σφάλματα τεχνικής (είσοδος αέρα κ.λ.π), εάν το χορηγούμενο αίμα πηγαίνει στη φλέβα και αν υπάρχει σταθερή ροή του αίματος κατά 1 λεπτό.

8.- Παρακολουθεί στενά τον ασθενή για την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών της μετάγγισης αίματος.

9.- Ο νοσηλευτής/τρια παίρνει ζωτικά σημεία πριν, κατά και μετά την μετάγγιση και εξασφαλίζει σύνδεση του ασθενή με καρδιακό MONITOR, για παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας.

10.- Παρακολουθεί για σημεία υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας (δύσπνοια - βήχα - κυάνωση).

11.- Στις περιπτώσεις που εμφανίζονται σημεία κυκλοφορικής υπερφόρτωσης, ο νοσηλευτής/τρια, διακόπτει την μετάγγιση, τοποθετεί τον ασθενή σε ανάρροπη θέση με τα πόδια κρεμασμένα και χορηγεί οξυγόνο (O_2). Επίσης έχει έτοιμο ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για να συνδεθεί στη συσκευή της μετάγγισης σε περίπτωση που θα εμφανιστούν σημεία αντίδρασης από την χορήγηση του αίματος. Δεν χορηγούνται διαλύματα γλυκόζης γιατί αυτά προκαλούν αιμόλυση και απόφραξη της συσκευής.

12.- Έχει έτοιμα φάρμακα για την αντιμετώπιση των αντιδράσεων από την χορήγηση αίματος (π.χ. επινεφρίνη).

13.- Στις περιπτώσεις που εμφανίζονται σημεία αντίδρασης από την χορήγηση αίματος, ο νοσηλευτής/τρια διακόπτει αμέσως την μετάγγιση και χορηγεί επινεφρίνη ή αντισταμινικό, σύμφωνα πάντα με την ιατρική εντολή.

Στη συνέχεια ελέγχει τα ζωτικά σημεία και την θερμοκρασία. Μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Ελέγχει τα ούρα για ύπαρξη αιμοσφαιρίνης (η απόφραξη των ουροφόρων σωληναρίων σαν αποτέλεσμα της αιμόλυσης είναι επικίνδυνη επιπλοκή της αιμολυτικής αντίδρασης). Χορηγεί μανιτόλη αγγειοσυσπαστικά ή και κορτικοειδή σύμφωνα πάντα με ιατρική εντολή (για αντιμετώπιση του SHOCK και προστασία των νεφρών).

Γ. Η νοσηλευτική φροντίδα στη χρόνια μεθαιμαρραγική αναιμία που έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια αίματος από τις συνεχείς και

μικρού βαθμού αιμορραγίες, συνίσταται στα εξής βασικά σημεία:

1. Στην αποφυγή κοπώσεως του ασθενή.
2. Στην σωστή διατροφή του ασθενή.
3. Στην ακριβή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής.
4. Στην παρότρυνση του ασθενή για επικοινωνία με τον γιατρό.
5. Στην ενημέρωση του ασθενή για την ασθένειά του και του τρόπου που μπορεί ο ίδιος να βοηθήσει τον εαυτό του.

Ο νοσηλευτής/τρια θέλοντας να βοηθήσει τον ασθενή που πάσχει από χρόνια μεθαιμορραγική αναιμία και να εφαρμόσει τη σωστή νοσηλευτική δραστηριότητα θα πρέπει για το κάθε ένα από αυτά τα βασικά σημεία να κάνει τα εξής:

1. Αποφυγή κοπώσεως του ασθενή: Ο νοσηλευτής/τρια για την αποφυγή κοπώσεως έχει υπόψη του ότι η διατήρηση ενεργειακού ισοζυγίου οδηγεί σε περιορισμό της υποξίας των ιστών, που είναι και η κύρια αιτία εύκολης κόπωσης και καταβολής δυνάμεων. Έτσι ειδικότερα αποφεύγεται η κόπωση με ανεξάρτητες νοσηλευτικές δραστηριότητες, όπως:

- α) Βοήθεια του ασθενή για την κάλυψη των αναγκών του σε θέματα ατομικής καθαριότητας.
- β) Βοήθεια του ασθενή για την λήψη τροφής.
- γ) Παροχή στον ασθενή αναπαυτικής θέσης.
- δ) Αποφυγή συγκινήσεων.

Η κόπωση αυξάνει τις ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο (O_2) η μείωση του οποίου με την πτώση της αιμοσφαιρίνης, οδηγεί σε αίσθημα κόπωσης και δύσπνοιας. Η δύσπνοια του ασθενή ανακουφίζεται με την χορήγηση μικρής ποσότητας οξυγόνου (O_2) και την τοποθέτηση του σε ανάρροπη θέση.

2. Σωστή διατροφή του ασθενή: Γίνεται σύσταση για εμπλουτι-

σμό του διαιτολογίου με τροφές οι οποίες περιέχουν σίδηρο και γενικότερα δίνεται βοήθεια στον ασθενή για να δεχθεί (βιολογικά και ψυχολογικά) την χορήγηση του σιδήρου από το στόμα ή παρεντερικά.

Πιο συγκεκριμένα ενθαρρύνεται ο ασθενής να παίρνει τροφές οι οποίες είναι πλούσιες σε σίδηρο, όπως κρέας, συκώτι, αλεύρι, πράσινα λαχανικά, γάλα και αυγά. Όταν ο σίδηρος χορηγείται από το στόμα και επειδή ερεθίζει το βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής, να τον παίρνει αμέσως μετά το φαγητό και πως υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσει κάποιο βαθμό δυσπεψίας.

Επίσης πληροφορείται να μην παίρνει το σίδηρο με γάλα, επειδή το γάλα εμποδίζει την απορρόφησή του, αλλά να τον συνοδεύει με βιταμίνη C ή χυμό πορτοκαλιού, επειδή διευκολύνει την απορρόφησή του και πως ο σίδηρος μεταβάλλει το χρώμα των κοπράνων σε μαυροπράσινο.

Λόγω του ότι τα άλατα του σιδήρου κάθονται πάνω στα δόντια και στους βλεννογόνους (ούλα), όταν δίνονται στον άρρωστο υγρά παρασκευάσματα (διαλύματα) σιδήρου, ενημερώνεται να τα αραιώνει σε πολύ νερό, να τα παίρνει με καλαμάκι και μετά την λήψη του να κάνει καλό βούρτσισμα των δοντιών και συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.

Όταν ο σίδηρος χορηγείται παρεντερικά, δηλ. στις περιπτώσεις που ο άρρωστος δεν μπορεί να ανεχθεί τον σίδηρο από το στόμα γιατί έχει ενοχλήματα από το στομάχι ή σοβαρές γαστρεντερικές διαταραχές ή όταν ο σίδηρος πρέπει να χορηγηθεί σε μεγάλες δόσεις θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη τοπικών και γενικά ανεπιθύμητων καταστάσεων. Οι ανεπιθύμητες γενικά καταστάσεις

προσλαμβάνονται ή μειώνεται η έντασή τους, με την βραδεία χορήγηση του φαρμάκου.

3. Φαρμακευτική αγωγή του ασθενή: Ο νοσηλευτής/τρια προσέχει ιδιαίτερα για την ακριβή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και την προφύλαξη του ασθενή από τις δυσμενείς επιδράσεις των χορηγούμενων φαρμάκων.

- Ενημερώνεται ο άρρωστος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, την ανακούφισή του από αυτές και την έγκαιρη διάγνωσή τους.

Για πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται, μπορεί ο ασθενής να παραπονεθεί για αίσθημα καύσου στην έκταση του γαστρεντερικού σωλήνα, τόσο κατά την διάρκεια της έγχυσης, όσο και αμέσως μετά από αυτήν.

- Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του για ανεπιθύμητες ενέργειες, ή τοξικές εκδηλώσεις της θεραπείας και βοηθείται κατάλληλα στην αντιμετώπισή τους.

4. Επικοινωνία ασθενή - ιατρού: Η παρότρυνση του ασθενή να επισκέπτεται τον γιατρό για την εκτίμηση της κατάστασής του, είναι απαραίτητη.

Ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να επεξηγεί κάθε τι που αφορά τις διαγνωστικές εξετάσεις (προετοιμασία - τεχνική - πως θα βοηθήσει ο ίδιος - σκοπός εξέτασης κ.λ.π) και να εξασφαλίζει κάθε δυνατή άνεση, τόσο κατά την διάρκεια των εξετάσεων, όσο και μετά από αυτές.

Εάν υπάρχει υποψία αιμορραγίας από τον γαστρεντερικό σωλήνα, θα πρέπει να γίνουν πολλές και κουραστικές διαγνωστικές εξετάσεις όπως συγκεκριμένα ακτινογραφίες του γαστρεντερικού σωλήνα, εξέταση κοπράνων για τυφλές αιμορραγίες, γαστροσκόπηση και ορθοσιγ-

μοειδοσκόπηση. Ο ασθενής σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να κατανοήσει την σπουδαιότητα αυτών των εξετάσεων, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η συνεργασία του.

5. Ενημέρωση του ασθενή: Η ενημέρωση του ασθενή για την ασθένειά του, καθώς και του τρόπου βοήθειας του ίδιού για την αντιμετώπισή της είναι μία από τις βασικές φροντίδες του νοσηλευτή /τριας.

Ενημερώνεται ο ασθενής πάνω σε όρους που έχουν σχέση με την ασθένεια, όπως για παράδειγμα μικροκυττάρωση, υποχρωμία, μειωμένη τιμή αιμοσφαιρίνης κ.λ.π και ενθαρρύνεται να δείξει θετική ανταπόκριση στην όλη θεραπεία, εφαρμόζοντας τις διατροφικές τροποποιήσεις που του συστάθηκαν και όλες τις θεραπευτικές και νοσηλευτικές συστάσεις.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Π Ε Ρ Ι Γ Ρ Α Φ Η
Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Ω Ν
Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Ε Ω Ν

A. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς: Γιαννακόπουλος Λουκάς

Ηλικία: 56 χρονών

Επάγγελμα: Αγρότης

Καταγωγή : Αίγιο

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Ελκώδης Κολίτιδα παρόξυνση

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Ο ασθενής εδώ και 2 χρόνια έχει διαροϊκές αιμοραγικές κενώσεις μέχρι 20 την ημέρα, με παροδικές υφέσεις και εξάρσεις. Πριν την κένωση έχει έντονο πόνο στο υπογάστριο που περνά μετά την κένωση. Ακόμη έχει έντονο αίσθημα τενετισμού.

Μετά από ορθοσκόπηση έγινε διάγνωση ελκώδης κολίτιδας και άρχισε θεραπεία με χάπια AZULFIDINE 0,5 (σουλφασαλαζίνη) 1Χ3 και κλύσματα BETNESEL (κορτιζονούχα).

Ήταν αρκετά καλά, έτρωγε κανονικά και δούλευε όλο το διάστημα αυτό. Επειδή όμως με την αγωγή που έκανε οι διάρροιες συνεχίζονταν, έκανε πάλι ορθοσκόπηση και η βιοψία από το βλενογόνο του ορθού έδειξε ελκώδη κολίτιδα. Του άλλαξαν την αγωγή. Άρχισε αγωγή με TABL ASACOL 500 MG και ENEMA COLITOAM από τις 5/6 και άρχισε να κάνει δίαιτα χωρίς λαχανικά, όσπρια και φρούτα. Οι διάρροιες όμως συνεχίζονταν και τις τελευταίες μέρες ήταν πολλές μέχρι 50 την ημέρα αιμοραγικές και συνοδεύονταν με έντονη ανορεξία και μεγάλη εξάντληση. Γι' αυτό επισκέφτηκε το ΠΑ/ΚΕΙ και έγινε εισαγωγή.

Βαριούχος υποκλεισμός που έγινε στις 18.7.88 δείχνει βλάβη του εντέρου μέχρι αριστερή κοιλική καμπή.

Πηγή Ιστορικού:

Αξιοπιστία:

ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παιδικά νοσήματα:

Νοσήματα Ενηλίκων: γαστροραγία πριν 18 χρόνια
πνευμονία (;) πριν 5 χρόνια

Μόνιμες Αναπηρίες:

Εμβολιασμοί:

Χειρουργικές Επεμβάσεις: χειρουργείο για έλκος 12δακτ. 1970
σκληροειδεκτομή 1965
βουβωνοκήλη αριστ. 1988

Τραυματισμοί:

Μεταγγίσεις: πριν 18 χρόνια μετά από γαστροραγία

Αντιδράσεις: πυρετός μέχρι 40^o C, ρίγος

Φάρμακα: TABL ASACOL 2 X 3, COLOFOAM (ENEMA (1X2)). Από τις 15/6

Υπερευαισθησίες:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Φυματίωση: ο πατέρας του

Άσθμα:

Εμφύσημα:

Αλλεργία:

Καρδιακά Νοσ:

Υπέρταση: η μητέρα του

Αγγειακά Επεισ.: η μητέρα του

Ελκοπάθεια:

Νοση. νεφρών:

Αναίμια:

Αιμορραγ. Διάθ:

Γλαυκώματα:

Ημικρανία:

Επιληψία:

Υπερλιπιδαιμία:

Σακχ. διαβήτης:

Αλκοολισμός:

Ηπατοπάθεια:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Συνήθειες: καφές τον έκοψε εδώ και 4 μήνες

αλκοόλ 1 κιλό κρασί, πριν 1 χρόνο σταμάτησε να πίνει

κάπνισμα 2 πακέτα μέχρι πριν 6 χρόνια

δίαιτα

λοιπά

Οικογενειακή κατάσταση: παντρεμένος και 3 παιδιά

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΓΕΝΙΚΑ:

Απώλεια βάρους 15 KR σε 3 μήνες. Ανωρεξία (από 3 μήνες)
- Καταβολή. Απογευματινό πυρετό 37,5°C. Αδυναμία.

ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ: Καλή όραση, χωρίς οίδημα βλεφάρων δακρύρια - Δεν έχει πονόλαιμο, βράγχος φωνής.

ΜΑΣΤΟΙ: Όχι γυναικομαστία

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ: Καλή ανοχή στο κρύο - Όχι πολυουρία - Όχι πολυδιψία.

Δεν αντέχει τη ζέστη. Ιδρώνει πολύ όταν δουλεύει.

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ: Δεν έχει καρδιακά φυσήματα - Δεν έχει οιδήματα

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ: Δεν έχει βήχα, άσθμα, βρογχίτιδα, φυματίωση, πλευρίτιδα.

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ: Δεν έχει ίκτερο, ηπατοπάθεια, ακράτεια κοπράνων - Δεν έχει δυσπεψία, εμετούς.

Ανορεξία - Κωλικοειδή άλγη στο υπογάστριο που ανακουφίζονται με κένωση - Αιμοραγικές κενώσεις.

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ: Δεν έχει συχνουρία, τσούξιμο, αιματουρία.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ: Δεν έχει έκριμα ουρίθρας, πόνο στα γεννητικά όργανα.

Βουβωνοκύλη δεξιά

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ: Δεν έχει πόνους στις αρθρώσεις, μυς.

ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ: Δεν έχει κίρσους RAYNAND, μώλοπες.

Αναιμία

ΔΕΡΜΑ:

ΝΕΥΡΙΚΟ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ: Όχι αϋπνία, δεν έχει κεφαλαλγία, σπασμοί, δεν έχει τοπικές αδυναμίες άκρων

Ζαλάδες όταν σηκωθεί

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:

ΘΑΛΑΜΟΣ:

ΓΕΝΙΚΑ	ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ	ΣΦΥΣΕΙΣ	ΑΝΑΙΠΝΟΕΣ	ΣΥΣΤ. 120	Σ.Β 72
	36,6	85	15/MIN	Απ. ΔΙΑΣΤΟΛ. 80	

Σημειώστε X στα φυσιολογικά ευρήματα

Υπογραμμίστε τα παθολογικά και σχολιάστε παραπλεύρως.

ΔΕΡΜΑ

ύγραση X	εξάνθημα X	Ωχροτής επιπεφυκότων - Ευρυαγγείες
υφή X	οζίδια X	στο πρόσωπο - Μάζα 8X4 CM ευκίνητη,
χρώμα X	νύχια X	μαλακή κάτω από το δέρμα που δεν συμ-
εκχυμώσεις X	τρίχες X	φίεται με τα υπερκείμενα και τα υπο-
πετέχειες X	λοιπά X	κείμενα (δημιουργήθηκε αφού έπεσε
		δηλητήριο (αρσενικό) με το οποίο
		ράντιζε).

ΟΦΘΑΛΜΟΙ

επιπεφυκότες X	οπτ. πεδία X	
σκληροί X	πτώσεις X	
κερατοειδής X	εξώφθαλμος X	
κόρη X	LID LAG X	LID LAG
κινήσεις X	τάσεις X	
νυσταγμός X	οφθαλμοσκόπηση	
οπτ. οξύτης X	λοιπά	

ΩΤΑ

τύμπανο X	μαστοειδής X	Ελαφρά βαρηκοΐα αριστερού
ακοή X	λοιπά	ώτος
έκκριμα X		

ΡΙΣ

θαλάμες X ευαίσθ. παρραρινίων X

βλεννογόνος X λοιπά X

έκκριμα X

ΣΤΟΜΑ

χείλη X γλώσσα X

δόντια X σιελογόνοι X Φοράει τεχνητές οδοντοστοιχίες

ούλα X λοιπά

απόπνοια X

ΛΑΙΜΟΣ

αμυγδαλές X λοιπά

φάρυγξ X

ΤΡΑΧΗΛΟΣ

δυσκαμψία X αρτηρίες X

μάζες X φλέβες X

θυροειδής X τραχεία X

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

τραχηλικοί X βουβωνικοί X

υπινιακοί X επικτροχηλιοί X

υπερκλείδιοι X λοιποί

μασχαλιαίοι X

ΘΩΡΑΞ

σχήμα X αναπνοές X

συμμετρία X λοιπά

μαστοί X

ΚΑΡΔΙΑ

ώσις	X	τόνοι	M ₁	X
σφύξεις	X		A ₂	X
ρίζος	X		P ₂	X
		3ος	4ος	X
συχνότης	X	φυσήματα		
ρυθμός	X	καλπασμός		
τριβή		λοιπά		

ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ

δονήσεις	X	φωνητ. απηχ.	X
επιόρουσις	X	λοιπά	X
αναπν.ψίθυρ.	X		
πρόσθετοι ήχοι	X		

ΑΓΓΕΙΑ

σφύξεις	X	τοιχωμ.αγγ.	X
φύσημα	X	λοιπά	X

ΚΟΙΛΙΑ

σχήμα	X	ήπαρ	X
εντ. ήχοι	X	σπλην.	X
ουλές	X	νεφροί	X
ευαισθησία	X	κήλες	X
σύσπαση	X	φυσήματα	X
μάζες	X	τριβή	X
ασκίτης	X		

Ευαισθησία στην ψηλάφιση
του αριστερού λαγόνιου
βόθρου.
Δεξιά βουβονοκήλη.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΑΡΡΕΝΟΣ

ουλές X όρχεις X
έκκριμα X επιδιδυμής X
όσχεον X λοιπά

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΘΗΛΕΩΣ

έξω παραμήτρια
κόλπος έκκριμα
τράχηλος λοιπά
μήτρα

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

παραμόρφωση X ευαισθησία X
διόγκωση X κινητικότητα X
ερυθρότης X λοιπά

ΟΡΘΟΝ

ραγάδες X προστάτης X
συρίγγιο X σπερμ. κύστεις X Εμφανές αίμα στην εξέ-
αιμορροΐδες X κόπρανα X ταση
σφιγκτήρ X λοιπά
μάζες X

ΑΚΡΑ

χρώμα X έλκος X
οίδημα X κισοί X
θρέψις X λοιπά
πληκτροδακτ. X

ΝΕΥΡΙΚΟ

κραν.νεύρα X	βάδισμα X
κινητικό X	παλαισθησία X
συνέργεια X	Romberg X
αντανακλαστικά X	λοιπά
αισθητικότης X	

Συμπέρασμα - Σχόλιο

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ	ΕΠΙΛΥΣΗ
Αιμορραγικές διάρροιες Ανορεξία Απώλεια βάρους	Από 2 ετών	Ελκώδης κολίτις

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
Βαριούχος υποκλυσμός		
Έλεγχος θυροειδούς T ₃ , T ₄ , TSH antiT antiM	29/6	
Fe-TIBC	26/6	Fe = 21
Σπινθηρ. ήπατος	10/7	Δεν θα γίνει
U/S δ.υποχονδρ.	7/7	

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

	ΥΠΕΡ	ΚΑΤΑ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ
Ελκώδης κολίτιδα =	Χρόνιες αιμορρα- γικές διάρροιες- κολικοειδή - κοιλιακά άλγη - απώλεια βάρους - απογευματινό πυ- ρέτινο μέχρι 37,5 - υφέσεις και ε- ξάρσεις διάρροιας		Βαρ. υποκλυ- σμός - Σιγμοειδωση - Βιοψία εντέρου
Νόσος του Crohn =	Χρόνιες διάρροιες - κοιλιακά άλγη - απώλεια βάρους - απογευματινός πυ- ρέτιος μέχρι 37,5 - υφέσεις και ε- ξάρσεις διάρροιας	Συνήθως δεν εί- ναι αιμορραγι- κές - Τα κοιλια- κά άλγη εντοπί- ζονται συνήθως στο δεξιό λαγόν βόθρο	Βαρ. υποκλυ- σμός. Βιοψία (εν- δοσκόπηση)
Αμοιβάδωση =	Χρόνια διάρροια (διαλείπουσα) - πολυάριθμες κενώ- σεις (6-10 ημ.) - Αιμορραγικές κενώσεις - Υφέ- σεις και εξάρσεις		κοπράνων
Φυματιώδης εντερίτιδα	Χρόνια διάρροια		Μαντουκ Λαπαροτομία- Βιοψία
Αμυλαείδωση παχ. εντέρου Πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής επί εδάφους ελκώδης κο- λίτης. Crohn.	Χρόνιες διάρροιες (επί προσβολής νε- φρού)		Βιοψία εντερ. βλεν- νογόνου

Νόσος Whipple	Διάρροια χρόνια απώλεια βάρους Κοιλιακά άλγη. Άνδρας.	Δεν έχει αρθραλ- γίες-αρθρίτιδες. Δεν υπάρχει με- λάγχρωση δέρμα- τος.	Βιοψία λεπτού εντέρου. Δο- κιμασία απορ- ρόφησης ξυλό- ζης.
Ca παχέος εντέρου	Διάρροια - Απώλεια βάρους - Συχνά επί εδάφους ελκωδ. κο- λίτιδας.	Δεν υπάρχουν ε- ναλλαγές δυσκ.- ευκοιλιοτήτας. Πάσχει για πολύ διάστημα 2 χρον. και αν είχε κα- κοήθεια όλο αυτό τον καιρό θα εί- χε δώσει κι άλλα σημεία. Εκτός αν έχει κακοήθεια επί εδάφους ελ- κώδους κολίτ.	Βαρ. υποκλυ- σμός. Ορθοσκόπηση. Κολονοσκόπη- ση.
Ισχαιμική κολίτιδα	Κοιλιακά άλγη - Δι- αρροϊκές κενώσεις με αίμα. Τεινεσμός. Άλγος αριστερ. λα- γόνιου βόθρου.		Αγγειογραφία. Βαριούχος υπο- κλυσμός (στεν. τμήματα του παχέος εντέ- ρου.
Λέμφημα εντέρου	Χρόνια διάρροια. Κοιλιακό άλγος. Πυρετός.	Οι διάρροιες του ασθενή είναι αι- μορραγικές. Ενώ στο λέμφημα συ- νήθως έχουν λί- πος.	Λαπαροτομία - Βιοψία.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Ημερομηνία

24/6	Είχε χτες την ημέρα της εισαγωγής του 8 αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις. Δεν έφαγε τίποτα. Ήταν απύρετος. Χτες ήταν πολύ εξαντλημένος, όμως σήμερα αισθάνεται καλύτερα και μέχρι τις 10 π.μ. δεν είχε αιμορραγικές κενώσεις.
26/6	Το Σάββατο είχε 8 αιμορραγικές κενώσεις και την Κυριακή είχε 5 αιμορραγικές κενώσεις. Δεν τρώει τίποτα. Έκανε 3 εμετούς (άχρωμα υγρά, άοσμα). Α.Π. = 95/65 Σφ = 85/min. Απύρετος. Αισθάνεται εξάντληση.
27/6	Χτες είχε 5 αιμορραγικές κενώσεις. Αισθάνεται καλύτερα, έχει όρεξη και ζήτησε να φάει. Είναι απύρετος, δεν έκανε εμετούς. Α.Π. = 100/70, Σφ. = 85/min.
28/6	Είχε 5 διαρροϊκές κενώσεις (λίγο αίμα, λιγότερο πύο). Άρχισε να τρώει από σήμερα. Απύρετος. Α.Π. 110/70. Σφ = 80/min. Ελαφρά ευαισθησία στην εντω βάθει ψηλάφιση δεξ. και αριστ. λάγου βόθρου.
29/6	Είχε 5 διαρροϊκές κενώσεις με πολύ λίγο αίμα και πύο. Είναι απύρετος. Έφαγε χτες για πρώτη μέρα. Σταμάτησαν οι οροί και η αντιβίωση. Α.Π. = 110/70. Σφ. = 70/min.
30/6	Ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση, τρώει κανονικά. Είχε 3 διαρροϊκές κενώσεις (χωρίς αίμα). Είναι απύρετος. Α.Π. = 100/70. Σφ = 70/min.

3/7 Ο ασθενής είναι απύρετος, τρώει κανονικά, είχε 5 διαρροϊκές κενώσεις χτες με ελάχιστο αίμα.
Α.Π. = 100/70, Σφ. = 70/min. Λιποθυμικό επεισόδιο.
(Ορθοστατική υπόταση: ύπτιος Α.Π.=105/70, Σφ.: 70/
/min και όρθιος Α.Π. = 80/70, Σφ. = 100/min.

4/7 Ξαπλωμένος: Α.Π. = 100/60, Σφ. = 80/min.
Όρθιος: Α.Π. = 70/50, Σφ.: 100/min.
Είναι σε καλή κατάσταση. Είχε 3 κενώσεις (λίγο διαρροϊκές). Έχει όρεξη, τρώει καλά.

5/7 Ξαπλωμένος: Σφ. = 80/min, Α.Π. = 105/60.
Όρθιος: Σφ. = 100/min, Α.Π. = 85/60.
Όταν σηκώνεται απότομα ζαλίζεται.
Είναι σε καλή κατάσταση. Είχε 3 κενώσεις χωρίς αίμα.
Έχει όρεξη, τρώει καλά.

6/7 Υπτίως: Σφ.: 80/min, Α.Π. = 100/60.
Όρθιος: Σφ. = 100/min, Α.Π. = 80/60.
Είναι σε καλή κατάσταση. Είχε 3 κενώσεις (όχι πολύ υδαρείς, χωρίς αίμα).

- Ο ασθενής εξήλθε σε καλή κατάσταση, απύρετος, με φυσιολογικές κενώσεις.

Έχει προγραμματιστεί βαριούχος υποκλυσμός για το 10ήμερο Αυγούστου, για να βρεθεί η έκταση της βλάβης του παχέος εντέρου.

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ
1. Κόπωση- Αδυναμία	Πρόληψη δυσάρεστων καταστάσεων, όπως λιποθυμικά επεισόδια - Ηρεμία στην έκφραση του προσώπου και ελαττωμένη κούραση.	Ο νοσηλευτής/τρια προσπαθεί να εξοικονομήσει ο ασθενής δυνάμεις - Παρέχει συχνά περιόδους ανάπαυσης. Ενθαρρύνει περιπατητικές δραστηριότητες ανάλογα πάντα με την αντοχή του ασθενή. Αποφεύγει ενοχλητικές δραστηριότητες και θορύβους. Φροντίζει για την καλύτερη δυνατή διατροφή του ασθενή, η οποία πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες και σίδηρο και μαγειρεμένη έτσι ώστε να είναι εύπεπτη.
2. Εξέλκωση γλώσσας	Πρόληψη - Θεραπεία.	Ο νοσηλευτής-τρια φροντίζει για την αποφυγή ερεθιστικών τροφών και ποτών - Φροντίζει τη στοματική κοιλότητα με ήπια ή κρύα αντισηπτικά διαλύματα - Ο ασθενής χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα ή σπάτουλα τυλιγμένη με τολύπια βάμβακα - Η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας γίνεται πριν και μετά το φαγητό.
3. Διαρροϊκές αιματηρές κενώσεις.		Ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει να γίνεται επανειλημμένα έλεγχος του Ηt - Παρατηρεί για συμπτώματα αφυδάτωσης και διαταραχής ισοζυγίου ηλεκτρολυτών - Παρατηρεί για σημεία ασφυξίας - Αν χρειαστεί γίνεται χορήγηση αίματος ή αιμοπεταλίων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

4. Δύσπνοια	Ο ασθενής αισθάνεται πιο άνετα.	Ο νοσηλευτής/τρια σηκώνει το πάνω μέρος του κρεβατιού. Χρησιμοποιεί μαξιλάρια για να υποστηρίξουν τον ασθενή στην ορθοπνοϊκή θέση. Κορηγεί O ₂ όταν ενδείκνυται. Προστατεύει τον ασθενή από μη απαραίτητη προσπάθεια. Αποφυγή τροφών που δημιουργούν αέρια.
5. Ατομική καθαριότητα.	Διατήρηση καλής υγιεινής πάντα.	Ο νοσηλευτής/τρια βοηθά τον ασθενή για την κάλυψη της ατομικής του καθαριότητας.
6. Άγχος αρρώστου και οικογένειας.	Ο νοσηλευτής/τρια έχει υπόψη του, ότι ο ασθενής με ελκώδη κολίτιδα είναι ψυχικά ευαίσθητο άτομο και ότι ο ψυχισμός του επιδρά αποφασιστικά στην πορεία της νόσου.	Ο νοσηλευτής/τρια εξηγεί τη φύση, τις δυσχέρειες και τους περιορισμούς των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τις διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες - Ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά του. - Διαθέτει χρόνο για να ακούει τον ασθενή. - Προάγει την άνεση και χαλάρωση του ασθενή. - Θυμάται πάντα τις ατομικές προτιμήσεις του ασθενή. - Προάγει την ανεξαρτησία και την αυτοεξυπηρέτηση του ασθενή, μέσα στα πλαίσια των περιορισμών του. - Ενθαρρύνει την οικογένεια να συμμετέχει στη φροντίδα του ασθενή (εφόσον επιθυμεί). Δημιουργεί μια ευχάριστη ατμόσφαιρα για την οικογένεια, ώστε να επισκέπτεται τον ασθενή της. Διατηρεί μια στάση αποδοχής του ασθενή.

Β. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΜΕΛΑΙΝΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑ

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς: Μ.Α.

Ηλικία: 69 ετών.

Επάγγελμα: Οικιακά.

Καταγωγή: Πάτρα.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Μέλαινες κενώσεις.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής αναφέρει ότι 7 μέρες πριν την εισαγωγή είχε σκούρα καφεοειδή κόπρανα και παράλληλα αδυναμία. Μια μέρα πριν την εισαγωγή είχε 2 μέλαινες κενώσεις και το πρωί της μέρας της εισαγωγής είχε 3 μέλαινες. Επίσης ανέφερε ότι μαζί με τις μέλαινες εμφάνισε 2 φορές λιποθυμικό επεισόδιο, εφιδρώσεις, ζάλη και ήπιο επιγαστρικό πόνο.

Η ασθενής αναφέρει επίσης τη λήψη από το στόμα στεροειδών αντιφλεγμονωδών για την αρθρίτιδα από 20.6.1989.

Πηγή Ιστορικού:

Αξιοπιστία:

ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παιδικά νοσήματα:

Νοσήματα ενηλίκων: Ελονοσία σε ηλικία 17-18 χρόνων. Πριν 17 χρόνια έμφραγμα και διαγνώστηκε στεφανιαία ανεπάρκεια και αρθρίτιδα.

Μόνιμες αναπηρίες:

Εμβολιασμοί:

Χειρουργικές επεμβάσεις: Το 1981 εγχείρηση χολής.

Τραυματισμοί:

Μεταγγίσεις: Όταν έκανε εγχείρηση.

<u>Φάρμακα:</u> Digoxin	Persondil
Persantin	Nildamol
Hydrowet	Feidene
Lasix	

Υπερευαίσθησιες: Δεν αναφέρεται.

Οικογενειακό ιστορικό: Δεν αναφέρεται.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ευνήθειες: Καφές όχι
 Αλκοόλ όχι
 Κάπνισμα όχι
 Δίαιτα ελεύθερη
 λοιπά.

Οικογενειακή κατάσταση: Παντρεμένη και 6 παιδιά.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Γενικά: Δεν αναφέρει πτώση βάρους, αδυναμία.

Κεφαλή τράχηλος: Καταρράκτης στο δεξί μάτι.

Μαστοί: Όχι τραύμα, οξύς πόνος, έκκριμα.

Ενδοκρινικό: Δεν αναφέρει προβλήματα θυρεοειδούς.

Δεν αναφέρει σακχαρώδη διαβήτη.

Καρδιαγγειακό: Αναφέρει ανεπάρκεια στεφανιαίων αρτηριών, έμφραγμα το 1972, υπέρταση εδώ και 2 χρόνια. Όχι δύσπνοια.

Αναπνευστικό: Βήχας όχι, πνευμονία, όχι, βρογχίτιδα όχι.

Γαστρεντερικό: Δεν αναφέρεται καύσος και δυσπεπτικά ενόχληματα.

Ουροποιητικό: Δεν αναφέρεται συχνουρία, δυσουρία, αιματοουρία.

Γεννητικό : Εμμηνόπαυση από 44 χρονών.

Μυοσκελετικό: Αναφέρει οσφυαλγία και αρθρίτιδα δεξιού γόνατος.

Αιμοποιητικό: Κίρσοι.

Δέρμα : Δεν αναφέρεται αλλαγή χρώματος, πόνος, κνησμός.

Νευρικό - ψυχιατρικό: Δεν αναφέρονται ζάλη, κεφαλαλγία.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:

ΘΑΛΑΜΟΣ:

ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΣΦΥΣΕΙΣ ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΣΥΣΤ. 110 Σ.Β. 65
ΑΠ ΔΙΑΣΤ. 60 kgr

Σημειώστε X στα φυσιολογικά ευρήματα.

Υπογραμμίστε τα παθολογικά και σχολιάστε παραπλευρώς.

ΔΕΡΜΑ

ύγρανση X εξάνθημα όχι
υφή X οζίδια όχι
χρώμα X νύχια X
εκχυμώσεις όχι τρίχες X
πετέχειες όχι λοιπά

ΟΦΘΑΛΜΟΙ

επιπεφυκότες X οπτ. πεδία X ωχρότητα επιπεφυκώτων
σκληροί X πτώσις όχι
κερατοειδής X εξώφθαλμος όχι
κόρη X lidlay όχι
κινήσεις X τάσις X
νυσταγμός όχι οφθαλμοσκόπηση X
οπτ.οξύτης όχι λοιπά X

ΩΤΑ

τύπανο X μαστοειδείς X
ακοή X λοιπά X
έκκριμα όχι

ΡΙΣ

θαλάμες X ευαισθ. παραρρινίων όχι
βλεννογόνος X λοιπά
έκκριμα όχι

ΣΤΟΜΑ

χείλη X γλώσσα X
δόντια X σιελογόνοι X τεχνητές οδοντοστοιχίες
ούλα X λοιπά X
απόπνοια X

ΛΑΙΜΟΣ

αμυγδαλές λοιπά
φάρυγξ

ΤΡΑΧΗΛΟΣ

δυσκαμψία όχι αρτηρίες
μάζες όχι φλέβες
θυροειδής X τραχεία

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

τραχηλικοί βουβωνικοί τραχηλικοί
υπινιακοί επικτροχήλιοι μασχαλιαίοι Λεμφαδένες
υπερκλείδιοι λοιποί βουβωνικοί αψηλάφτοι
μασχαλιαίοι

ΘΩΡΑΞ

σχήμα X αναπνοές
συμμετρία X λοιπά
μαστοί X

ΚΑΡΔΙΑ

ώσις	τόνοι	M_1	επισκόπηση: όχι προπέτεια στο προ- κάρδιο
σφύξεις		A_2	ψηλάφιση: Δεν ψηλαφάται καρδιακή ώση
ρίζος		P_2	Ακρόαση: S_1 , S_2 ευκρινείς, δεν ακούγονται φυσημάτα και ήχοι τριβής.
συχνότης	3ος	4ος	
ρυθμός	φυσημάτα		
	καλπασμός		
	τριβή		
	λοιπά		

ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ

δονήσεις	φωνητ. απηχ.	ψηλάφιση: ψηλαφητές φωνητικές δονήσεις
επίκρουσις	λοιπά	επίκρουση: Ήχος σαφής πνευμονικός
αναπν. ψιθύροι	X	Ακρόαση: φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα
πρόσθετοι ήχοι		

ΑΓΓΕΙΑ

σφύξεις	τοιχωμ. αγγ.	Ψηλαφητές αραχιαίες του ποδός.
φύσημα	λοιπά	

ΚΟΙΛΙΑ

σχήμα	ήπαρ	Επισκόπηση: μέση υπερομφάλια ουλή.
εντ. ήχοι	σπλην	Ψηλάφιση: μαλακή, ευπίεστη.
ουλές	νεφροί	Αναφέρει ευαισθησία στη δεξιά κοιλιακή χώρα στην εν τω βάθει ψηλάφιση.
ευαισθησία	κήλες	Ήπαρ, σπλην αψηλάφητοι.
σύσπαση	φυσημάτα	Λόνδακο (-)
μάζες	τριβή	
ασκίτης		

ΟΡΘΟΝ

ραγάδες	προστάτης	Αιμορροΐδες
συρίγγιο	σπερμ. κύστες	Δακτυλική (-)
αιμορροΐδες	κόπρανα	
σφιγκτήρ	λοιπά	
μάζες		

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

παραμόρφωση	όχι	ευαισθησία	όχι
διόγκωση	όχι	κινητικότητα	X
ερυθρότης	όχι	λοιπά	

ΑΚΡΑ

χρώμα	έλκος	Τροφικές αλλοιώσεις στην πελματιαία ε-
οίδημα	κίρσοι	πιφάνεια των μεγάλων δακτύλων των κάτω
θρέψις	λοιπά	άκρων.
πλητροδακτ.		Συμμετρικές χόνδρινες διογκώσεις στα
		μεγάλα δάκτυλα στα κάτω άκρα.

ΝΕΥΡΙΚΟ

κραν. νεύρα	βάδισμα	όχι εστιακά παθολογικά ευρήμα-
κινητικό	παλαισθησία	τα από τα κρανιακά νεύρα.
συνέργεια	Romberg	
αντανανκλαστικά	λοιπά	
αισθητικότητα		

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΗΜΕΡΟΜ. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ	ΕΠΙΛΥΣΗ
----------	---------------------	---------

Μελαινες κενώσεις

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΓΧΟΥ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
---------	------------	------------

Βαριούχο γεύμα

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Ημερομηνία	
15/7	<p>Ασθενής 69 χρονών εισήλθε σήμερα. Το πρόβλημα της ασθενούς είναι από διήμερο μέλαινες κενώσεις και επίσης λιποθυμικό επεισόδιο, ζάλη, εφιδρώσεις, επιγαστρικός πόνος. Επάρθησαν ζωτικά σημεία. Α.Π. 110/80MMHG - Σφ. 80MM - αναπν. 24 MIN. Θώρακας, καρδιά, κοιλιά, χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.</p> <ul style="list-style-type: none">- Έγινε δακτυλική εξέταση.- Ομάδα αίματος, διασταύρωση.- HT 39. <p>Εδώθηκε αγωγή 1) οροί α) φυσιολογικός β) GLYCOSE</p> <ul style="list-style-type: none">2) φανιτιδινη3) αντιόξινα
16/7	<p>Πήρε 1 μονάδα αίμα HT 28.</p>
17/7	<p>Η ασθενής βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση Α.Π. 160/80MMHG - Σφ. 76 MIN.</p> <p>Από τη ΦΕ θώρακα, καρδιάς, κοιλιάς δεν βρέθηκε τίποτα νεώτερο.</p> <p>Δεν αναφέρει κένωση από το Σάββατο 15/7. Σήμερα στάλθηκαν HT, χρ. QUICK, Τ.Κ.Ε., Βιοχημικός έλεγχος. Αγωγή: NORMAL</p> <ul style="list-style-type: none">ZANTACALUDROXNITRODYL

18/7

Η ασθενής βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση.

Α.Π. 110/60MMHG - Σφ. 78MIN.

Από τη ΦΕ θώρακα, καρδιάς, κοιλιάς, δεν υπήρξαν νεώτερα ευρήματα.

Σήμερα στάλθηκαν ΗΤ

Βιοχημικός έλεγχος (Κ,Να, λευκώματος ολικό
αλβουμιν.

Η ασθενής δεν είχε κένωση μετά από υπόθετο. Αγωγή ίδια:

19/7

Η ασθενής βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση.

Α.Π. 130/80MMHG - Σφ. 80MIN.

Χτες μέγιστη θερμοκρασία 37,9. Σήμερα το πρωί απύρετη. Από την ΦΕ θώρακα, καρδιάς, κοιλιάς (όχι νεώτερα ευρήματα). Σήμερα στάλθηκε ΗΤ.

Η ασθενής ανέφερε χτες κένωση μαύρου χρώματος.

Καλά σχηματισμένα κόπρανα.

Σήμερα το πρωί δεν ανέφερε κένωση.

Αγωγή βγαίνουν οι οροί - αρχίζει η σίτιση.

ZANTAC - ALUDROX - NITRODYL.

20/7

Η ασθενής βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση.

Από την ΦΕ (θώρακα, καρδιάς, κοιλιάς) όχι νεώτερα ευρήματα. Η ασθενής δεν ανέφερε κένωση. Σήμερα στάλθηκε ΗΤ. Αγωγή ίδια.

21/7

Η ασθενής βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση.

Α.Π. 150/75MMHG - Σφ. 80MIN. Κατά την ΦΕ (θώρακα, καρδιάς, κοιλιάς) δεν προκύπτουν νεώτερα ευρήματα. Ανέφερε χτες το πρωί 1 κένωση καλά σχηματισμένη, κανονικού χρώματος, και το μεσημέρι διαρροϊκή κένωση πάλι και αυτή χρώματος φυσιο-

λογικού. Σήμερα στάλθηκε ΗΤ.

Εξέρχεται σήμερα. Θα κάνει βαριούχο γεύμα στις
24/7.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΛΑΙΝΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ
1. Κόπωση - Αδυναμία	Πρόληψη των δυσάρεστων καταστάσεων όπως λιποθυμικά επεισόδια. Ελαττωμένη κούραση	- Ο νοσηλευτής/τρια προσπαθεί να εξοικονομήσει δυνάμεις - Τοποθετεί τον ασθενή σε θάλαμο με λίγα κρεβάτια - Αποφεύγει ενοχλητικές δραστηριότητες και θορύβους - Φροντίζει ώστε να βρεθεί μια γερή φλέβα για την χορήγηση ορών και αίματος - Προγραμματίζει τις εξετάσεις, της κάθε ημέρας ώστε να μην αταλαιπωρεί τον ασθενή.
2. Μελαινές κενώσεις	Πρόληψη - Θεραπεία	- Ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει να γίνεται έλεγχος του ΗΤ, επανειλημένα - Προετοιμάζει τον ασθενή για πιθανή μετάγγιση αίματος - Παρατηρεί για τη σωστή ροή των ορών και για συμπτώματα αφυδάτωσης.
3. Εξέλικωση γλώσσας	Πρόληψη - Θεραπεία	- Ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει συχνά την στοματική κοιλότητα, με ήπια ή κρύα αντισηπτικά.
4. Ατομική καθαριότητα	Διατήρηση καλής υγιεινής	- Ο νοσηλευτής/τρια γνωρίζοντας ότι ο ασθενής παρουσιάζει έντονη εφίδρωση, φροντίζει για πιο συχνή αλλαγή των ενδυμάτων και γενικά τον βοηθάει για την κάλυψη της ατομικής του καθαριότητας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

5. Άγχος
αρρώστου
και οικο-
γένειας

Η ψυχολογική κατάσταση
του ασθενή επιδρά απο-
φασιστικά στην πορεία
της νόσου.

- Ο νοσηλευτής/τρια ενθαρρύνει τον ασθενή για να εκφράσει τα αισθήματά του - Διαθέτει χρόνο για να τον ανακουφίσει - Θυμάται πάντα τις ατομικές προτιμήσεις του ασθενή - Προάγει την άνεση και την χαλάρωση του ασθενή - Ενθαρρύνει την οικογένειά του στη συμμετοχή της φροντίδας του.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Τελειώνοντας αυτή την εργασία για την μεθαιμορραγική αναιμία και τα χαρακτηριστικά περιστατικά της ελκώδους κολίτιδας και της γαστρορραγίας, θα ήθελα να τονίσω το ότι οι διαγνωστικές εξετάσεις και η διαφώτιση του πληθυσμού, παίζουν σημαντικό ρόλο στη πρόληψη και την καταπολέμηση του αιτίου που προκαλεί την απώλεια του αίματος.

Πρέπει να σημειωθεί ακόμα, το ότι ο ρόλος του νοσηλευτήτριας, είναι πολύ σημαντικός στην αντιμετώπιση και θεραπεία των αναιμικών ασθενών, καθώς ο νοσηλευτής/τρια μπορεί με γνώμονα τα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενή και με την διάθεση που έχει για συνεργασία, να καταστρώσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας που θα καλύπτει όλη τη σφαίρα των αναγκών του ασθενή, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η υγεία του το συντομότερο.

Αρκεί η συμπάρασταση του ασθενούς από μέρος του νοσηλευτή/τριας να είναι ειλικρινής και να αποβλέπει σε απώτερους σκοπούς και στόχους.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία", έκδοση 3η, επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, ΑΘΗΝΑ 1981.
2. ΓΙΤΣΙΟΣ Κ.Θ. "Νοσολογία", εκδόσεις ΟΕΔΒ, ΑΘΗΝΑ 1986.
3. HARRISON "Εσωτερική Παθολογία", τόμος Γ', έκδοση 10η, εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, ΑΘΗΝΑ 1988.
4. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., "Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική", τόμος Α', έκδοση 10η, εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α. ΑΘΗΝΑ 1986.
5. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., "Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική", τόμος Β', μέρος πρώτο, έκδοση 11η, εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", ΑΘΗΝΑ 1988.
6. ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ., "Νοσηλευτική Παθολογική και Χειρουργική", τόμος Β', έκδοση 1η, εκδόσεις "ΒΗΤΑ", ΑΘΗΝΑ 1985.
7. ΤΣΑΜΠΟΥΛΑ Ν. "Ειδική Νοσολογία", έκδοση 1η, εκδόσεις "ΔΕΥΤΕΡΑ", ΑΘΗΝΑ 1956.
8. WINTROBE Μ. "Κλινική Αιματολογία", τόμος Α', έκδοση 5η, εκδόσεις "ΚΟΒΑΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ", ΑΘΗΝΑ 1962.
9. WINTROBE Μ. "Κλινική Αιματολογία", τόμος Β', έκδοση 5η, εκδόσεις "ΚΟΒΑΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ", ΑΘΗΝΑ 1963.

