

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική Φροντίδα
ασθενούς με Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπουδάστριας Σταματάκη Ελένης

Υπεύθυνος Καθηγητής

Σπυρόπουλος Κώστας



Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα Σεπτέμβριος 1990

ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	339
-----------	-----



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το αρχικό θέμα αυτής της εργασίας ήταν οι πνευμονίες στο σύνολό τους. Για να καλυφθεί όμως ένα τόσο ευρύ θέμα θα απαιτούσε μεγάλο αριθμό σελίδων και θα έπρεπε να εργαστούν γι' αυτό περισσότερα άτομα. Έτσι, μετά από συνεννόηση, περιορίστηκε το αντικείμενό της μονάχα στην πνευμονία που οφείλεται στον πνευμονικόκοκκο, που είναι και η πιο συνηθισμένη μορφή της.

Η εργασία αυτή δεν φιλοδοξεί να καλύψει πλήρως το θέμα, αν και έγιναν προσπάθειες, ελπίζει όμως να κεντρίσει το ενδιαφέρον του αναγνώστη και να τον ωθήσει σε μια περαιτέρω μελέτη του θέματος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1η(ΚΕΦ. 1-2).....σελίδα	
Κεφάλαιο 1ο ΑΝΑΤΟΜΙΑ	1
Πνεύμονες.....	1
Υπεζωκώτας Υμένας.....	4
Φυσιολογία.....	4
Κεφάλαιο 2ο ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.....	5
Επιδημιολογία.....	5
Παθολογία-Φυσιολογία.....	6
Κλινική Εικόνα.....	7
Εργαστηριακά Ευρήματα.....	9
Ακτινολογικά Ευρήματα.....	10
Φυσιολογία της Πνευμονικής Λειτουργίας κατά την προσβολή των πνευμόνων.....	11
Θεραπεία.....	12
Επιπλοκές.....	14
Πρόγνωση-Θνησιμότητα.....	16
Πρόληψη.....	16
ΕΝΟΤΗΤΑ 2η(ΚΕΦ.1)	
Κεφάλαιο 1ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕ- ΝΗ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.....	18
Προβλήματα του ασθενούς.....	19

Προβλήματα και νοσηλευτική Παρέμβαση σε ασθενή με Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία.....	19
ΕΝΟΤΗΤΑ 3η(ΚΕΦ: 1-2)	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	27
1ο Ιστορικό.....	28
Σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς Λεωνίδα Π. με Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία..	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	41
2ο Ιστορικό.....	41
Σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς Ιωάννη Α. με Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία..	42
ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54

ΕΝΟΤΗΤΑ 1η:

ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

ANATOMIA

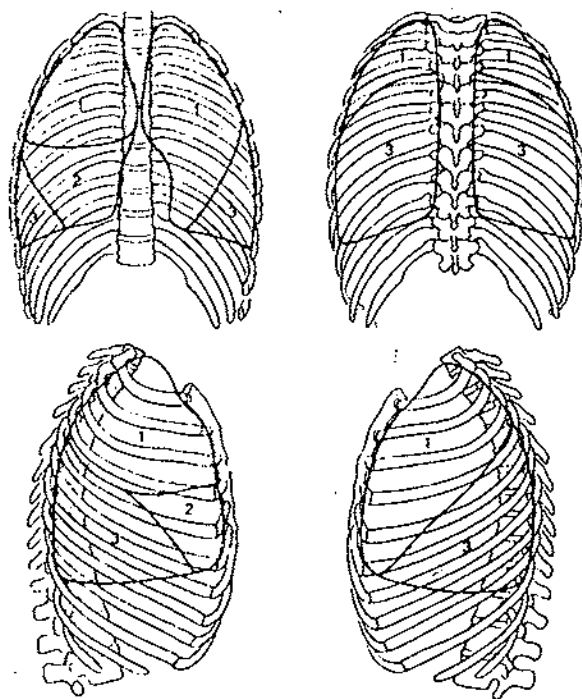
Πνεύμονες

Η ανταλλαγή των αερίων ανάμεσα στον εισπνεόμενο αέρα και το αίμα γίνεται στους πνεύμονες, οι οποίοι είναι δύο: αριστερός και δεξιός. Έχουν σχεδόν κωνικό σχήμα και περιέχουν το βρογχικό δέντρο. Όλη η δομή του πνεύμονα συνδέεται με συνεκτικό ιστό και καλύπτεται από μια ορρώδη μεμβράνη, τον υπεζωκότα.

Η κορυφή του πνεύμονα εκτείνεται στο άνω άνοιγμα του θώρακα και πάνω από το πρώτο πλευρό. Η βάση του πνεύμονα, η διαφραγματική του επιφάνεια, ακουμπά στο αντίστοιχο θόλο του διαφράγματος. Η έξω κυρτή πλευρική επιφάνεια ακουμπά στο πλευρικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλευρικοί μύες, πλευρικός υπεζωκότας), ενώ η έσω μεσοπνευμόνια πλευρά εμφανίζει τις πύ-

λες και τον πνευμονικό σύνδεσμο. Οι πνεύμονες είναι πάντα προσαρμοσμένοι στις διάφορες ανατομικές αλλαγές του θώρακα και του διαφράγματος και διακρίνονται από μια συνεχή τάση διαστολής.

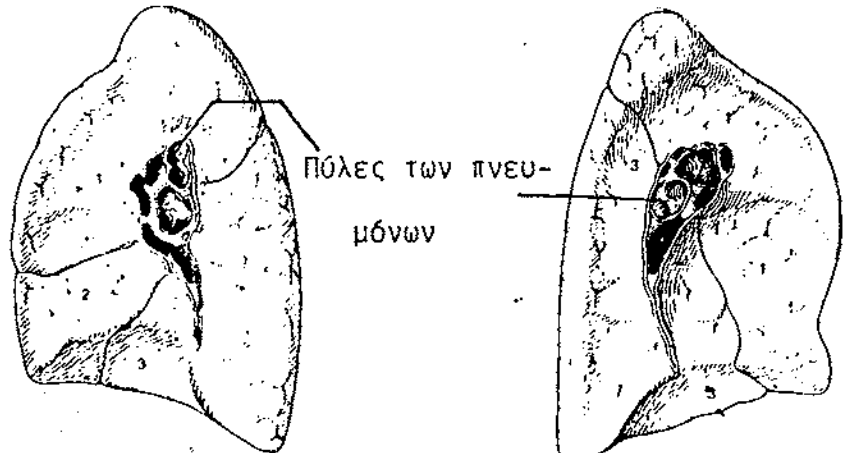
Η επιφάνεια του πνεύμονα σ' ένα νεαρό άτομο έχει ένα έντονο ροδίνο χρώμα. Με τα χρόνια, η μόλυνση του αέρα που αναπνέουμε (για να μην αναφέρουμε το κάπνισμα!) δίνει στους πνεύμονες χρώμα γκρι. Το ειδικό βάρος ενός αεριζόμενου πνεύμονα είναι ανάμεσα στο 0,13 και 0,75 και γι αυτό επιπλέει στο νερό. Ένας πνεύμονας που δεν έχει ακόμα αεριστεί βυθίζεται (τεστ επίπλευσης για να διαπιστωθεί αν ένα νεογνό ανέπνευσε πριν πεθάνει).



Πνεύμονες τοποθετημένοι στο θώρακα (Leonhardt).

Πόλες του πνεύμονα:βρίσκονται στη μέση του ύψους της έσω επιφάνειας και απ'αυτές εισέρχονται στον κάθε πνεύμονα:ο σύστοιχος βρόγχος,ο κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας,οι βρογχικές αρτηρίες και τα νεύρα,εξέρχονται δε οι πνευμονικές φλέβες,οι βρογχικές φλέβες και τα λεμφαγγεία.

Όλα αυτά αποτελούν τη ρίζα του πνεύμονα που συνδέει τον πνεύμονα με την τραχεία αρτηρία και με την καρδιά.



Δεξιός Πνεύμονας

(Δ)

Αριστερός Πνεύμονας

(Α)

Σχήμα 2:Λοβοί των πνευμόνων (Leonhardt)

Λοβοί των Πνευμόνων

Κάθε πνεύμονας χωρίζεται σε λοβούς με μια βαθιά σχισμή, τη μεσολόβια.Φυσιολογικά ο

δεξιός πνεύμονας χωρίζεται σε τρεις λοβούς,τον άνω(Δ1),τον μέσο(Δ2) και τον κάτω(Δ3),ενώ ο αριστερός σε δύο,τον άνω(A1) και τον κάτω(A3).(σχήμα 2)

Η μεσολόβια σχισμή στον αριστερό πνεύμονα αρχίζει από την έσω επιφάνεια ύστερα φέρεται λοξά και πίσω στην πλευρική επιφάνεια,κάτω και μπρος και φτάνει στο πρόσθιο τμήμα του πνεύμονα,φερόμενη λοξά προς τα πάνω και πίσω.

Η μεσολόβια σχισμή στον δεξιό πνεύμονα εμφανίζει περίπου την ίδια πορεία με τη διαφορά ότι κατά τη μέση μασχालιαία πλευρά δίνει ένα παράπλευρο κλάδο που τέμνει το πρόσθιο χείλος του πνεύμονα και στρέφεται στην έσω επιφάνεια μέχρι το πρόσθιο μέλος των πυλών.

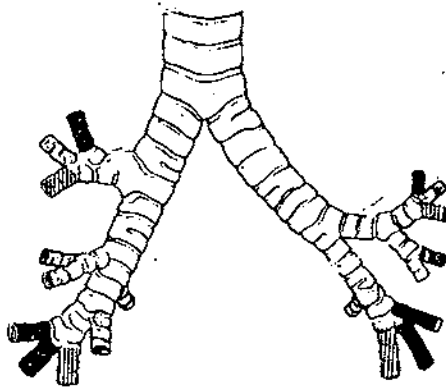
Κατασκευή

Κάθε πνεύμονας αποτελείται από:α.το βρογχικό δέντρο,

β.τα πνευμονικά λοβία,

και γ.τα αγγεία και τα νεύρα.

α. Βρογχικό Δέντρο: αποτελείται από τον στελεχιαίο και τους παράπλευρους βρόγχους. Ο στελεχιαίος βρόγχος διαιρείται σε 3 δεξιούς και 2 αριστερούς βρόγχους σε κάθε πνεύμονα. (σχήμα 3)



Σχήμα 3: το βρογχικό
Δέντρο (Leonhardt)

Στο **δεξιό** πνεύμονα ο στελεχιαίος βρόγχος δίνει: α. τον βρόγχο του **άνω** λοβού (επαρτηριακός) που χωρίζεται στον **κορυφαίο**, στον **οπίσθιο**, και τον **πρόσθιο** βρόγχο,

β. τον βρόγχο του **μέσου** λοβού, που χωρίζεται στον **έσω** και **έξω** βρόγχο και γ. τους βρόγχους του **κάτω** λοβού που είναι ο **κορυφαίος** και οι **βασικάί** βρόγχοι. Οι βρόγχοι αυτοί διακρίνονται στον **πρόσθιο**, **έξω** και **οπίσθιο** βασικό βρόγχο.

Στον **αριστερό** πνεύμονα ο στελεχιαίος βρόγχος δίνει: α. τον βρόγχο του **άνω** λοβού που αποσχίζεται στον **ανιόντα** και **κατιώντα** κλάδο. Ο **ανιών** κλάδος δίνει τον **κορυφαίο**, **υποκορυφαίο** και **πρόσθιο** βρόγχο, ενώ ο **κατιών** κλάδος δίνει τον **άνω** και **κάτω** **γλωσσοειδή** βρόγχο, και

β. τους βρόγχους του **κάτω** λοβού, δηλαδή τον **κορυφαίο** και τους **τρεις** **βασικούς** βρόγχους.

β. Πνευμονικά Λόβια: έχουν σχήμα **πολυγωνικό** και καθένα αποτελείται από:

1. τις **διακλαδώσεις** του **λοβιακού** βρόγχου,
2. τις **διακλαδώσεις** της **πνευμονικής** αρτηρίας και
3. τον **ενδολόβιο** **συνδετικό** **ιστό** με τις **κυψελίδες**.

1. Ο **λοβιακός** βρόγχος **διακλαδίζεται** μέσα στο **πνευμονικό** **λόβιο** σε **ενδολόβια** ή **αναπνευστικά** βρόγχια, το καθένα απ' αυτά έχει **3-5** **κυψελιδικούς** **πόρους** που **εμφανίζουν** **αεροθυλάκια**.

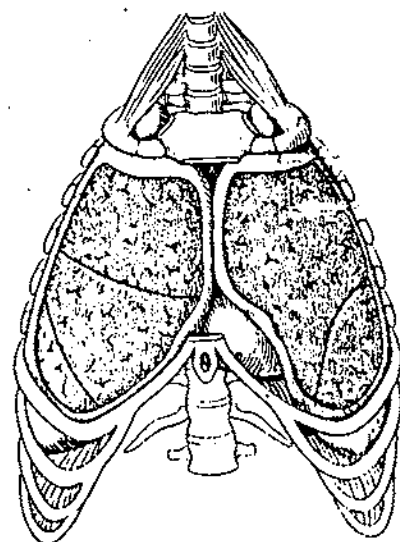
2. Ο **λοβιακός** κλάδος της **πνευμονικής** αρτηρίας που **ακολουθεί** την **πορεία** του **ενδολόβιου** βρόγχου.

Β.Οι πνευμονικές κυφελίδες είναι οι τελικές διακλαδώσεις του βρογχικού δέντρου και είναι μικρές αεροφόρες κοιλότητες που το τοίχωμά τους αποτελείται από συνεκτικό υπόστρωμα.

Υπεζωκότας Υμένιας (Σχήμα 4)

Είναι ένας ορογόμος υμένας που περιβάλλει τους πνεύμονες. Παρουσιάζει δύο πέταλα, το περίτονο και το περισπλάχνιο. Ανάμεσα στα δύο αυτά πέταλα βρίσκεται η κοιλότητα του υπεζωκότα, που είναι σαν μια τριχοειδής σχισμή και περιέχει ελάχιστο ορώδες υγρό του οποίου η ποσότητα αυξάνει σε φλεγμονώδεις καταστάσεις.

Ο Υπεζωκότας αποτελείται από συνεκτικό ιστό και στην ελεύθερη επιφάνειά του εμφανίζει μονόστιβο πλακώδες επιθήλιο.



Σχήμα 4: Όρια του πνεύμονα και ο υπεζωκότας

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η λειτουργία των πνευμόνων συντελείται στις πνευμονικές κυφελίδες και είναι η οξυγόνωση του αίματος, η ανταλλαγή των αερίων: του CO_2 με το O_2 . Ο φυσιολογικός πνευμονικός αερισμός επιτυγχάνεται σχεδόν αποκλειστικά με τους μύες της εισπνοής. Η εκπνοή γίνεται παθητικά, χωρίς την χρησιμοποίηση ενέργειας.

Η ολική πνευμονική χωρητικότητα είναι περίπου 5.800 ml.

Το κέντρο της όλης διαδικασίας του πνευμονικού αερισμού είναι οι πνευμονικές κυφελίδες. Ο ρυθμός με τον οποίο ανανεώνεται κάθε λεπτό ο αέρας της περιοχής ανταλλαγής αερίων στους πνεύμονες ονομάζεται κυφελιδικός αερισμός.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Είναι μια οξεία νόσος με χαρακτηριστική κλινική εικόνα, που προκαλείται απ'ένα από τους 82 (κατά άλλους 80 ή 84) διαφορετικούς βιολογικούς τύπους-ορότυπους- του *Diplococcus Pneumoniae*. Όλοι οι ορότυποι είναι παθογόνοι για τον άνθρωπο, ιδιαίτερα δε οι 1,3,4,7,8 και 12 που είναι υπαίτιοι για ένα 50-80% των περιπτώσεων. Επίσης οι τύποι 6,14,19 και 23 συχνά προκαλούν Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία στα παιδιά, σπάνια όμως και στους ενήλικες.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι πνευμονιόκοκκοι ανευρίσκονται φυσιολογικά στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου σ'ένα ποσοστό 5-60% του πληθυσμού σε συνάρτηση με την εποχή του χρόνου. Η συχνότητα εμφάνισης σε άνδρες και γυναίκες είναι 3:2, ενώ τα κρούσματα αυξάνονται κατά την διάρκεια του χειμώνα και κατά την αρχή της άνοιξης. Οι μαύρη φυλή κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας απ'όλες τις φυλές.

Οι τρόποι μετάδοσης της Πνευμονιοκοκκικής Πνευμονίας είναι:

α. από άτομο σε άτομο με μολυσμένα σταγονίδια (ο πιο συνηθισμένος τρόπος μετάδοσης)

β. από εισρόφηση των πνευμονιόκοκκων που βρίσκονται κατά μεγάλο ποσοστό στο ανώτερο αναπνευστικό, αφού περιβληθούν με βλέννη του ρινοφάρυγγα, η οποία τους κάνει δυσπρόσβλητους από το αμυντικό σύστημα του οργανισμού.

Οι νοσούντες με Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία δεν χρειάζεται να απομονω-

θούν γιατί ο κίνδυνος μετάδοσης είναι σχετικά μικρός, πρέπει όμως να τοποθετούνται μακριά από άτομα με άλλη νόσο του αναπνευστικού συστήματος ή με καρδιακά νοσήματα. Η δυνατότητα πρόκλησης πνευμονίας είναι συνάρτηση τοξικότητας του βακτηριδίου και αντιστάσεως του ξενιστού (Κ.Γαρδίκας).

Την ανάπτυξη πνευμονίας ευνοούν επίσης: η ύπαρξη άλλων αναπνευστικών λοιμώξεων, καρδιακών παθήσεων, ο χρόνιος αλκοολισμός, η ηπατική κίρρωση, η τραχειοστομία, η νάρκωση (λόγω μείωσης της εκκριτικής λειτουργίας των κυττάρων και καταστολή του αντανακλαστικού του βήχα) και η μείωση της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού, όπως σε περιπτώσεις δρεπανοκυτταρικής αναιμίας και νόσου του Hodgkin.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η πάθηση αρχίζει με λοίμωξη των πνευμονικών κυψελίδων· η πνευμονική μεμβράνη φλεγμαίνει και η διαπερατότητά της αυξάνει πολύ, σε βαθμό που το αίμα να περνά στις κυψελίδες υγρά, ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια. Έτσι οι κυψελίδες που έχουν προσβληθεί γεμίζουν προοδευτικά από υγρό και κύτταρα και, με τη διασπορά των μικροβίων, η λοίμωξη επεκτείνεται από την μία κυψελίδα στην άλλη. Τελικά μεγάλες περιοχές του πνεύμονα, μερικές φορές και ολόκληροι λοβοί ή ολόκληρος ο πνεύμονας, γίνονται "πυκνωτικές", δηλαδή γεμίζουν από υγρά και κυτταρικά υπολείμματα.

Κατά την πνευμονία η λειτουργία των πνευμόνων μεταβάλλεται ανάλογα με τα διάφορα στάδια της πάθησης.

Στα πρώιμα στάδια η επεξεργασία της πνευμονίας είναι δυνατό να εντοπίζεται σ' ένα μόνο τμήμα του πνεύμονα, ενώ το υπόλοιπο να παραμένει υγιές. Ο κυψελιδικός αερισμός μπορεί να ελαττωθεί ακόμα κι αν η αιματική ροή διαμέσου του πνεύμονα συνεχίζεται σχεδόν φυσιολογικά. Αυτό οδηγεί σε δύο μεγάλες πνευ-

μονικές διαταραχές: α. ελάττωση της συνολικά διαθέσιμης επιφάνειας αναπνευστικής μεμβράνης και

β. ελάττωση της σχέσης αερισμού-αιμάτωσης.

Κατά τις πρώτες 12-24 ώρες της Πνευμονιοκοκκικής Πνευμονίας παρατηρείται μια φλεγμονώδης εξοίδηση του πνεύμονα με έντονη **υπεραιμία** των τριχοειδών αγγείων (στάδιο **υπεραιμίας**). Στις κυψελίδες υπάρχει μεγάλη ποσότητα λευκωματώδους υγρού. Στις επόμενες 2-3 μέρες ο πνεύμονας καθίσταται βαθύς κόκκινος, κατά το **στάδιο της ερυθράς υπατώσεως**, και περιέχει άφθονα ερυθρά αιμοσφαίρια, πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα και πνευμονιόκοκκους.

Κατά το επόμενο στάδιο, της **φαιάς ηπατώσεως**, μετά από 4-5 μέρες από την έναρξη της νόσου, το χρώμα του πνεύμονα γίνεται γκρι. Μικροσκοπικά ευρήματα είναι: η ύπαρξη λίγων ακεραίων ερυθροκυττάρων (τα πιο πολλά έχουν καταστραφεί με φαγοκύτωση) στις κυψελίδες και ενός τεράστιου αριθμού πολυμορφοπύρρηνων λευκοκυττάρων. Το στάδιο αυτό διαρκεί 3-4 μέρες και ακολουθεί το στάδιο της αποκατάστασης κατά το οποίο ρευστοποιείται το εξιδρωματικό περιεχόμενο των πνευμόνων και έτσι μπορούν να αεριστούν. Το ινώδες υλικό που υπάρχει στις κυψελίδες ρευστοποιείται από ένζυμα που απελευθερώθηκαν κατά την εκφύλιση των λευκοκυττάρων και στη συνέχεια απομακρύνεται από τα μεγάλα πολυμορφοπύρρηνα που σ' αυτό το στάδιο αφθονούν. Η Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία σπάνια προκαλεί ιστολογική νέκρωση. Η ύπαρξη πλευριτικού υγρού είναι συχνή και παρόλο που έχει τη μορφή πολυμορφοπυρηνικού εξιδρώματος, είναι στείρο μικροβίων, σε αντίθεση με το εμπύημα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία έπεται τις πιο πολλές φορές συμπτωμάτων ενός απλού κρυολογήματος ή μιας λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού συστή-

ματος. Η έναρξή της είναι συνήθως απότομη και καθαρή, με την εμφάνιση βίαιου (τρομώδους) ρίγους άπαξ. Ο ασθενής μπορεί να καθορίσει με ακρίβεια την εμφάνισή του. Σ' ένα ποσοστό 80% των περιπτώσεων εμφανίζεται επίσης και μια ταχεία ανύψωση της θερμοκρασίας (άνω των 38,5 βαθμών C, και μπορεί να φτάσει και μέχρι τους 40,1), με αντίστοιχη ταχυκαρδία, υπέρταση και αύξηση του ρυθμού της αναπνοής (ταχύπνοια). Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν έξαρση αν δεν χρησιμοποιηθούν αντιπυρετικά φάρμακα, ενώ οι επανειλημμένες προσβολές ρίγους πρέπει να γεννήσουν την υποψία για την παρουσία άλλου αιτιολογικού παράγοντα.

Στο αναπνευστικό σύστημα παρατηρούμε ότι ο ασθενής αναπνέει γρήγορα και κοφτά και, λόγω της συχνής συμμετοχής του υπεζωκότα στην φλεγμονή, δεν μπορεί να αναπνεύσει βαθιά, ενώ κονάει ταυτόχρονα με την εισπνοή. Αγωνιώδης και έντονος πλευριτικός πόνος παρατηρείται σ' ένα ποσοστό 70% των ασθενών, καθώς επίσης και βήχας με παραγωγή κοκκινωπών ή 'σκωριόχρωμων' πτυέλων μέσα σε λίγες ώρες.

Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν ελαφρά κυάνωση ως αποτέλεσμα του μειωμένου αερισμού των πνευμόνων, δύσπνοια, οξύ κονοκέφαλο, παραλήρημα -συνήθως στους αλκοολικούς και στους ηλικιωμένους- καθώς και επιχείλιο έρπη και διάταση της κοιλιάς. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστεί επίσης ναυτία και έμετος με ίκτερο, αλλά αυτό όπως και τα περισσότερα από τα παραπάνω παρατηρούνται ως επί το πλείστον σε παραμελημένες περιπτώσεις χωρίς έγκαιρη έναρξη της θεραπευτικής αγωγής.

Τα φυσικά ευρήματα της Πνευμονιοκοκκικής Πνευμονίας είναι συχνά εντυπωσιακά. Η διάταση του πνεύμονα στο σημείο της φλεγμονής είναι περιορισμένη. Επικρουστικά διαπιστώνεται αμβλύτητα στην πάσχουσα περιοχή, στην οποία οι φωνητικές δονήσεις είναι φυσιολογικές. Ακροαστικά καταργείται το κυφελιδικό στοιχείο του αναπνευστικού ψιθυρίσματος, λόγω πλήρωσης των κυφελίδων από εξίδρωμα και υπάρχει χαρακτηριστική βρογχική αναπνοή καθώς επίσης και λεπτοί

τρίζοντες οι οποίοι γίνονται περισσότερο και τραχύτεροι κατά την πορεία της νόσου. Πιθανή είναι επίσης και η ακρόαση ήχων τριβής.

Στους ηλικιωμένους ή εξασθενημένους ασθενείς η έναρξη της νόσου είναι λιγότερο έντονη και απότομη και οι κυριότερες κλινικές εκδηλώσεις είναι η εξασθένηση των διανοητικών λειτουργιών και πολλές φορές η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Στα άτομα αυτά μπορεί να μην εμφανιστεί καθόλου ή να εμφανιστεί μικρή μόνο πυρετική κίνηση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Παρατηρείται μια χαρακτηριστική λευκοκυττάρωση, πολυμορφοκυρηνική από 12.000 ως 25.000 κύτταρα ανά κ.εκ. φυσιολογικός αριθμός λευκοκυττάρων ή ακόμα και λευκοπενία παρατηρείται μερικές φορές σε ασθενείς με εξαιρετικά βαριά



Σχήμα 5: Κατό Gram χρωματισμένο παρασκεύασμα πτυέλων (Ανευλαβή)

τις 3 ή 4 πρώτες μέρες της νόσου, όταν δεν έχει αρχίσει η θεραπευτική αγωγή σε ποσοστό 20 ως 25 % των περιπτώσεων.

Η σωστή συλλογή των πτυέλων και η ερμηνεία των ευρημάτων της μικροσκο-

λοΐμωξη και μικροβιαίμια στους αλκοολικούς και τους ηλικιωμένους, οπότε είναι δυνατό να υπάρχουν και διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας με αύξηση της χολερυθρίνης του αίματος. Η ΤΚΕ είναι αυξημένη και υποχωρεί ταυτόχρονα με την υποχώρηση της νόσου. Η καλλιέργεια αίματος είναι θετική για πνευμονιόκοκκους κατά

σκοπικής κατά Gram εξετάσεώς τους αποτελεί ' 'μία αναίμακτη βιοψία πνεύμονος' '.

Η ανεύρεση άφθονων πυοσφαιρίων και σχεδόν αποκλειστικά gram-θετικών διπλόκοκκων, μεμονωμένων και κατά ζεύγη, δίνει τη διάγνωση της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας και επιτρέπει την εκλογή αντιμικροβιακής θεραπείας. Οι κόκκοι αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν με διάφορες μεθόδους για την διευκόλυνση της διάγνωσης της νόσου. Μερικές φορές οι πνευμονιόκοκκοι μπορούν να παρατηρηθούν απευθείας μέσα στα κοκκιοκύτταρα σε ασθενείς με μικροβιαίμια με εξέταση του στρώματος μετά χρώση κατά Wright. Οι ασθενείς αυτοί έχουν συχνά ασπληνία.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η τυπική ακτινολογική εικόνα της Πνευμονιοκοκκικής Πνευμονίας



χαρακτηρίζεται από ομοιογενή μη τμηματική πύκνωση που αφορά συνήθως ένα λοβό (σχήμα 6). Σπανιότερα στην ακτινογραφία θώρακα εμφανίζονται:

Ανομοιογενής μη τμηματική σκίαση.

Αποστηματικές κοιλότητες: έχουν παχύ τοίχωμα με ανώμαλη εσωτερική επιφάνεια, κατά προτίμηση στους άνω λοβούς* μπορεί να περιέχουν νεκρωμένο πνευμονικό ιστό που μπορεί να οδηγήσει σε γάγγραινα του πνεύμονα.

Σχήμα 6: Ομοιογενής πύκνωση

αρ. λοβού (Ανευλαβή)

Απόστημα: συνήθως εντοπίζεται στο οπίσθιο τμήμα των άνω λοβών, ή πολλαπλά αποστήματα με συνήθη εντόπιση στους κάτω λοβούς.

Πλευριτικό υγρό που συνυπάρχει με παρεγχυματική βλάβη* η ακτινολογική του απεικόνιση είναι σπάνια εφικτή σε λήψη ακτινογραφιών στην ορθή θέση.

Συχνά (57%) προσβάλλεται ο υπεζωκότας με μικρή σχετικά παραγωγή υγρού η ύπαρξη του οποίου διαγιγνώσκεται ακτινολογικά με την κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς (πλάγια κατακεκκλιμένη). Σε ποσοστό 34-37% των περιπτώσεων Πνευμονιοκοκκικής Πνευμονίας η ακτινολογική υποχώρηση της νόσου γίνεται μετά από δύο μήνες, ενώ η προσβολή του υπεζωκότα μπορεί να επιμείνει και για πλέον των τεσσάρων μηνών.

Φυσιολογία της πνευμονικής λειτουργίας κατά την προσβολή των πνευμόνων από Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία.

Η παρεμπόδιση της λειτουργικότητας του πνεύμονα εξαρτάται από την έκταση του προσβληθέντος πνευμονικού παρεγχύματος, καθώς και από την λειτουργική κατάσταση του μη προσβληθέντος ιστού. Στους εμφυσηματικούς και μία βρογχοπνευμονία ακόμα μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Αυτό διότι το πνευμονικό παρέγχυμα που δεν προσβλήθηκε, δεν είναι ικανό να υπερλειτουργήσει και να αποβάλλει το CO_2 , που δεν αποβάλλεται από την περιοχή που έχει προσβληθεί από την νόσο. Σε άτομα κατά τα άλλα υγιή στη λοβώδη πνευμονία, επειδή οι κυψελίδες είναι γεμάτες υγρό και κύτταρα, το φλεβικό αίμα δεν οξυγονώνεται και έτσι δημιουργείται ένα shunt (μετακίνηση), ώστε να επανέρχεται στην αριστερή κοιλία αίμα που δεν είναι επαρκώς οξυγονωμένο και έτσι η πίεση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα (PaO_2) πέφτει. Η τάση του CO_2 στο αρτηριακό αίμα είναι μάλλον λίγο χαμηλότερη του φυσιολογικού, γιατί ο εναπομένων πνευμονικός ιστός υπερδιατείνεται και αποβάλλει το CO_2 , το οποίο έχει πολύ μεγαλύτερη ευχέρεια διαχύσεως από εκείνη του O_2 (λόγω μεγαλύτερης διαλυτότητας) και επομένως η υπερδιάταση σε συνδιασμό με την ταχύπνοια (λόγω πλευριτικού πόνου) προκαλεί πτώση της $PaCO_2$. Σε σοβαρές μορφές, στα τελικά στάδια, η $PaCO_2$ είναι αυξημένη και αυτό είναι βαρύ προγνωστικό σημείο, λόγω κατάληψης του πνευμονικού παρεγχύματος σε μεγάλη έκταση και κοπώσεως των αναπνευστικών μυών. Η ζωτική χωρητικότητα, λόγω της ελαττωμένης εκπτώξεως των κυψελίδων εξ' αιτίας του πόνου αλλά

και της πληρώσεως των με υγρό,είναι ελαττωμένη.

Η υπερπυρεξία χειροτέρευει την κατάσταση,με την έννοια ότι μετατοπίζει την καμπύλη κορεσμού της αιμοσφαιρίνης προς τα δεξιά.Δηλαδή,με δεδομένη την PaO₂,λιγότερο O₂ ενώνεται με την αιμοσφαιρίνη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Φαρμακευτική θεραπεία:

Πριν αποφασισθεί το κατάλληλο αντιβιοτικό φάρμακο πρέπει να παρθούν 3-4 δείγματα πτυέλων για καλλιέργεια καθώς και εξετάσεις αίματος.

Η κρυσταλλική πενικιλλίνη είναι το φάρμακο εκλογής,εξαιτίας της ασυνήθιστης ευαισθησίας που παρουσιάζουν σ'αυτήν οι πνευμονιόκοκκοι.Η θεραπεία με πενικιλλίνη διαρκεί 5-6 μέρες αδιάκοπα.Η χορήγηση της πενικιλλίνης G είναι : ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή,λόγω της ευαισθησίας του φαρμάκου στο HCL του στομάχου. Άμα βελτιωθεί η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να συνεχιστεί η θεραπεία με ημισυνθετικές πενικιλλίνες απ'το στόμα (προτιμάται ιδιαίτερα στα παιδιά), οι οποίες δεν επιρρεάζονται από το HCL του στομάχου ,έχουν ευρύ αντιμικροβιακό φάσμα και δεν προκαλούν αντιδράσεις ευαισθησίας.

Σε περιπτώσεις αλλεργίας στην πενικιλλίνη χορηγείται κεφαλοσπορίνη,ερυθρομυκίνη,κλινταμυκίνη ή χλωραμφενικόλη.Η κεφαλοσπορίνη όμως πρέπει να αποφεύγεται σε άτομα με ιστορικό αναφυλαξίας,καθώς επίσης και σε ευαισθησία στην πενικιλλίνη για αποφυγή διασταυρούμενης αλλεργίας.Αντί αυτής μπορεί να χορηγηθεί ο συνδυασμός τριμεθοπρίμης-σουλφαμεθαζόνης(Septtrin).

Γενικά μέτρα αντιμετώπισης:

Εκτός της φαρμακευτικής αγωγής ο ασθενής χρειάζεται συμπτωματική και υ-

ποστηρικτική θεραπεία. Πρέπει να παραμείνει κλινήρης, σε γωνία 45 μοιρών για να μπορεί να κινητοποιεί, εν ανάγκη, και τους εφεδρικούς μύες της αναπνοής. Πρέπει να ενυδατώνεται αρκετά, διότι πιθανόν να έχει έντονες εφιδρώσεις ή εμέτους και να χρειαστεί λήψη υγρών παρεντερικά. Η τροφή τις 2-3 πρώτες μέρες πρέπει να είναι ελαφρά, στη συνέχεια όμως πλήρης με μεγάλη θερμιδική αξία. Σ' όλους τους ασθενείς χρειάζεται κινητοποίηση των κάτω άκρων.

Το O₂ πρέπει να παρέχεται από τα αρχικά στάδια της πνευμονίας σ' όλους τους χρόνιους πνευμονοπαθείς. Η ανάγκη για χορήγηση O₂ εκτιμάται καλύτερα μετά από μία μέτρηση αερίων του αρτηριακού αίματος, οπότε χορηγείται επί αναπνευστικής ανεπάρκειας. Σαν πρόχειρη εκτίμηση όμως, η ύπαρξη κυανώσεως κάνει επιβεβλημένη την χορήγηση O₂, το οποίο, αν και δεν έχει καμία επίδραση στις προσβεβλημένες κυψελίδες, αυξάνει τον κορεσμό της Hb του αίματος σε O₂ στις υγιείς κυψελίδες, ώστε να αυξάνεται η τελική τάση στο αρτηριακό αίμα.

Σε περιπτώσεις έντονου βήχα χορηγείται πολύ μικρή ποσότητα κωδεΐνης και οπιούχα για τον έντονο πλευριτικό πόνο. Όμως πάνω στην χορήγηση οπιούχων οι γνώμες διχάζονται. Άλλοι υποστηρίζουν ότι στον μη χρόνια πνευμονοπαθή μπορούμε να δώσουμε υποδόρια από 10 ως 15 mg μορφίνης, ανάλογα με το πόσο καλά λειτουργεί το αντανακλαστικό του βήχα, ενώ στον χρόνια πνευμονοπαθή μπορούμε να χορηγήσουμε παρακεταμόλη σε συνδυασμό με κάποιο ήπιο ηρεμιστικό (π.χ. 1 Stedon 2 mg δύο φορές την ημέρα). Άλλοι απαγορεύουν εντελώς τα οπιούχα και στους χρόνιους πνευμονοπαθείς απαγορεύουν αυστηρά και το οποιοδήποτε ηρεμιστικό. Άλλοι συντάσσονται με την δεύτερη κατηγορία, χρησιμοποιούν όμως σε μη χρόνιους ασθενείς την κωδεΐνη σε σταγόνες.

Ο ασθενής με Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία δεν χρειάζεται ιδιαίτερη απομόνωση, παρόλο που οι εκκρίσεις του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να είναι μεταδοτικές για 24 ώρες μετά την έναρξη της αντιμικροβιακής θεραπείας.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Παράταση του πυρετού πέρα των 5-7 ημερών, παρά την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, ή δεύτερο πυρετικό κύμα. ενώ ο άρρωστος έχει μείνει για αρκετό διάστημα άπυρετος, σημαίνει εμφάνιση επιπλοκής. Συνήθως είναι αποτέλεσμα καθυστερημένης έναρξης της θεραπείας ή λανθασμένης εκλογής αντιμικροβιακού παράγοντα.

Επιπλοκές στην πνευμονιοκοκκική πνευμονία εμφανίζονται σε ποσοστό 15-20% των περιπτώσεων, εκ των οποίων οι βασικότερες είναι:

α. Πλευριτικό εξίδρωμα: εμφανίζεται σε ποσοστό 5% περίπου των περιστατικών ακόμα και μετά από ειδική θεραπεία. Συνήθως είναι στείρο και επαναρροφάται αυτόματα σε διάστημα 1-2 εβδομάδων. Μερικές φορές όμως το εξίδρωμα είναι άφθονο και απαιτείται η αναρρόφησή του με χειρουργική παροχέτευση.

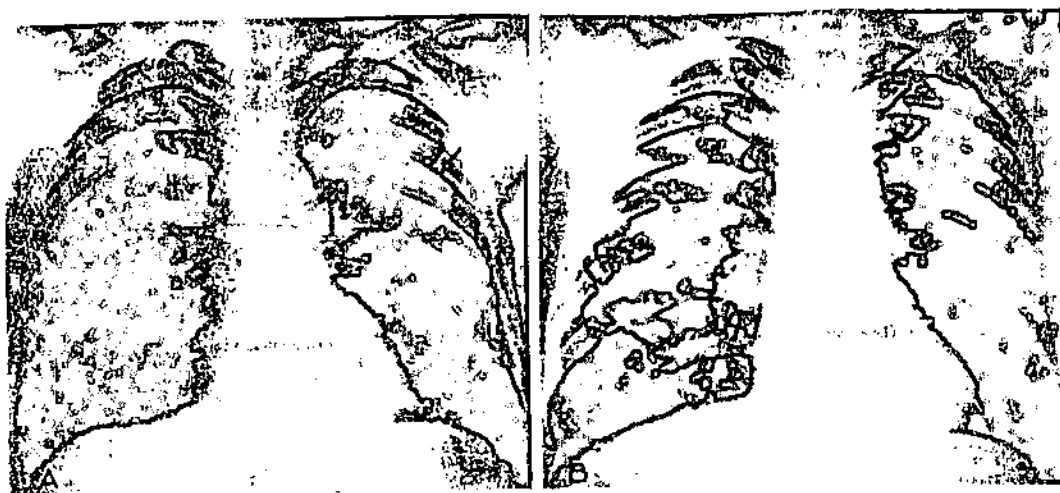
β. Εμπήμα: πριν από την εισαγωγή της αποτελεσματικής χημειοθεραπείας εμφανιζόταν σε ποσοστό 5-8% των ασθενών. Σήμερα παρατηρείται μόνο σ' ένα 2% των περιπτώσεων. Η ποσότητα εξιδρώματος μπορεί να γίνει αρκετά μεγάλη ώστε να μετατοπίσει το μεσοθωράκιο.

γ. Ατελεκτασία: συμβαίνει στο σύνολο ή μέρος του λοβού και εμφανίζεται κατά το ενεργό στάδιο της πνευμονίας ή μετά την έναρξη της θεραπείας. Ο ασθενής μπορεί να παραπονεθεί για αιφνίδια υποτροπή πλευριτικού πόνου και να εμφανίσει συχνές αναπνευστικές κινήσεις. Οι περιοχές ατελεκτασίας καθαρίζονται συνήθως με βήχα και βαθιές αναπνευστικές κινήσεις, αλλά η βρογχική αναρρόφηση είναι συνήθως απαραίτητη. Αν συνεχιστεί η ατελεκτασία η προσβεβλημένη περιοχή παθαίνει ίνωση σ' όλη την επιφάνειά της και η λειτουργικότητά της μηδενίζεται.

δ. Περικαρδίτιδα: ιδιαίτερα σοβαρή επιπλοκή αποτελεί η εξάπλωση της νόσου στο περικάρδιο. χαρακτηριστικά της είναι: πόνος στην προκάρδια χώρα, ήχος

τριβής που ακολουθεί τον ρυθμό του παλμού και διάταση των φλεβών του λαιμού.

ε. Καθυστερημένη λύση: Η απομάκρυνση εξιδρώματος από τον πνεύμονα μετά πνευμονική λοίμωξη ολοκληρώνεται συνήθως σε διάστημα 2-ως 3 εβδομάδων, οπότε



Σχήμα 7,8: Ακτινογραφία θώρακα (Α) που δείχνει τμηματική πύκνωση αρ. κάτω λοβού (βέλος). Μετά 5 μέρες (Β) παρουσιάστηκε νέα επέκταση στην αρ. βάση και δ. μέση και κάτω των λοβών. (Hinshaw-Murray)

η ακτινογραφία του θώρακα φαίνεται φυσιολογική. Σε μερικές περιπτώσεις, σε άτομα ηλικιωμένα και αλκοολικούς, η ανάρρωση συνεχίζεται για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Μερικές φορές η προσβεβλημένη περιοχή δεν επαναποκτά τον αερισμό της και υφίσταται ίνωση ή μπορεί ακόμα και να επεκταθεί η προσβολή του πνεύμονα. (Σχήμα 7,8)

στ. Απόστημα: Αποτελεί σπάνιο επακόλουθο πνευμονιοκοκκικής λοίμωξης άλλης προέλευσης. Εκδηλώνεται με συνεχή πυρετό και άφθονη απόχρεμψη πυωδών πτυέλων, ενώ η ακτινογραφία δείχνει μία ή περισσότερες μικρές κοιλότητες. Σπάνια συμβαίνει σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με πενικιλίνη. Υφίσταται όμως η πιθανότητα να εμφανιστεί μετά από λοίμωξη με πνευμονιόκοκκο τύπου 3.

Πρόγνωση-θνησιμότητα

Η θνησιμότητα πριν την ανακάλυψη των αντιβιοτικών φαρμάκων ήταν 25-50% και εξαρτώνταν από τις διατροφικές συνήθειες, το οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο του αρρώστου και ιδιαίτερα από τον αλκοολισμό. Τώρα το ποσοστό αυτό έχει κατέβει στο 5% και περιορίζεται σε άτομα με ιδιαίτερη προδιάθεση και μικροβαιμία.

Λευκοπενία, μικροβαιμία, αναπνευστική ανεπάρκεια και κυάνωση αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου·γι'αυτό και στους χρόνιους αναπνευστικούς αρρώστους ή στους καρδιοπαθείς είναι δυνατό να χρειαστεί μηχανικός αερισμός για πρόληψη ή υποξία.

Αξιοπρόσεκτο ποσοστό νόσησης με πνευμονία και θνησιμότητα παρουσιάζουν οι ενδονοσοκομειακοί ασθενείς, οι συνδεδεμένοι με αναπνευστήρες. Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί μεταδίδονται με τα χέρια του προσωπικού. Η πρόληψη συνίσταται σ'ένα προσεκτικό καθάρισμα των χεριών, καθάρισμα χώρων και μηχανημάτων με ειδικό αντισηπτικό όπως και γνώση των βασικών αρχών αντισηψίας και λειτουργίας των αναπνευστικών μηχανημάτων.

Πρόληψη

Η χρήση εμβολίου από την πολυσακχαριδική απτίνη του πνευμονιόκοκκου παρέχει κάποια ασφάλεια για τα άτομα με κάποια ιδιαίτερη ευαισθησία στις λοιμώξεις (γέροντες, διαβητικοί, αλκοολικοί, χρόνιοι πνευμονοπαθείς, καρδιοπαθείς, άτομα που παίρνουν ανοσοκαταστολή ή κορτιζόνη και αυτοί που παρουσιάζουν ή εμφανίζουν διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας). Χορηγώντας IM ή υποδόρια 0,5 ml εμβολίου πολυδύναμου ανά 3ετία (που περιέχει 14 διαφορετικές απτίνες του ελύτρου των πνευμονιόκοκκων) όχι μόνο προλαμβάνεται η πνευμονία αλλά και η

μικροβιαιμία. Παιδιά 2 ετών και άνω που παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για νόσηση με πνευμονία και πρέπει να εμβολιαστούν είναι παιδιά με: α. δρεπανοκυτταρική αναιμία, β. που υποβάλλονται σε θεραπεία για νόσο του Hodgkin, γ. συγγενή ή λειτουργική ασπληνία, δ. που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Ο εμβολιασμός αντενδείκνυται σε παιδιά κάτω των δύο ετών, σε άτομα με πυρετό και σε εγκύους γιατί είναι άγνωστη η επίδραση του εμβολίου στο έμβryo.

ΕΝΟΤΗΤΑ 2η:

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Προβλήματα του ασθενούς

1. Αναπνευστική δυσλειτουργία: μείωση της αναπνευστικής μεμβράνης, βήχας, απόχρεμψη, πλευροδυνία, δύσπνοια.
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο: απόχρεμψη, βήχας, δύσπνοια, ναυτία, έμετοι.
3. Ενεργειακό ανισοζύγιο: πυρετός, υποξία.
4. Διαταραχή ισοζυγίου υγρών, οξεοβασικής ισορροπίας, ηλεκτρολυτών: πυρετός, έμετοι, υπερκαπνία, υποξία.
5. Μετατροπές στην άνεση: πόνος, πυρετός, δύσπνοια, ναυτία, έμετοι.
6. Μείωση δραστηριοτήτων.
7. Προβλήματα κένωσης του εντέρου: μείωση δραστηριοτήτων, δίαιτα, αντανάκλαστική μείωση περίστασης του εντέρου.
8. Κίνδυνοι επιπλοκών.
9. Ψυχολογικά προβλήματα του ασθενούς: ανασφάλεια, πόνος, κακουχία, αγωνία.

Προβλήματα και Νοσηλευτική Παρέμβαση σε ασθενή με

Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία

I. Βοήθεια κατά την συλλογή δειγμάτων για εργαστηριακό έλεγχο και προσδιορισμό του τύπου του παθογόνου μικροοργανισμού.

A. Μικροβιολογική εξέταση πτυέλων.

1. Καθοδήγηση του ασθενούς ώστε να βήχει παραγωγικά και να παρθούν δείγματα των βρογχικών εκκρίσεων.

Το είδος της μικροβιακής θεραπείας εξαρτάται από το είδος και την ευαισθησία του μικροοργανισμού που απομονώνεται με την χρώση κατά Gram των πτυέλων.

2. Συλλογή πτυέλων σε αποστειρωμέ-

να τρυβλία.

3. Αν η κατάσταση του ασθενή δεν επιτρέπει την παραγωγή πτυέλων απορροφώνται αυτά από την τραχεία με καθετηριασμό.

Β. Αιματολογικές εξετάσεις και ιδιαίτερα καλλιέργεια αίματος.

Γ. Rb θώρακα (οπισθοπροσθία και πλάγια προβολή)

Ο καθετηριασμός της τραχείας μπορεί να προκαλέσει παροξυσμό βήχα και παραγωγή άφθονων πτυέλων.

Πρέπει να παρθούν πριν την έναρξη της αντιμικροβιακής θεραπείας και να την καθορίσουν.

II. Παροχή ειδική βοήθειας για την αποβολή του παθογόνου μικροοργανισμού.

Α. Χορήγηση κατάλληλου αντιβιοτικού φαρμάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα.

1. Η πενικιλίνη είναι συνήθως το φάρμακο εκλογής. Η θεραπεία διαρκεί 5-6 μέρες συνεχώς και 2-3 μέρες μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων.

2. Σε περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλίνη χορηγείται κεφαλοσπορίνη, ερυθρομυκίνη, κλινταμυκίνη, χλωραμφενικόλη, ή τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθαζόλη.

Β. Παρακολούθηση του ασθενούς για

Οι πνευμονιόκοκκοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην πενικιλίνη. ΠARENΤΕΡΙΚΗ χορήγηση αντιβίωσης δίνεται σε βαριές περιπτώσεις. Η δόση και πορεία της νόσου εξαρτάται από την σοβαρότητα της και την τυχόν εμφάνιση επιπλοκών.

Τα αντιβιοτικά αυτά είναι δραστικά κατά των πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων σε ευαισθητοποιημένους κατά της πενικιλίνης ασθενείς.

παρουσία ναυτίας, εμέτου, διάρροιας

ή δερματικού εξανθήματος.

III. Εκτίμηση της αντίδρασης του ασθενούς στην θεραπεία.

A. Λήψη ζωτικών σημείων (κυρίως της θερμοκρασίας, των αναπνοών και της αρτηριακής πίεσης) σε τακτά χρονικά διαστήματα και ακόμα πιο συχνά σε σοβαρές περιπτώσεις.

1. Παρακολούθηση για συνέχιση ή επανεμφάνιση του πυρετού.

B. Εκτίμηση των υπάρχοντων σημείων περιφερικής καταπληξίας.

1. Άμεση αντιμετώπιση σοκ με χορήγηση υγρών IV και αίματος.
2. Χορήγηση πενικιλίνης IV.

Γ. Παρακολούθηση του ασθενούς για εμφάνιση παραλήρηματος ή αποπροσανατολισμού.

Το θερμομετρικό διάγραμμα δείχνει την αντίδραση του οργανισμού του αρρώστου στη θεραπεία και την πρόοδο που σημειώνει η νόσος.

Η τυχόν εμφάνιση υπότασης άνωρίς κατά την εμφάνιση της νόσου μπορεί να δηλώνει την ύπαρξη υποξίας ή μικροβαιμία. Τα σαλικυλικά πρέπει να χορηγούνται με φειδώ γιατί προκαλούν απότομη πτώση της θερμοκρασίας και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η πορεία της νόσου.

Αν υπάρξει υπόταση παρατηρείται μείωση στη στεφανιαία και εγκεφαλική οξυγόνωση με σημαντικές επιπλοκές.

Το παραλήρημα θεωρείται σαν ένα σοβαρό προγνωστικό σημάδι και μπορεί να οφείλεται σε υποξία, μηνιγγίτιδα ή τρομώδες παραλήρημα (Delirium Tremens) του αλκοολισμού.

IV. Παροχή υποστηρικτικής φροντίδας και ανακούφιση του ασθενούς.

A. Παρότρυνση του ασθενούς να βήχει παραγωγικά.

1. Υποστήριξη του θώρακα του ασθενούς ενώ βήχει.

2. Χορήγηση κωδεΐνης σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.

3. Εφύγραση με νεφελωτές του εισπνεόμενου αέρα για απομάκρυνση των εκκρίσεων και βελτίωση του αερισμού.

4. Χρησιμοποίηση βλεννολυτικών και αποχρεμπτικών φαρμάκων για την αποβολή των εκκρίσεων.

B. Χρήση μέτρων προς ελάττωση του πλευριτικού πόνου.

1. Χρησιμοποίηση θερμών και υγρών επιθεμάτων.

2. Ψεκασμός με χλωριούχο αιθύλιο της περιοχής του πόνου.

3. Διήθηση με προκαΐνη του μεσο-

Η καταστολή του αντανακλαστικού του βήχα μπορεί να οδηγήσει σε επαναρρόφηση και συγκέντρωση των βρογχικών εκκρίσεων και κατά συνέπεια σε ατελεκτασία.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν ελαττωμένο το αντανακλαστικό του βήχα και μπορεί να χρειαστούν έκτακτα μέτρα (αναρρόφηση, βρογχοσκόπηση) για την απομάκρυνση των εκκρίσεων.

Ο πόνος και ο βήχας προκαλούνται από επέκταση της λοίμωξης στον υπεζωκότα. Η ανησυχία που προκαλείται από τον πλευριτικό πόνο μπορεί να δυσκολέψει τον πνευμονικό αερισμό. Ο πλευριτικός πόνος προκαλεί επιδόλαια αναπνοή. Ο αερισμός των πνευμονικών

πλεύριου νεύρου.

4. Χρήση αναλγητικών με φειδώ για αποφυγή καταστολής του αντανακλαστικού του βήχα.

Γ. Διατήρηση σταθερού του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

1. Παροχή 2000-3000 ml ημερησία.
2. Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως αν ο ασθενής είναι σοβαρά άρρωστος ή παρουσιάζει εμέτους.

Δ. Χορήγηση O₂ σε περιπτώσεις δύσπνοιας, κυκλοφοριακής διαταραχής και παραληρήματος.

1. Διάφοροι τρόποι χορήγησης είναι με ρινική κάνουλα (Σχήμα 9A, B), με στοματοφαρυγγικό καθετήρα, με μάσκα Venturi, με μάσκα αεροζόλ, με τέντα O₂, κλπ.

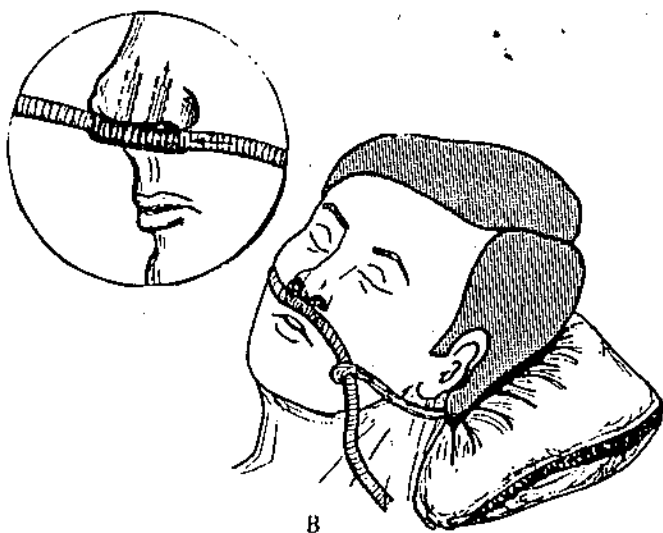
2. Εξέταση αερίων αρτηριακού αίματος για εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της χορήγησης του O₂ και προσδιορισμό της PCO₂ και του PH.

Ε. Εξασφάλιση επαρκούς ανάπαυσης του ασθενούς.

Ζ. Άσκηση των πνευμόνων είτε από ειδικούς φυσικοθεραπευτές ή από τους

κυφελίδων ελαττώνεται και αυτό συντελεί στην εκδήλωση κυάνωσης και αναπνευστικών προβλημάτων.

Η απώλεια των υγρών είναι μεγάλη εξαιτίας του πυρετού, της δύσπνοιας και των εφιδρώσεων.



Σχήμα 9A, B: χορήγηση O₂ με ρινική κάνουλα (Καρδάση-Πάνου) Ασθενής με ιστορικό άλλου αναπνευστικού νοσήματος (βρογχίτιδα, εμφύσημα) έχει πιθανότητα να παρουσιάσει νάρκωση απ' το CO₂ αν λάβει O₂. Πιθανόν τότε να χρειαστεί μηχανικός αερισμός.

ίδιους τους ασθενείς (πχ, σε παιδιά η δημιουργία σαπουνόφουσκων: φυσικοθεραπεία σε συνδιασμό με παιγνίδι)

Η. Παρότρυνση του ασθενούς να κινείται αρχικά να κινεί τα πόδια του και μετά να μετακινείται στους χώρους της κλινικής.

V. Επαγρύπνηση για επιπλοκές.

Α. Πλευρίτιδα

Β. Καθυστέρηση θεραπείας

Γ. Επιλοΐμωξη

1. Περικαρδίτιδα

2. Εμπύημα

3. Μηνιγγίτιδα

Δ. Παραλήρημα

Ε. Καρδική αρρυθμία

Η συνεχής ακινησία των ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα προκαλεί δυσλειτουργία και μείωση της πίεσης του εντέρου.

Περίπου 15-20% των ασθενών με πνευμονοκοκκική πνευμονία παρουσιάζουν επιπλοκές.

Οι ασθενείς θα πρέπει να παρουσιάσουν αντίδραση στη θεραπεία τις πρώτες 24 ώρες.

VI. Πληροφόρηση και διδασκαλία του ασθενή για την πρόληψη των πνευμονικών λοιμώξεων.

Α. Διατήρηση φυσικής αντίστασης (επαρκής ανάπαυση, καλή διατροφή, σωστή ένδυση).

Β. Αντιγρίππικός (ή αντιπνευμονιακός) εμβολιασμός των ατόμων με ευαισθησία σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Γ. Αποφυγή υπερκόπωσης, έκθεσης σε

Ένα επεισόδιο πνευμονίας μπορεί να προκαλέσει ευαισθησία σε άλλες πνευμονικές λοιμώξεις.

Η γρίπη προδιαθέτει σε δευτερογενείς μικροβιακές πνευμονίες.

Τα κρυολογήματα και οι λοιμώξεις

ψύχος και κατάχρηση αλκοόλ μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού στις λοιμώξεις.

Δ. Διατήρησης άριστης αναπνευστικής λειτουργίας και πληροφόρηση του γιατρού εγκαίρως για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων αναπνευστικού προβλήματος.

Ε. Εξασφάλιση επαρκούς βρογχικής υγιεινής.

1. Ενθάρρυνση του ασθενούς να βήχει, να γυρνάει και να παίρνει βαθιές αναπνοές.

2. Τοποθέτηση κωματωδών και ημικωματωδών ασθενών σε ανάρροπη θέση.

3. Συχνή πλύση του στόματος.

Ζ. Αποφυγή εξάλειψης του αντανακλαστικού του βήχα και κατά συνέπεια αναρρόφηση των βρογχικών εκκρίσεων.

Η. Επανάληψη των εξετάσεων μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος μπορεί να οδηγήσουν σε μόλυνση των πνευμόνων.

Η εμφάνιση πνευμονίας σε πρόσφατα χειρουργημένους ασθενείς είναι μια συνηθισμένη μετεγχειρητική επιπλοκή.

Ο βήχας, όσο οδυνηρός και να είναι για τους ασθενείς, συντελεί σημαντικά στην κένωση των πνευμόνων από τις εκκρίσεις.

Η πνευμονία συνήθως συνυπάρχει με άλλες παθήσεις των πνευμόνων και κυρίως με τον καρκίνο του πνεύμονα.

VII. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Α. Παρότρυνση του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά του σχε-

στην περίπτωση αυτή εκτός της νοσηλεύτριας, σημαντικό ρόλο κατέχει

τικά με την ασθένεια και την και ο κοινωνικός λειτουργός.

Β. Αποδοχή των συναισθημάτων του ασθενούς σχετικά με την πρακτική εφαρμογή των απαγορεύσεων που πρέπει να διαρκούν για πολλά χρόνια (πχ. σταμάτημα του καπνίσματος)

ΕΝΟΤΗΤΑ 3η:

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ : ΙΣΤΟΡΙΚΑ

ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1ο Ιστορικό

Όνομα ασθενούς: Λεωνίδας Π.

Ηλικία: 50 ετών

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Διάγνωση εισαγωγής: Πύκνωση δεξιού πνεύμονα

Οικογενειακό και αναμνηστικό ιστορικό ελεύθερα.

Ο ασθενής αναφέρει παραγωγικό βήχα εδώ και ένα δίμηνο. Κατά τις τρεις τελευταίες μέρες παρουσίασε πυρετική κίνηση 37,5 ως 39,5° C με ρίγος, έντονη αίσθηση ναυτίας και επώδυνο ξηρό βήχα, ιδιαίτερα την ημέρα εισαγωγής, πράγμα που τον οδήγησε να κάνει εμέτους.

Παρουσιάζει άλγος στο δεξιό ημιθώρακιο και δύσπνοια κατά την εισπνοή.

Ο ασθενής είναι καπνιστής 40 τσιγάρων ημερησίως τα τελευταία 20 χρόνια και καταναλωτής αλκοόλ.

Εξετάσεις: Η χρώση κατά Gram των πτυέλων έδειξε ύπαρξη μεγάλου αριθμού πνευμονιόκοκκων και πυοσφαιρίων. Κατά την γενική αίματος παρατηρήθηκε αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων (άφθονα πολυμορφοπύρηνα) και της ΤΚΕ.

Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε μια ταινιοειδή ατελεκτασία ανομοιογενή σκίαση με ασαφή όρια στη δεξιά κάτω πλευρά.

Φαρμακευτική Κάλυψη: Χορήγηση IV πενικιλίνης G (2.000.000 IU τρεις φορές ημερησίως)

Dextrose 5% 1000 mg δύο φορές ημερησίως

Aspirin tabl επί πυρετού άνω των 38,5° C.

X-Perp 2 κ. γλ. τρεις φορές ημερησίως

Zovirax, Codeine, Paraldehyde άπαξ.

1η ημέρα νοσηλείας: ο ασθενής παρουσιάζει υψηλό πυρετό κατά τις πρωινές ώρες με έξαρση το μεσημέρι κατά το οποίο ο πυρετός έφτασε τους 39,7° C. Μετά την χορήγηση αντιπυρετικών περιορίστηκε στους 37,5° C και ο ασθενής ένοιωσε πιο ήρεμος. Πάρθηκαν καλλιέργειες αίματος. Κατά τις απογευματινές ώρες παρουσιάστηκε ελαφρά δύσπνοια και βήχας με παραγωγή άφθονων πτυέλων. Χορηγήθηκε O₂ και Cholesteryl. Πάρθηκαν καλλιέργειες πτυέλων. Στις 9.30 μ.μ. ο ασθενής παρουσίασε ελαφρό παραλήρημα (δεν ήξερε πού βρισκόταν) και ταυτόχρονη άνοδο της θερμοκρασίας στους 39,7° C. Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά και ηρεμιστικά IM άπαξ (παραλδεόδη).

2η ημέρα νοσηλείας: άνοδος του πυρετού στους 38,9° C το πρωί και υποχώρησή του μετά από χορήγηση αντιπυρετικών. Ο ασθενής παρουσίασε έντονο πλευριτικό πόνο και του χορηγήθηκε κωδεΐνη. Ο βήχας και η παραγωγή πτυέλων είναι στα ίδια επίπεδα. Παρατηρήθηκε ανορεξία και αίσθημα γενικής κακουχίας.

3η ημέρα νοσηλείας: ο ασθενής άρχισε να αντιδράει στην αντιμικροβιακή θεραπεία. Ο πυρετός δεν ανέβηκε πάνω από τους 38° C ενώ ο βήχας παρουσίασε ύφεση. Επιμένει η δύσπνοια και συνεχίζεται η χορήγηση O₂ με ρινικό καθετήρα διαρκώς. Εμφάνιση επιχείλιου έρπητα και χορήγηση Zovirax.

4η ημέρα νοσηλείας: θερμοκρασία στα φυσιολογικά επίπεδα. Υποχώρηση δύσπνοιας και βήχα· σταμάτημα χορήγησης O₂. Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη διάταση κοιλιάς και αδράνεια του εντέρου. Δόθηκαν ελαφρά υπακτικά φάρμακα (X-Pep) και υποκλισμού μετά από αποτυχία των άλλων μέσων.

5η ημέρα νοσηλείας: υποχώρηση όλων των συμπτωμάτων. Επανάληψη των εξετάσεων.

6η ημέρα νοσηλείας: έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΛΕΩΝΙΔΑ Π. ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΣΚΟΠΟΣ	ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1η ημέρα νοσηλείας		
1Α: Άνοδος της θερμοκρασίας στους 39,7° C, λόγω αντίδρασης του οργανισμού στο λοιμογόνο παράγοντα.	Διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. Αποφυγή διαταραχής του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Τακτική θερμομέτρηση. Τοποθέτηση κομπρεσών. Χορήγηση αντιβιοτικής και αντιπυρετικής θεραπείας, καθώς και ορρών και ηλεκτρολυτών IV. Λήψη υγρών από το στόμα για αποφυγή αφυδάτωσης.	α. Θερμομετρούμε τον άρρωστο ανά 3-4 ώρες. β. Τοποθετούμε υγρές και χλιαρές κομπρέσες. γ. Χορηγούμε αντιπυρετικά φάρμακα, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. δ. Παρακολουθούμε τον ασθενή κατά τη διάρκεια της ενδοφλέβιας χορήγησης σκευασμάτων για τυχόν αντιδράσεις ευαισθησίας (οίδημα, ερυθρότητα κλπ)
		Ο πυρετός δεν υποχώρησε όταν εφαρμόστηκαν οι κομπρέσες αλλά μόνο όταν δόθηκαν αντιπυρετικά. Η ενυδάτωση του ασθενούς είναι πλήρης.

			δ. Παροτρύνουμε τον άρρωστο να λαμβάνει υγρά από το στόμα.	
			ε. Φροντίζουμε ώστε να αλλάζεται συχνά ο ιματισμός και τα σεντόνια του άρρωστου που βρέχονται από τον ιδρώτα του.	
1B. Παρουσίαση δύσπνοιας λόγω της προσβολής δ-λου του λοβού του πνεύμονα από τον πνευμονιόκοκκο.	Αποκατάσταση της φυσιολογικής ταχύτητας της αναπνοής και πλήρης αερισμός των κυφελίδων.	Τοποθέτηση του στη θέση Fowler και μείωση του αναπνευστικού φόρτου με περιορισμό των κινήσεών του και παραμονή στο κρεβάτι. Χορήγηση O ₂ . Εξάλειψη μετεω-	α. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον άρρωστο σε ανάρροκη ή ημιανάρροκη θέση. β. Χορηγεί O ₂ με ρινικό καθετήρα. γ. Παροτρύνει τον άρρωστο να παραμείνει στο κρεβάτι του και να περιορίσει τις κινή-	Μετά το μέσα που έλαβε η διπλωματούχος αδελφή η κατάσταση του άρρωστου βελτιώθηκε σημαντικά καθώς μειώθηκε η αναπνευστική του δυσχέρεια.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
		ρισμού.	σεις του. δ. φροντίζει ώστε να είναι το δωμάτιο ικανοποιητικά αερισμένο και να αποφεύγει ο ασθενής τα ρεύματα.	
1Γ. Βήχας που οφείλεται στην επέκταση της λοίμωξης στον υπεζωκότα και παραγωγή σκωροχρωμων πτυέλων.	Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι α. η ικανοποιητική αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων και αποφυγή ατελεκτασίας β. η ανακούφιση και η ηρεμία.	Υποστήριξη του θώρακα του ασθενούς κατά το βήχα και τοποθέτησή του στη πλευρά που φλεγμαίνει για διευκόλυνση αποβολής των πτυέλων. Χορήγηση Cholestylis λόγω των βρογχοδιασταλτικών του ιδιοτήτων. Υγιεινή στόματος.	α. Η διπλωματούχος αδελφή διδάσκει τον ασθενή πώς να υποστηρίζει το θώρακα του ενώ βήχει. β. Τοποθετεί τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση. γ. Χορηγεί βρογχοδιασταλτικά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. δ. Διδάσκει τον άρρω-	Τα μέτρα που έλαβε η νοσηλεύτρια είχαν πλήρη επιτυχία στο να μειωθεί ο βήχας χωρίς όμως να περιοριστεί η αποβολή των πτυέλων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>1Α. Εμφάνιση παραληρήματος και αποπροσανατολισμού εξαιτίας του υψηλού πυρετού και της τοξικότητας που συνοδεύει την πνευμονία.</p>	<p>Ο βασικότερος σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η πρόληψη και η επαναφορά του ασθενούς στην φυσιολογική κατάσταση ηρεμίας.</p>	<p>Καταπολέμηση του αιτίου που προκάλεσε το παραλήρημα, εδώ ο υψηλός πυρετός. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων άπαξ. Καθησύχηση του αγχώδους ασθενούς. Παραμονή κάποιου συγγενικού προσώπου κατά τη διάρκεια του παραληρήματος.</p>	<p>στο τη σωστή στοματική υγιεινή και τονίζει την αναγκαιότητά της. α. Χορηγούμε αντιπυρετικά φάρμακα, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. β. Χορηγούμε ηρεμιστικά φάρμακα, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. γ. Προσπαθούμε να καθησυχάσουμε τον ασθενή με ήρεμη ομιλία. δ. Φροντίζουμε ώστε να παραμείνει κοντά στον ασθενή, ενώ απονθαρρύνουμε τις επισκέψεις.</p>	<p>Ο ασθενής ήταν ένα φοβερά αγχώδες άτομο και τα μέτρα που έλαβε η νοσηλεύτρια άργησαν αρκετά να καρποφορήσουν. Όμως τελικά ο σκοπός επιτεύχθηκε.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
----------	--------	-----------------	----------	------------

Αποφυγή φασαρίας
και επισκέψεων για
να ηρεμίσει ο ασθε-
νής.

1Ε. Άνοδος της θερμοκρασίας στους 39,7° C.	Ο σκοπός είναι ο ίδιος όπως και στο 1Α.	Ο προγραμματισμός των νοσηλευτικών ενεργειών είναι όπως στο 1Α.	Η εφαρμογή του προγραμματισμού είναι όπως στο 1Α.	Τα αποτελέσματα των ενεργειών είναι όπως στο 1Α.
--	---	---	---	--

2η ημέρα νοσηλείας

2Α. Άνοδος του πυρετού στους 38,5° C.	Επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. Διατήρηση του ασθενούς δροσερό και ήρεμου.	Χορήγηση αντι-αντιπυρετικών φαρμάκων, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Λήψη υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης από τις εφιδρώσεις και συχ-	α. Η νοσηλεύτρια χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα. β. Φροντίζει ώστε ο ασθενής να λαμβάνει υγρά από το στόμα.* γ. Χορηγεί ηλεκτρολύτες IV.	Ο πυρετός υποχώρησε μετά την χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων.
---------------------------------------	---	---	--	---

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
		νές αλλαγές του ιματισμού.	δ.Επιμελείται της συχνής αλλαγής του ιματισμού του ασθενούς.	
2B. Έντονος πλευριτικός πόνος από την επέκταση της λοίμωξης στον υπεζωκότα.	Ανακούφιση του ασθενούς. Αποκατάσταση του αισθήματος της ηρεμίας και της ξεκούρασης.	Χορήγηση καταπραϋντικών και αναλγητικών φαρμάκων(κωδεΐνη) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Βοήθεια στο γιατρό κατά τη διήθηση του μεσοπλευρίου νεύρου με προκαΐνη για ανακούφιση από τον πόνο. Τοποθέτηση του ασθενούς στο ημιθώρακιο που φλεγμαίνει.	α.Η διπλωματούχος αδελφή χορηγεί την απαιτούμενη ποσότητα κωδεΐνης. β.Βοηθάει το γιατρό κατά τη διαδικασία διήθησης του μεσοπλευρίου νεύρου. γ.Διδάσκει τον ασθενή να ξαπλώνει πλάγια στην πλευρά της πύκνωσης.	Το σύνολο των μέτρων που λήφθηκαν είχαν σαν αποτέλεσμα την σημαντική μείωση του πόνου του ασθενούς και την ανακούφισή του.
3Γ.Ανορεξία	Ικανοποιητική θρέ-	Προσφορά τρο-	α.Φροντίζουμε ώστε ο	Παρόλα τα μέτρα

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
	ψη του ασθενούς, αποφυγή ελάττωσης του σωματικού βάρους και αδυναμίας του οργανισμού.	ψής κατά τρόπο ποικίλο. Προτίμηση προ-σφορδς υδαρούς τροφής αρχικά αλλά πλούσιας σε θερμιδική αξία.	ασθενής να λαμβάνει ποικίλη τροφή. β. Προσφέρουμε αρχικά υδαρή δίαιτα και πλούσια σε θερμίδες, κυρίως γάλα. γ. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να τραφεί, τονίζοντας την αναγκαιότητα της τροφής στη γρήγορη ανάρρωσή του.	που έλαβε η νοσηλεύτρια ο ασθενής αρνήθηκε να λάβει τροφή όσο είχε πυρετό. Δέχτηκε μονάχα λίγο γάλα.
3Δ. Δύσπνοια	Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας έχει όπως στο 1B.	Ο προγραμματισμός των νοσηλευτικών ενεργειών έχει όπως στο 1B.	Η εφαρμογή των ενεργειών έχει όπως στο 1B.	Τα μέτρα επέφεραν τα ίδια αποτελέσματα όπως στο 1B.
4Ε. Αγωνία και έντονη ανησυχία για	Ανακούφιση των φόβων του ασθενούς με ικανοποιητικές	Παρότρυνση του ασθενούς να συζητήσει με τη νοσηλεύ-	α. Η νοσηλεύτρια δείχνει με τη συμπεριφορά της ότι είναι	Μετά την συζήτηση με την νοσηλεύτρια και

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
την πορεία της νόσου και της θεραπείας.	εξηγήσεις και πλήρη κατατόπιση.	τρια και τον γιατρό. Εξήγηση με κατανοητούς όρους την πορεία της νόσου μέχρι ίασεως και την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθείται.	πρόθυμη να ακούσει τα προβλήματά του και παροτρύνει τον ασθενή να εξωτερικεύσει τους φόβους του. β. Εξηγεί στον άρρωστο λεπτομέρειες σχετικά με την κατάσταση του και εκφράζει ενθουσιασμό για την πορεία της θεραπείας του. γ. Ζητάει από το γιατρό να συζητήσει με τον άρρωστο.	τον θεράποντα γιατρό ο ασθενής νοιώθει πιο ήσυχος και ανακτά τη εμπιστοσύνη του στην επιστήμη.

37

3η ημέρα νοσηλείας

3Α. Δύσπνοια	Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας έχει όπως στο 1Β.	Ο προγραμματισμός των νοσηλευτικών ενεργειών έχει όπως στο 1Β.	Η εφαρμογή των ενεργειών έχει όπως στο 1Β.	Τα μέτρα που ληφθηκαν επέφεραν τα ίδια αποτελέσματα όπως στο 1Β.
--------------	---	--	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
4η ημέρα νοσηλείας				
4Α. Πρόβλημα διάτασης της κοιλιάς λόγω αδράνειας του εντέρου εξαιτίας της ανεπαρκούς θρέψης, της ακινησίας κλπ.	Τακτική κένωση του εντέρου ανάλογα με τις φυσιολογικές ανάγκες του αρρώστου. Έγκαιρη απομάκρυνση των αερίων και αποφυγή του τυμπανισμού.	Εφαρμογή στην κοιλιακή χώρα υγρών και θερμών επιθεμάτων. Προληπτικά, λήψη τροφών πλουσιών σε φυτικές ίνες και κατάλληλη τροποποίηση του διαιτολογίου του. Χορήγηση X-Pepr γνωστό για τις υπακτικές του ιδιότητες. Σε αποτυχία άλλων των μέσων, εφαρ-	α. Η νοσηλεύτρια φροντίζει την τροποποίηση του διαιτολογίου του ασθενούς. β. Εφαρμόζει επιθέματα. γ. Παροτρύνει τον ασθενή να κινεί τα άκρα του. δ. Τοποθετεί σωλήνα αερίων. ε. Χορηγεί ηπακτικά φάρμακα, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. στ. Εφαρμόζει καθαρτικό υποκλισμό.	Το πρόβλημα διάτασης της κοιλιάς που είχε ο άρρωστος ήταν τόσο έντονο που τα αρχικά μέτρα που έλαβε η διπλωματούχος αδελφή απέτυχαν. Μονάχα ο καθαριστικός υποκλισμός επέφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

<p>του. Εξήγηση της ανά- γκης ενδονοσοκο- μειακής περίθαλ- ψης και επαρκούς ανάπαυσης στην γρήγορη αποκατά- στασή του.</p>	<p>του τον ρόλο της η- ρεμίας στην γρήγορη αποκατάστασή του. δ.Ζητάμε από τον κοι- νωνικό λειτουργό και τον ιερέα να συζητή- σουν με τον ασθενή.</p>
--	--

2ο Ιστορικό

Όνομα ασθενούς: Ιωάννης Α.

Ηλικία: 11 ετών

Τόπος κατοικίας: Επίδαυρος

Διάγνωση εισαγωγής: Πνευμονική πύκνωση δεξιού λοβού εμπύρετος

Οικογενειακό και αναμνηστικό ιστορικό ελεύθερο. Έχει περάσει τις παιδικές ασθένειες. Είναι μαθητής δημοτικού, δεν καπνίζει, δεν πίνει.

Ο ασθενής εισέρχεται με πυρετό 40° C, έντονο βήχα, πυώδη απόχρεμψη, οπισθοαστερνικό άλγος, το οποίο επιτείνεται κατά τις αναπνευστικές κινήσεις. Εδώ και 3 μέρες παρουσιάζει αιμόφυρτα πτύελα (4-5 φορές). Έλαβε αντιβίωση (άγνωστο ποιά) από εξωτερικό γιατρό, χωρίς όμως να υποχωρήσουν τα συμπτώματα.

Κατά την ακρόαση παρατηρείται μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στις βάσεις και των δύο πνευμόνων χωρίς παθολογικούς ήχους.

Εξετάσεις: Παρουσία άφθονων πυοσφαιρίων και διπλόκοκκων στα πτύελα.

Αύξηση της ΤΚΕ και του αριθμού των πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων και των λεμφοκυττάρων.

Η Rø θώρακα δείχνει ανομοιογενή σκίαση με ασαφή όρια στο οπίσθιο βρογχοπνευμονικό τμήμα του άνω δεξιού λοβού. Επίσης ανάλογη σκίαση υπάρχει στη μέση του αριστερού κάτω λοβού. Συνιστάται ακτινολογικός επανέλεγχος.

Φαρμακευτική Κάλυψη: Ο ασθενής είναι αλλεργικός στην πενικιλίνη.

Mefoxil fl 1 gr τέσσερεις φορές ημερησίως

Dextrose 5% 500 mg τρεις φορές ημερησίως

Mucothiol sir 5mg τέσσερεις φορές ημερησίως

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΙΩΑΝΝΗ Α. ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕ- ΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΟΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜ- ΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
------------------------	--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

7π.μ.

Εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.

8π.μ.

Ανοδος της θερμοκρασίας στους 39,8°C.	Επανάφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. Πρόληψη εμφάνισης σπασμών με την απότομη άνοδο του πυρετού. Πρόληψη αφυδάτωσης απ' τις εφιδρώσεις.	Τακτική θερμομέτρηση και απομάκρυνση του βαριού ιματισμού και των κουβερτών του ασθενούς. Τοποθέτηση υγρών και θερμών κομπρεσών, χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων (Deron sir) και ε-	α. Η νοσηλεύτρια θερμομετρεί τον ασθενή ανά 3-4 ώρες. β. Απομακρύνει τον βαρύ ιματισμό. γ. Τοποθετεί επιθέματα. δ. Χορηγεί αντιπυρετικά φάρμακα, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. ε. Εφαρμόζει λουτρό σε ζεστό νερό και υποδεικνύει στην μητέ-	Λόγω του υψηλού πυρετού του παιδιού λήφθηκαν δραστικά μέτρα με άμεσα αποτελέσματα και γρήγορη υποχώρηση του πυρετού. Η ενυδάτωση του ασθενούς ήταν επαρκής.
---------------------------------------	--	--	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΚΟΠΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

φαρμογή λουτρού: ρα πώς να το επανα-
 λήψη άφθονων υ- λαμβάνει.
 γρών από το στόμα στ. Παροτρύνει τον άρρω-
 και απομάκρυνση στο να λαμβάνει και
 των λευχειμάτωντου την μητέρα του να του
 ασθενούς μόλις υ- χορηγεί άφθονα υγρά.
 γρανθούν . ζ. φροντίζει για την γρή-
 χορήγηση υγρών γορη απομάκρυνση των
 και ηλεκτρολυτών υγρών από τον ιδρώτα
 IV , σύμφωνα με τις του ασθενούς λευχει-
 ιατρικές οδηγίες. μάτων.
 η. χορηγεί ορρούς και η-
 λεκτρολύτες IV, σύμφωνα
 με τις ιατρικές οδηγίες.

43

8.30π.μ.

Δύο μικροί έμε- Καταπολέμηση τά- Καθαριότητα στο- α. Η νοσηλεύτρια φρο- Μετά από τα μέ-
 τοι πριν υποχω- σης για έμετο. ματικής κοιλότητας ντίζει να είναι πά- τρα που έλαβε η
 ρήσει εντελώς Πρόληψη αφυδάτω- μετά από κάθε έμετο. ντα καθαρή η στομα- διπλωματούχος α-
 ο πυρετός. σης. χορήγηση υγρών εί- τική κοιλότητα και δελφή οι έμετοι

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
----------	--------	-----------------	----------	------------

		<p>τε από το στόμα ή IV καθώς και ηλεκτρολύτες, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Διαφώτιση της μητέρας σχετικά με την αντιμετώπιση ενός αιφνίδιου έμετου χωρίς πανικοβάλλεται.</p> <p>Τοποθέτηση του αρρώστου(ή μονάχα του κεφαλιού του) σε πλάγια θέση για αποφυγή εισρόφησης.</p>	<p>ιδιαίτερα μετά τους β.Χορηγεί υγρά από το στόμα και IV.</p> <p>γ.Τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη για την κατάσταση του θέση.</p> <p>δ.Διδόσκει τη μητέρα του παιδιού βασικά πράγματα για την αντιμετώπιση ενός αιφνίδιου έμετου για να αποφευχθεί ο πανικός της.</p>	<p>σταμάτησαν χωρίς να παρατηρηθεί επίπτωση στο ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών του οργανισμού.</p>
--	--	--	---	---

44

10κ.μ.

Εμφάνιση έντονου βήχα με παραγωγή	Διατήρηση του βήχα σε ήπια ε-	Διδασκαλία της μητέρας του τρό-	α.Διδάσκουμε τη μητέρα τον τρόπο υποστήριξης	Ο βήχας πράγμα- τι περιορίστηκε
-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
αιμόφυρτων πτύε- λων, λόγω επέκτα- σης της λοίμω- ξης στον υπεζω- κότα.	πίπεδα, χωρίς να εμποδιστεί η α- ποβολή των εκ- κρίσεων του βρογχικού δέν- τρου. Αποφυγή ατε- λεκτασίας.	που υποστήριξης του θώρακα κατά τη διάρκεια του βήχα. Χορήγηση βλεννο- λυτικού-αποχρεμ- πτικού σιροπιού (Mucosolol) σύμφωνα με τις ια- τρικές οδηγίες. Τοποθέτηση του ασθενή στην πλευρά της πύκνωσης και σχολαστική καθα- ριότητα της στομα- τικής κοιλότητας.	του θώρακα του παι- διού της ενώ αυτό βήχει. β. Χορηγούμε βλεννολυ- τικό φάρμακο. γ. Τοποθετούμε τον ασ- θενή στην κατάλληλη θέση. δ. φροντίζουμε ώστε να κα- θαρίζει η μητέρα του τα- κτικά το στόμα του παι- διού.	έπειτα από τα μέσα που λήφθηκαν περιο- ρισαν τη σφοδρότητα του βήχα, χωρίς να περιοριστεί η απο- βολή των πτυέλων.

11π.μ.

Δύσπνοια λόγω ε- πέκτασης της λοί- μωξης στον υπεζω-	Επαναφορά στην προηγούμενη φυ- σιολογική κατά-	Τοποθέτηση του αρρώστου στη θέση Fowler.	α. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον άρρωστο σε άναρρο- πη ή ημιανάρροπη θέση.	Μετά από τα μέ- σα που έλαβε η νοσηλεύτρια μειώ-
--	--	--	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
κότα.	σταση ηρεμίας. Επαρκής αερι- μός των πνευμό- νων.	Χορήγηση O2 σε τέ- ντα ή με μάσκα. Μείωση αναπνευστι- κού φόρτου με ακινη- νησία και παραμονή στο κρεβάτι. Ήσυχία και ηρεμία στο δωμάτιο καθώς και καλός αερισμός.	β.Χορηγεί O2 τοπο- θετώντας τον ασ- θενή κάτω από τέ- ντα ή παρέχοντας O2 με μάσκα. γ.Παροτρύνει τον μικρό ασθενή να παραμένει στο κρεβάτι του και να μην είναι ανήσυχος. δ.φροντίζει ώστε να υπάρ- χει ησυχία στο δωμάτιο, απονθαρρύνοντας τις επι- σκεψεις(εκτός από την μη- τέρα). ε.Επιμελείται του επαρκούς αερισμού του δωματίου.	θηκε η δύσπνοια του παιδιού σε βαθμό που να μην το ενοχλεί.

12 M

Χορήγηση φαρμά- κων.	Αποφυγή εμφά- νισης ανεπιθύ-	Προετοιμασία του ενέσιμου διαλύματος.	α.Η νοσηλεύτρια ετοιμά- ζει το ενέσιμο διάλυ-	Η χορήγηση των φαρμάκων από την
-------------------------	---------------------------------	--	--	------------------------------------

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
μητων αντιδράσεων κατά την IV χορήγηση. Λήψη των φαρμάκων από τον ασθενή.	Χορήγηση των φαρμάκων με προσοχή και τήρηση των βασικών κανόνων της νοσηλευτικής δεοντολογίας. Παρακολούθηση του παιδιού για 15' τουλάχιστον μετά την IV χορήγηση της αντίβιωσης για εμφάνιση σοκ.	Χορήγηση των φαρμάκων με προσοχή και τήρηση των βασικών κανόνων της νοσηλευτικής δεοντολογίας. Παρακολούθηση του παιδιού για 15' τουλάχιστον μετά την IV χορήγηση της αντίβιωσης για εμφάνιση σοκ.	μα τηρώντας τους δόρους απολύμανσης. Β.Χορηγεί τα φάρμακα χωρίς βιάση και με προσοχή. γ.Παρατηρεί τον ασθενή για τυχόν εμφάνιση σοκ.	διπλωματούχο αδελφή ήταν άφογη και χωρίς να εμφανιστούν αντιδράσεις από τον οργανισμό του αρρώστου.

12.30 μ.μ.

Άρνηση λήψης τροφής κατά την χορήγηση του φαγητού εξαιτίας της γενικής κακουχίας του ασθενούς.	Επιβεβαίωση της επαναφοράς της όρεξης του ασθενούς. Ικανοποιητική θρέψη και αποφυγή αδυναμίας του οργανισμού του.	Προσφορά της τροφής κατά τρόπο ποικίλο. Παρότρυνση λήψης υδαρούς τροφής και κυρίως γάλακτος, λόγω των θρεπτικών του	α.Η νοσηλεύτρια έρχεται σε συνεννόηση με την διαιτολόγο και φροντίζει για την ποικιλία της τροφής του ασθενούς.	Παρόλες τις προσπάθειες που έγιναν ο μικρός ασθενής αρνήθηκε παντελώς την λήψη τροφής. Μετά από αρκετή υπο-
--	---	---	---	---

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
		ιδιοτήτων.	β.Υποδεικνύει στη μητέρα την προσφορά γάλακτος αν αρνηθεί άλλη τροφή.	μονή της μητέρας του ήπια λίγο γάλα.
4 μ.μ. Έντονος πλευριτικός πόνος (οπισθοστερνικός).	Ανακούφιση από τον πόνο. Επαναφορά του αισθήματος της ηρεμίας και άνεσης.	Παρότρυνση του ασθενούς να ξαπλώσει στο ημιθωράκιο που φλεγμαίνει. Προσπάθεια καθυστάσεως του παιδιού και της μητέρας του. Στην εμφάνιση ιδιαίτερα έντονου πόνου, χορήγηση παυσίπονων, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	α. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το παιδί στην κατάλληλη θέση και την δείχνει στη μητέρα του για να φροντίζει κι αυτή να παραμένει εκεί. β. Συζητεί με το παιδί χρησιμοποιώντας ήρεμα λόγια και καθυστάση επίσης και της μητέρας. γ. Χορηγεί παυσίπονα φάρμακα.	Το παιδί χρειάζεται αρκετή ώρα για να ανακουφιστεί από τον πόνο. Η λήψη των φαρμάκων έπαιξε σημαντικό ρόλο.

4.30 μ.μ.

Κλάμα, παράπονα, Καθηρούχασή του παι-
πόνος και βίαιες διού και κατά προέκτα-
αντιδράσεις του ση και της μητέρας του.
παιδιού.

Ανακούφιση του πδ-
νου καταπολεμώντας
το αίτιο που τον προ-
κάλεσε (εδώ ο πλευρι-
τικός πόνος).

Προσπάθεια καθη-
σύχασης του παιδιού
και της μητέρας με
ήρεμη συζήτηση, για-
τί προφανώς αντανα-
κλάται η ανησυχία.
της στο παιδί.

Προσφορά κάποιου
αντικειμένου για να
του αποσπάσει την προ-
σοχή από τον εαυτό του.

α. Η νοσηλεύτρια αντι-
μετωπίζει τον πλευ-
ριτικό πόνο όπως
ανωτέρω.

β. Συζητά με ήρεμα
λόγια με το παι-
δί και την μητέ-
ρα.

γ. Προσφέρει κάποιο
αντικείμενο για
να παίξει το παι-
δί.

Χρειάστη-
κε τελικά
αρκετή προ-
σπάθεια εκ
μέρους της
νοσηλεύτ-
ριας και
της μητέ-
ρας για να
ηουχάσει το
παιδί.

6 μ.μ.

Χορήγηση αντιβίω-

Ο σκοπός παραμέ-

Ο προγραμματισμός

Η εφαρμογή παραμέ-

Η αξιολόγηση

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
σης.	νει όπως νωρίτε- ρα(12Μ).	παραμένει όπως νω- ρίτερα(12Μ).	νει όπως νωρίτερα (12Μ).	παραμένει όπως νω- ρίτερα (12Μ).
8.30 μ.μ.				
Άνοδος της θε- ρμοκρασίας στους 38,3° C.	Επανάφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επί- πεδα. Διατήρηση του α- σθενούς δροσερού και ήρεμου.	Χορήγηση αντιπυρε- τικών φαρμάκων ούμ- φωνα με τις ιατρι- κές οδηγίες. Λήψη άφθονων υγρών για αποφυγής αφυδά- τωσης.	α.Η νοσηλεύτρια χο- ρηγεί αντιπυρετικά φάρμακα. β.φροντίζει για την επαρκή ενυδάτωση του ασθενούς.	Η θερμοκρασία κατέβηκε στους 37,1° C και ο α- σθενής ένοιωσε καλύτερα.
9.30 μ.μ.				
Ανησυχία και φό- βος του παιδιού, τα οποία πιθανό- τατα του έχουν μεταδοθεί από τη μητέρα του ή από το ξένο του περιβάλλο-	Επανάφορά της ηρεμίας του παι- διού ,καθησύχηση της μητέρας του έτσι ώστε να εί- ναι σε θέση να συνεργαστεί με το προσωπικό.	Παρότρυνση να εξω- τερικεύσουν τα συναι- σθήματά τους. Εξήγηση στο μικρό α- σθενή και τη μητέρα του πληροφοριών για την ασθένειά του και την θεραπεία που α-	α.Η νοσηλεύτρια πα- ροτρύνει το παιδί και τη μητέρα του να εξωτερικεύσουν τους φόβους τους. β.Συζητάει με απλά λόγια,χρησιμο- ποιώντας και το	Μετά από τη συζήτηση με την νοσηλεύτρια ο μικρός ένοιωσε καλύτερα,όμως η μητέρα διατηρού- σε ακόμα κά- ποιες ανησυ-

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ντος.

κολουθείται. λεπτό χιούμορ για χίες.

Εξήγηση της ανα- να διασκεδάσει τις

γκαιρότητας της εν- ανησυχίες τους.

δονοσοκομειακής γ.Τονίζει την ανάγκη

περίθαλψης. παραμονής στο νοσο-

κομείο μέχρι πλή-

ρους ιδίως.

11.30 μ.μ.

Έκφραση ανησυ-

χίας της μητέ-

ρας σχετικά με

την πορεία της

νόσου και της

θεραπείας του

παιδιού της.

Επιαναφορά της σι-

γουριάς και της εμ-

πιστοσύνης της μη-

τέρας στις ικανό-

τητες του προσω-

πικού.

Ανάκτηση των δυ-

ναμένων της.

Παρότρυνση να

εξωτερικεύσει

τους φόβους της.

Βεβαίωση για τη

αμέριστη συμπαρά-

ση του προσωπικού.

Ζήτηση από τον

θεράποντα ιατρό

να εξηγήσει στη

μητέρα λεπτομέ-

ρειες για τη νό-

α.Η νοσηλεύτρια συζη-

τάει με τη μητέρα

και της τονίζει ό-

τι μπορεί να βασι-

στεί στο προσωπι-

κό για οργιαδήπο-

τε ανησυχία της.

β.Ο γιατρός συζητάει

με τη μητέρα,

γ.Η διπλωματούχος α-

δελφή φροντίζει να

Η μητέρα ηρού-

χασε τελικά και

ένοιωσε ότι μπο

ρεί να εναποθέ-

σει τη φροντί-

δα του παιδιού

της στο νοσηλευ

τικό προσωπικό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ----- ΣΚΟΠΟΣ ----- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ----- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ----- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ -----

σο και τη θεραπεία. χορηγηθεί στη μη-

Αν οι συνθήκες το τέρα κλίση για να
ευνοούν, παροχή φρονι- ξεκουραστεί και να
τής κλίσης. ανακτήσει τις δυνά-

μεις της.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά λοιπόν, μετά από τα παραπάνω θα προτείνουμε μερικούς τρόπους αντιμετώπισης της νόσησης με πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας:

α. Άτομα με ευαισθησία και ιδιαίτερη προδιάθεση, πρέπει να εμβολιάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

β. Άτομα που έχουν ήδη νοσήσει με πνευμονία ή άλλο αναπνευστικό νόσημα οφείλουν να προσέχουν για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων επανανόησης.

γ. Το νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε επαφή με χρόνιους ασθενείς και με ασθενείς σε μονάδες εντατικής παρακολούθησης οφείλει να τηρεί τους κυριότερους κανόνες της νοσηλευτικής δεοντολογίας και να γνωρίζει τις κυριότερες επιπλοκές της νόσου και την αντιμετώπισή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Academy of Pediatrics "REPORT OF THE COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES", 20th Edition, USA 1986.
- Ανευλαβή Ελ. "ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ-ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ", 4η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιδίου, Αθήνα 1986.
- Austrian R. "HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE: SECTION 3-DISEASES CAUSED BY GRAM + COCCI", 8th Edition, International Student Edition, USA 1977.
- Brunner L.S., Suddarth D.S. "TEXTBOOK OF MEDICAL-SURGICAL NURSING", 3rd Edition, J.B. Lippincott Co., USA 1975.
- Brunner, Suddarth, Emerson, Ferguson "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ", Τόμος 2ος, Έκδοση 2η, Σχολή Αξιωματικών Αδελφών Νοσοκόμων, Αθήνα 1978.
- Γαρδίκια Κ.Δ. "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ", Έκδοσις Γ', Εκδόσεις Γρ. Παρισιδίου, Αθήνα 1985.
- Colon A.R., Mohsen Z. "PEDIATRIC PATHOPHYSIOLOGY", 7th Edition, Little Brown Editions, USA 1985.
- Craven D., Regan A. "NOSOCOMIAL PNEUMONIA IN THE ICU PATIENT", Critical Care Nursing, Issue 11, Page 28-44, England March 1989.
- Department of Medicine "MANUAL OF MEDICAL THERAPEUTICS", 20th Edition, Washington University of Medicine, USA 1979.
- Ezzedine H., Van Ossen C., Vauters Cr. "Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΒΑΚΤΗΡΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΤΗ", Υγεία-

- Τεχνολογία, Τεύχος 2ο, Σελ. 53-56, Εκδόσεις Zymel, Αθήνα Ιού-
νιος 1989.
- Guyton A. 'ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ', 3η Έκδοση, Ιατρικές Εκδό-
σεις Λίτσαρς, Αθήνα 1984.
- Hinshaw H.C., Murray J.F. 'DISEASES OF THE CHEST', 4th Edition,
W.B. Saunder Co., USA 1980.
- Ιορδάνογλου Ι.Β. 'ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ', Έκδο-
ση Β', Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1983.
- Leonhardt H. 'COLOR ATLAS AND TEXTBOOK OF HUMAN ANATOMY.
INTERNAL ORGANS', 2nd Edition, Georg Thieme Verlag, West
Germany 1984.
- Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ. 'ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ', Τόμος Β, Μέρος 1ο, Έκδοσις 9η,
Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων 'Η ΤΑ-
ΒΙΘΑ', Αθήνα 1987.
- Mosby C.V. 'COMPREHENSIVE REVIEW OF NURSING', 9th Edition, The
C.V. Mosby Company, Canada 1977.
- Mosby C.V. 'COMPREHENSIVE REVIEW OF NURSING', 11th Edition, The
C.V. Mosby Company, Canada 1984.
- Ντόζη-Βασιλειάδου Ι. 'ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ', 1η Έκδοση, Εκδόσεις Αφών
Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985.
- Σάββα Α.Π. 'ΕΠΙΤΟΜΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ ΑΤΛΑΣ', 2η Έκ-
δοση, Εκδόσεις Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1979.
- Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. 'ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥ-
ΤΙΚΗ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ', 1η Έκδοση, Τόμος 1ος, Εκδό-
σεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.

Thomson E.D. 'PEDIATRIC NURSING', 5th Edition, W.B. Saunders
Co., USA 1987.

Τσάμπουλα Ν. 'ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ'. 2η Έκδοση, Επιστημονικές Εκ-
δόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήν 1962.

