

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

"ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ"

ΘΕΜΑ

"ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΟΥ"



Υπεύθυνη καθηγήτρια

κ.Μπατωλάκη Μαρία

Σπουδάστρια

Νικολακοπούλου Διονυσία

ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	350
----------------------	-----

70



ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερώνω την εργασία μου αυτή στην υπεύθυνη καθηγήτρια και στους γονείς μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή

Σελίδα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

1. Ανατομία μηριαίου οστού.	1 - 5
Περιγραφή μηριαίου οστού	1 - 2
Ιστολογία μηριαίου οστού	3 - 4
Αγγείωση μηριαίου οστού	4
Μύες του μηριαίου οστού	4
2. Αρθρώσεις του μηριαίου οστού	5

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

1. Διαίρεση καταγμάτων μηριαίου οστού	6 - 12
2. Σημεία Συμπτώματα καταγμάτων μηριαίου οστού	13
3. Πόρωση καταγμάτων μηριαίου οστού	14 - 18
4. Διάγνωση καταγμάτων μηριαίου οστού	19
5. Επιπλοκές καταγμάτων μηριαίου οστού	20 - 22
6. Πρώτες βοήθειες στον τόπο του ατυχήματος	23 - 28
7. Μέθοδοι θεραπείας καταγμάτων μηριαίου οστού	29 - 44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Σελίδα

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ	
2. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με γύψο	45 - 48
3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με έλξη	49 - 53
4. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	54 - 60
5. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	61 - 63
6. Μετεγχειρητικές επιπλοκές	64 - 70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΩΝ	71 - 81
2. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'	71 - 72
3. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'	73 - 75
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μηριαίο οστό είναι το μεγαλύτερο και το ισχυρότερο από όλα τα μακρά οστά του ανθρώπινου σκελετού, και γι'αυτό ο άνθρωπος προσπαθεί πάντα να έχει το μηριαίο οστό σε καλή κατάσταση. Τα τελευταία όμως χρόνια παρατηρείται αύξηση των καταγμάτων του μηριαίου οστού. Αυτό οφείλεται κυρίως σε τροχαία ατυχήματα που συμβαίνουν σε νεαρά άτομα και σε εργατικά ατυχήματα. Ένας άλλος λόγος είναι η αύξηση του μέσου όρου ζωής με αποτέλεσμα τα κατάγματα του άνω πέρατος του μηριαίου οστού, εξαιτίας της γεροντικής οστεοπόρωσης. Αυτά τα κατάγματα παρουσιάζονται κυρίως σε άτομα της τρίτης ηλικίας.

Τα κατάγματα του μηριαίου οστού είναι πολύ σοβαρά κατάγματα και μπορούν να βάλουν σε κίνδυνο την ζωή ενός ανθρώπου. Κάθε κάταγμα του μηριαίου οστού καθιστά το άτομο αδύναμο να σταθεί όρθιο να βαδίσει και γενικότερα να δραστηριοποιηθεί. Γι'αυτούς ακριβώς τους λόγους απαιτείται μεγάλη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Στην εργασία μου αυτή ξεκίνησα με την ανατομία του μηριαίου οστού για να γίνονται περισσότερο κατανοητά αυτά που θέλω να παρουσιάσω. Κατόπιν περιγράφω τις διαιρέσεις των καταγμάτων του μηριαίου οστού, αναφέρω τις πρώτες βοήθειες που προσφέρουμε στον καταγματία, τις μεθόδους θεραπείας που ακολουθούμε, τις νοσηλευτικές φροντίδες καθώς και δύο περιπτώσεις ασθενών με κατάγματα του μηριαίου οστού

Η εργασία αυτή δηλαδή έχει σαν σκοπό της την παρουσίαση και την κατανόηση των προβλημάτων που αφορούν τους ασθενείς με αυτά τα κατάγματα και την συμβολή της για καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ. ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Περιγραφή μηριαίου οστού. Το μηριαίο οστό είναι το ισχυρότερο και το μεγαλύτερο σε μήκος από όλα τα μακρά οστά του ανθρώπινου σκελετού. Το μήκος του κυμαίνεται από 34-54 εκ. και αυτό εξαρτάται από το ύψος του ατόμου.

Το πάνω μέρος του μηριαίου οστού διαρθρώνεται με την κοτύλη του ανωνύμου οστού και το κάτω μέρος διαρθρώνεται με την κνήμη και την περόνη.

Φέρεται λοξά προς τα εμπρός και έξω.

ΔΙΑΙΡΕΣΗ Μ.Ο. Διακρίνεται σε άνω άκρο, διάφυση, και κάτω άκρο.

Ι. ΑΝΩ ΑΚΡΟ

Α. ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΟ

1) ΜΗΡΙΑΙΑ ΚΕΦΑΛΗ : Παρουσιάζει την κεφαλή, σχήματος σφαίρας, με ακτίνα 20-25 χιλιοστά, που διαρθρώνεται με την κοτύλη, καλυπτόμενη απ' αυτήν κατά τα 2/3 και καλύπτεται από αρθρικό χόνδρο.

2) ΑΥΧΕΝΑΣ : Είναι κυλινδρικού σχήματος επί του οποίου επικάθεται η κεφαλή. Σχηματίζει γωνία 130° με την διάφυση, και παρουσιάζει πρόσθια απόκλιση 15 ° περίπου.

Ο αυχέννας και η κεφαλή καλύπτονται από τον θύλακο.

B. ΕΞΩ ΑΡΘΡΙΚΟ

1) Μείζων τροχαντήρας : Ψηλαφή τετράπλευρη αποπλατυσμένη από έξω προς τα μέσα, μυϊκή απόφυση, όπου καταφύονται ο μικρός και μέσος γλουτιαίος μύες.

2) ΕΛΑΣΣΩΝ ΤΡΟΧΑΝΤΗΡΑΣ : Μικρή κοντειδής μυϊκή απόφυση προς τα έξω, όπου καταφύεται ο λαγονοψοεΐτης μύς.

3) ΠΡΟΣΘΙΑ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΙΑ ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟΣ ΓΡΑΜΜΗ.

II. Διάφυση

Η διάφυση είναι κυρτή, φλοιώδης μοίρα του οστού, με αυλό. Παρουσιάζει τρεις επιφάνειες και τρία χείλη. Το οπίσθιο χείλος, ονομάζεται τραχεία γραμμή και είναι σημείο έκφυσης μυών και περιτονίας, επίσης σημείο εισόδου αγγείων και νεύρων.

III. ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ

Αποτελείται από τους δύο κονδύλους, έξω και έξω, που διαρθρώνονται με το κνημιαίο PLATEN και την μεσοκονδύλια εντομή, που διαρθρούται με την επιγονατίδα. Τα ενδαρθρικά τμήματά τους καλύπτονται από χόνδρο.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

A. ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΦΗ

1) ΠΕΡΙΟΣΤΕΟ : Καλύπτει όλες τις εξωαρθρικές επιφάνειες και είναι ένας υμένας που απ' αυτό γίνεται η κατά πλάτος αύξηση του οστού, καθώς επίσης δημιουργείται ο πώρος κατά την πώρωση.

2) Τα άνω και κάτω άκρα αποτελούνται από σπογγώδεις οστούν και αραιές και ακανόνιστες οστικές δοκίδες μέσα σε ένα πολυδαίδαλο σύστημα μυελικών αιμοβριθών κυψελών. Η μηριαία κεφαλή και οι κόνδυλοι καλύπτονται από χόνδρο.

3) Η διάφυση αποτελείται από φλοιώδεις οστούν με πυκνές και κανονικές δοκίδες. Στο κέντρο υπάρχει ο μυελικός αυλός με μυελό των οστών, που παράγει ερυθρά αιμοσφαίρια. Μετά την ωρίμανση του σκελετού σταδιακά εκφυλίζεται.

B. ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΦΗ

Όπως όλα τα οστά, το μηριαίο αποτελείται από 35% οργανικά και 65% ανόργανα συστατικά.

Το οργανικό μέρος περιλαμβάνει :

α) Κύτταρα οστίτη ιστού.

β) Κολλαγόνα ινίδια (πρωτείνες, κυρίως βλενοπολυσακχαρίδες κ.α.)

Τα κολλαγόνα ινίδια και η θεμέλια ουσία συνιστούν την μεσοκυττάρια ουσία.

Τα κύτταρα είναι :

- α) οστεοβλάστες (παραγωγικά κύτταρα)
- β) οστεοκλάστες (αποδομητικά κύτταρα)
- γ) οστεοκύτταρα (κύτταρα ώριμων οστών)

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ : Η κεφαλή του μηριαίου οστού και ο αυχένας αγγειώνονται από τους κλάδους της θυροειδούς και της κάτω γλουτιαίας αρτηρίας. Η διάφυση αιματώνεται από τις διατιτρώσεις αρτηρίες και το κάτω άκρο του μηριαίου από κλάδους της ιγνυακής και της ανώτατης του γόνατος αρτηρία.

ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ : Οι μύες του μηριαίου οστού διακρίνονται σε τρεις ομάδες, τους πρόσθιους, τους έσω και τους οπίσθιους μηριαίους μύες.

- 1) Πρόσθιοι μηριαίοι μύες : α) ραπτικός
β) τετρακέφαλος
- 2) Προσαγωγοί μύες : α) κτενίτης
β) μακρύς προσαγωγός
γ) ισχνός προσαγωγός
δ) βραχύς προσαγωγός
ε) μέγας προσαγωγός
- 3) Οπίσθιοι μύες : α) δικέφαλος
β) ημιτενοντώδης
γ) ημιμυενώδης

2. ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

I. ΚΑΤΑ ΙΣΧΙΟΝ

Διαρθρούμενες επιφάνειες : Μηριαία κεφαλή, με την κοτύλη.
Από τις μεγαλύτερες, ισχυρότερες και σταθερές αρθρώσεις με
μεγάλο εύρος κινήσεων.

Κινήσεις : κάμψη - έκταση - προσαγωγή - απαγωγή - έσω και
έξω στροφές.

II. ΓΟΝΑΤΟ

Διαρθρούμενες επιφάνειες : Μηριαίοι κονδύλοι - κνημιαίοι
κόνδυλοι.

Κινήσεις : κάμψη - έκταση.

III. ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΑ

Διαρθρούμενες επιφάνειες : Μεσοκονδύλιοι εντομή -
Επιγονατιδική γλήνη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Α. Κατάγματα άνω άκρου

1. Αυχένος (ενδοαρθρικά)

- υποκεφαλικά (συνηθέστερα) α) Ατελές κάταγμα
- διαουχενικά β) Τέλειο κάταγμα χωρίς
παρεκτόπιση
- βασεοουχενικά (σπάνια) γ) Τέλειο κάταγμα με μερική
παρεκτόπιση
- δ) Τέλειο κάταγμα με πλήρη
παρεκτόπιση

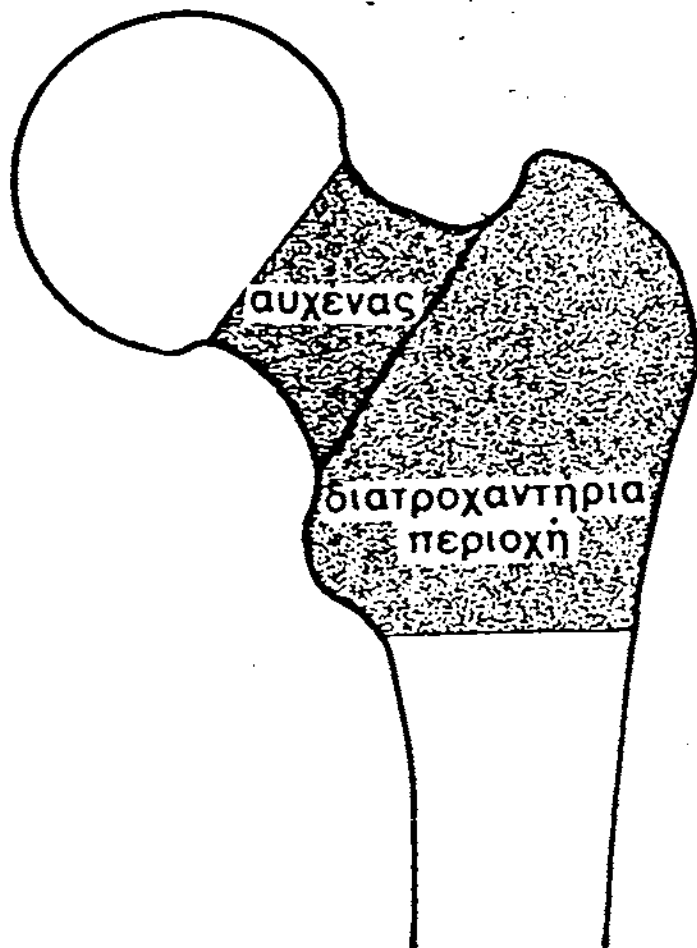
Γ σταθερά

2. Διατροχανθήρια

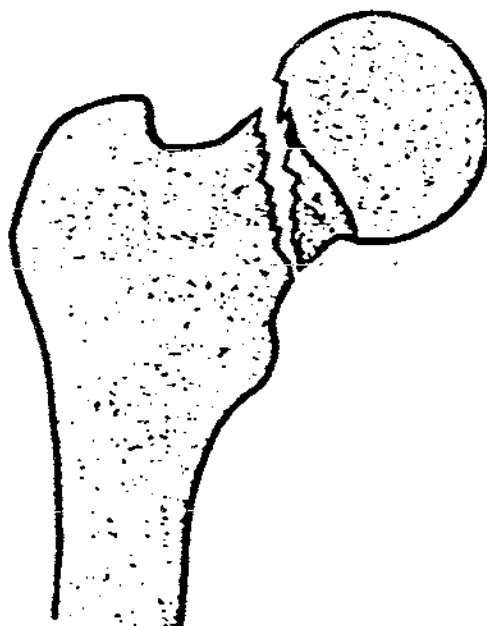
Λ ασταθή

3. Υποτροχανθήρια Είναι τα κατάγματα που συμβαίνουν κάτω από το ελ σσονα τροχανθήρα σε έκταση 8 εκατοστών περίπου. Αντιμετωπίζονται όπως και τα διατροχανθήρια.

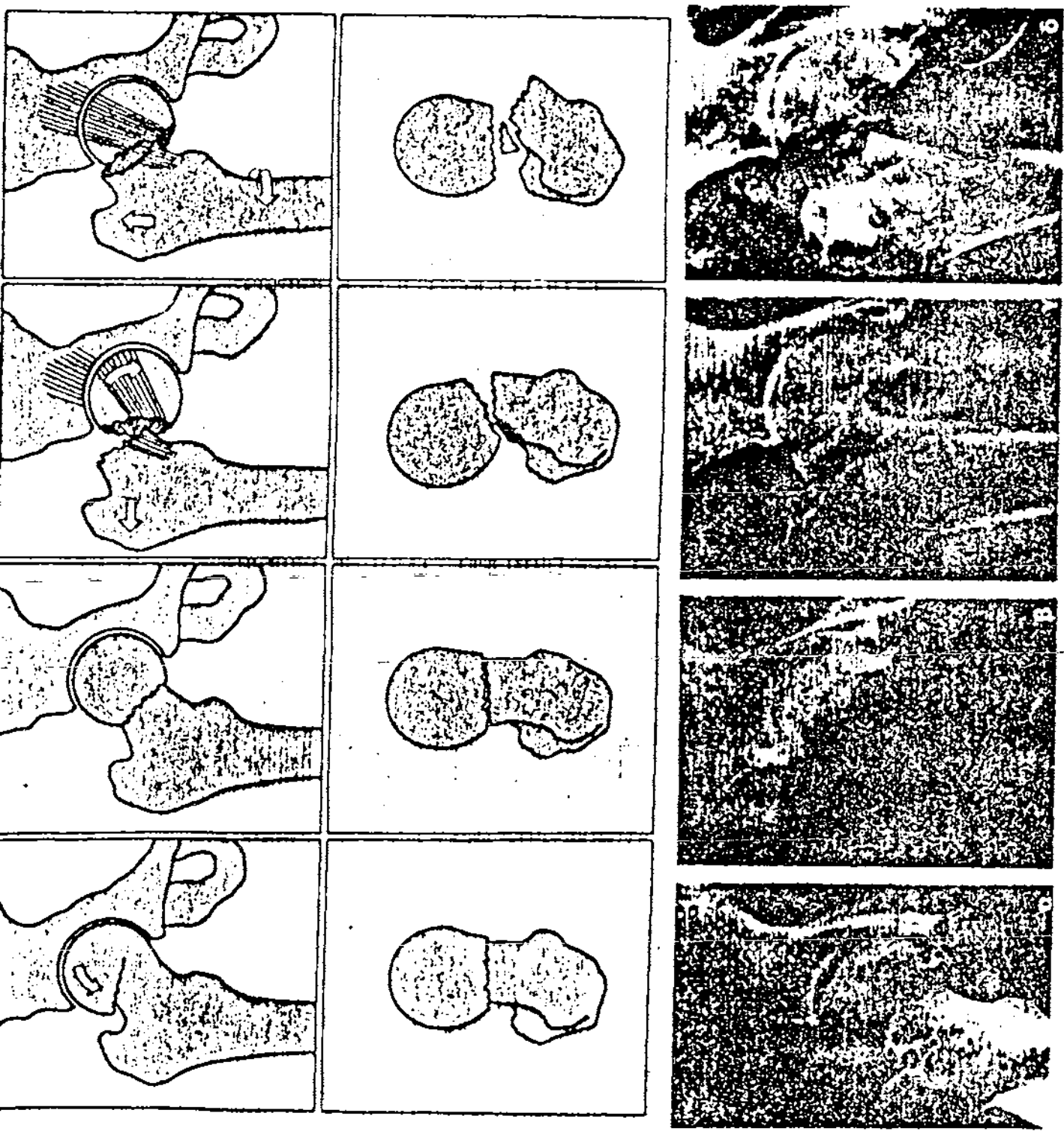
Απαντώνται συχνότερα στην τρίτη ηλικία. Η πρόγνωση είναι καλύτερη από τα κατάγματα του αυχένα όσο αφορά την πόρωση και χειρότερη όσο αφορά την επιβίωση.



Ανατομικά όρια αυχένα και διατροχαντηριας περιοχής.



Σχηματική παράσταση τυπικού κατάγματος αυχένα μηριαίου (υποκεφαλικό).



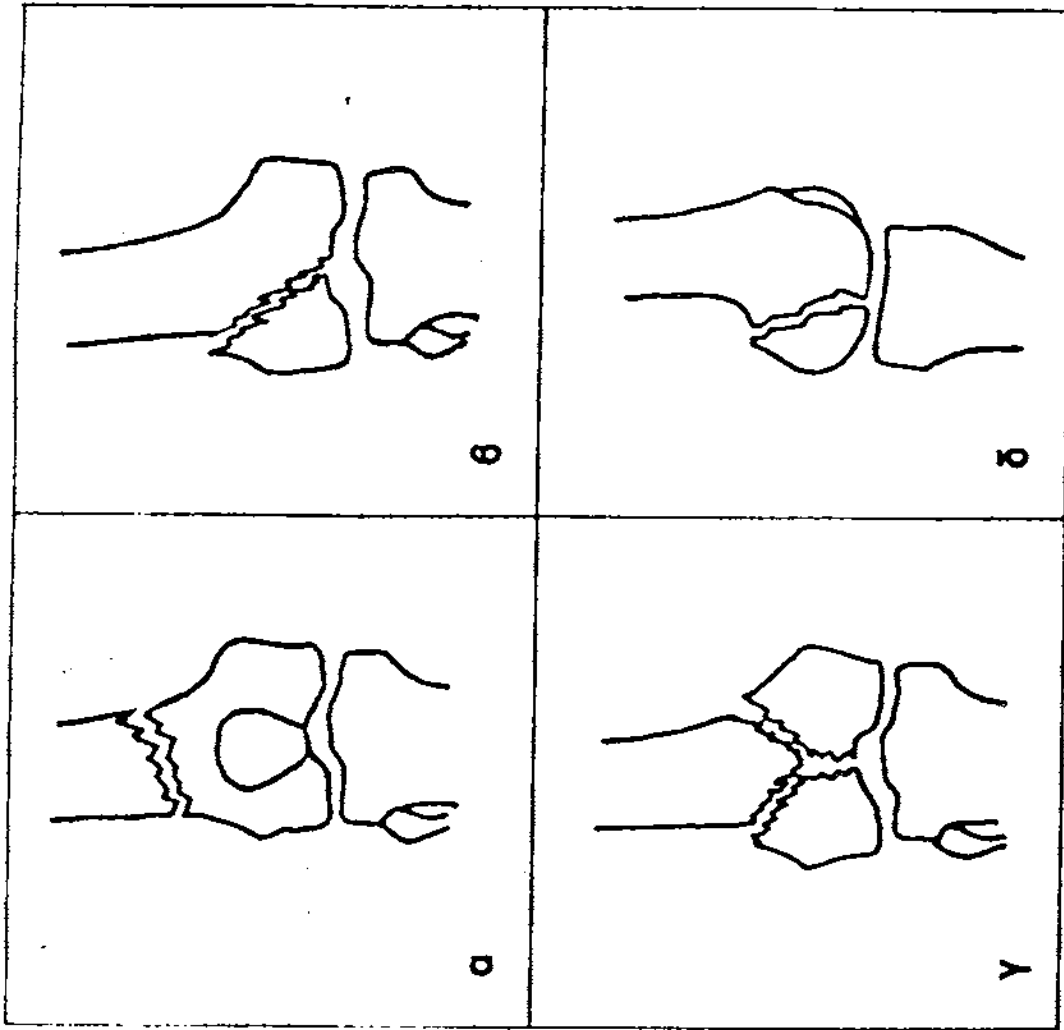
Διάρθρωση καταγράμτων αυχένα μηριαίου κατά Gardner: α) Κατηγορία I, ατελής (εν-σφηνωμένο), β) Κατηγορία II, τέλειο χωρίς παρεκτόπιση, γ) Κατηγορία III, τέλειο με μερική

Β. Κάταγμα Διάφυσης Τα κατάγματα της διάφυσης του μηριαίου συμβαίνουν σε όλες τις ηλικίες, συχνότερα όμως σε νέα άτομα ύστερα από τροχαία ατυχήματα ή πτώση από μεγάλο ύψος.

Γ. Κάταγμα του κάτω άκρου

- Υπερκονδύλια
- 1. Κατάγματα μηριαίων κονδύλων {
 - Διυπερκονδύλια
 - Μεμονωμένα κατάγματα

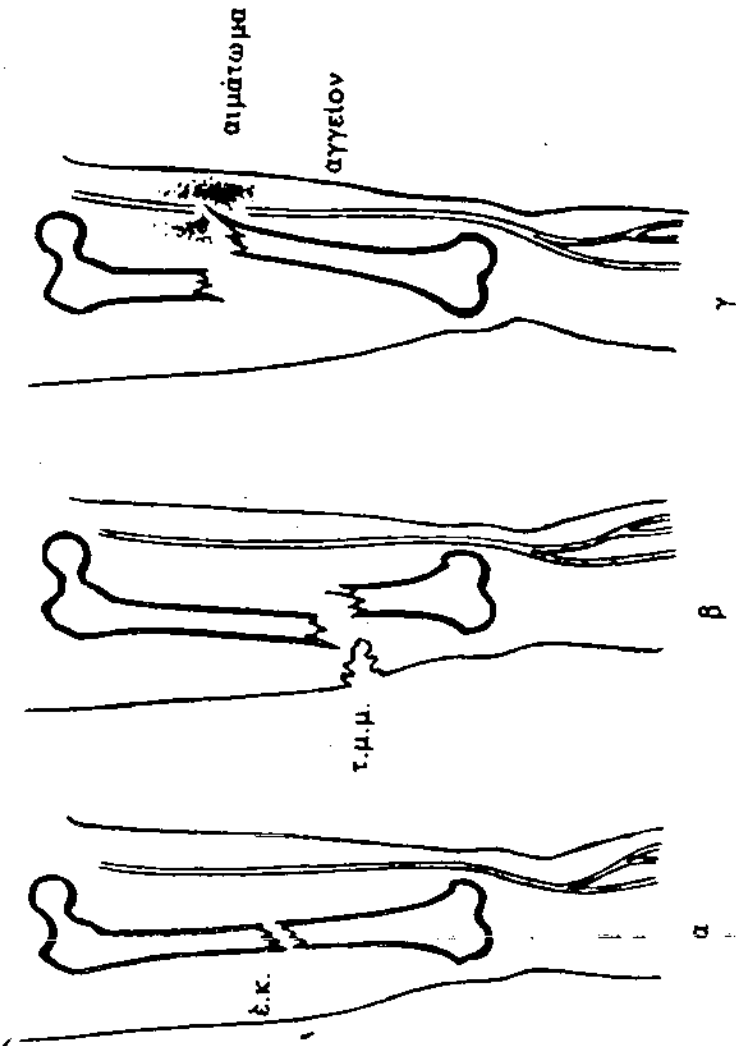
Είναι σχετικά σπάνια κατάγματα και προκαλούνται ύστερα από δράση ισχυρότατης βίας.



Κατά-
 γματα κάτω ακρου
 μηριαίου: α) Υπερ-
 κονδυλίο, β) Έξω μη-
 ριαίου κονδύλου, γ)
 Κονδύλων με σχήμα
 γ και δ) κατ' εφάπτο-
 μένη που μπορεί να
 μη διαγνωσθεί στην
 κατά μέτωπο ακτινο-
 γραφία.

ΜΟΡΦΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

1. Ενσφηνωμένα
2. Παρεκτοπισμένα - απαρεκτόπιστα
3. Συντριπτικά
4. Λοξά
5. Σπειροειδή
6. Εγκάρσια
7. Ανοικτά - κλειστά
8. Επιπεπλεγμένα - απλά
9. Παθολογικά



Διαίρεση των καταγμάτων ανάλογα με την ύπαρξη τραύματος. α. Κλει-
 ό. γ. Επιπεπλεγμένο, ε.κ. εστια κατάγματα, τ.μ.μ. τραύμα μαλακών

ΣΗΜΕΙΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ Μ.Ο.

Τα σημεία και συμπτώματα που παρουσιάζει ένας καταγματίας είναι τα εξής :

α) Πόνος : Ο πόνος που παρουσιάζεται μετά από ένα κάταγμα του μηρού είναι ισχυρός και χρειάζεται άμεση χορήγηση ισχυρών αναλγητικών.

β) Οίδημα και διόγκωση: Αυτό οφείλεται κυρίως στην έκχυση αίματος μεταξύ των ιστών ή στην σημαντική εξίδρωση.

γ) Λειτουργική ανεπάρκεια : Είναι χαρακτηριστικό εύρημα σ'ένα κάταγμα του μηριαίου οστού. Ο ασθενής αδυνατεί να στηριχτεί στο πόδι που πάσχει και να βαδίσει.

δ) Εκχυμώσεις : οφείλονται στην διάχυση αίματος υποδορίως ή εντός των ιστών και παρατηρείται 1-3 μέρες μετά την κάκωση. Σε κάταγμα διαφύσεως του μηριαίου οστού πολλές φορές η απώλεια αίματος υπερβαίνει τα 1.000 - 2.000 κ.εκ.

ε) Κριγμός και παρά φύση κινητικότητα : σε κάταγμα του μηριαίου οστού είναι δυνατό να υπάρχει κριγμός και παρά φύση κινητικότητα αλλά καλύτερα να μην αναζητείται για το φόβο βλάβης των παρακείμενων ιστών.

στ) Παραμόρφωση της περιοχής : Η παραμόρφωση της περιοχής οφείλεται είτε στην παρεκτόπιση των τμημάτων του σπασμένου οστού, είτε στον σχηματισμό αιματώματος και στην εμφάνιση οιδήματος. Έτσι κατάγματα του άνω άκρου υπάρχει έσω στροφή και

βράχυνση του σκέλους.

ΠΩΡΩΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ Μ.Ο.

Η αποκατάσταση του κατάγματος, η συνένωση, η γεφύρωση δηλ. των σπασμένων τμημάτων του γίνεται με τον πώρο. Πρόκειται για παραγωγή οστίτου ιστού που αναπληρώνει το έλλειμα και σταθεροποιεί το οστό.

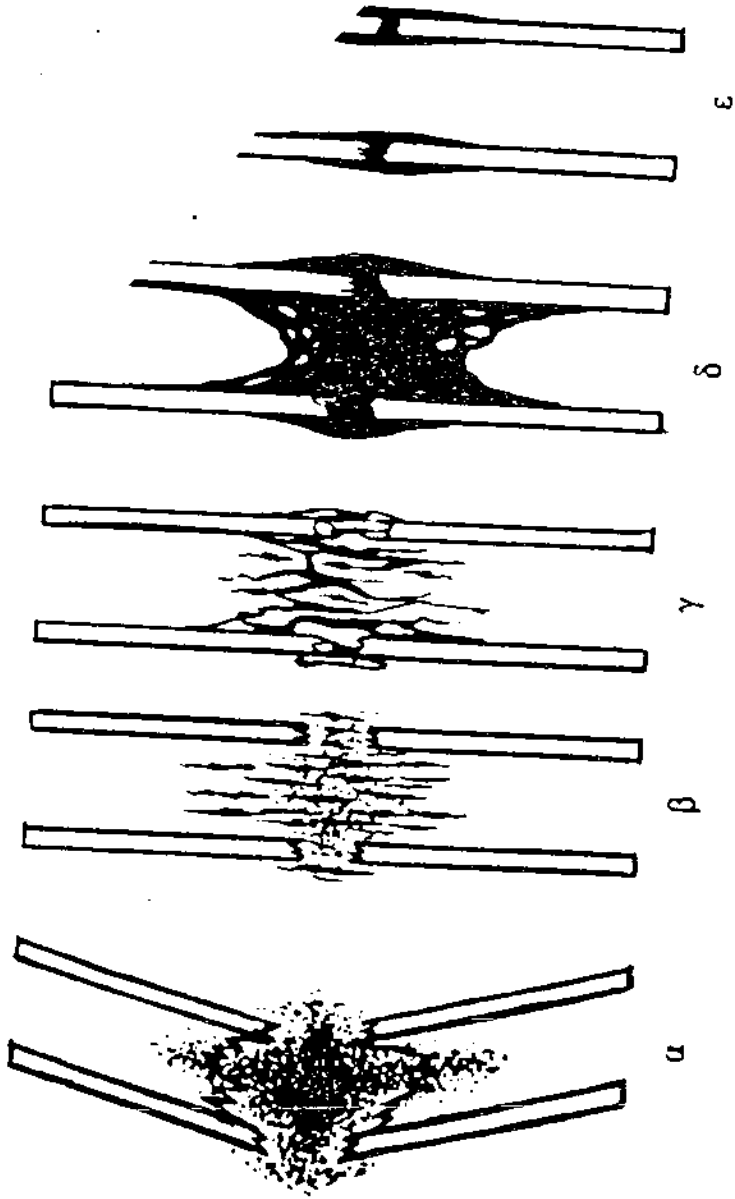
Διακρίνεται σε τέσσερα στάδια :

α) Στάδιο αιματώματος : - Η εστία του κατάγματος γεμίζει με πηγμένο αίμα μέσα στο οποίο σχηματίζονται νεόπλαστα αγγεία και εισβάλλουν οστεοβλάστες, από το περίοστεο και μεσαύλιο.

β) Μαλακός πώρος : Η αιματική γέφυρα εμπλουτίζεται με ινώδη κύτταρα από την περιοχή και γίνεται σταθερότερη και ισχυρότερη (ινώδης πώρος).

γ) Οστικός πώρος : Στην συνέχεια οστεοβλάστες από το περίοστεο και το μυελό του οστού εισδύουν στον ινώδη πώρο και μαζί με άλατα ασβεστίου σταθεροποιούν την αρχική μαλακή γέφυρα. Με την πάροδο του χρόνου τα ινώδη στοιχεία αντικαθίστανται με οστικά κύτταρα και ολόκληρη η περιοχή εμπλουτίζεται, με άλατα Ca. Όλη η περιοχή πέρνει μορφή οστού (οστικός πώρος).

δ) Ανακατασκευή οστού : Επειδή ο πώρος δεν μοιάζει με το φυσιολογικό οστό, ο οργανισμός κάνει προσπάθεια ανακατασκευής του και αποκατάσταση στην προηγούμενη μορφή του.



Η πώρωση του κατάγματος σχηματικός. α. Αιμάτωμα στην εστία του κατάγματος. β. Ινώδης αρχικός πώρος. γ. Μαλακός οστικός πώρος. δ. Σκληρός και ανώμαλος πώρος. ε. Πλήρης σχεδόν αποκατάσταση (μετά μήνες ή έτη, ανάλογα του πάχους του οστού).

Διαταραχές πόρωσης

1) καθυστερημένη πόρωση : Είναι η επιπλοκή κατά την οποία ο χρόνος για την πόρωση υπερβαίνει το 50% έως το 100% του απαιτούμενου χρόνου.

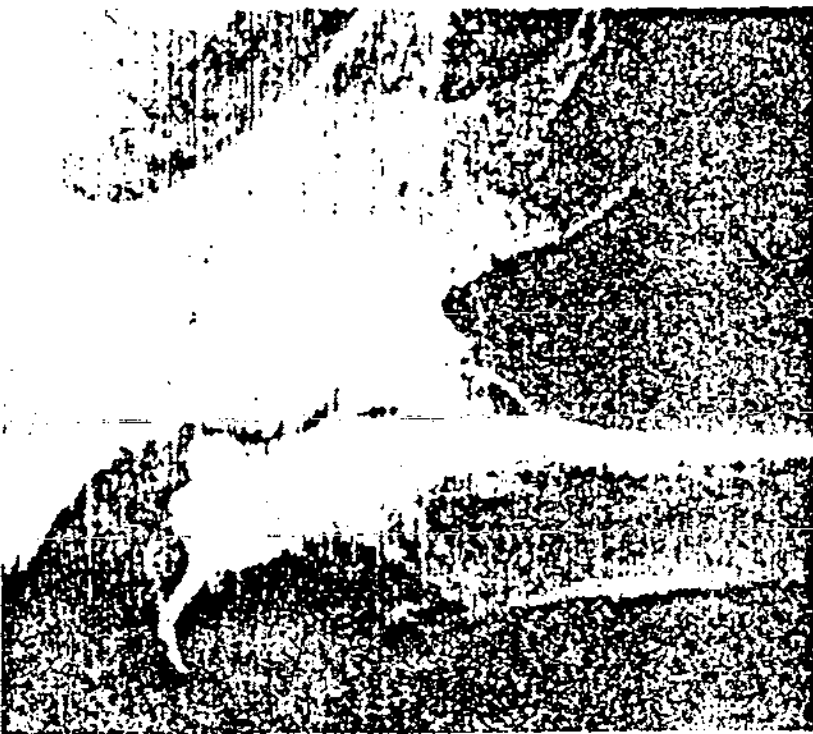
Κλινικά χαρακτηρίζεται από αυξημένη τοπική θερμοκρασία, ελαφρό οίδημα και επώδυνες κινήσεις στην εστία του κατάγματος. Ακτινολογικά η γραμμή του κατάγματος διακρίνεται και τα δύο οστικά άκρα παρουσιάζουν σχετική οστεοπόρωση.

2) Ψευδάρθρωση: είναι η επιπλοκή κατά την οποία ο χρόνος είναι μεγαλύτερος από το διπλάσιο του απαιτούμενου. Τα στοιχεία του πώρου παραμένουν καθαρά και ινώδη, επιτρέποντας παρά φύσιν μικροκινήσεις, το δε οστόν δεν έχει επανεύρη την σταθερότητά του.

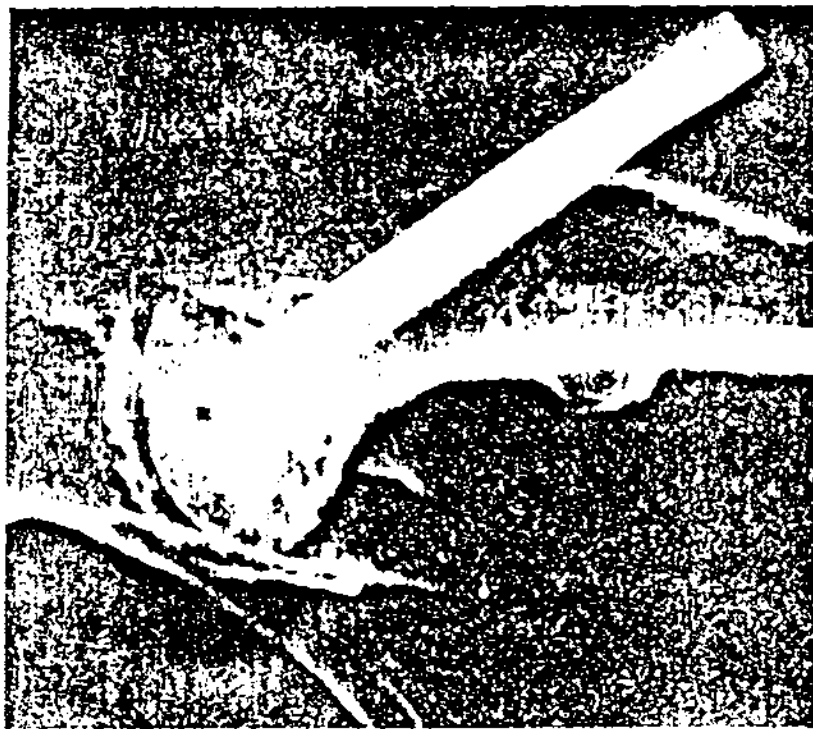
Κλινικά χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ανώδυνων κινήσεων στην εστία του κατάγματος. Ακτινολογικά διακρίνουμε δύο είδη ψευδάρθρωσης : Την υπερτροφική και την ατροφική.

Τα αίτια της καθυστερημένης πόρωσης και της ψευδάρθρωσης είναι τα ακόλουθα :

1. Ατελής ακινητοποίηση
2. Πλημελής ανάταξη
3. Κακή αιμάτωση των σπασμένων άκρων
4. Μόλυνση του κατάγματος και ανάπτυξη φλεγμονής (σπαστική ψευδάρθρωση).
5. Διάλυση του αιματώματος από το ενδαρθρικό υγρό (αυτό συμβαίνει στα ενδαρθρικά κατάγματα - κάταγμα αυχένος μηριαίου).



Ξίλ Πευδάφθρωση κατάγματος
αυχένα μηριαίου.



Νέκρωση κεφαλής μηριαίου
μετά από διαυχενικό κατάγμα.

6. Διάσταση του κατάγματος από υπερβολική έλξη.
7. Παρεμβολή μαλακών μορίων στον πώρο.
8. Ανοιχτά και επιπεπλεγμένα κατάγματα.

Παράγοντες που ευνοούν την πόρωση

- Τοπικοί :
- 1) Τα κατάγματα που είναι κοντά στις επιφύσεις πωρώνονται γρηγορότερα απ'αυτά της διάφυσης.
 - 2) Τα λοξά και σπειροειδή κατάγματα πωρώνονται γρηγορότερα από τα εγκάρσια.
 - 3) Τα κλειστά κατάγματα πωρώνονται γρηγορότερα από τα ανοικτά και επιπεπλεγμένα κατάγματα.

- Γενικοί :
- 1) Ηλικία : Στα παιδιά απαιτείται περίπου ο μισός χρόνος από τους ενήλικες.
 - 2) Γενική κατάσταση και συνυπάρχουσες νόσοι.
 - 3) Μεταβολικοί παράγοντες και ορμονικοί.

Θεραπεία : Στην καθυστερημένη πόρωση η θεραπεία συνίσταται στην συνέχιση της ακινητοποίησης με γύψο ή στην εφαρμογή λειτουργικών γύψων.

Η αντιμετώπιση της ψευδάρθρωσης είναι ανάλογη με την παθογένειά της. Στην υπερτροφική χρειάζεται μόνο σταθερή (συμπιεστική) οστεοσύνθεση χωρίς μοσχεύματα, ενώ στην ατροφική είναι απαραίτητη σταθερή οστεοσύνθεση και μοσχεύματα.

Διάγνωση καταγμάτων μηριαίου οστού

Απαραίτητα στοιχεία για την διάγνωση του κατάγματος είναι το ιστορικό της κακώσεως, η κλινική εικόνα και ο ακτινολογικός έλεγχος που καθορίζει το είδος της βλάβης και το σημείο αυτής. Απαραίτητες είναι η F/P προβολές.

Επίσης δεν πρέπει να παραλείπεται ο νευραγγειακός έλεγχος, γύρω από την περιοχή του κατάγματος για έγκαιρη αποκάλυψη βλάβης, αγγείων και νεύρων.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥΑΜΕΣΕΣ

1) SHOCK : Είναι μια σοβαρή επιπλοκή κατά την οποία ο ασθενής χρειάζεται άμεση βοήθεια γιατί κινδυνεύει η ζωή του. Το shock προκαλείται από την μεγάλη απώλεια αίματος που παρατηρείται σ'αυτά τα κατάγματα (1-1, 1/2 LIT) και από συνυπάρχουσες κακώσεις.

Ο ασθενής παρουσιάζει, ταχυσφυγμία, ταχύπνοια, επίδρωση, Πτώση ΑΠ, ωχρότητα, επιδρώσεις.

Ο πάσχων πρέπει να μεταφερθεί το γρηγορότερο στο νοσοκομείο.

2) Λιπώδης εμβολή : Αφθονα λιπώδη έμβολα μπαίνουν στην κυκλοφορία από τις φλέβες των οστικών τμημάτων του κατάγματος. Τα μεγαλύτερα από αυτά προκαλούν πνευμονικές εμβολές, ενώ τα μικρότερα κάτω από 15μ διέρχονται από τα τριχοειδή του πνεύμονα προχωρούν προς τον αριστερό κόλπο - κοιλία και από εκεί στην μεγάλη κυκλοφορία και δημιουργούν εμβολές στον εγκέφαλο, στους νεφρούς, δέρμα και άλλα όργανα.

3) Θρομβοφλεβίτιδα - πνευμονική εμβολή : Οφείλεται σε εμβολή των πνευμονικών αρτηριών, από θρόμβους που σχηματίζονται στις φλέβες των κάτω άκρων. Είναι βαριά επιπλοκή και μπορεί να αποβεί θανατηφόρος. Εμφανίζεται 14-17 μέρες μετά την κάκωση κυρίως σε ηλικιωμένους και οφείλεται στην μακρόχρονη ακινησία των καταγμάτων. Γι'αυτό επιδιώκεται ταχεία κινητοποίηση του καταγματία, φυσιοθεραπεία της αναπνοής και κατάλληλη φαρμακευτική προφύλαξη.

4) Βλάβες αγγείων και νεύρων : Η βλάβη αφορά την ιγνυακή αρτηρία και το ισχιακό νεύρο

5) Κατακλίσεις : Δημιουργούνται μετά από μακρόχρονη ακινησία των ασθενών. Αποφεύγονται με την συχνή αλλαγή θέσεως του καταγματία και με την καθημερινή εντριβή της ράχης και των γλουτών.

6) Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα : (κυστίτις, σχηματισμός λίθων, ουρολοιμώξεις). Παρατηρείται στους υπερήλικες και στους επί πολύ χρόνο κατακεκλιμένους. Επιβάλλεται κινητοποίηση, αντισηψία των ουροφόρων οδών και λήψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών.

7) Καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές

8) Τέτανος : Στα ανοιχτά κυρίως κατάγματα πρέπει να παίρνουμε τις απαραίτητες προφυλάξεις για να μειώσουμε τον κίνδυνο του τέτανου.

9) Διαπύση του τραύματος, σε ανοιχτά κατάγματα ή σε κλειστά που αντιμετώπισθηκαν χειρουργικά.

ΑΠΩΤΕΡΕΣ

1) Μυϊκός σπασμός. Οι μύες είναι ισχυροί, έλκουν το σπασμένο τμήμα ανατρέποντας έτσι την ανάταξη. Η αντιμετώπιση του σπασμού γίνεται με συνεχή έλξη του περιφερικού σπασμένου τμήματος, με κατάλληλες μεθόδους (οστική, δερματική έλξη). Αφού λυθεί ο σπασμός γυψώνεται το σκέλος και διενεργείται οστεοσύνθεση.

2) Καθυστέρηση πωρώσεως - ψευδάρθρωση

3) Οστικές νεκρώσεις. Τμήματα οστών τα οποία έχουν μειωμένη ή ελλιπή αιμάτωση, νεκρούνται. Είναι πολύ σημαντικός παράγων ψευδάρθρωσης. Για να αποκατασταθεί η λειτουργία της πωρώσεως απαιτείται η απομάκρυνση του νεκρωμένου τμήματος.

4) Τοπική λοίμωξη.

5) Εκτοπη ανάπτυξη οστίτου οστού. Παρατηρείται κυρίως επί εκτεταμένων αιματωμάτων.

6) Δυσκαμψία και αγκύλωση αρθρώσεως. Είναι βαριά επιπλοκή. Πολλές φορές το μέλος είναι άχρηστο λόγω της αναπτυχθείσης δυσκαμψίας ή αγκυλώσεως, παρά το ότι το κατάγμα επωρώθη καλά έγκαιρα και σε ανατομικώς καλή θέση. Για την πρόληψη των επιβάλλεται η ταχεία κινητοποίηση και κνησιοθεραπεία.

7) Βράχυνση μέλους είναι επιπλοκή που κυρίως οφείλεται σε 1) κακή πόρωση 2) απώλεια οστικής ουσίας και 3) καταστροφή συζευκτικού χόνδρου στο αναπτυσσόμενο σκελετό.

8) Μετατραυματική οστεοπώρωση η οποία χαρακτηρίζεται από πόνο οίδημα της περιοχής και δυσκαμψία αρθρώσεως. Γι' αυτό χρειάζεται ευεργητική κνησιοθεραπεία των αρθρώσεων της περιοχής.

9) Επώδυνες συμφύσεις οι οποίες εμφανίζονται μετεγχειρητικά.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΤΟ ΤΟΠΟ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ορισμένες γνώσεις παροχής Α'βοηθειών είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των καταγμάτων του μηριαίου οστού και πολλές φορές μπορούν να σώσουν και τη ζωή του καταγματία.

Πέντε σημεία χρειάζονται προσοχή για την άμεση προσφορά βοήθειας :

1) Αντιμετώπιση του shock : (ολιγαιμικό).

Όλα τα ατυχήματα που συνοδεύονται από κατάγματα του μηριαίου οστού πρέπει να θεωρούνται σοβαρά, γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μεγάλη απώλεια αίματος μέσα στους ιστούς, που μπορεί να προκαλέσει βαριά καταπληξία.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα και σημεία της καταπληξίας είναι : ο πάσχων θα αισθάνεται αδυναμία, τάση λιποθυμίας και ζάλη και θα παρουσιάζει αγωνία και ανησυχία, το δέρμα γίνεται ωχρο, κρύο και κολλώδες. Μπορεί να παρατηρηθεί και εφίδρωση και πτώση της θερμοκρασίας.

Η αναπνοή μπορεί να είναι επιπόλαια και γρήγορη και ο πάσχων μπορεί να χασμουριέται και ν'αναστενάζει. Ο σφυγμός γίνεται πιο γρήγορος αλλά αδύναμος και μερικές φορές ακανόνιστος καθώς ελαττώνεται ο όγκος του αίματος και των υγρών.

Ο πάσχων μπορεί να διψάει, να αισθάνεται άσχημα και να κάνει εμετούς.

Η εμφάνιση του Shock επιταχύνεται από παράγοντες όπως ο φόβος, το άγχος και οι αδέξιες κινήσεις κατά την μεταφορά του καταγματία στο νοσοκομείο.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της καταπληξίας είναι :

Ενθαρρύνουμε τον πάσχοντα και τον τοποθετούμε σε άνετη θέση. Το κεφάλι πρέπει να βρίσκεται πιο χαμηλά, και γυρισμένο προς την μια πλευρά (για να διατηρηθεί η αιμάτωση του εγκεφάλου και για να περιορισθεί ο κίνδυνος εμετού και ο κίνδυνος εισόδου εμεσμάτων στην τραχεία και πρόκληση ασφυξίας.

Διατηρούμαι τον ασθενή ζεστό. Για το σκοπό αυτό τον σκεπάζουμε με κουβέρτα. Δεν βάζουμε θερμοφόρες, γιατί θα προκαλέσει αύξηση της ροής του αίματος στα αγγεία του δέρματος και ελαττώσή της στα ζωτικά όργανα.

Χαλαρώνουμε όλα τα σφιχτά ρούχα για να βοηθήσουμε την κυκλοφορία και την αναπνοή.

Αν ο ασθενής παραπονείται ότι διψάει του βρέχουμε απλώς τα χείλη και δεν του δίνουμε τίποτα να πει.

Ελέγχουμε την συχνότητα της αναπνοής και το σφυγμό, αν η αναπνοή και η λειτουργία της καρδιάς σταματήσουν αρχίζουμε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και φροντίζουμε για την άμεση μεταφορά του ασθενή στο νοσοκομείο.

2) Αντιμετώπιση αιμορραγίας - τραύματος.

Σκοπός της αντιμετώπισης της αιμορραγίας είναι να διατηρήσουμε το τραύμα καθαρό και να το επιδέσουμε ώστε να μειώσουμε την απώλεια αίματος και να εμποδίσουμε την μόλυνση.

Για να το καταφέρουμε αυτό καταφεύγουμε στα εξής μέτρα.

Εφαρμόζουμε έμμεση πίεση στην κύρια αρτηρία που το αιματώνει η έμμεση πίεση δεν πρέπει να εφαρμόζεται για διάστημα μεγαλύτερο από 15 λεπτά ούτε και να περιδέσουμε το άκρο γιατί μπορεί να προκληθεί θρόμβωση αγγείων ή βλάβη μυών.

Τοποθετούμε ένα αποστειρωμένο και χωρίς φάρμακα επίθεμα πάνω από το τραύμα. Το πιέζουμε καλά και το στερεώνουμε με

επίδεσμο. Δένουμε τον επίδεσμο αρκετά σφιχτά για να σταματήσει

η αιμορραγία αλλά όχι τόσο σφιχτά έτσι ώστε να σταματήσει η κυκλοφορία.

3) Πρόχειρη ακινητοποίηση.

Η ακινητοποίηση του σπασμένου μέλους διευκολύνει την μεταφορά του καταγματία και ελαττώνει τον πόνο. Παραμέληση ή ατελής ακινητοποίηση μπορεί να προκαλέσει τοπικές επιπλοκές ή shock.

Χρησιμοποιούμε ένα νάρθηκα μακρύ και βάτες κατά μήκος της έξω επιφάνειας του τραυματισμένου άκρου, από τη μασχάλη ως τα πόδια. Στερεώνουμε το άνω άκρο του μεγάλου νάρθηκα με δύο πλατείς επιδέσμους : ένα γύρω από το στήθος αμέσως κάτω από τις μασχάλες και ένα γύρω από τον πύελο στο ύψος των ισχυών. Γύρω από τα πόδια και τα σφυρά δένουμε ένα επίδεσμο σε σχήμα θ και γύρω από τα γόνατα ένα άλλο πλατύ. Δένουμε τους κόμπους πάνω από το νάρθηκα.

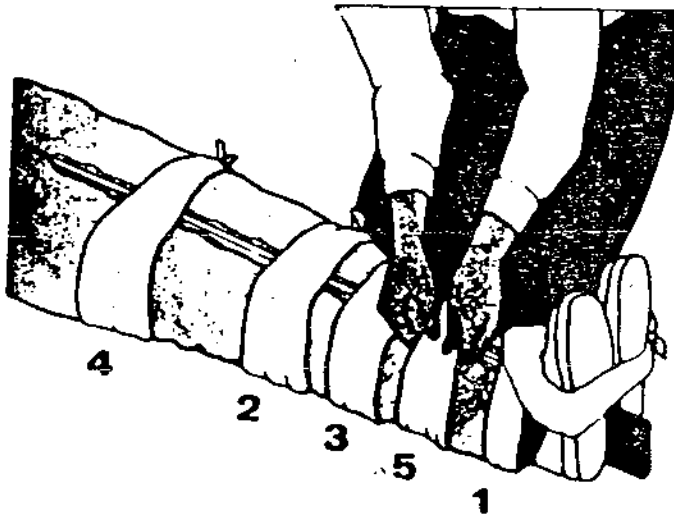
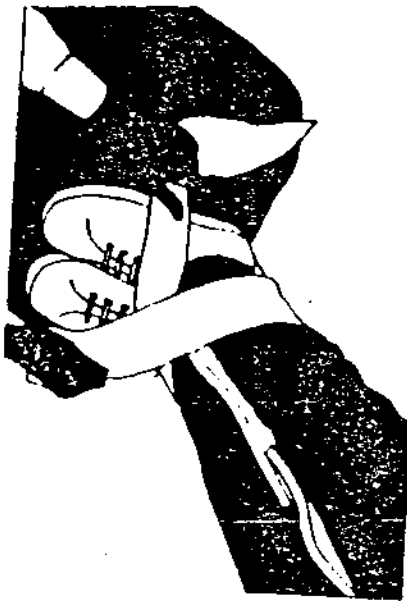
Φροντίζουμε για την μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο με φορείο, διατηρώντας τη θέση της αρχικής θεραπευτικής του αντιμετώπισης.

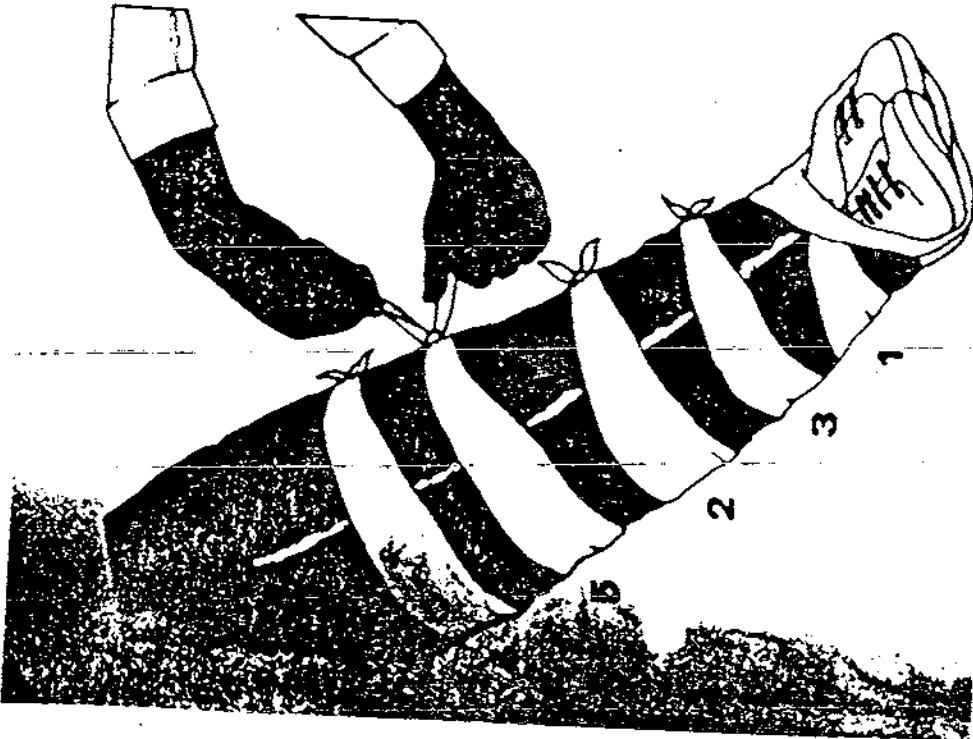
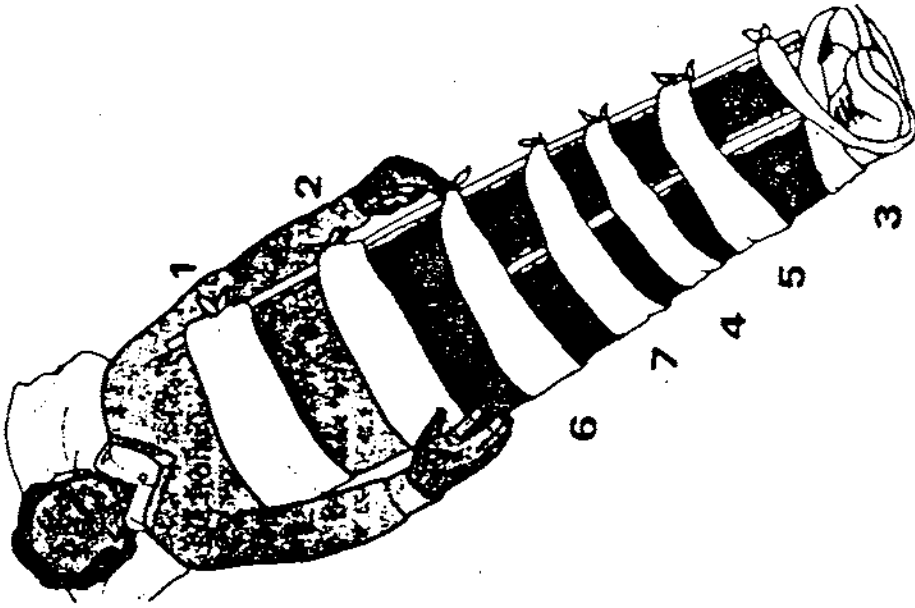
4) Αντιμετώπιση του πόνου.

Ο πόνος αρχίζει αμέσως μετά την κάκωση. Αντιμετωπίζεται αρχικά με ανύψωση του σπασμένου άκρου, με την εφαρμογή πάγου ή ψυχρών επιθεμάτων και με πρόχειρη ακινητοποίηση του άκρου. Σε απλά κατάγματα μπορούμε να χορηγήσουμε ελαφρά αναλγητικά (ασπιρίνη) τα οποία ανακουφίζουν προσωρινά τον καταγματία.

5) Μεταφορά του καταγματία στο νοσοκομείο.

Η μεταφορά του ασθενή στο πλησιέστερο νοσοκομείο πρέπει να γίνει όσο το δυνατό πιο γρήγορα. Κατά την τοποθέτηση του καταγματία σε σκληρό φορείο πρέπει να αποφεύγονται οι απότομες κινήσεις. Τέλος κατά τη μεταφορά του ασθενή πρέπει να παρακολουθούμαι τα ζωτικά σημεία του και να είμαστε έτοιμοι για την αντιμετώπιση επιπλοκών.





ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ Μ.Ο.

Η θεραπεία των καταγμάτων του μηριαίου οστού είναι συντηρητική και χειρουργική.

A. Συντηρητική θεραπεία η οποία περιλαμβάνει :

1) γύψινους επιδέσμους : είναι ο συνηθέστερος τρόπος για την συντηρητική θεραπεία των καταγμάτων.

Σκοπό έχουν : α) να ακινητοποιήσουν το κάταγμα έτσι ώστε να μειώνεται ο πόνος και να ενισχύεται η οστεοσύνθεση, β) ο άρρωστος μπορεί να κινείται ευκολότερα και γρηγορότερα. γ) Γίνεται καλύτερη συγκράτηση των παράλυτων άκρων στην σωστή θέση τους και δ) για την πρόληψη και διόρθωση παραμορφώσεων.

Τα Πλεονεκτήματα εφαρμογής γύψου

1. Δεν διαταράσσεται η εστία του κατάγματος με χειρουργικούς μηχανισμούς.
2. Αποφεύγεται η επιπλέον αποκόλληση των μαλακών μορίων.
3. Περιορίζεται ο κίνδυνος της φλεγμονής.

Μειονεκτήματα

1. Δεν επιτυγχάνεται πλήρης ακινητοποίηση του κατάγματος.
2. Γίνονται κινήσεις στην εστία του κατάγματος κάτω από ένα μολυσμένο περιβάλλον με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η πώρωση.
3. Βαθμός δυσκαμψίας των αρθρώσεων κατά την αφαίρεση.

2) Συνεχείς έλξεις :

Η Έλξη είναι δύναμη προς δύο κατευθύνσεις και είναι μια μέθοδος συντηρητικής θεραπείας καταγμάτων και γενικότερα οστικών κακώσεων.

Η εφαρμογή έλξεως έχει σαν σκοπό :

- α) Να ελαττωθεί ο μυϊκός σπασμός
- β) Να ακινητοποιηθεί μια άρθρωση που φλεγμαίνει
- γ) Να διορθωθεί μια παραμόρφωση και τέλος
- δ) Να ακινητοποιηθεί ένα κάταγμα και να μειωθεί η επέκτασή του.

Διακρίνουμε δύο είδη έλξεων

- α) Δερματική,
- β) Σκελετική

9) Δερματική έχει σαν σκοπό την ανάταξη και την ακινητοποίηση του κατάγματος. Για την εφαρμογή της έλξης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η καλή κατάσταση του δέρματος.

Εφαρμόζεται με ταινίες λευκοπλάστ στη μέση και έξω επιφάνεια του ποδός επιμηκώς. Τυλίγεται το σκέλος με ελαστικό επίδεσμο και εφαρμόζεται βάρος 4-5 KGR.

Μειονεκτήματα α) η εφαρμογή μικρής δύναμης (4-5 κ) διότι η εφαρμογή μεγαλύτερου βάρους προκαλεί πόνο στον καταγματία.

β) Εμφάνιση δερματίτιδας.

γ) Δεν μπορεί να εφαρμοστεί για πολύ χρόνο.

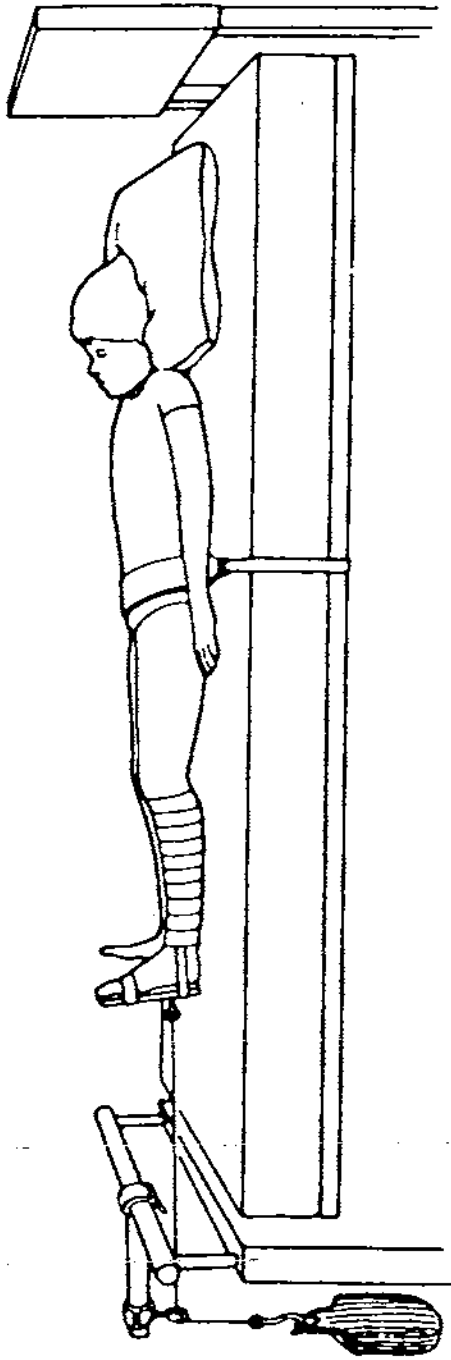
Συνηθισμένες δερματικές έλξεις.

α) ΕΛΞη Bryant. Εφαρμόζεται σε μικρά παιδιά (κάτω των 4 χρόνων) για θεραπεία κατάγματος του μηριαίου οστού. Τα κάτω άκρα του παιδιού ανυψώνονται σε ορθή γωνία με το κορμό.

β) ΕΛΞη Buck. Χρησιμοποιείται σαν παροδικό μέτρο στους ενήλικες για εξασφάλιση ακινητοποίησης πριν από την χειρουργική θεραπεία διατροχαντήριου κατάγματος του μηρού.

γ) ΕΛΞη Russel. Είναι δερματική ισορροπούμενη έλξη αναρτήσεως και χρησιμοποιείται σε κατάγματα και κακώσεις του ισχίου.

β) Σκελετική ΕΛΞη. Χρησιμοποιείται σε περίπτωση που στο δέρμα υπάρχει κάποια εκδορά ή οίδημα και δεν επιτρέπεται η εφαρμογή δερματικής έλξης.



Δερματική έλξη του Buck.

Εισάγεται βελόνη KIRSCHNER ή STEIN - MANN από το κνημιαίο κύρτωμα ή τους μηριαίους κονδύλους. Μπορούμε να εφαρμόσουμε 10-15 KGR βάρος και μπορούμε να την χρησιμοποιήσουμε για όσο καιρό διαρκεί η πώρωση με παράλληλη κινητοποίηση των αρθρώσεων.

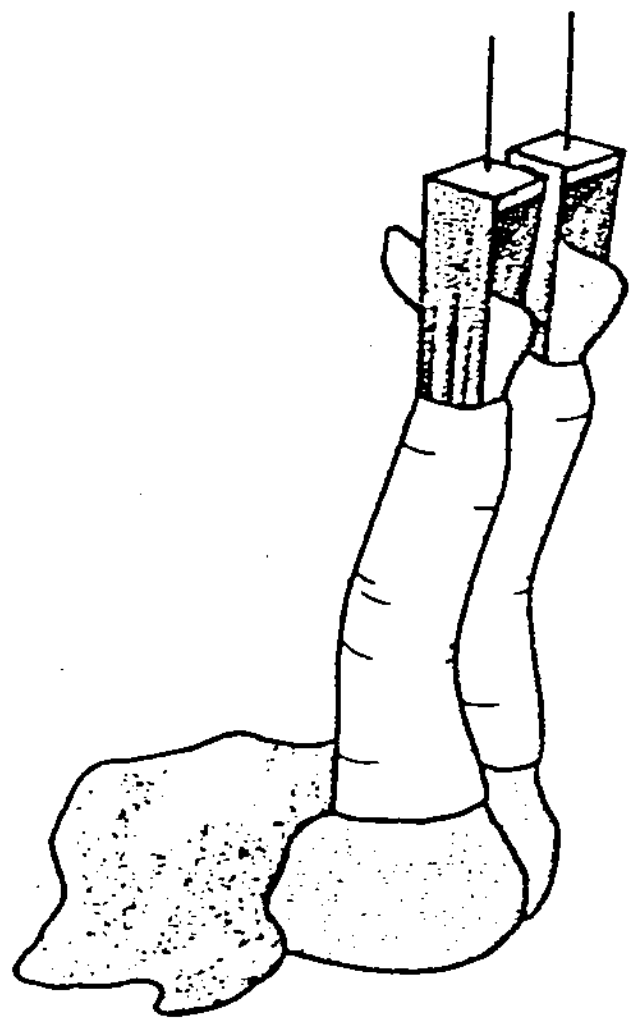
3) Μεταλλικοί νάρθηκες, σκελετοί.

α) Μεταλλικός νάρθηκας Brawn. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποβαστάζει το κάτω σκέλος στο οποίο μπορεί να έχει εφαρμοστεί έλξη.

β) Νάρθηκας THOMAS. Χρησιμοποιείται για ακινητοποίηση των άκρων.

Σκοπός των μεταλλικών σκελετών

- α) υπερέκταση του μέλους
- β) ακινητοποίησή του
- γ) Διόρθωση παραμορφώσεων



Μέθοδος έλξης του Bryant
για κάταγμα μηριαίου σε παιδιά κάτω των
3 χρόνων.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει :

1) Εξωτερική Οστεοσύνθεση.

Συνήθως εφαρμόζεται στα ανοιχτά και στα επιπλεγμένα κατάγματα της διάφυσης. Τοποθετούνται δύο βελόνες σε κάθε μεριά του κατάγματος μακριά από την καταγματική εστία. Και σταθεροποιούνται με μηχάνημα απ'έξω με δυνατότητα ανάταξης και σταθερής συγκράτησης. Ο Μηχανισμός τοποθετείται χωρίς να γίνει μεγάλη επέμβαση.

Πλεονεκτήματα της
εξωτερικής οστεοσύνθεσης

- 1) Σταθερή συγκράτηση
- 2) Ανέπαφο και ανεπηρέαστο το τραύμα
- 3) Δυνατότητα φροντίδας και έλεγχου του τραύματος
- 4) Επιτρέπει τις κινήσεις των αρθρώσεων.

Μειονεκτήματα

- 1) Χάλαση βελόνων με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η πόρωση.
- 2) Κίνδυνος φλεγμονής.

2) Εσωτερική οστεοσύνθεση. Είναι η συγκράτηση των οστικών τμημάτων με υλικά σε περίπτωση που η συντηρητική θεραπεία δεν είναι εφικτή ή έχει αποτύχει.

Τα υλικά που
χρησιμοποιούνται είναι :

- α) Πλάκες και βίδες
- β) Γωνιώδεις πλάκες με ολισθόντες ήλους (RICHARDS)
- γ) Γωνιώδεις πλάκες με μεταβαλλόμενη γωνία (SMITH - PETESSON) και ήλο.
- δ) Ηλοι (KNOWLES, CANNLATED, PINS, RICHARDS)
- ε) Ενδομυελικοί ήλοι (KUNTSHER)

Πλεονεκτήματα
εσωτερικής οστεοσύνθεσης

- 1) Πλήρης ανάταξη και σταθερή συγκράτηση
- 2) Άμεση κινητοποίηση αρθρώσεων και μυών
- 3) Αποφυγή μακροχρόνιας κατάκλισης
- 4) Ευκολότερη νοσηλεία
- 5) Γρήγορη έγερση και έξοδος από το νοσοκομείο
- 6) Διατήρηση της αιματώσεως
- 7) Απομακρύνονται οι επιπλοκές (ακίνησία, δυσκαμψία, μυϊκή ατροφία)

ΕΙΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ Μ.Ο.

1. Θεραπεία καταγμάτων του αυχένα του μηριαίου οστού

Η αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών είναι γενικά χειρουργική (εκτός από τα ενσφηνωμένα). Ο χειρουργός επιδιώκει την καλή ανάταξη και συγκράτηση των οστικών τμημάτων μέχρι να επέλθει η πόρωση και την γρήγορη κινητοποίηση των αρρώστων.

Τα κατάγματα του αυχένα διακρίνονται κατά τον GARDEN

- σε :
1. Ατελές κάταγμα (ενσφηνωμένο)
 2. Τέλειο अपαρεκτόπιστο
 3. Τέλειο με μερική παρεκτόπιση
 4. Τέλειο με πλήρη παρεκτόπιση και συντριβή του οπίσθιου φλοιού

Η παραπάνω ταξινόμηση θα μας βοηθήσει στην επιλογή του τρόπου θεραπείας.

- | | | |
|----------------|---|--------------------------------------|
| 1) Συντηρητική | { | Δερματική

Σκελετική έλξη |
|----------------|---|--------------------------------------|

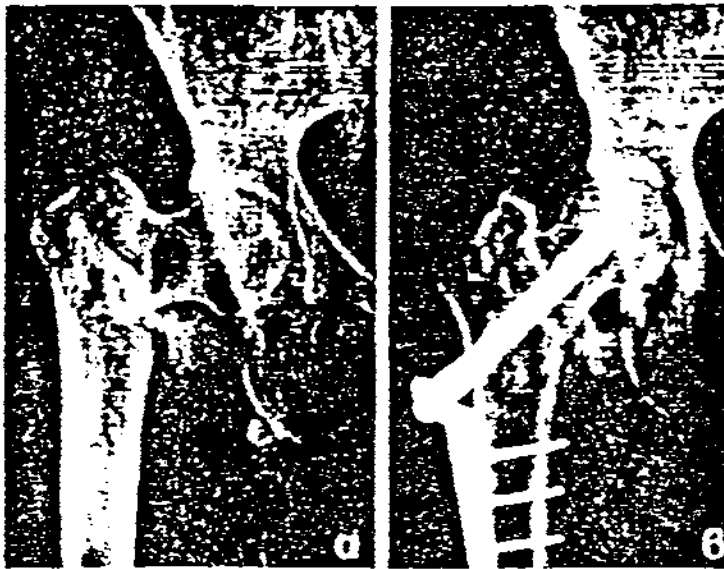
Η θεραπεία μπορεί να είναι

- | | | |
|----------------|---|---|
| 2) Χειρουργική | { | α) ημιαρθροπλαστική

β) οστεοσύνθεση με βελόνες
ή ήλους RICHARDS -
KNOWLES. |
|----------------|---|---|

Μειονεκτήματα

- 1) Αποκόλληση και τραυματισμός μαλακών μορίων και τμήμα των οστών
- 2) Επιπλοκές χειρουργικής επεμβάσεως (οστεομυελίτιδα)
- 3) Κίνδυνος φλεγμονής
- 4) Κίνδυνος κοπώσεως του υλικού



Διατροχαντήριο κάταγμα
με απόσπαση του ελάσσονα τροχαντήρα:
α) Πριν και β) Μετά την ήλωση.

Συντηρητική θεραπεία : Εφαρμόζεται στην κατηγορία I και II. Αν και δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των ενσφηνωμένων καταγμάτων πολλοί θεωρούν ικανοποιητική την κατάκλιση για έξι εβδομάδες και δερματική έλξη και στην συνέχεια έγερση και μερική στήριξη για έξι ακόμα εβδομάδες.

Υπάρχουν όμως μειονεκτήματα όπως :

- α) Η κατάκλιση προκαλεί επιπλοκές
- β) 10 - 15% των καταγμάτων παρεκτοπίζονται

Για αυτούς τους λόγους πολλοί ορθοπεδικοί συνιστούν την επιπλέον σταθεροποίησή τους με βελόνες Knowled ή Moore ή κοχλιωτούς ήλους μικρής πάντοτε διαμέτρου.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Οστεοσύνθεση των καταγμάτων του αυχένα.

Ηλωση με βελόνες Knowled ή Moore.

2. Μερική αρθροπλαστική.

Αντικατάσταση της κεφαλής του μηριαίου με μεταλλική πρόθεση Austin Moore ή Thompson.

Μειονεκτήματα : αμφίβολη έκβαση σε 50% περίπου των περιπτώσεων εξαιτίας του υψηλού ποσοστού ψευδάρθρωσης (30%) και ισχαιμικής νέκρωσης της κεφαλής (20%) και επιπλέον προκαλείται προοδευτικά σε - 3-8 περίπου χρόνια - φθορά της κοτύλης και εμβύθιση.

Πλεονεκτήματα : Ο άρρωστος εγείρεται και κινητοποιείται ταχύτερα.

2. Διατροχανθήρια κατάγματα Μ.Ο.

Η αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών είναι χειρουργική. Χρησιμοποιούνται ήλος - πλάκα Mc Laughlin ή γωνιώδης ήλος - πλάκα σταθερής γωνίας ή ολισθαίνων τύπου Richards.

Συντηρητική θεραπεία με σκελετική ή δερματική έλξη παράλο που μπορεί να οδηγήσει σε πόρωση, έχει στα ηλικιωμένα άτομα όλα τα μειονεκτήματα της μακροχρόνιας κατάκλισης.

3. Υποτροχανθήρια. Αντιμετωπίζονται όπως και τα διατροχανθήρια.

4. Κατάγματα της Διάφυσης του μηριαίου οστού.

Η αντιμετώπιση των καταγμάτων της διάφυσης του μηριαίου γίνεται συντηρητικά και χειρουργικά.

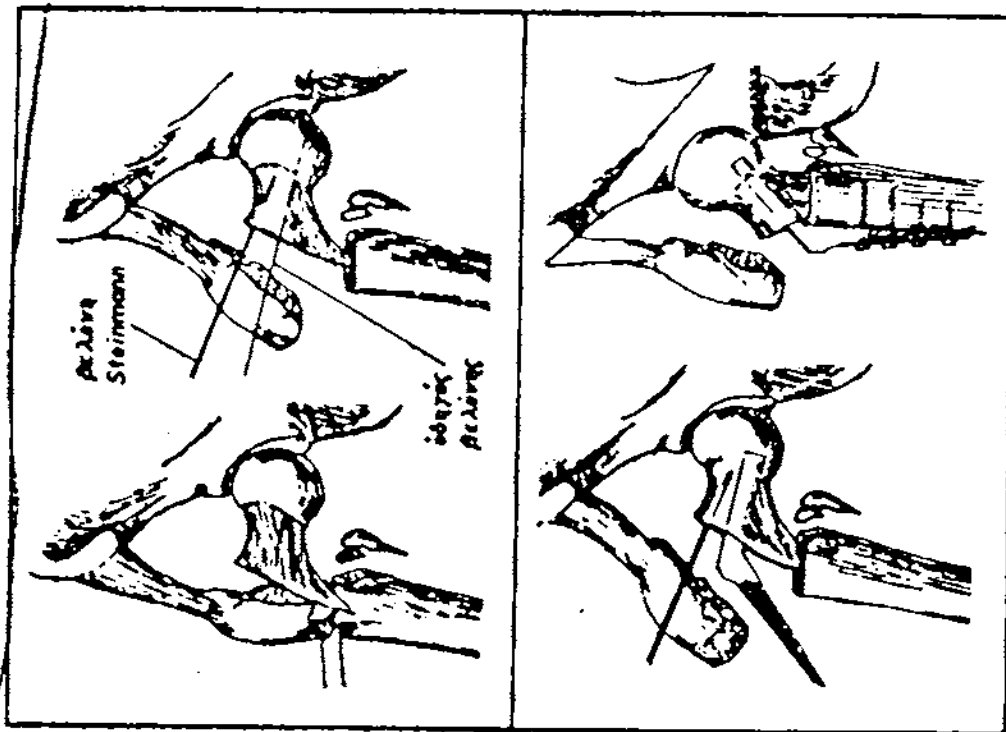
Συντηρητικά - Εφαρμογή σκελετικής έλξης από τους κνημιαίους ή μηριαίους κονδύλους πάνω σε νάρθηκα Braun ή Thomas μέχρι να πωρωθεί το κάταγμα δηλαδή για χρονικό διάστημα τριών περίπου μηνών.

Χειρουργική	{	<ul style="list-style-type: none"> a) ενδομυελική ήλωση b) οστεοσύνθεση με μεταλλική πλάκα και βίδες
-------------	---	--

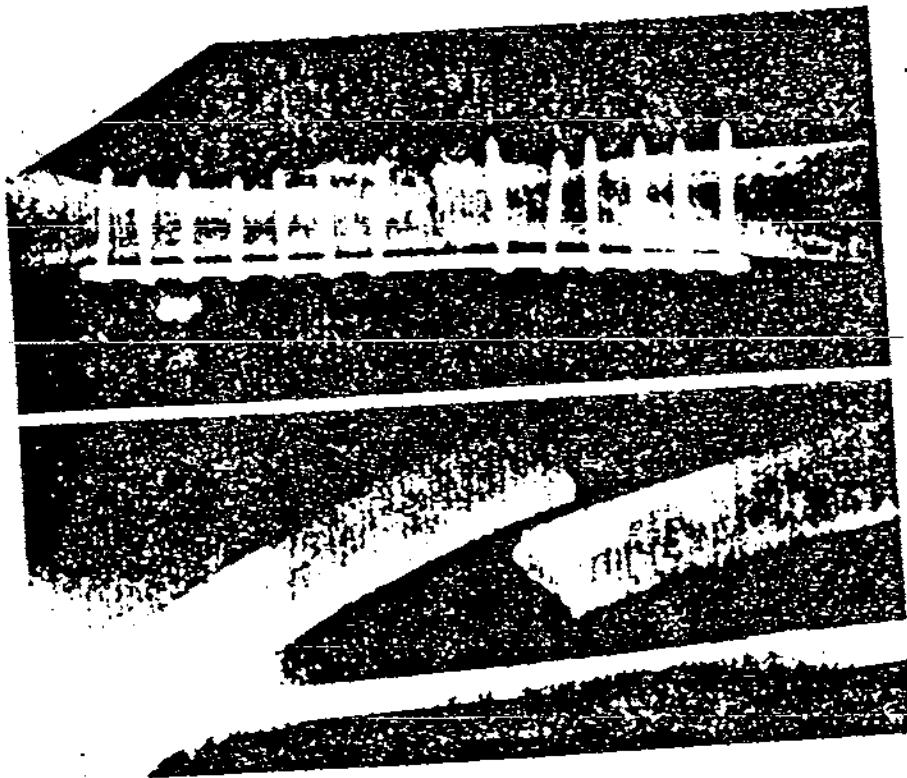
5 Κατάγματα της διάφυσης του μηριαίου σε παιδιά.

Σε παιδιά ηλικίας μέχρι 3 ετών τα κατάγματα θεραπεύονται με συνεχή έλξη κατά την μέθοδο Bryant.

Για μεγαλύτερα παιδιά χρησιμοποιείται συνεχής δερματική ή σπανιότερα σκελετική έλξη πάνω σε νάρθηκα Braun ή Thomas μέχρι την πλήρη πόρωση του κατάγματος.



Σχηματική παράσταση των σταδίων ανάταξης και ήλωσης των ασταθών διατροχανθριών καταγμάτων με τη μέθοδο των Dimon-Hughston.



Κάταγμα διάφυσης μηριαίου πριν και μετά την οστεοσύνθεση με πλάκα και βίδες.

6) Κατάγματα του κάτω άκρου του μηριαίου.

Η θεραπεία των καταγμάτων αυτών είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Συντηρητική

- 1) Εφαρμογή σκελετικής έλξης πάνω σε νάρθηκα Braun ευνήθως το βάρος αρχίζει με 6-8kg και αυξάνει προοδευτικά. Η έλξη διατηρείται 8-10 εβδομάδες περίπου μετά τις οποίες ο ασθενής σηκώνεται και βαδίζει με πατερίτσες.
- 2) Εφαρμογή λειτουργικού μηροκνημικού γύψου μετά από ανάταξη υπό γενική αναισθησία με τη βοήθεια βελόνης Steinmann που διαπερνά εγκάρσια τους μηριαίους κονδύλους.

Χειρουργική : Συνίσταται σε αποκάλυψη, ανάταξη και συγκράτηση του κατάγματος : α) με μεταλλική πλάκα, β) με γωνιώδη πλάκα, γ) με δύο βελόνες Rush.

1) Δυσκαμψία του γόνατος

Επιπλοκές 2) Δημιουργία ανάκυρτου γόνατος

3) Πόρωση σε ραιβότητα ή στροφή

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΣΥΝΤΗΡΙΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εφαρμογή γύψου είναι ο συνηθέστερος τρόπος για την συντηριτική θεραπεία των καταγμάτων.

Αντικείμενά εφαρμογής γύψου.

- Γυψοταινίες
- Βαμβακεροί επίδεσμοι (ορθοπάν)
- Αδιάβροχο
- Γάντια μιας χρήσεως
- Λεκάνη με χλιαρό νερό

Ο άρρωστος μεταφέρεται με ήπιες κινήσεις στην αίθουσα εφαρμογής γύψου.

Τοποθετούμε κάτω από το τραυματισμένο μέλος το αδιάβροχο και στην συνέχεια τυλίγουμε κυκλικά με ορθοπάν (βαμβάκι) το σπασμένο μέλος έτσι ώστε μετά την εφαρμογή του ο γύψος να μην έρχεται σε επαφή με το δέρμα.

Κατόπιν βρέχουμε τις γυψοταινίες βυθίζοντας μέσα στη λεκάνη με το χλιαρό νερό για 5 δευτ. περίπου, τις στραγγίζουμε και τυλίγουμε με αυτές το σκέλος κυκλικά όπως και το ορθοπάν.

Κατά την γύψωση το άκρο πρέπει να είναι κεκκαμένο και διατηρείται σε αυτήν τη θέση μέχρι να στεγνώσει ο γύψος. Ο γύψος στεγνώνει συνήθως μετά από 24 ώρες (αυτό εξαρτάται από το πάχος του γύψου).

Κατά την εφαρμογή του γύψου, το άκρο είναι κεκκαμένο και διατηρείται έτσι μέχρι να στεγνώσει ο γύψος.

Επίσης κατά την εφαρμογή του γύψου αφήνουμε ακάλυπτα τα δάκτυλα για παρακολούθηση και διαπίστωση κυκλοφοριακών ανωμαλιών, όπως

κυάνωση, οίδημα, ωχρότητα, ψυχρότητα.

Αναδιπλώνουμε τα άκρα του ορθοπάν, πάνω στα χείλη του γύψου μετά την εφαρμογή του, για αποφυγή θρυμματισμού του γύψου και ερεθισμού του δέρματος από τα ανώμαλα χείλη του γύψου.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την μεταφορά του καταγματία από την αίθουσα εφαρμογής γύψου στο κρεβάτι του. Η μεταφορά του ασθενή γίνεται με τις παλάμες των χεριών και όχι με τα δάκτυλα γιατί ο γύψος που είναι ακόμη βρεγμένος μπορεί να πιεστεί και στην συνέχεια όταν στεγνώσει να πιέζει στο σημείο εκείνο το δέρμα.

Μετά την εφαρμογή του γύψου, ρωτάμε τον ασθενή αν αισθάνεται κάποια δυσχέρεια ή πόνο. Αν παραπονείται για πόνο, αίσθημα θερμότητας και πίεσης, ο γύψος και το επιδεσμικό υλικό πρέπει να σχιστεί για αποφυγή σύσφιξης, κυκλοφοριακών προβλημάτων και ελκών πίεσης.

Πριν την μεταφορά του καταγματία στο θάλαμό του η νοσηλεύτρια προετοιμάζει το κρεβάτι του τοποθετώντας σανίδες κάτω από το στρώμα ώστε να γίνει σκληρό. Στο μέρος εκείνο του κρεβατιού που θα αντιστοιχεί ο γύψος, τοποθετεί αδιάβροχο καλυμμένο με υποσένδονο ώστε να προστατευθεί το στρώμα από την υγρασία του γύψου.

Φροντίζει να υπάρχουν αδιάβροχα μαξιλάρια τα οποία θα τοποθετηθούν κάτω από το πόδι για να το κρατήσουν κεκαμμένο μέχρι να στεγνώσει ο γύψος. Ο γύψος στεγνώνει μόνο με εξάτμιση γι' αυτό το πόδι του ασθενή δεν σκεπάζεται με κλινοσκεπάσματα για ένα 24ωρο περίπου.

Κάθε μέθοδος θέρμανσης για το στέγνωμα του γύψου πρέπει να αποφεύγεται γιατί υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας κατάγματος κάτω από αυτόν.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας μετά την εφαρμογή του γύψου

είναι τα εξής :

α. Πρόληψη ή μείωση οιδήματος

(1) Ανύψωση του άκρου

(2) Εφαρμογή παγοκύστεων στα δύο πλάγια του γύψου

(3) Μετά την έγερση του αρρώστου, ενθάρρυνση του να τοποθετεί το πόδι ψηλά όταν κάθεται.

β. Εξέταση των δακτύλων του ποδιού για λεύκανση (αρτηριακή απόφραξη ή κυάνωση, οίδημα) και αδυναμία κίνησης των δακτύλων - (ισχαιμία) (ηλεβική απόφραξη) και θερμοκρασιακές μεταβολές (ισχαιμία).

γ. Προσοχή για παράπονα του αρρώστου για αισθητικές διαταραχές στο πόδι (μυρμηκίαση, αιμωδία, αίσθημα καύσου ή ψύχους).

δ. Πρόληψη ερεθισμού σημείο βλάβης νεύρων στα χείλη του γύψου.

ε. Προσοχή για ενδείξεις θρομβοεμβολικών επιπλοκών. Επιρρεπή άτομα : υπερήλικες, άτομα με προηγούμενη θρομβοεμβολή, παχυσαρκία άτομα, πάσχοντα από καρδιακή ανεπάρκεια, από καρκίνο του παγκρέατος ή του πνεύμονα και από τραύμα.

στ. Ενθάρρυνση του αρρώστου να περπατά. Ο γύψος δεν καλύπτεται με πλαστική ή ελαστική μπότα, γιατί αυτό προκαλεί υγραποίηση των ατμών και εφύγραση του γύψου. Αποφυγή βάδισης σε υγρό πάτωμα. Αναφορά στον γιατρό αν ο γύψος σπάσει ή ραγίσει.

ζ. Η περιοχή με γύψο, γύρω από το γλουτό προστατεύεται και γίνεται καθημερινή φροντίδα των γεννητικών οργάνων.

η. Ο ασθενής πρέπει να αλλάξει θέση 2 φορές την ημέρα.

θ. Παρατηρείται ο γύψος για κακοσμία (νέκρωση ιστών διαπύηση τραύματος, φλεγμονή).

ι. Οι συγγενείς διδάσκονται τα σημεία που πρέπει να ελέγχουν σε ένα γύψο μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.

κ. Έλεγχος διατροφής (πλούσια σε λευκώματα, άλατα, βιταμίνες, ασβέστιο).

Η ενημέρωση και η διαπαιδαγώγηση των συγγενών περιλαμβάνει

:

- 1) Ο γύψος πρέπει να αφαιρείται, την καθορισμένη ημερομηνία.
- 2) Αποφεύγεται το βρέξιμο του γύψου και το χαράκωμα αυτού με αιχμηρά αντικείμενα.
- 3) Σε περίπτωση παρατεινόμενου πόνου, κακοσμίας της περιοχής του γύψου, κυάνωσης και ψυχρότητας των δακτύλων, πρέπει να έρθει σ'επαφή, αμέσως με τον θεράποντα γιάτρο.
- 4) Το άκρο να βρίσκεται σ'ανάρροπη θέση για τυχόν οίδημα που μπορεί να προκύψει.
- 5) ο καταγματίας πρέπει ν'αποφεύγει το στήριγμα του σώματός του στο γυψωμένο άκρο.

Ο γύψος πρέπει να αφαιρείται την καθορισμένη ημερομηνία όπως έχει αναφερθεί. Κατά την αφαίρεσή του το δέρμα είναι ξηρό γι'αυτό πλένουμε το άκρο με χλιαρή σαπουνάδα και μετά το αλλοίφουμε με κάποια ελαιώδη ουσία.

Επειδή ο άρρωστος από την ακινησία έχει πρόβλημα στο να βαδίσει φυσιολογικά επιβάλλεται η κνησιοθεραπεία και το μασάζ για να επανέλθει το σκέλος στην φυσιολογική του κατάσταση.

Νοσηλευτική φροντίδα καταγματία με έλξη

Όλα τα κατάγματα του μηριαίου οστού, εκτός από τα παρεκτοπισμένα του αυχένος μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά με έλξη.

Η ποιότητα της φροντίδας που προσφέρει η νοσηλεύτρια σ'ένα καταγματία με έλξη εξαρτάται από το πόσο η ίδια γνωρίζει για πιο σκοπό έχει εφαρμοστεί η έλξη.

Αντικείμενα εφαρμογής σκελετικής έλξης :

- Set σκελετικής έλξης (αποστειρωμένο από το χειρουργείο)
- Μεταλλικό σκελετό
- Βάρη, σχοινί
- Προστατευτικά για τα άκρα της βελόνας

Αντικείμενα εφαρμογής Δερματικής έλξης :

- Ταινία έλξεως
- Ελαστικός επίδεσμος
- Ορθοπάν
- Μεταλλική έκταση
- Βάρη
- Κύβοι

Τα πλεονεκτήματα της έλξης είναι :

1. Ο άρρωστος μπορεί να κινηθεί σχετικά ελεύθερα χωρίς να επηρεάζεται η απόδοση της έλξης.
2. Η κινητικότητα ελαχιστοποιεί τη δυσκαμψία των αρθρώσεων, την ατροφία των μυών, την απασβέστωση των οστών, τις κατακλίσεις και όλες τις άλλες επιπλοκές που έχουν σχέση με την ακινησία.

Η νοσηλευτική παρέμβαση κατά την εφαρμογή της σκελετικής έλξης είναι η εξής :

1. Παρακολούθηση για σημεία μόλυνσης, ειδικά γύρω από τη βελόνα.

α. Η βελόνα πρέπει να είναι ακίνητη στο οστό και το τραύμα του δέρματος να είναι στεγνό.

β. Αν υπάρχει υποψία μόλυνσης γίνεται επίκρουση πάνω από το κνημιαίο κύρτωμα. Αν ο άρρωστος αισθανθεί πόνο θα υπάρχει λοίμωξη.

γ. Εκτίμηση του αρρώστου για άλλα σημεία λοίμωξης :

Θερμότητα, ερυθρότητα, πυρετό.

2. Καθαρισμός της βελόνης με άσηπτη τεχνική και επάλειψη με φαρμακευτική αλοιφή σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

3. Εφαρμογή φελού ή λευκοπλάστη στα αιχμηρά άκρα της βελόνης.

4. Συχνός έλεγχος της συσκευής έλξης για εξασφάλιση καλής μηχανικής απόδοσης.

Η νοσηλευτική φροντίδα καταγματία με δερματική έλξη είναι η ακόλουθη :

- Το άκρο που φέρει την έλξη παρακολουθείται συνεχώς για τυχόν σημεία κυκλοφορικής δυσχέρειας όπως κυάνωση και ψυχρότητα.

- Τα βάρη της έλξης δεν πρέπει ν'ακουμπούν ποθενά και αφαιρούνται μετά από οδηγία του γιατρού.

- Ο έλεγχος του συστήματος έλξης και των εξαρτημάτων του είναι καθημερινό καθήκον της νοσηλεύτριας.

Τα σχοινιά της έλξης δεν πρέπει να είναι χαλαρωμένα και πρέπει να βρίσκονται μέσα στο αυλάκι της τροχαλίας.

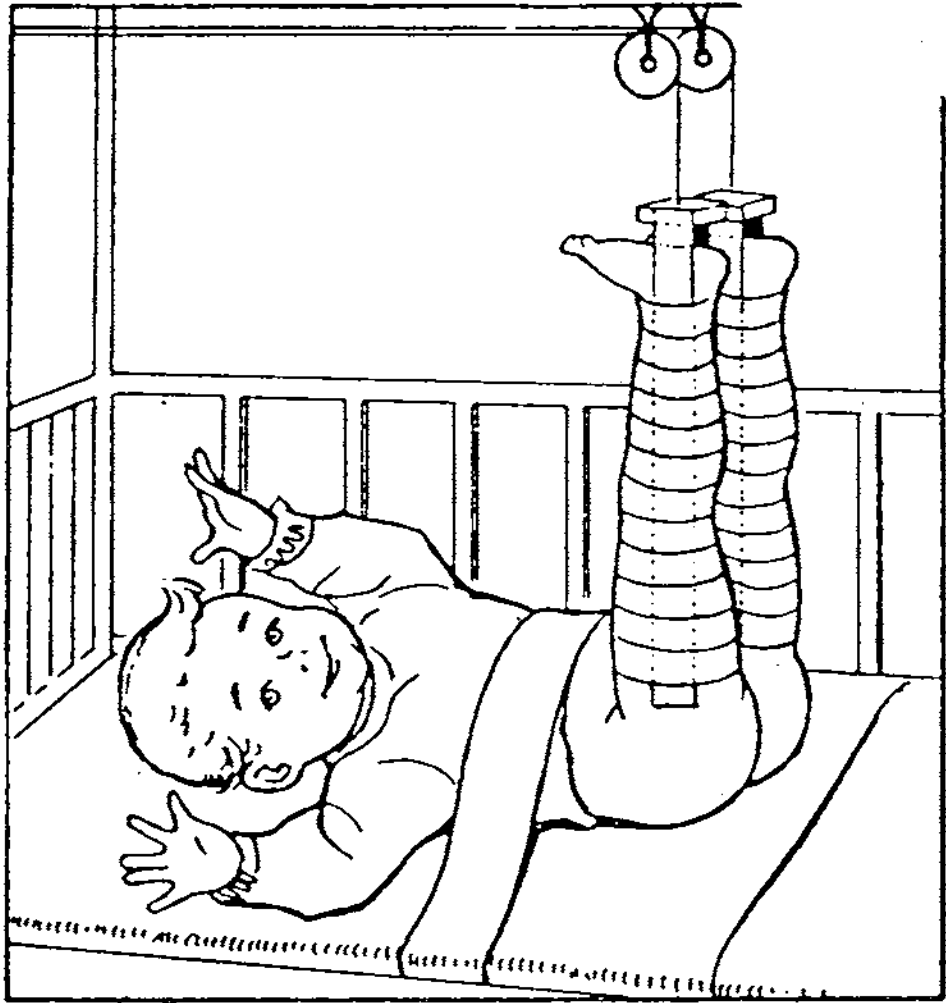
- Κατά την εφαρμογή δερματικής έλξης το βάρος δεν πρέπει να είναι πολύ μεγάλο διότι υπάρχει κίνδυνος δερματικής ρήξης.

Επίσης σ'αυτήν την περίπτωση ο έλεγχος του δέρματος για τυχόν

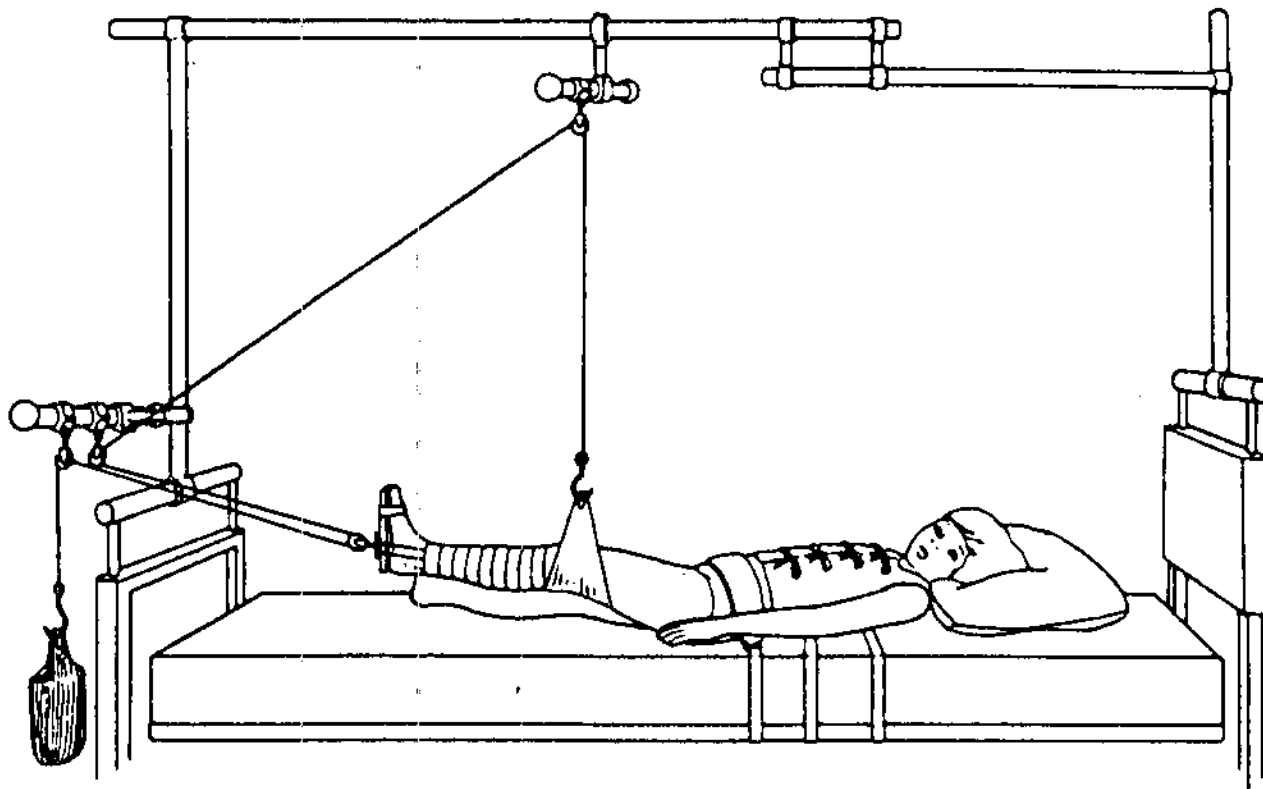
ερεθισμό από την κολλητική ταινία πρέπει να είναι καθημερινός.

- Σε κάθε ασθενή με έλξη είναι απαραίτητη η καθημερινή πλύση και η εντριβή της ράχης, η οποία επιβάλλεται για να διευκολύνεται η κυκλοφορία και να αποφεύγεται η περίπτωση κατάκλισης.

- Τέλος η ατομική καθαριότητα του δέρματος των νυχιών και των μαλλιών είναι αναγκαία.



Δερματική έλξη του Bryant. εφαρμοζομένη μόνον σε παιδιά κ
4 χρόνων.



Εικόνα 8.8. Δερματική έλξη Russell.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ψυχολογική προετοιμασία :

Φυσιολογικά όταν κάποιος οδηγείται στο χειρουργείο είτε πρόκειται για μικρή επέμβαση είτε για μεγάλη διακατέχεται από φόβο, άγχος, αγωνία και πολλά παρόμοια συναισθήματα.

Έργο της νοσηλεύτριας είναι να απαλλάξει τον άρρωστο από τα συναισθήματα αυτά και αυτό θα το κατορθώσει με το να εξηγήσει τί ακριβώς πρόκειται να του συμβεί στο χειρουργείο.

Δηλαδή τον ενημερώνει για το είδος της κάκωσης που έχει και την σοβαρότητα της κακώσεώς του, την νάρκωση που θα πάρει, το χρόνο που θα παραμείνει στο χειρουργείο και τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν και θα μείνουν στο πόδι του.

Ο ορθοπεδικός άρρωστος δεν αντιμετωπίζει μόνο προβλήματα φυσικής αποκατάστασως, αλλά και προβλήματα κοινωνικής αποκατάστασως λόγω των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει γι'αυτό το λόγο ενθαρρύνεται να συζητήσει όλα αυτά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Μόνο με το διάλογο θα καταφέρει να διώξει όλα αυτά τα συναισθήματα που δυσχαιρένουν την αποκατάστασή του.

Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ελαχύνεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Τόνωση σωματική :

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το χειρουργείο και να μην

παρουσιάσει μετεγχειρητικές επιπλοκές κατά το μετεγχειρητικό στάδιο.

Αυτό το επιτυγχάνει με το να διατρέφεται σωστά, δηλ. η διαίτά του να περιλαμβάνει : υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και να είναι φτωχή σε λίπη.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα καχεκτικά άτομα και στα άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση διότι αυτά βρίσκονται σε μειονεκτική θέση εξαιτίας της μικρής αντοχής τους στο χειρουργικό stress. Ακόμα αυτά τα άτομα είναι επιρρεπή στο shock και την αιμορραγία εξαιτίας του υποσιτισμού τους.

Γι' αυτό το λόγο σ' αυτούς τους ασθενείς γίνεται τόνωση του οργανισμού με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμίνων, υδατανθράκων κ.λ.π.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών κ.τ.λ.) για την διόρθωση κάθε υδατοηλεκτρικής διαταραχής.

Ένα άλλο σημαντικό καθήκον της νοσηλεύτριας κατά την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή είναι η παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών επειδή ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμετούς. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως Shock, ναυτία, δίψα κ.α.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς.

Επειδή, μετά την επέμβαση, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό, που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία, ή βροχοπνευμονία, η

νοσηλεύτρια στην προεγχειρητική περίοδο διδάσκει τον άρρωστο πως ν'αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

Ένα ακόμα σημείο που πρέπει να προσέξει η νοσηλεύτρια είναι τους παχύσαρκους καταγματίες. Τα άτομα αυτά αντιδρούν λιγότερο έντονα στο stress, δεν αντέχουν στην αφυδάτωση και παρουσιάζουν ευκολότερα shock. Ακόμα η παχυσαρκία προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως : διαπύηση τραύματος και εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Επίσης ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στους υπερήλικες που έχουν υποστεί κάταγμα και πρόκειται να αντιμετωπιστεί το κάταγμά τους χειρουργικά λόγω των προβλημάτων υγείας που έχουν όπως : υπόταση η οποία είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση και αν δεν διορθωθεί έγκαιρα, προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα μυοκαρδίου, υπέρταση, αναιμία η οποία στερεί από τον οργανισμό τα κύρια κανονιστικά συστήματα της αιμοσφαιρίνης και αναπνευστικά προβλήματα.

Σε όλους τους ηλικιωμένους πρέπει να τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλόμενων και προσβαλλόμενων υγρών. Τους γίνονται δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Τα προεγχειρητικά φάρμακα χορηγούνται σε μικρότερες δόσεις για την αποφυγή αναπνευστικής καταστολής και υποξίας.

Είναι ορισμένες χρόνιες παθήσεις όπου η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα γιατί οδηγούν σε μετεγχειρητικές επιπλοκές οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή ακόμα και στον θάνατο εάν δεν αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά προεγχειρητικά.

Οι ασθένειες αυτές είναι : Ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος του Addison, νεφρικές, καρδιακές, ηπατικές και ορμονικές

διαταραχές.

Προσέχοντας όλα τα παραπάνω η νοσηλεύτρια θα βοηθήσει τον άρρωστο να αποφύγει καταστάσεις που θα χειροτερέψουν την υγεία του αλλά και η ίδια θα αποφύγει καταστάσεις που δυσκολεύουν το έργο της.

Ιατρικές Εξετάσεις

Κλινικές : Πριν μπει ο ασθενής στο χειρουργείο εξετάζεται για τελευταία φορά από τον ορθοπεδικό, για επιβεβαίωση της κάκωσης.

Επίσης από τον παθολόγο για την αντικειμενική μελέτη όλων των συστημάτων καθώς και από τον αναλγησιολόγο για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος, για ν'αποφασίσει το είδος της ναρκώσεως.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Εκτός από τον ακτινολογικό έλεγχο (ακτινογραφία του μέλους που πάσχει και ακτινογραφία θώρακος) και το ΗΚΓ στον ασθενή που πρόκειται να μπει στο χειρουργείο γίνονται και οι παρακάτω εξετάσεις :

- Εξέταση αίματος : γενική αίματος (λευκά - ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHESUS αίματος, T.K.E., σάκχαρο και ουρία αίματος.

- Γενική ούρων.

Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί αδύνατο για μολύνσεις.

Ο καθαρισμός και το ξύρισμα γίνεται σε μεγάλη έκταση γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος πρέπει ν'αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση.

Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

- α) Η νοσηλεύτρια προσέχει τα Ξ .Σ. του ασθενή και την γενική κατάσταση του καταγμάτων. Αν τα Δ .Σ. δεν βρίσκονται στα φυσιολογικά επίπεδα ή ο ασθενής εμφανίσει βήχα ο οποίος δείχνει την ύπαρξη κρουολογήματος το χειρουργείο πρέπει να αναβληθεί.
- β) Ο ασθενής φορά τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα (ποδονάρια, υποκάμισο, σκούφος) αφού πρώτα βγάλει όλα τα δικά του.
- γ) Αφαιρούνται ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
- δ) Αφαιρούνται δακτυλίδια και γενικά όλα τα κοσμήματα.
- ε) Η ουροδόχος κύστη πρέπει να κενωθεί γιατί σε περίπτωση που είναι γεμάτη μπορεί να αδειάσει στο χειρουργικό τραπέζι.
- στ) Γίνεται προνάρκωση συνήθως μισή ώρα πριν από το χειρουργείο. Το είδος της προνάρκωσης, η δόση του φαρμάκου και ο χρόνος χορήγησής τους καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι κυρίως τα οπιοειδή και τα βαρβιτουρικά. Αυτά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία, ακόμα μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και επομένως την απαιτούμενη για την αναισθησία δόση του ναρκωτικού.

Επίσης η προνάρκωση συμβάλλει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση των εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας :

Οι συγγενείς ενημερώνονται για την προνάρκωση που έγινε στον ασθενή και παρακολουθούνται να κάνουν ησυχία και να προσέχουν τον άρρωστο.

ζ) Συμπληρώνεται το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΑΣΘΕΝΟΥΣ

Το μετεγχειρητικό στάδιο είναι ένα από τα δυσκολότερα στάδια που περνάει ένας ασθενής εξαιτίας των μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών που εμφανίζονται σ' αυτό το στάδιο. Γι' αυτό το λόγο χρειάζεται ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα και μάλιστα από έμπειρη και ικανή νοσηλεύτρια η οποία θα έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να ασκήσει το καθήκον της.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο δωμάτιό του με το φορείο. Η μεταφορά του αρρώστου με το φορείο θέλει ιδιαίτερη προσοχή. Ο ασθενής πρέπει να προφυλαχτεί από τα ρεύματα γιατί όπως είναι ιδρωμένος προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό shock. Ο ασθενής τοποθετείται στην κατάλληλη θέση. Η πιο συνήθης θέση του καταγματία μετά το χειρουργείο είναι η "ύπτια", με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως. Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι : Πνευμονικές, κυκλοφορικές, ουροποιητικές, πεπτικές, από το τραύμα, τους μύς και τις αρθρώσεις.

Η ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι, χρησιμοποιείται αμέσως μετά την εγχείρηση για την διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών. Ο άρρωστος μένει στην θέση αυτή ώσπου να ανανήψει πλήρως.

Η νοσηλεύτρια παίρνει σε τακτά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά σημεία του αρρώστου, παρακολουθεί την γενική του κατάσταση, ελέγχει το τραύμα για τυχόν διαπίστωση αιμορραγίας,

παρακολουθεί την διανοητική και ψυχική κατάστασή του, τηρεί δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (εξαιτίας μετεγχειρητικού stress ο όγκος του ούρων είναι μικρός). Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες τα ούρα του 24ώρου μπορεί να είναι μόνο 600-700 ml και με ψηλό ειδικό βάρος.

Επίσης φροντίζει για την καθαριότητα του αρρώστου. Αλλάζει τον ιματισμό και το νυχτικό του ασθενή καθημεριν και πλένει τη στοματική κοιλότητα συχνά (προλαμβάνει στοματίτιδες και παρωτίτιδες).

Οι συχνές εντριβές και αλλαγή θέσεως προλαμβάνουν τις κατακλίσεις (οι κατακλίσεις παρουσιάζονται συχνά σε άτομα που δεν σηκώνονται γρήγορα από το κρεβάτι. Η Δίαιτα του χειρουργημένου καταγματία είναι αρχικά υγρή, βαθμιαία προχωράει σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη. Ο άρρωστος πρέπει να πάρει πλήρη δίαιτα όσο πιο γρήγορα είναι δυνατό, επειδή η καλή διατροφή μειώνει τη διάρκεια και τις επιπλοκές της ανάρρωσης.

Επειδή ο καταγματίας δεν μπορεί να σηκωθεί γρήγορα από το κρεβάτι εξαιτίας του τραυματός του είναι επιρρεπής στις διάφορες επιπλοκές (πνευμονικές, αγγειακές, πεπτικές) που παρουσιάζονται κατά το μετεγχειρητικό στάδιο. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Οι ασκήσεις αρχίζουν μέσα στο πρώτο 24ωρο και εκτελούνται κάτω από την καθοδήγηση της νοσηλεύτριας.

Οι ασκήσεις είναι : α) Βαθιές αναπνευστικές κινήσεις, για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων.

β) Ασκήσεις των βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ'ώμον άρθρωση.

γ) Ασκήσεις άκρων χεριών.

δ) Ασκήσεις άκρων ποδιών

ε) Ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών

Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας και κάθε τι σχετικό με τον χειρουργημένο πρέπει ν'αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο, για ενημέρωση της ομάδας υγείας ή και να αναφέρονται στο αρμόδιο πρόσωπο, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Η ακριβής ενημέρωση της ομάδας υγείας για την εξέλιξη της καταστάσεως του ασθενούς βοηθάει πολύ στο ανακουφιστικό και θεραπευτικό της έργο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μετά από κάθε χειρουργείο είναι δυνατόν να εμφανιστούν ορισμένες καταστάσεις που θα ταλαιπωρούν τον ασθενή ή μπορούν ακόμη και να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του.

Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται επιπλοκές και είναι βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας να μπορεί να αναγνωρίσει τα πρώτα συμπτώματα της κάθε επιπλοκής που παρουσιάζεται για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωσή της.

Οι κυριώτερες από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι : shock ή καταπληξία.

Αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές, και είναι από τις κυριώτερες αιτίες θανάτου.

Το shock είναι ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική ανοξία των διαφόρων οργάνων.

Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα : σφυγμός μικρός, συχνός και μόλις αισθητός, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλεννογόνοι ωχροί, άκρα ψυχρά, ψυχρός ιδρώτας. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι :

Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση), για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

Θέρμανση του ασθενή με κουβέρτες, περιορισμός κινήσεων του

ασθενή, καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού, ή πλάσματος μετά από οδηγία γιατρού, εισαγωγή καθετήρα Foley, για ωριαία μέτρηση όγκου ούρων, ειδικού βάρους pH και παρουσίας αιμοσφαιρίνης ή μυοσφαιρίνης.

Επίσης χορηγούνται μεγάλες δόσεις σκευασμάτων υδροκορτιζόνης μετά από ιατρική οδηγία και η νοσηλεύτρια του θαλάμου παρακολουθεί συνέχεια τα Ζ.Σ του ασθενή.

Αιμορραγία :

Η μετεγχειρητικές αιμορραγίες διακρίνονται σε :

(1) πρωτογενείς, (2) διάμεσες, (3) και δευτερογενές.

Επίσης ανάλογα με το είδος του αγγείου που αιμορραγεί σε : (1) τριχοειδική, (2) φλεβική, (3) αρτηριακή.

Παράγοντες που συντελούν σ'αυτή την επιπλοκή :

- Η μη ικανοποιητική απολίπωση των αγγείων και κυρίως των τριχοειδών.
- Η μόλυνση του τραύματος.
- Βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος.

Συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής.

- Ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος, κινείται συνεχώς, διψά, το δέρμα του είναι κρύο, ωχρο και υγρό.
- Σφυγμός συχνός, μικρός, η θερμοκρασία πέφτει, η αναπνοές συχνές και βαθιές.
- Παρατηρείται πτώση ΑΠ, της ΦΠ και του αιμοκρίτη.
- Χείλη και επιπεφυκοτές ωχροί.

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι :

- (1) Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση shock.
- (2) Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμήσει ο άρρωστος.
- (3) Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροπη θέση, κάλυψη με γάζα και πιεστική επίδεση.
- (4) Μετάγγιση αίματος.
- (5) Αν δεν υπάρχει αίμα, δίνεται πλάσμα ή υποκατάστατά του, φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή γλυκόζης.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η ταχεία χορήγηση υγρών μπορεί να αυξήσει πολύ την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία.

Πνευμονικές επιπλοκές :

Είναι συχνές και σοβαρές επιπλοκές.

Αίτια που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι :

- α. Λοιμώξεις στόματος, ρηνός, λαιμού.
- β. Η ερεθιστική επίδραση του αναισθητικού.
- γ. Η εισρόφηση εμεσμάτων.
- δ. Κατάχρηση καπνίσματος και χρόνιες αναπνευστικές νόσοι.
- στ. Παχυσαρκία ή αδυναμία, πολύ μεγάλη ή πολύ μικρή ηλικία.

Η πρόληψη των εκδηλώσεων αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει :

- Στενή παρακολούθηση του καταγματία, μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.
- Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς.
- Υποδοχή του αρρώστου σε ζεστό κρεβάτι, και διατήρησή του ζεστού.
- Εγκαιρή τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.
- Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς, για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων και τέλος
- Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

Πνευμονική εμβολή

Κατά την πνευμονική εμβολή έχουμε μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα.

Τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα. Ο άρρωστος ξαφνικά παρουσιάζει εντονότατο πόνο στο θώρακα, αδυναμία να αναπνεύσει, κυάνωση και αγωνία.

Οι κόρες του διαστέλλονται, και τον περιλούζει κρύος ιδρώτας. Ο σφυγμός είναι συχνός και άρρυθμος, που τελικά γίνεται απηλάφητος και στο τέλος ο άρρωστος πεθαίνει.

Οι ενέργειες της νοσηλεύτριας για την πρόληψη της πνευμονικής εμβολής είναι :

- Ενθαρρύνει τον ασθενή να εφαρμόζει τις αναπνευστικές κινήσεις που του έχει δείξει (10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα).
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να εφαρμόζει τις ασκήσεις των βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ'ώμον άρθρωση, και τις ασκήσεις άκρων χεριών.
- Αποφυγή εντριβών των άκρων.
- Επίσης ενθαρρύνει τον καταγματία να σηκωθεί γρήγορα από το κρεβάτι και να δραστηριοποιηθεί.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την εμφάνιση των συμπτωμάτων της πνευμονικής εμβολής είναι :

- Ο άρρωστος τοποθετείται σε αναπνευστική θέση, γίνεται χορήγηση O_2 και σε ανάγκη διασωλήνωση και σύνδεση με μηχανικό αναπνευστήρα.
- Χορηγούνται αναλγητικά και κατευναστικά για μείωση της αγωνίας, που αυξάνει τον υποαερισμό, καθώς και υποστηρικτικά της καρδιακής λειτουργίας.

- Επίσης η νοσηλεύτρια παρακολουθεί συνεχώς τα ΖΣ. του αρρώστου, το χρώμα τη ποσότητα και τη σύσταση των πτυέλων, το ισοζύγιο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και τέλος στέλνει τον ασθενή για σπιθηρογράφημα πνευμόνων.

Κατακλίσεις : είναι από τις πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές σε καταγματικές εξαιτίας της μακροχρόνιας παραμονής τους στο κρεβάτι.

Κατάκλιση είναι η πληγή που προκαλείται από νέκρωση περιοχής του δέρματος, που συνοδεύονται συχνά από προοδευτική καταστροφή των υποκείμενων ιστών.

Τα συμπτώματα δημιουργίας κατακλίσεως είναι τα ακόλουθα :

- Εάν η κατάκλιση δεν αντιμετωπισθεί τότε έχουμε εμφάνιση κυανώσεως και ψυχρότητας του δέρματος. Μειώνεται ή χάνεται τελείως η αισθητικότητα του δέρματος.
- Και τέλος εάν τα αίτια που ενισχύουν την δημιουργία της κατακλίσεως δεν αρθούν επαρκώς τότε εμφανίζεται "η εσχάρα" που δημιουργείται από την πλήρη τοπική νέκρωση των κυττάρων του δέρματος.

Η πρόληψη και η νοσηλευτική φροντίδα των κατακλίσεων είναι :

- Συχνή αλλαγή θέσεως, εφόσον αυτό δεν επηρεάζει την κατάσταση του αρρώστου.
- Συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πιέζονται για τυχόν εμφάνιση κοκκινίλας.
- Διατήρηση κλινοσκεπασμάτων καθαρών και τεντωμένων, χορήγηση, τροφής πλούσιας σε λευκώματα, διατήρηση καθαρών και στεγνών των μελών του σώματος.
- Πλύσιμο του δέρματος γύρω από την κατάκλιση με ζεστή "σαπουνάδα" και εντριβή με οινόπνευμα.

Η προφύλαξη του ασθενούς από την δημιουργία κατακλίσεως

είναι ο ιδεώδης τρόπος για την αντιμετώπισή τους και είναι καθήκον και ευθύνη αποκλειστικά της νοσηλεύτριας.

ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΩΝ

Περίπτωση Α'

Στις 10-8-90 εισήλθε στην ορθοπεδική κλινική του Νοσοκομείου Παιδων "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ", ο Ν.Δ., ετών 16, μαθητής, βάρους 55 κιλά, κάτοικος Καλαβρύτων.

Ο ασθενής μετά από πέσιμο από βέσπα παραπονέθηκε για έντονο πόνο στο δεξιό κάτω άκρο και λειτουργική αδυναμία αυτού.

Οι γονείς του τον μετέφεραν γρήγορα στα Ε.Ι. του Νοσοκομείου.

Στα Ε.Ι. με την βοήθεια της κλινικής εικόνας και μετά από ακτινογραφικό έλεγχο ο ορθοπεδικός διαπίστωσε κατάγμα του δεξιού μηριαίου οστού.

Η εξέταση συμπληρώθηκε με έλεγχο της ακεραιότητας των αγγείων των νεύρων, και των μυών γύρω από την περιοχή της κακώσεως.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενή ήταν : $\theta = 36,5^{\circ}\text{C}$, σφύξης 68-70, ανά λεπτό, Α.Π. ΙΙΙ/70ΜΜ Η6.

Μετά από διαπίστωση του κατάγματος έγινε εισαγωγή στην ορθοπεδική κλινική.

Ο ορθοπεδικός αποφάσισε να εφαρμόσει συντηρητική θεραπεία για την αντιμετώπιση του κατάγματος, δηλαδή ακινητοποίηση του άκρου με δερματική έλξη για ένα μήνα, μέχρι να γίνει ανάταξη και στη συνέχεια εφαρμογή γύψου.

Τακτικά γινόταν ακτινολογικός έλεγχος για την παρακολούθηση της πορείας του κατάγματος.

Μετά την εφαρμογή του γύψου ο ασθενής μεταφέρθηκε στο σπίτι του

αφού δώθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες στους γονείς για την παρακολούθηση του γύψου. Μετά από τρεις εβδομάδες ο ασθενής πήγε ξανά στο νοσοκομείο για να γίνει ακτινολογικός έλεγχος. Ο γύψος αφαιρέθηκε μετά από οδηγίες του γιατρού και εφόσον είχε γίνει πόρωση.

Περίπτωση Β'

Στις 4.6.90 εισήλθε στην ορθοπεδική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ", ο Α.Β., κάτοικος Αγρινίου, ετών 75, βάρους 80 KG, αγρότης, ασφαλισμένος στο ΟΓΑ.

Ο ασθενής μετά από πτώση και πρόσκρουση του αριστερού γλουτού στο έδαφος ένιωσε έντονο πόνο στην περιοχή του γλουτού και λειτουργική αδυναμία του αριστερού κάτω άκρου.

Οι συγγενείς του τον μετέφεραν αμέσως στα Ε.Ι. του νοσοκομείου.

Εκεί διαπιστώθηκε από τους γιατρούς λειτουργική ανεπάρκεια του σκέλους, στροφή του σκέλους προς τα έξω, και έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της τροχαντήριας περιοχής.

Δόθηκε εντολή να γίνει ακτινολογικός έλεγχος του ασθενή (F/P)

Μετά την κλινική ειδικόνα που παρουσίασε ο ασθενής και από τον ακτινολογικό έλεγχο που του έγινε διαγνωστήκε κατάγμα διατροχαντήριο του αριστερού μηριαίου οστού.

Η γενική κατάσταση του ασθενή ήταν ικανοποιητική. Τα Ζ.Ε. του καταγματία ήταν:

Α.Π. = 120/70 MM HG, Σφυγμός = 80-85/λεπτό, θερμοκρασία = 36,1°C.

Οι νοσηλεύτριες χορήγησαν παυσίπονο για να ανακουφίσουν τον ασθενή από τον έντονο πόνο που είχε, ακινητοποίησαν το πόδι του και βοήθησαν για την μεταφορά του στην κλινική.

Ενθάρρυναν ψυχολογικά τον άρρωστο και τους συγγενείς του, τους εξήγησαν την κατάσταση που βρισκόταν ο ασθενής και τους υποσχέθηκαν ότι θα συμπαρασταθούν στον καταγματία.

Οι γιατροί αποφάσισαν να αντιμετωπίσουν το κάταγμα χειρουργικά.

Αμέσως άρχισε η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή. Έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Επειδή ο ασθενής ήταν ηλικιωμένος και επρόκειτο να υποστεί μεγάλη εγχείρηση δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην σωματική τόνωση κατά την προεγχειρητική περίοδο. Γι' αυτό το λόγο χορηγήθηκαν παρεντερικά θρεπτικά συστατικά (λευκώματα, βιταμίνες, υδατάνθρακες κ.τ.λ.).

Ένα άλλο σημείο που πρόσεξαν ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν η παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων, και αποβαλλόμενων υγρών επειδή ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, και τους τυχόν εμέτους που παρουσιάζει.

Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση ο ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα, έγινε προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου και χορηγήθηκαν καθαρτικά για τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.

Ο ασθενής φόρεσε τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα και του έγινε προνάρκωση μισή ώρα πριν από το χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια όλο αυτό το διάστημα της προεγχειρητικής ετοιμασίας προσπάθησε να ενισχύσει ψυχολογικά τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Ο ασθενής μπήκε στο χειρουργείο και του έγινε εσωτερική συγκράτηση του κατάγματος με ήλο και πλάκα με κοχλίες τύπου MC LAUGHLIN.

Μόλις βγήκε ο ασθενής από το χειρουργείο οδηγήθηκε στην αίθουσα ανάνηψης και πάρθηκαν τα Ζ.Σ. = $\theta = 36,7^{\circ}\text{C}$, σφύξεις 70-75/λεπτό, ΑΠ.=110-70 MM HG.

Ο ασθενής συνήλθε γρήγορα από την γενική αναισθησία που του είχε γίνει στο χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια του θαλάμου παρακολουθούσε συχνά τον ασθενή για τυχόν εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών τις επόμενες μέρες.

Ο θεράπων γιατρός έδωσε οδηγία για χορήγηση αντιβίωσης κάθε δωρο.

Την επόμενη μέρα έγινε ακτινολογικός έλεγχος επί κλίνης.

Η πορεία της υγείας του ασθενή εξελισσόταν ομαλά και δεν παρουσίασε κανένα σοβαρό πρόβλημα, εκτός από μια κατάκλιση που παρουσιάστηκε στην πτέρνα του δεξιού ποδιού κατά την 8η μετεγχειρητική μέρα.

Επίσης κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες παρουσίασε δυσκοιλιότητα και μετεωρισμό της κοιλιάς, η οποία αντιμετωπίστηκε με τα γνωστά νοσηλευτικά μέτρα, και έκανε 2 φορές εμέτους την 1η μετεγχειρητική μέρα.

Η νοσηλεύτρια του θαλάμου έλεγχε συνέχεια την γενική κατάσταση του ασθενή, το χειρουργημένο σκέλος και τηρούσε δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Ο ασθενής παρέμεινε στο κρεβάτι 1,5 μήνα περίπου. Κάθε εβδομάδα γινόταν ακτινολογικός έλεγχος. Οι ακτινογραφίες έδειχναν ότι η πόρωση εξελισσόταν κανονικά.

Στις 5-7-90 ο ασθενής άρχισε να περπατάει, χωρίς πλήρη φόρτιση του χειρουργημένου άκρου, με την βοήθεια βακτηρίων μασχάλης.

Πλήρης φόρτιση του σκέλους θα άρχιζε μετά από 2 μήνες. Ο ασθενής βγήκε από το νοσοκομείο στις 15-7-90. Προηγουμένως έγινε ενημερωτική συζήτηση με την νοσηλεύτρια η οποία τον πληροφόρησε ότι μετά από δέκα μέρες πρέπει να γίνει πάλι ακτινολογικός έλεγχος.

<p>Αξιολόγηση του ασθενή - Νοσηλευτική διδασκαλία - Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και επισημονική εκτίμηση.</p>	<p>Εφαρμογή της Νοσηλευτικής Παρέμβασης.</p>	<p>Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>1) Το περιστατικό χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα και παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο.</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε στο κρεβάτι του στην κατάλληλη θέση.</p>	<p>Να τοποθετηθεί ο ασθενής στο κατάλληλο χώρο και στην κατάλληλη θέση.</p>	<p>Πρόληψη επέκτασης της υπέρχουσας βλάβης</p>
<p>Ανάγκη ενημέρωσης και ψυχολογικής προεργασίας της οικογένειας και του αρρώστου.</p>	<p>Η ενημέρωση έγινε.</p>	<p>Να γίνει ο έλεγχος από την Νοσηλεύτρια του θαλάμου και να ειδοποιηθεί τον γιατρό αν παρατηρήσει κάτι το ανησυχητικό.</p>	<p>Απομάκρυνση του άγχους, και της αγωνίας.</p>
<p>3) Ανάγκη ελέγχου Γε-νικής κατάστασης ασθενούς.</p>	<p>Ο έλεγχος έγινε από την Νοσηλεύτρια του θαλάμου και έλεξε το σπασμένο άκρο.</p>	<p>Τα Z.S. του ασθενή ήταν ΑΠ 111/70 MM HG, Θ=36,50 C σφίξεις 68-70/ λεπτό. Η γενική του κατάσταση ήταν καλή είχε μόνο λίγες εκδορές στα χέρια του.</p>	<p>Για διαπίστωση τυχόν αιμορραγίας ή άλλων επιπλοκών εξαιτίας του κατάγματος.</p>
<p>Ανάγκη παραπονεθής για την παραμονή του στο Νοσοκομείο και ήταν ανησυχικός.</p>	<p>Η ενημέρωση έγινε.</p>	<p>Επίξε Nebacetic στις εκδορές.</p>	<p>Απομάκρυνση του άγχους, και της αγωνίας.</p>

Αξιολόγηση του ασθενή - Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή της Νοσηλευτικής Παρέμβασης.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και επιστημονική εκτίμηση.
4) Ανάγκη παρακολούθησης του δέρματος και του τραυματισμένου άκρου.	- Ο έλεγχος γίνεται για την διαπίστωση τυχόν δερματίτιδας που μπορεί να εμφανιστεί.	Να γίνεται ο έλεγχος συχνά από τις υπεύθυνες νοσηλεύτριες.	Ο έλεγχος έγινε. Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια εξέτασε πολύ προσεκτικά το ήμερο.	Η νοσηλεύτρια δεν διαπίστωσε ποτέ δερματίτιδα.
5) Ανάγκη Σφαρμογής γύψου και παρακολούθησης του γύψου και του τραυματισμένου άκρου.	- Για την πρόληψη κυκλοφορικής ανεπάρκειας (κυάνωσης, θερμότητα, ψυχρότητα)	Να γίνεται ο έλεγχος συχνά από τις υπεύθυνες νοσηλεύτριες.	Ο έλεγχος γινόταν κάθε μέρα με πολύ προσοχή.	- Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα. Ο έλεγχος έγινε για διαπίστωση τυχόν αδυναμίας κίνησης των δακτύλων, πόνο κατά την έκταση του ποδιού, ο οποίος δηλώνει ισχαιμία. Επίσης και οι θερμοκρασιακές μεταβολές του δέρματος δείχνουν ισχαιμία. Ο γύψος εφαρμόστηκε χωρίς κανένα πρόβλημα.
	- Να ακινητοποιηθεί το κάτω άκρο. - πρόληψη και διόρθωση παραμορφώσεων. - ο ασθενής κινείται ευκολότερα και γρηγορότερα.	Να μεταφερθεί ο ασθενής στην αίθουσα εφαρμογής γύψου.	-Ο ασθενής μεταφέρθηκε και ο γύψος εφαρμόστηκε από τον ορθοπαιδικό με την βοήθεια της νοσηλεύτριας.	
	- πρόληψη επιπλοκών (κακοσμία, αισθητικές διαταραχές, λεύκανση, κυάνωση).	Να ελέγχεται καθημερινά το πόδι που έχει το γύψο και να ενημερωθούν οι γονείς του παιδιού για τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι επιπλοκές έτσι ώστε να τα αναγνωρίσουν και να ειδοποιηθούν γρήγορα την νοσηλεύτρια	-Ο έλεγχος γινόταν καθημερινά.	Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα. Η κακοσμία του δέρματος δείχνει νέκρωση ιστών, διατύπωση τραύματος, φλεγμονή. Οι αισθητικές διαταραχές (μυρμηκίαση, αιμωδία αίσθημα καύσου ή ψυχούς) δηλώνει ότι υπάρχει ισχαιμία και βλάβη των νευρών. Η λεύκανση αρτηριακή απόφραξη και η κυάνωση φλεβική απόφραξη.

Αξιολόγηση του ασθενή - Νοσηλευτική Διάγνωση ση.	Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή της Νοσηλευτικής παρέμβασης.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
--	--	--	---------------------------------------	------------------------------

6) Εντονος πόνος στο δεξιό κάτω άκρο.

- Να απαλλαγεί ο καταγμάτων από τον πόνο και να ηρεμήσει.

- Να χορηγηθεί παυσίπονο στον ασθενή. Να τοποθετηθεί στην κατάλληλη θέση. Να μην τοποθετούν λευχήματα στο σπασμένο άκρο.

7) Ανάγκη εφαρμογής δερματικής έλξης.

- Να ελαττωθεί ο μυϊκός σπασμός.
- Να ακινητοποιηθεί το κατάγμα.
- Να διορθωθεί η παραμόρφωση.

Να τοποθετηθεί η δερματική έλξη άμεσα μετά την μεταφορά του ασθενή στο θάλαμο του.

- Χορηγήθηκε ταμπλέτα βερρον και τοποθετήθηκε ο ασθενής στην κατάλληλη θέση.

- Ο ασθενής μ' αυτό τον τρόπο ένωσε καλύτερα και μπορούσε να συννενοηθεί με το περιβάλλον του.

Η νοσηλεύτρια του θαλάμου έφάρμοσε ταινίες λευκόπλαστ στη μέση και εξώπλευρα του ποδιού επίμηκώς. Τύλιξε το σκέλος, με ελαστικό επίδεσμο και τοποθέτησε βαρος 4-5 ΧGR μετά από οδηγία του ορθοπεδικού.

Η έλξη εφαρμόστηκε χωρίς καμία αντίρρηση του ασθενή. Παρέμεινε, περίπου 1 μήνα και μετά τοποθετήθηκε γύψος. Με την έλξη ο άρρωστος μπορούσε να κινηθεί σχετικά ελεύθερα και έτσι δεν παύσασαθηκαν επιπλοκές λόγω ακινησίας (κατακλίσεις, δυσκαμψία αρθρώσεων κ.τ.λ.).

Αξιολόγηση του ασθενή - Νοσηλευτική Διάγνωση ση.	Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας.	Σφάρμογή της Νοσηλευτικής παρέμβασης.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
--	--	--	---------------------------------------	------------------------------

1) Το περιστατικό χρειάζεται νοσηλευτική και χειρουργική αντιμετώπιση.

- Πρόληψη επέκτασης της υπάρχουσας βλάβης και ακινητοποίηση του κατάγματος.

- Να παρακολουθείται η κατάσταση του ασθενή.

2) Εντονος πόνος στο αριστερό πόδι.

Να απαλλαγεί ο κατάγματας από τον πόνο και να ηρεμήσει.

Χορήγηση ενός δισκίου Deron

- Τοποθέτηση του ασθενή σε θέση και στάση που καθόρισε ο κηρύκτης ο γιατρός με επιδείξεις κινήσεις.

3) Ανάγκη ενημέρωσης και ψυχολογικής προσέγγισης.

- Να γίνει ενημέρωση του ασθενή ότι θα μπει στο χειρουργείο το πρωί της επομένης μέρας και να προετοιμαστεί ψυχολογικά.

- Να προετοιμαστεί ο ασθενής ψυχολογικά για την εισαγωγή του στο χειρουργείο.

- Να γίνει η ενημέρωσή του από την νοσηλεύτρια του θαλάμου.

- Συζήτηση της νοσηλεύτριας με τον ασθενή. Απάντηση στα ερωτήματά του.

- Να γίνει η ενημέρωσή του από την νοσηλεύτρια του θαλάμου.

- Συζήτηση της νοσηλεύτριας με τον ασθενή. Απάντηση στα ερωτήματά του.

- Να γίνει η ενημέρωσή του από την νοσηλεύτρια του θαλάμου.

- Συζήτηση της νοσηλεύτριας με τον ασθενή. Απάντηση στα ερωτήματά του.

- Η χορήγηση έγινε.

- Ο ασθενής τοποθετήθηκε αναπαυτικά στο κρεβάτι του.

- Η ενημέρωση έγινε.

- Η συζήτηση έγινε.

- Ο έλεγχος των Ζ.Σ. έδειξε : -
Α Π 120/70 MM Hg.
Σφυγμός : 80-85/λεπτό
Θερμοκρασία : 36,10 C

- Ο ασθενής ξάπλωσε στο κρεβάτι του και διατηρήθηκε ακινητοποιημένο το σκέλος που παρουσίαζε το κάταγμα.

- Ο καταγματίας ένωσε κάποια ανησυχία μετά από την ενημέρωση.

- Ο άρρωστος ευχαρίστησε την νοσηλεύτρια και έδειξε αρκετά ήσυχος.

Αξιολόγηση του ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή της νοσηλευτικής παρέμβασης.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
<p>97</p> <p>Προεγχειρητική ετοιμασία.</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής να μείνει νηστικός για την λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις. - Πρακολούθηση γενικής κατάστασης ασθενούς. - Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου. 	<p>Να μην φάει ο ασθενής το πρωί πριν μπει χειρουργείο.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Να παρακολουθηθεί ο ασθενής για τυχόν εμφάνιση βήχα. 	<p>Η λήψη αίματος έγινε.</p> <p>Η παρακολούθηση του ασθενή γινόταν από την νοσηλεύτρια του θαλάμου.</p> <p>Η προετοιμασία έγινε από την νοσηλεύτρια του θαλάμου.</p>	<p>Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν, ικανοποιητικά.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δεν εμφάνισε βήχα επομένως το χειρουργείο θα γινόταν.
<p>50 ασθενής την 1η μετεγχειρητική ημέρα έκανε εμετούς.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει η προνάρκωση έτσι ώστε να μειωθεί η απαιτούμενη δόση φαρμάκου που χρειάζεται για την γενική αναισθησία. - Άμεση αντιμετώπιση των εμέτων. - Πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει χορήγηση ανδρεναλίνης ενδομυϊκά. 	<p>Η νοσηλεύτρια του θαλάμου χορήγησε ενδομυϊκά την προνάρκωση.</p>	<p>Η προνάρκωση έγινε χωρίς να φέρει καμία αντίρρηση ο ασθενής. Το είδος της προνάρκωσης η δόση του φαρμάκου και ο χρόνος χορήγησης της καθορίστηκε από τον αναισθησιολόγο.</p>
<p>Δυσκοιλιότητα και τυμπανισμός της κοιλιάς.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Άμεση αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. - Αντιμετώπιση του μετεωρισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να χορηγηθεί υπόθετο για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. - Να τοποθετηθεί σωλήνας αερίων. 	<p>Μετά τον εμετό το στόμα του ασθενή πλύθηκε με άφθονο νερό και αλλαχτήκαν τα κλινοσκεπάσματά.</p> <p>Μετά την εμετό το στόμα του ασθενή πλύθηκε με άφθονο νερό και αλλαχτήκαν τα κλινοσκεπάσματά.</p> <p>Τοποθετήθηκε σωλήνας αερίων.</p> <p>Χορηγήθηκαν υπόθετα για την δυσκοιλιότητα.</p>	<p>Εξαιτίας της ακινησίας του ασθενή, και της επιδράσεως του αναισθητικού δημιουργείται δυσκοιλιότητα στον καταμάτια και μετεωρισμό. Μετά την εφαρμογή του σωλήνα αερίων και του υποθέτου ο άρρωστος αισθάνθηκε καλύτερα.</p>

<p>Αξιολόγηση του ασθενή - Νοσηλευτική Διάγνωση.</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων</p>
<p>Αξιολόγηση του ασθενή - Νοσηλευτική Διάγνωση.</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Εφαρμογή της Νοσηλευτικής παρέμβασης.</p>
<p>Ο ασθενής κατά την βή μετεγχειρητική μέρα παρουσίασε έντονη κοκκινίλα και ευαισθησία στη φτέρνα του δεξιού ποδιού. Στο σημείο αυτό είχε δημιουργηθεί μια μικρή κατάκλιση.</p>	<p>- Έντονη της κυκλοφορίας του αίματος. - Διατήρηση του δέρματος στεγνού και καθαρού. - Απομάκρυνση ή ανακούφιση του μέρους του σώματος από τον πιεστικό παράγοντα, ο οποίος επιβαρύνει την κυκλοφορία του αίματος. - Καλή καθαριότητα του δέρματος.</p>	<p>- Ενισχυθηκε η κυκλοφορία του δέρματος, και γρήγορα και δεν επεκτάθηκε. Η θρόψη των ιστών με συχνές εντριβές με υγρό ζεστό νερό. Η προφύλαξη του ασθενή από τη νοσηλεία με πλύσεις με υγρό ζεστό νερό. Διατηρήθηκαν τα κλινοσκεπάσματα στεγνά και τεντεμένα. Διατηρήθηκαν καθαρά και στεγνά τα μέλη του ασθενή και στεγνά τα μέλη του ασθενή που του σώματος που πιέζονταν.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από την νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα βγαίνει το συμπέρασμα ότι η θεραπεία των καταγμάτων του μηριαίου οστού είναι πολύ δύσκολη απαιτείται μακροχρόνια παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο και πολύ προσεκτική ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να είναι επίμονη και αποτελεσματική για την πρόληψη των επιπλοκών και την ταχύτερη ανάρρωση του ασθενή.

Ακόμη πρέπει όλοι (νοσηλευτικό, ιατρικό προσωπικό, μέσα μαζικής ενημέρωσης, κ.τ.λ.) να συμβάλλουμε στην ελάττωση των τροχαίων ατυχημάτων τα οποία είναι από τις πιο βασικές αιτίες πρόκλησης καταγμάτων του μηριαίου οστού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΒΑΣΩΝΗ Δ. "Χειρουργική - Ορθοπεδική Επιτομή",
Εκδοση 4η, Εκδοση COPYRIGHT, Αθήνα 1985.
2. ΓΑΡΔΙΚΑΣ .Κ. Δ. "Ειδική Νοσολογία",
Εκδοση 3η, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 1981.
3. Dorling Kindersley, London "Πρώτες Βοήθειες",
Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1987.
4. ΙΩΑΝΝΟΥ Ν. ΓΕΡΜΑΝΗ "Ορθοπεδική Χειρουργική"
Στοιχειοθεσία - Εκτύπωση "ΑΤΛΑΝΤΙΣ - ΜΠΕΧΛΙΒΑΝΙΔΗΣ ΑΕ"
Αθήνα 1987.
5. ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΙΟΥ Σ. "Νοσηλευτική Παθολογική
Χειρουργική", Τόμος Β', Μέρος Δεύτερο,
Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων
"Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
6. ΜΑΝΔΕΛΕΝΑΚΗ Θ. ΚΟΤΣΑΜΠΑΣΑΚΗ "Νοσηλευτική ΙΙΙ"
Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1986.
7. ΠΑΠΑΠΡΟΚΟΠΙΟΥ - Ι.ΧΡΥΣΑΓΗ. "Περίληπτική Ορθοπεδική"
Εκδοση 4η, Επιστημονικές Εκδόσεις "Παρισιάνος",
Αθήνα 1986.
8. ΣΑΧΙΝΗ.Α. ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική - Χειρουργική
Νοσηλευτική", Τόμος 1ος Επανάδοση, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ"
MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.
9. ΣΑΧΙΝΗ.Α. ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική - Χειρουργική
Νοσηλευτική", Τόμος 2ος, Μέρος Β', Εκδόσεις "ΒΗΤΑ"
MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.
10. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Π. "Ορθοπεδική", Εκδόσεις UNIVERE SITY STUDIO
PRESS ΑΑ., Θεσσαλονίκη 1984.

11. ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ - ΦΑΧΑΝΙΔΟΥ Α. "Η Ανατομία του ανθρώπινου σώματος", Εκδόσεις Β', Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΓΡ., Αθήνα 1987.
12. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΟΥ Γ. - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ - ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ.
"Σύγχρονος Ορθοπαιδική", Εκδόσεις Γ', Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΓΡ., Αθήνα 1973.
13. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ Γ. - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ. "Θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας", Έκδοση 3η, Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΓΡ., Αθήνα 1981.

