

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

“Νοσηλευτική φροντίδα σε ενήλικες ασθενείς που πάσχουν
απο Σακχαρώδη Διαβήτη”



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

- Παπαδημητρίου Μαρία

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

- Σκόνδρα Ευαγγελία

Πάτρα: 9-9-1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	493
----------------------	-----

Α φ ι έ ρ ω σ η

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στον σκοπό της Νοσηλευτικής Επιστήμης στο τομέα της υγείας κ' στους ανθρώπους όλης της γης που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη..

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ενα "ευχαριστώ" είναι το λιγότερο που μπορώ να απευθύνω σ'όσους με βοήθησαν κ'έμou συμπαραστάθηκαν κατά την διάρκεια αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ καταρχήν: την υπεύθυνη καθηγήτριά μου δίδα Παπαδημητρίου Μαρία για την πραγματική της συμβολή στην συγγραφή αυτής της εργασίας κ'για την ανεκτίμητη προσφορά της στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής αλλά κ' όλων των χρόνων που υπήρξε διδασκάλισσα στα Τ.Ε.Ι Πατρών.

Ευχαριστώ επίσης την Προισταμένη της σχολής μου για την βοήθεια κ'την παρότρυνση που μου πρόσφερε. Επίσης ενα θερμό ευχαριστώ απευθύνω στο Ιατρικό κ'Νοσηλευτικό προσωπικό του γενικού Νοσοκομείου Πατρών "Άγιος Ανδρέας" των παθολογικών κλινικών του Νοσοκομείου του Ρίου καθώς και του Διαβητολογικού τμήματος του Ρίου για την προσφορά Νοσηλευτικού υλικου κ'Ιατρικού,

Επίσης όλους αυτούς τους διαβητικούς ασθενείς που δέχτηκαν να μιλήσουν μαζίμου για τα προβλήματα της αρρωστειάς τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΕΛΙΔΑ

Αφιέρωση

I

Ευχαριστίες

II

Πίνακας περιεχομένων

III

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πρόλογος

1

Εισαγωγή

3

Συχνότητα-Επιδημιολογία-Θνησιμότητα Σ.Δ

5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

Ανατομία του παγκρέατος

7

Φυσιολογία του παγκρέατος

8

Ινσουλίνη

9

-Δράσεις της ινσουλίνης

10

-Παράγοντες που ευνοούν την απελευθέρωση ινσουλίνης

11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

Σακχαρώδης Διαβήτης-Θρίσμος

12

-Το υπόστρωμα της νόσου

13

-Ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη

14

-Κλινικοί τύποι Σ.Δ.

15

-Σακχαρώδης διαβήτης στους ενήλικες

16

-Αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση του Σ.Δ.

17

-Κλινική εικόνα-Συμπτωματολογία

19

-Διαγνωστικές μέθοδοι

20

-Παθολογοανατομική εικόνα

22

-Βιοχημικές διαταραχές του διαβήτη

22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

-Θεραπεία σακχαρώδη διαβήτη	23
A. Διαβητική δίαιτα	24
B. Αντιδιαβητικά δισκία	28
Γ. Ινσουλινοθεραπεία	29
-Σκευάσματα ινσουλίνης	29
-Ρύθμιση της δόσης της ινσουλίνης	31
-Επιπλοκές μιας ανεπαρκούς αγωγής με ινσουλίνη	33
Δ. Φυσική Άσκηση	37
-Πρόγνωση	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

-Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη	39
α. Διαβητική κετοξέωση-κώμα	39
β. Λοίμωξη	42
γ. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια	43
δ. Διαβητικός καταρράκτης	44
ε. Διαβητική νεφροπάθεια	44
στ. Διαβητική νευροπάθεια	45
ζ. Διαβητική δερματοπάθεια	45
η. Διαβητική αγγειοπάθεια-διαβητικά έλκη	45
-Καταστάσεις που μπορεί να απορρυθμίσουν τον σακχαρώδη διαβήτη	47
-Διαβήτης και εγκυμοσύνη	48
-Διαβήτης και χειρουργικές επεμβάσεις	49

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στον ενήλικο διαβητικό	50
Νοσηλευτική φροντίδα διαβητικού που υπε- βλήθη σε χειρουργική επέμβαση	53
-Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	54
-Νοσηλευτική φροντίδα την ημέρα της επέμβασης	55
-Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	56
Πρόγραμμα διδασκαλίας διαβητικού	58
Διδασκαλία της τεχνικής ενέσης της ινσουλίνης	64
Διδασκαλία του διαβητικού ν' αλλάξει την χώρα ενέσης ινσουλίνης	66
Πρακτικά προβλήματα ενήλικων διαβητικών	67
Η οργάνωση της μέριμνας για τον διαβητικό	70
Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του διαβητικού απο τον γενικό γιατρό.	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας:	75
Κλινικές περιπτώσεις (2)	
-Κλινική περίπτωση 1η	75
-Κλινική περίπτωση 2η	88

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ

100

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

103

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αναφέρεται στην Νόσο του Σακχαρώδη Διαβήτη, ο οποίος αποτελεί ένα συνεχές φλέγον ιατρικό πρόβλημα του οποίου τη σπουδαιότητα μαρτυρεί η καθημερινά αντεινόμενη προσπάθεια ερευνητών να το λύσουν ή εστω να το προαγάγουν.

Ο Σ.Δ είναι ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Εμφανίζεται σ' όλες τις χώρες κ' σ' όλες τις κοινωνίες. Μπορεί να πάρει πολλές μορφές, να εξελιχθεί με διαφορετικούς τρόπους κ' να παρουσιάσει στον ασθενή μια ποικιλία απο δευτερογενείς διαταραχές. Οι αιτίες της νόσου αυτής είναι πάμπολες κ' μερικοί απο τους βασικούς παράγοντες γίνονται επιτέλους γνωστοί. Γι' αυτό είναι λάθος να θεωρηθεί ο διαβήτης σαν απλή νόσος κ' με απλή αιτιολογία.

Οι λόγοι για τους οποίους κατέχει ο Σ.Δ εξέχουσα θέση στο χώρο της ιατρικής είναι κυρίως δύο:

-- Η ανακάλυψη της ινσουλίνης εδώ κ' σαράντα χρόνια που απέδειξε ότι όχι μόνο σώζει τον διαβητικό απο βέβαιο θάνατο αλλά τον επαναφέρει στον ενεργό καθημερινό βίο.

-- Η εντυπωσιακή εξάπλωση της νόσου όπως αποδεικνύουν οι πρόσφατες στατιστικές σ' όλο τον κόσμο διακρίτως φυλής, ηλικίας, κοινωνικού στρώματος κ' βιοτικών συνθηκών. Αλλά ανεξάρτητα απο τον τύπο του διαβήτη κ' την ιδιοσυγκρασία του αρρώστου, ολοι οι διαβητικοί έχουν μια κοινή ανάγκη για πληροφόρηση. Κάθε διαβητικής πρέπει όσο καλύτερα μπορεί να προσπαθήσει να κατανοήσει την πάθηση του κ' να αναλάβει τις μεγαλύτερες δυνατές ευθύνες για τον χειρισμό κ' την αντιμετώπιση της αρρώστειας του κ' των επιπλοκών της. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο μπορεί ο διαβητικός να ελέγχει πραγματικά τον διαβήτη κ' να μην ελέγχεται απ' αυτόν.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν θα προσπαθήσω να εξηγήσω τι είναι διαβήτης, ποια τα αίτια του, ποια η θεραπεία τους, πως γίνεται η ινσουλίνη, ποιες οι επιπλοκές τους Σακχαρώδη Διαβήτη, τι πρέπει να προσέχει ο Διαβητικός κ' με ποιόν τρόπο θα γίνει η διδασκαλία του διαβητικού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρώτη αναφορά για τον Σ.Δ βρίσκεται γύρω στα 1500 π.χ στον Αιγυπτιακό πάπυρο του EBERS, όπου περιγράφεται μια νόσος που συνοδεύεται από πολυουρία. Ο βόσος "διαβήτης" οφείλεται στον αρχαίο Έλληνα γιατρό Αρεταίο ο οποίος στον 2ο τόμο του συγγράμματός του "περί θεραπείας οξέων κ' χρόνιων παθών κ' σε Ίωνική διάλεκτο, δίνει πλήρη σχεδόν κλινική περιγραφή της νόσου, αναφέρει την απίσχανση που τη συνοδεύει καθώς κ' την προσδευτική επιδείνωση κ' μοιραία κατάληξη των ασθενών.

Αργότερα διάφοροι γιατροί κ' συγγραφείς συμπλήρωσαν κατά διαστήματα τα κλινικά συμπτώματα, τις παθολογικές εκδηλώσεις κ' περιέγραψαν μερικές από τις επιπλοκές της νόσου. Πρώτος ο WILLIS το 1674 παρατήρησε μια γλυκιά γεύση στα ούρα. Ο DOBSON το 1776 απέδειξε την ύπαρξη σακχάρου στα ούρα, ο δε CULLEN στην λέξη διαβήτησ πρόσθεσε την λέξη "σακχαρώδης". Η επισφράγιση όμως της αιτιολογικής σύνδεσης του διαβήτη με το πάγκρεας έγινε το 1889 με τα πειράματα των Γερμανών MERING κ' MINKOWSKI οι οποίοι προκάλεσαν Σ.Δ σε σκύλους μετά από παγκρεατεκτομή.

Ο CLAUDE BERNARD το 1876 μετά από πειράματα στον εγκέφαλο διατύπωσε την άποψη ότι ο διαβήτη ήταν νόσημα του Κ.Ν.Σ.

Την τελευταία δεκαετία έγιναν πολλές εντυπωσιακές καινούργιες ανακαλύψεις στο χώρο της θεραπείας του διαβήτη. Πρόσφατες ενδείξεις αποκαλύπτουν ότι μπορούμε να αποφύγουμε πολλές επιπλοκές του διαβήτη ή τουλάχιστον να ελαττώσουμε την συχνότητα τους πετυχαίνοντας έναν αριστο έλεγχο πάνω στο διαβήτη. Έχουμε τώρα εργαλεία διαθέσιμα για να προσφέρουμε στους περισσότερους αρρώστους ένα καλό διαβητικό έλεγχο. Πρώτα απ' όλα μια λογική κ' σταθερή δίαιτα είναι σημαντικό στοιχείο σ' έναν διαβητικό.

Δεύτερον έχουμε στην διαθεση μας ινσουλίνες κ' πολύ καλή πληροφόρηση για τον τρόπο που πρέπει να γίνονται οι ενεσεις.

Τρίτον αναγνωρίζουμε την σημασία της ασκήσης στο θέμα της ελάττωσης του σακχάρου στο αίμα κ' γενικά στην διατήρηση καλής σωματικής υγείας.

Τέταρτο πρέπει κ' τούτο έχει ζωτική σημασία - ολοκλήρωση η ομάδα υγείας που ασχολείται με την περίπτωση κάποιου ασθενή να του μάθει να φροντίζει τον διαβήτη του στην καθημερινή ζωή.

Σήμερα που ζούμε στον αιώνα των επιστημονικών κατακτήσεων κ' που η Νοσηλευτική πήρε τη θέση της μεταξύ των επιστημών, η επιστήμονας πια διπλωματούχος Νοσηλεύτρια προικισμένη με την αγάπη για τον άνθρωπο, στερεωμένη όμως στην επιστημονική της γνώση αναλαμβάνει την φροντίδα του ατόμου με Σ.Δ στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης υγείας κ' τον βοηθάει να ζήσει την ζωή του όπως ολοι μας με ελάχιστους μόνο περιορισμούς.

Η διαφώτιση του κοινού σε θέματα υγείας κ' η εγκαίρη διάγνωση της νόσου, η σωστή εφαρμογή της φαρμακευτικής κ' διαιτητικής αγωγής, η εκπαίδευση του αρρώστου για την αποτελεσματικότερη συμμετοχή του, η ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του αρρώστου αλλά κ' του αμμεσου περιβάλλοντος του, η πρόληψη των επιπλοκών αλλά κ' σε μεγάλο βαθμό η αντιμετώπιση τους είναι έργο της νοσηλεύτριας δυναμικό κ' διαχρονικό με ατομικά, οικογενειακά, κοινωνικά, οικονομικά κ' εθνικά οφέλη.

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται τις περισσότερες ώρες κοντά στον διαβητικό από οποιαδήποτε άλλο μέλος της ομάδας υγείας κ' είναι η πιο κατάλληλη να τον προετοιμάσει ώστε φεύγοντας από το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας να είναι ο ίδιος για τον εαυτό του ΓΙΑΤΡΟΣ, Νοσηλεύτρια ή Διαιτολόγος.

*

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ - ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ Σ.Δ.

Η συχνότητα του διαβήτη ποικίλει ευρύτατα σε διάφορες περιοχές του κόσμου. Μέχρι πριν λίγα χρόνια υπήρχε η σκέψη ότι η συχνότητα του διαβήτη κυμαίνεται γύρω στο 1-2ο) η οποία ισχύει όταν θεωρήσαμε διαβητικό μόνον εκείνο που η ασθένεια έχει καθορισθεί κλινικά το επί τοις εκατο (ο)ο) ποσοστό όμως φτάνει το 4-6ο)ο αν πραγματοποιηθεί έλεγχος του πληθυσμού κ' εντοπισθούν εκείνες οι περιπτώσεις που ο διαβήτης είναι ακόμα, από κλινική άποψη ασυμπτωματικός. Μεταπολεμικά ο διαβήτης αυξήθηκε σημαντικά όσον αφορά τη συχνότητα κ' αυτό οφείλεται εκτός από την καλυτέρευση των μεσων μελέτης, που επιτρέπει πιο εμπειριστατομένο εντοπισμό της ασθένειας κ' στην αυξημένη συχνότητα των έτσι καθοριζόμενων παραγόντων επικινδυνότητας (παχυσαρκία, καθιστική ζωή STRESS κτλ) καθώς επίσης κ' στην αύξηση του μέσου ορου ζωής κ' επομένως στην αύξηση του γεροντικού πληθυσμού που παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα στην ασθένεια (16ο)ο).

Ο σακχαρώδης διαβήτης παρουσιάζεται πιο συχνά στους παχύσαρκους, στις γυναίκες και στους ηλικιωμένους είναι 5ο)ο πιο συχνός στις γυναίκες από τους άντρες. Οι γυναίκες που αποκτούν πολλά παιδιά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παθουν Σ.Δ από τις γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ παιδιά.

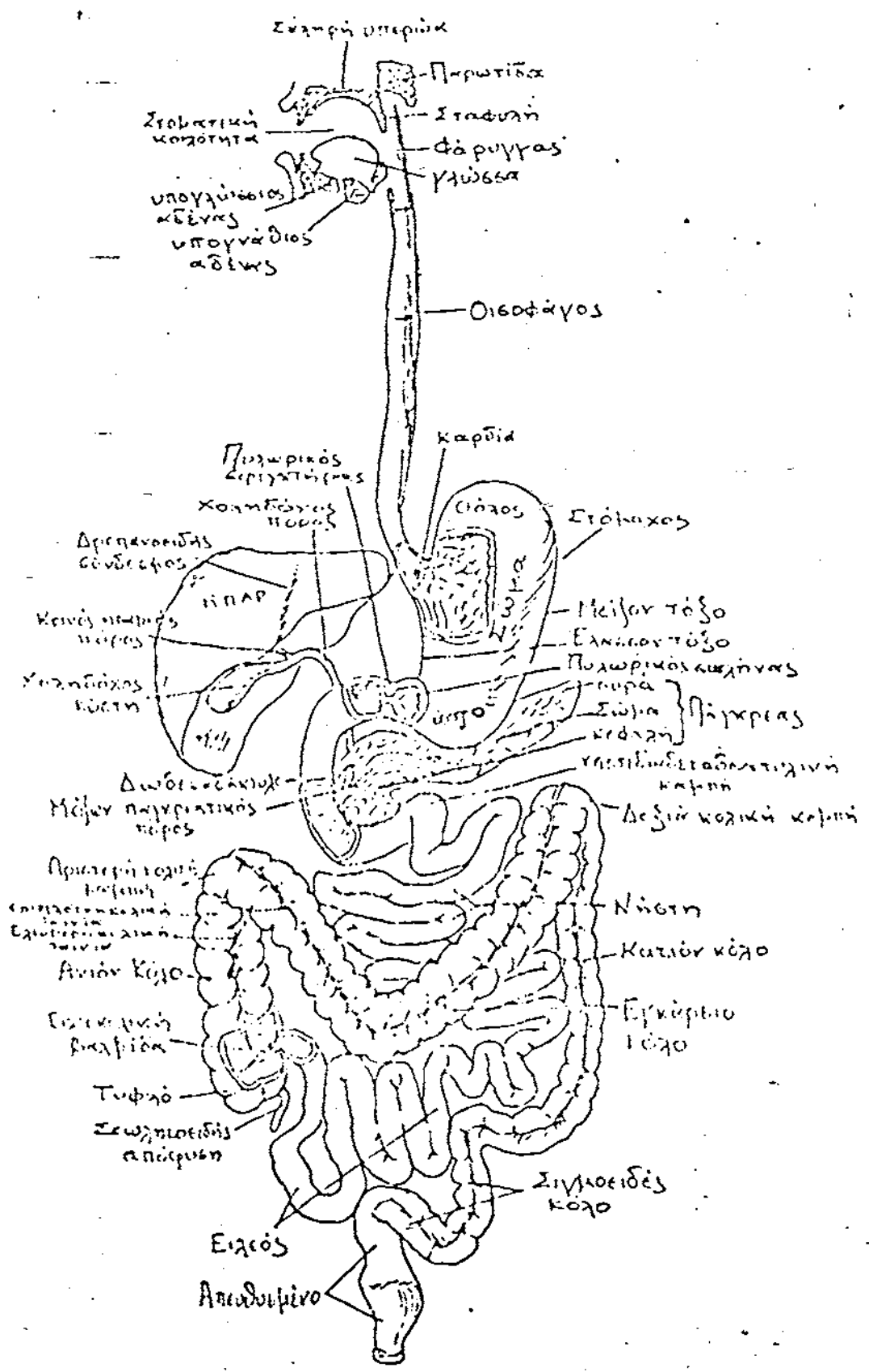
Στις δυτικές χώρες η νόσος είναι πιο συχνή. Από επίσημα στατιστικά στοιχεία π.χ στις ΗΠΑ αποτελεί μαζί με τις επιπλοκές του την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα κ' τον καρκίνο.

Στην Ελλάδα από Σ.Δ πάσχει το 2ο)ο του αγροτικού πληθυσμού κ' το 3ο)ο του αστικού πληθυσμού. Γενικά οι νεώτερες μελέτες δίνουν ότι ο επιπολασμός του διαβήτη είναι περίπου 3-6ο)ο στον γενικό πληθυσμό της χώρας μας. Οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες όπως η ελλειψη ασκήσης, το διαιτολόγιο, ποιοτικώς κ' ποσοτικώς η αστικοποίηση κ' το στρες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του σακχαρώδη διαβήτη.

Ο Σακχαρώδης διαβήτης είναι τουλάχιστον στη δύση η πιο συχνή αιτία τύφλωσης κ'ακρωτηριασμού, επίσης είναι μια απο τις κυριότερες αιτίες θανάτου απο νεφρική ανεπάρκεια.

Στις μέρες μας η μεγαλύτερη κλινική σημασία εστιάζεται στην μικρο- και μακροαγγειοπάθεια που αναπτύσσονται κατα την πορεία της νόσου. Η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου στους διαβητικούς είναι 2-7 φορές υψηλότερη απ'οτι στους μη διαβητικούς. Επίσης κ'η βαρύτητα των εμφραγμάτων είναι μεγαλύτερη. Ο κίνδυνος θανάτου των διαβητικών απο στεφανιαία νόσο είναι 2-4 φορές υψηλότερος σε σχέση με τους μη διαβητικούς. Ο θάνατος απο οξυ εμφραγμα του μυοκαρδίου, εξαρτάται απο τον βαθμό δυσανεξίας στην γλυκόζη.

Σε μια μελέτη ασθενών με πρόσφατο εμφραγμα αποκαλύφθηκε οτι, ενώ ο κίνδυνος θανάτου απο το εμφραγμα σε μη διαβητικούς ήταν 23οο, στους διαβητικούς ήταν 57οο δηλ. 3 φορές υψηλότερος. Ο κίνδυνος αθηροσκλήρωσης ε'εναν διαβητικό είναι πάντοτε υψηλός. Σχετική έρευνα απεκάλυψε οτι το 80οο αυτών των ασθενών κατέληξαν σε καρδιοαγγειακές επιπλοκές κ'στο 50οο απ'αυτους, οι θανατοι οφείλοντο σε σκλήρυνση των στεφανιαίων αστηριών. Σε μια μελέτη απο το DRESREN που παρουσιάστηκε κατα την 44η συνάντηση της EUROPEAN ATHEROSCLEROSIS GROUP στο MONTREAUX (15-16)3)1985) ανακοινώθηκαν τα ευρήματα απο την έρευνα διαφόρων παραγόντων κινδύνων, σε 1139 ασθενείς ενήλικες διαβητικούς. Τα αποτελέσματα εδειξαν οτι ολοι οι παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, δηλ. υπερλιποπρωτειναιμία, υπέρταση, κάπνισμα, παχυσαρκία είναι πιο συχνή απο το συνηθες στους διαβητικούς.



ΤΟ ΠΛΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ & ΟΙ ΠΡΟΣΕΑΡΤΗΜΕΝΟΙ ΛΑΔΕΝΕΣ.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'

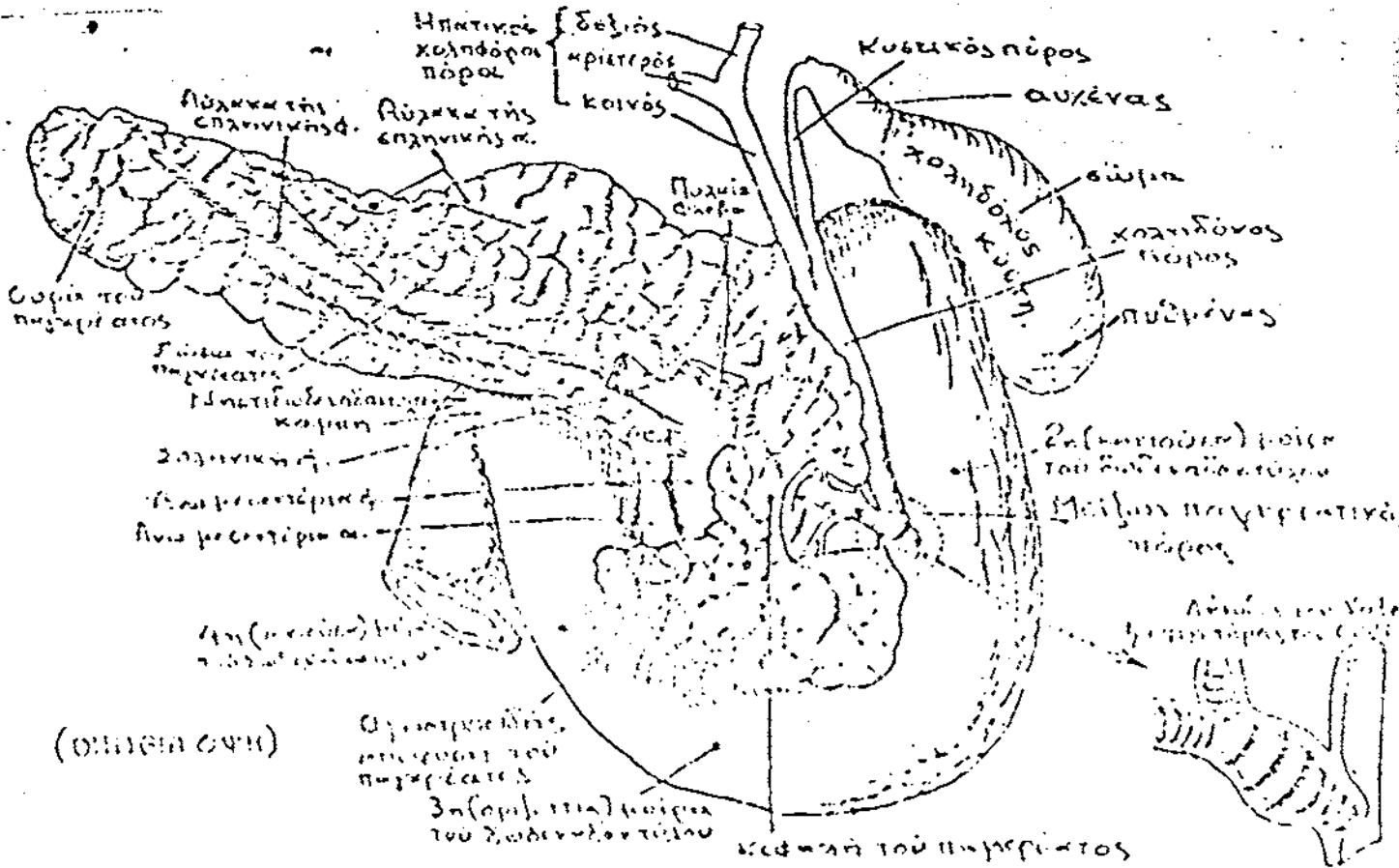
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το πάγκρεας είναι ο πιο σημαντικός αδένας του γαστρεντερικού σωλήνα. Ένας μικτός αδένας μήκους 12-15 cm κ'βάρους 8-5 gr περίπου. Έχει σχήμα εγκάρσιας σφύρας της οποίας το λεπτό άκρο φέρεται προς τα αριστερά. Βρίσκεται πίσω από το οπίσθιο τοιχωματικό περιτόναιο στο επίπεδο του 2ου οσφυϊκού σπονδύλου. Έχει πρισματικό σχήμα κ'παρουσιάζει πρόσθιο κ' οπίσθιο χείλος ανω κ'κάτω επιφάνεια. Στο πάγκρεας διακρίνουμε:

- α) την κεφαλή, η οποία εφαρμόζει στην αγκύλη του δωδύλου. Παρουσιάζει στην οπίσθια επιφάνεια της, δυο αύλακες που υποδέχονται το χοληδόχο πόρο κ'την πυλαία φλέβα κ'μία εντομη που υποδέχεται την ανω μεσεντερια αρτηρία κ'φλέβα.
- β) το σώμα του παγκρέατος που προβάλλει με το επιπλοϊκό φύμα του. Μετά περικλύμπει την σπονδυλική στήλη κ'φέρεται προς την πύλη του σπλήνα την οποία πλησιάζει ή φτάνει με την ουρά του παγκρέατος.
- γ) την ουρά του παγκρέατος η οποία βρίσκεται μέσα στον παγκρεατοσπληνικό συνδεσμο κ'είναι η πιο ευκίνητη από τις άλλες μοίρες του.

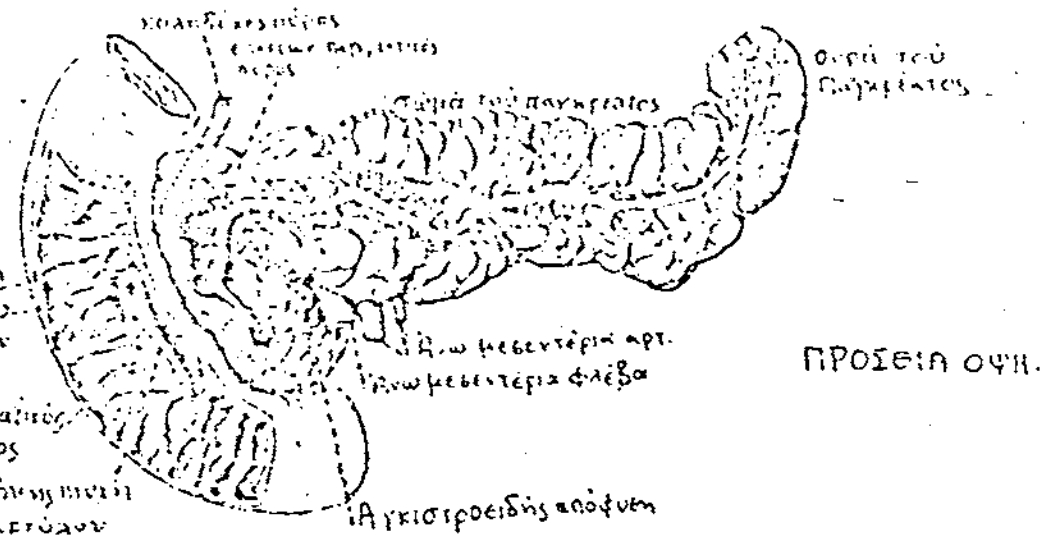
ΑΓΓΕΙΑ Κ'ΝΕΥΡΑ: Το πάγκρεας βρίσκεται στο οριο ανω κ'κάτω κοιλίας. Κατά μήκος του ανω χείλους του παγκρέατος πορεύεται η σπληνική αρτηρία κ'η σπληνική φλέβα φέρεται παράλληλα λίγο πιο κάτω στην οπίσθια επιφάνεια του παγκρέατος. Πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος η σπληνική φλέβα ενώνεται με την ανω μεσεντερια φλέβα κ'σχηματίζουν την πυλαία φλέβα. Τα ανω μεσεντερια αγγεια φέρονται προς τα κάτω μπροστά από την λαγκιστροειδή απόφυση, χρειάζονται με την εγκάρσια μοίρα του δωδύλου κ'φέρονται μέσα στην ρίζα του μεσεντέρου.

ΠΡΟΣΘΙΑ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΙΑ ΘΨΗ ΤΟΥ ΠΑΝΚΡΕΑΤΟΣ



(ΟΠΙΣΘΙΑ ΘΨΗ)

Οπισθια όψη του παγκρέατος
 Σπληνική α. (σπληνική α.)
 Ανώτερη μεσεντερική α.
 Ανώτερη μεσεντερική φλέβα



Επίσης θύλακοι
 & Μείζων θύλακοι
 του δωδεκαδακτύλου

Μείζων παγκρεατικός πόρος
 Επηρεάζει την
 του 12. δωδεκαδ.

ΠΡΟΣΘΙΑ ΘΨΗ.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το πάγκρεας σαν μικτός αδένας διαιρείται σε 2 τμήματα:

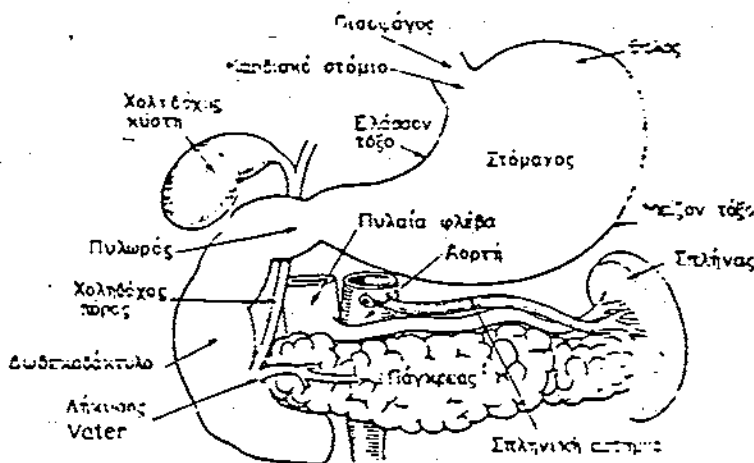
- α) εξωκρινικό κ'
- β) ενδοκρινικό

Το εξωκρινικό περιλαμβάνει τους εκφορητικούς πόρους κ' παράγει το παγκρεατικό υγρό.

Το ενδοκρινικό περιλαμβάνει τα νησιδία του LANGERHANS και παράγει ινσουλίνη, γλυκαγόνη, στοματοστατίνη κ' ίσως γαστρίνη. Περίπου το 10ο τον αδένα αποτελείται από τα νησιδία του LANGERHANS. Αυτά περιέχουν διαφόρων τυπων κύτταρα, που διακρίνονται μεταξύ τους από την διαφορετική τους χρώση.

Τα α-κύτταρα εκκρίνουν την ορμόνη γλυκαγόνη, τα β-κύτταρα παράγουν την ινσουλίνη ενώ τα δ-κύτταρα, πιστεύεται ότι παράγουν γαστρίνη κ' ίδη σματοστατίνη.

Τα β-κύτταρα βρίσκονται στο κέντρο του νησιδίου ενώ τα α κ' δ-κύτταρα στην περιφέρεια.



Εικόνα 1.1. Ανατομική θέση του παγκρέατος

ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Η εισαγωγή της ινσουλίνης πριν από 40 χρόνια αποτελεί μια αναμφισβήτητη επιτυχία της σύγχρονης Ιατρικής. Πρώτος ο γιατρός BEST το 1922 άρχισε τις έρευνες για την ουσία αυτή κ' ο πρώτος άνθρωπος στον οποίο χορηγήθηκε ήταν ο TOMSON ένα 14χρονο διαβητικό αγοράκι από το Τορόντο. Για αυτή την ανακάλυψη πήρε το βραβείο NOBEL.

Από τότε εκατομμύρια καταδικασμένοι σε θάνατο διαβητικοί διέφυγαν τον κίνδυνο χάρη στην Ινσουλινοθεραπεία. Η ινσουλίνη παράγεται από τα β-κύτταρα των νησιδίων του LAUGERHANS, ενώ από τα α-κύτταρα παράγεται η γλυκαγόνη. Η παθολογία του Σ.Δ έχει σαν κοινό παρανομαστή την ανεπάρκεια της ινσουλίνης που μπορεί να οφείλεται σε: α) μειωμένη έκκριση ινσουλίνης εξαιτίας ελαττωματικού μηχανισμού έκκρισης των β-κυττάρων σε απόκριση προς τα φυσιολογικά ερεθίσματα κ' β) σε κυκλοφία βιολογικά αδρανούς τύπου ινσουλίνης. Το φυσιολογικό πάγκρεας του ανθρώπου παράγει ημερησίως περίπου 15 μονάδες. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ινσουλίνη δεν θεραπεύει τον Σ.Δ προκαλεί όμως το εξής μεγάλο καλό. Αντικαθιστώντας την ελλιπή ή αχρηστή ινσουλίνη του οργανισμού, επιτρέπει σ' αυτόν να χρησιμοποιήσει το σάκχαρο του κανονικά. Έτσι η συγκέντρωση σακχάρου στο αίμα, υπεργλυκαιμία, ελαττώνεται και τα συμπτώματα υποχωρούν.

ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Η Βιολογική δράση της ινσουλίνης είναι πολλαπλή. Η ινσουλίνη εκτελεί έργο μεγάλης σημασίας στην ρύθμιση της εισόδου κ'εξόδου της γλυκόζης από το αίμα στα κύτταρα. Μ'αυτόν τον τρόπο συμμετέχει στη ρύθμιση της γλυκαιμίας ώστε να κυμαίνεται σε κανονικές συνθήκες σε πολύ περιορισμένα όρια γύρω από 1 gr/l στο αίμα.

Η ινσουλίνη άμεσα ή έμμεσα επηρεάζει την καύση των περισσότερων τροφών, συμμετέχει στην αύξηση, την ανάπτυξη κ'την λειτουργία όλων σχεδόν των ιστών. Μόνον ο εγκέφαλος, τα εσπειραμένα νεφρικά σωληνάκια, ο εντερικός βλεννογόμος κ'τα ερυθρά αιμοσφαίρια μπορούν να χρησιμοποιήσουν την γλυκόζη χωρίς ινσουλίνη.

Στα κύτταρα η ινσουλίνη δρα ως εξής:

- (α) Διευκολύνει την μεταφορά της γλυκόζης δια της κυτταρικής μεμβράνης
- (β) Βοηθά στην χρησιμοποίηση της γλυκόζης από το κύτταρο για αναβολικές εξεργασίες κ'παραγωγή ενέργειας.
- (γ) Αναστέλλει την υπερπαραγωγή γλυκόζης από το ήπατος.

Ο μηχανισμός της ενδοκυττάρου δράσης της ινσουλίνης παραμένει άγνωστος. Πιθανώς δρα επί της κατανομής του ασβεστίου μέσα στο κύτταρο. Σε απουσία της ινσουλίνης η γλυκόζη απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα που ούτε μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ιστούς αλλά ούτε να μετατραπεί σε γλυκογόνο με αποτέλεσμα την υπεργλυκαιμία.

Γενικά η ινσουλίνη εναποθηκεύει ενέργεια για περίπτωση ανάγκης. Διεγείρει την χρησιμοποίηση της γλυκόζης (μυς, λιπώδης ιστός, ήπαρ), διεγείρει την σύνθεση του γλυκογόνου, αναστέλλει τον καταβολισμό του γλυκογόνου όπως κ'την γλυκογένεση. Διεγείρει την σύνθεση λιπαρών οξέων κ'τριγλυκεριδίων (λιπώδης ιστός, ήπαρ) και αναστέλλει την διάσπαση των τριγλυκεριδίων (λιπώδης ιστός). Επίσης διεγείρει την ενσωμάτωση αμινοξέων στις πρωτεΐνες (μυς, ήπαρ).

Τέλος διεγείρει την είσοδο C^{+} στα κύτταρα.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ

Κάθε βρόγχο του παγκρέατος περιέχει 1,2 μικρομονάδες ινσουλίνης. Όλο το παγκρέας περιέχει από 2 μέχρι 400 μονάδες ινσουλίνης.

Η έκκριση της ινσουλίνης διεγείρεται από

ελέγχεται από το



την παρουσία της γλυκόζης και μέρικων αμινοξέων στο αίμα

Συμπαθητικό και Παρασυμπαθητικό Νευρικό Σύστημα



Η ινσουλίνη κυκλοφορεί ελεύθερα στο πλάσμα

Δράση ινσουλίνης
Στα κύτταρα

(α) Η ινσουλίνη διευκολύνει τη μεταφορά της γλυκόζης δια της κυτταρικής μεμβράνης



(β) Η ινσουλίνη βοηθά στη χρησιμοποίηση της γλυκόζης από το κύτταρο για αναβολικές διεργασίες και παραγωγή ενέργειας

Τέντα

Η ινσουλίνη ενταπιδιμάται ενεργά για παραγωγή ενεργής (Αντιμεταβλητής) γλυκογλυκόζης.

Η ινσουλίνη εμπίπτει εμμέσως, εμμετάβλητα στην καύση των περισσότερων τροφικών ουσιών στην σφύραση, την ανάπτυξη και τη λειτουργία όλων οργάνων των κτιών. Μόνο ο εγκέφαλος, τα ερυθρά αιμοσφαίρια και τα ελεντρικά βλεννογόνια και τα ερυθρά αιμοσφαίρια μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη γλυκόζη χωρίς ινσουλίνη.

Αδραννοποίηση ινσουλίνης



Ήπαρ 80%



Νέφροι 20%

Εικόνα 2.13. Η δράση της ινσουλίνης σε υγιές άτομο.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΚΡΙΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Ο πιο ενδιαφέρον παράγοντας που ελέγχει την εκκρίση ινσουλίνης είναι η γλυκόζη. Η εγχυση γλυκόζης προκαλεί μια σχεδόν άμεση αύξηση στην έκδοσόν τήν ινσουλίνης πιθανώς από απελευθέρωση προσχηματισμένης ορμόνης. Πιο παρατεταμένη έκθεση στη γλυκόζη προκαλεί αύξηση της σύνθεσης ινσουλίνης. Αν και η αύξηση της γλυκόζης κ'των αμινοξέων στο αίμα μετά από γεύμα υδατανθράκων κ'πρωτεϊνών αντιστοιχα διεγείρει άμεσα τήν εκκρίση ινσουλίνης το μεγαλύτερο μέρος της αρχικής ανταπόκρισης στη βρύση των υδατανθράκων ή των πρωτεϊνών οφείλεται στην διεγερση για απελευθέρωση ινσουλίνης από ορμόνες που παράγονται στο ανώτερο γαστρεντερικό.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τήν απελευθέρωση ινσουλίνης είναι :

<u>Διέγερση της απελευθέρωσης</u>	<u>Αναστολή της απελευθέρωσης</u>
Γλυκόζη κ'ορισμένοι άλλοι μονοσακχαρίτες	Κατεχολαμίνες
Λευκίνη κ'ορισμένα αμινοξέα	
Ορμόνες από το ανώτερο γαστρεντερικό	Διαζοξίδη
Γλυκαγονή	
Σουλφονουρίδες	Υποκαλιαιμία
Κυκλικό AMP	

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ - Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

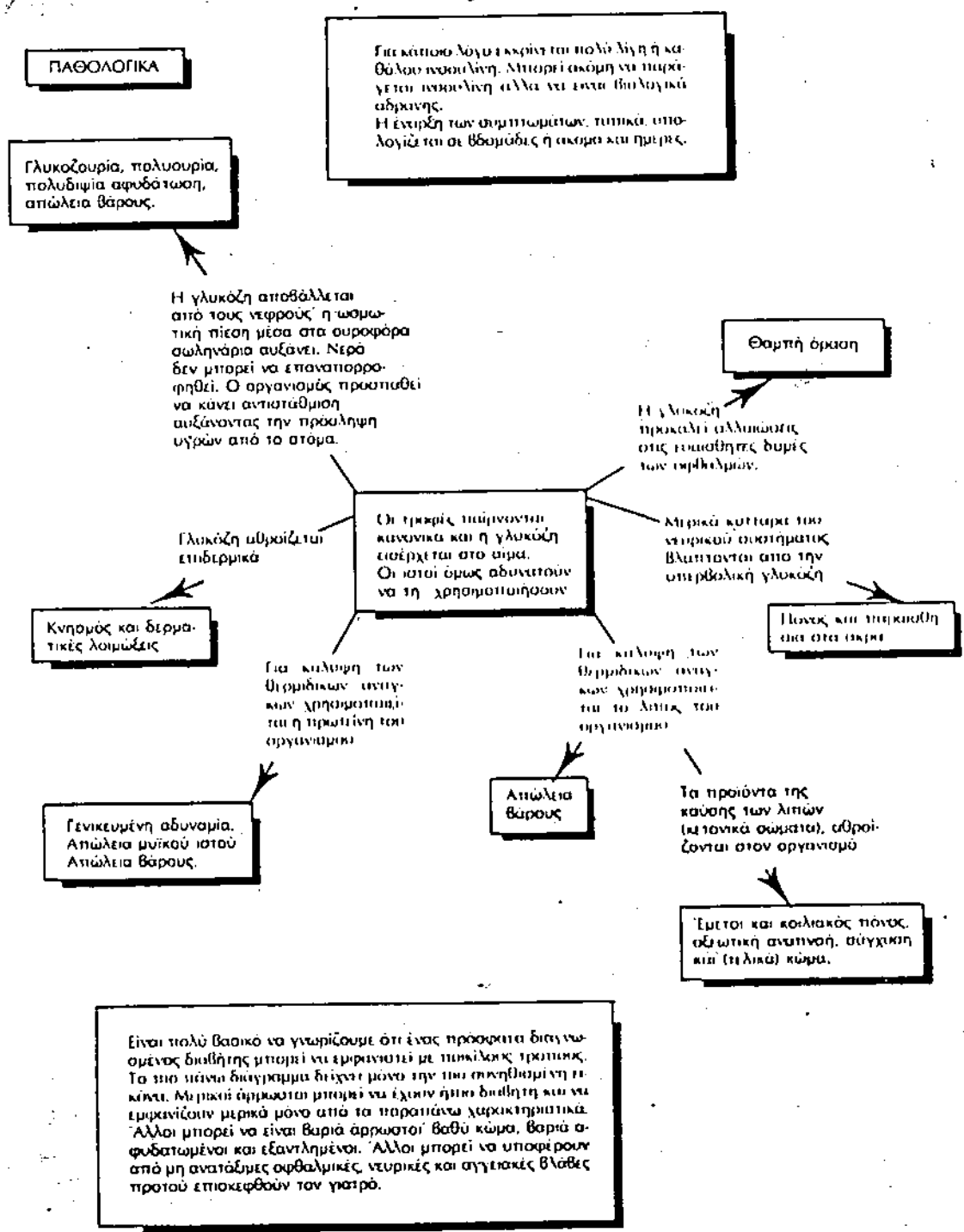
Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η συχνότερη σοβαρή μεταβολική νόσος στον άνθρωπο. Είναι μια κλινική συνδρομή η οποία οφείλεται είτε στην έλλειψη της ινσουλίνης είτε στην παρουσία παραγόντων που αντιτίθενται στην δράση της ινσουλίνης. Για κάποιο λόγο εκκρίνεται πολύ λίγη ή καθόλου ινσουλίνη. Μπορεί ακόμη να παράγεται ινσουλίνη αλλά να είναι βιολογικά αδρανής.

Η έλλειψη κ'ή ανεπαρκής δράση της ινσουλίνης καταλήγει στην υπεργλυκαιμία δηλ. στην αύξηση της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα.

Με τα σημερινά δεδομένα ο ορισμός αυτός είναι ατελής. Ερευνες κατά τα τελευταία χρόνια έδειξαν ότι εκτός από την σχετική ή απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης, συνυπάρχει αντίστοιχα σχετική ή απόλυτη περίσσεια γλυκαγόνης.

Τελικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο διαβήτης είναι μια υπόθεση διορμονική διαταραχής. Η νόσος χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, λιπών κ'λευκωμάτων κ'βλάβη της υφής κ'της λειτουργίας των κυττάρων του σώματος κ'ειδικά των αγγείων.

Πρόσφατα έγινε σαφές ότι κάτω από τον γενικό όρο "διαβήτης" έχουν υπαχθεί ποικίλα σύνδρομα που διαφέρουν κ'ως προς τις κλινικές εκδηλώσεις κ' προς τον τρόπο κληρονομικής μεταβιβάσεως.



Εικόνα 2.14. Σακχαρώδης διαβήτης: Τα αποτελέσματα της ινσουλινικής αντιπάρεσης ή της κυκλοφορίας βιολογικά αδρανούς ινσουλίνης.

ΤΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει αναγνωρισθεί από την αρχαιότητα κ' έχει ενδιαφέρον λόγω της συχνότητας που παρουσιάζει.

Η ονομασία του προέρχεται από την γλυκιά γεύση που έχουν τα ούρα του αρρώστου που πάσχουν απ' αυτή την νόσο κ' που οφείλεται στην γλυκοουρία λόγω των αυξημένων επιπέδων της γλυκόζης του αίματος.

Η πάθηση ορίζεται με βάση την διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων αν κ' υπάρχουν αρκετές άλλες μεταβολικές διαταραχές. Μερικοί άρρωστοι έχουν αυξημένες τιμές σακχάρου σε τυχαία δείγματα αίματος ενώ άλλοι με μικρότερους βαθμούς υπεργλυκαιμίας, απαιτούν ειδικές δοκιμασίες ανοχής της γλυκόζης για την διάγνωση.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Η ετερογένεια του διαβητικού συνδρόμου έχει οδηγήσει σε πολλές προσπάθειες ταξινόμησης που όμως αναθεωρούνται συνέχεια. Σήμερα ισχύει η κατάταξη της W.H.O του 1985. Σύμφωνα μ' αυτή την κατάταξη διακρίνονται 2 μορφές Σ.Δ.:

(Α) ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ του οποίου η ακριβής αιτιολογία δεν είναι γνωστή. Πιστεύεται ότι υπάρχει κληρονομική προδιάθεση στο 40% των αρρώστων. Χαρακτηριστικό του είναι η επιβράδυνση του μεταβολισμού της γλυκόζης κ' α

(Β) ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ο οποίος εμφανίζεται μετά από γνωστές καταστάσεις όπως ολική παγκρεατεκτομή, βλάβες του παγκρέατος όπως οξεία κ' χρόνια παγκρεατίτιδα, νεοπλασίες παγκρέατος, αιμοχρωμάτωση, μεγαλακρία, σύνδρομο του CUSHING, φαιοχρωμοδότημα, υπερθυρεοειδισμό, παθήσεις του ήπατος (κύρωση ή καρκίνος) κ' θεραπεία με κορτικοειδή.

Μια πιο πρόσφατη διάκριση που βασίζεται στην ανάγκη για λήψη ινσουλίνης ή όχι διακρίνει τον διαβήτη σε 2 κατηγορίες:

--- ΙΝΣΟΥΛΙΝΟ-ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ : Απ' αυτόν πάσχει το 10-12% όλων των διαβητικών. Είναι συχνότερος στην νεανική ηλικία.

--- ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟ-ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ : Απαντάται στο 85% των διαβητικών. Οι περισσότεροι άρρωστοι αυτής της κατηγορίας έχουν τιμές ινσουλίνης στο αίμα υψηλότερες από τη φυσιολογική αλλά μειωμένο αριθμό υποδοχέων ινσουλίνης στους ιστούς που αυξάνει με την ελάττωση του βάρους τους.

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ Σ.Δ

Χρησιμοποιήθηκαν πολλοί όροι για να καθορίσουν τους τύπους του διαβήτη, επικράτησαν όμως 2 κυρίως τύποι :

α) Νεανικός διαβήτης Προσβάλλει νεαρά άτομα (συνήθως πριν τα 15) έχει απότομη έναρξη, είναι ασταθής κ'εξαιτίας των χαμηλων επιπέδων ινσουλίνης που έχουν τα άτομα αυτά, χρειάζεται ινσουλίνη για την ρυθμισή του. Η σοβαρότητα της έλλειψης ινσουλίνης φαίνεται απο την τάση να αναπτύσσουν κέτωση. Λέγεται αλλιώς κ'ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης.

β) Διαβήτης όψιμης έναρξης ή μη ινσουλινοεξαρτώμενός διαβήτης.

Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας πάνω απο 40 ετών . Τα 3)4 των αρρώστων αυτών είναι παχύσαρκα. Η έναρξη του διαβήτη αυτου είναι αθόρυβη, δεν έχουν μεγάλη ελλειψη ινσουλίνης κ'επομένως δεν εμφανίζουν την τάση για κέτωση.

Ο διαβήτης επίσης ταξινομείται σε διάφορα στάδια :

1) το ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ (ή δυναμικό διαβήτη) Αφορά την περίοδο εκείνη που βρίσκεται μεταξύ της γέννησης του ατόμου κ'της εκδήλωσης της νόσου σ'αυτο. Εδώ κατατάσσονται άτομα με υψηλό γενετικό κίνδυνο (ατομο του οποίου κ'οιγονεείς είναι διαβητικοί, ομοιος δίδυμος διαβητικου αδελφου κτλ.)

2) ΛΑΝΘΑΝΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗΣ : που χαρακτηρίζεται απο φυσιολογικό σάκχαρο αίματος νηστείας κ'φυσιολογική τη δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης. Ο διαβήτης υποψιάζεται εξαιτίας της μείωσης της ανοχής της γλυκόζης κατα την διάρκεια καταστασεων, όπως εγκυμοσύνη , χειρουργική επέμβαση κ'αλλες αρρώστιες.

3) ΧΗΜΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ή συμπτωματικός. Εδω το σάκχαρο αίματος νηστείας είναι φυσιολογικό αλλα η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης είναι παθολογική.

4) ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: που αντιπροσωπεύει το συμπτωματικό στάδιο κατα το οποίο διαπιστώνεται υπεργλυκαιμία κ'σακχαρουρία.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Οι ασθενείς αυτού του τύπου διαβήτη είναι μεσήλικες, άτομα πάνω από 40 χρόνων. Τα 3/4 των αρρώστων αυτών είναι παχύσαρκα. Η έναρξη του διαβήτη του τύπου αυτού είναι αθόρυβη κ' τα επίπεδα της ινσουλίνης του αίματος είναι φυσιολογικά. Είναι συνήθως σταθερός κ' οι άρρωστοι δεν είναι επιρρεπείς στην κέτωση. Το 75% των διαβητικών εμφανίζουν διαβήτη όψιμου ενάρξεως ενώ το 15% εμφανίζουν διαβήτη νεανικού τύπου.

Η διάγνωση αυτών των ασθενών τίθεται πολλές φορές τυχαία. Συχνά το πάγκρεας αυτών των διαβητικών παράγει ένα μέρος ινσουλίνης που το σώμα δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει σωστά. Επίσης στις περισσότερες περιπτώσεις διαβήτη ενηλίκων, τα άτομα έχουν την τάση της παχυσαρκίας κ' τα επιπλέον λιπαρά κύτταρα δημιουργούν ένα πρόσθετο βάρος για το πάγκρεας που δεν έχει την δύναμη να παράγει την ανάλογη ινσουλίνη.

Μολονότι μερικοί ενήλικες διαβητικοί έχουν ανάγκη από ενέσεις ινσουλίνης ή από αντιδιαβητικά δισκία, οι περισσότεροι μπορούν κι ελέγχουν τον διαβήτη τους μόνο με δίαιτα. Γι' αυτόν τον λόγο, ο τύπος της πάθησης λέγεται κ' σακχαρώδης διαβήτης μη ινσουλινοεξαρτώμενος.

Η πλειοψηφία των ατόμων μ' αυτή την διαβητική προδιάθεση δεν παρουσιάζουν την αρρώστεια παρά μετά τα 35 τους ή κ' αργότερα όταν είναι μεσήλικες. Σπάνια παθαίνουν διαβητική οξέωση κ' πέφτουν σε κώμα μόνο όταν πάθουν αφυδάτωση κ' ανεβεί υπερβολικά η στάθμη του σακχάρου.

ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Το ζήτημα της παθογένειας του Σακχαρώδη διαβήτη εξακολουθεί να θέτει σε σκληρή δοκιμασία την επιμονή των ερευνητών. Στο παρελθόν πίστευαν ότι η νόσος ήταν δευτερογενής κ'οφειλόταν σε ανεπάρκεια (ενδεια) ινσουλίνης από τα παγκρεατικά νησίδια. Όταν όμως στάθηκε δυνατό να προσδιοριστεί η δόσολογία της ινσουλίνης στο πλάσμα, το ζήτημα ξαναβγήκε στην επιφάνεια, γιατί διαπιστώθηκε ότι σε πολλούς τύπους διαβήτη η ινσουλίνη δεν είναι μειωμένη. Η πάθηση φαίνεται ότι καθορίζεται από πολλούς παράγοντες.

Οι παράγοντες που μέχρι σήμερα έχουν αναγνωρισθεί είναι οι εξής:

(Α) Ατελής παραγωγή ινσουλίνης

(α) Παγκρεατικές παθήσεις (οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, καρκίνωμα του παγκρέατος, χειρουργική παγκρεατεκτομή).

(β) Κληρονομικότητα. Αυτό συμβαίνει στους πολύ στενους συγγενείς. Έτσι αν ο ένας από τους γονείς έχει διαβήτη οι απόγονοι έχουν πιθανότητα 70% να εμφανίσουν την νόσο, ενώ αν κ'οι 2 γονείς πάσχουν από την νόσο η πιθανότητα αυξάνει στο 25%.

(γ) Ισκι φάρμακα. Ορισμένα φάρμακα όπως οι θειαγίδες ελαττώνουν την εκκρίση ινσουλίνης αλλά η δράση τους είναι αναστρέψιμη μόλις σταματήσει το φάρμακο.

(Β) Ανταγωνισμός της ινσουλίνης

(α) Ενδοκρινικές παθήσεις : Ο Σ.Δ μπορεί να αναπτυχθεί όταν παραχθούν σε μεγαλύτερα ποσά οι ακόλουθες ορμόνες.

(ι) αυξητική ορμόνη (οπως στην

(ιι) γλυκορτικοειδή (σύνδρομο CUSHING)

(ιιι) κατεχολαμίνες (φαιοχρωματοκύττωμα)

(ιiv) γλυκαγόνη

(β) Παχυσαρκία: Συνοδεύεται απο αντίσταση στην ινσουλίνη, η ακριβής αιτιολογία της οποίας είναι αγνώστη.

(γ) Κύηση : Στην διάρκεια της κύησης μπορεί να εμφανισθεί διαβήτης ή να χειροτερεύσει ο ήδη υπάρχων. Επί πλέον παρατηρείται αυξημένη συχνότητα προσβολής στις πολύτοκες γυναίκες, σε σύγκριση με εκείνες που δεν έχουν κάνει παιδιά.

(δ) Άλλοι παράγοντες όπως είναι τα λιπαρά οξέα κ'η λευκιματινή.

Στοιχεία του αναμνηστικού που θέτουν την υποψία Σ.Δ

οικογενειακό	: Διαβητικοί στην οικογένεια
ηλικία	: 50 ετών (Σ.Δ. τύπου ΙΙ)
γενική κατάσταση	: Χρόνια παχυσαρκία, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις
καρδιοαγγειακό	: Εξελικτική στηθάγχη, εξελικτική αρτηρίτιδα των κάτω ακρών, υπέρταση, εμφραγμα μυοκαρδίου.
οφθαλμολογικό	: Εξελικτική μείωση της όρασης. Πρώιμος καταρράκτης, επιβεβαιωμένη αμβιβληστροειδοπάθεια
ουροποιητικό	: Υποτριάζουσα ουρολοίμωξη - πρωτεϊνουρία - εξελικτική σπειραματονεφρίτιδα - νεφρική ανεπάρκεια
πεπτικό	: Υποτροπιάζουσα κοιλιακά άλγη
δερματολογικό	: Ατονα ελκη - υποτροπιάζουσα πυοδερμία
γυναικολογικό	: Διαβήτης της κύησης - υποτροπιάζουσες αποβολές - γέννηση υπέρβαρων νεογνών - γέννηση νεκρών εμβρύων
μεταβολισμός	: Υπερλιπιδαιμία και ιδιαίτερα υπετριγλυκεριδαιμία παροδική υπεργλυκαιμία στο παρελθόν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Πολλοί απο τους ενήλικες διαβητικούς είναι ασυμπτωματικοί, μπορεί να διαγνωσθεί η νόσος τυχαία σε μια εξέταση αιματος ή σε άλλους η αποκάλυψη της υπεργλυκαιμίας γίνεται με την ευκαιρία κάποιας αγγειακής επιπλοκής.

Τα ακόλουθα συμπτώματα αποτελούν σημαντικές ενδείξεις της νόσου, στους ενήλικες διαβητικούς:

- Κόπωση Η πρώτη ενδειξη διαβήτη στους ενήλικες είναι ένα αόριστο συναίσθημα οτι κάτι δεν πάει καλά. Κουράζονται πολύ εύκολα.
- Πολυουρία, πολυδιψία Η γλυκοουρία οδηγεί σε πολυουρία κ' πολυδιψία (απο ψωμοτική διούρηση). Μπορεί να προκαλέσει κνησμό του αιδίου στις γυναίκες κ' βαλανίτιδα στους άνδρες.
- Απώλεια βάρους που μπορεί να υπάρχει παρα την φυσιολογική ή ακόμη κ' την αυξημένη όρεξη.
- Ναυτία κ' έμετοι
- Κοιλιακοί πόνοι
- Ταχύπνοια που εξελίσσεται σε αναπνοή KUSMAUL
- Οι άρρωστοι σε προκωμα ή κώμα που οφείλεται σε διαβητική όξωση εμφανίζουν χαρακτηριστική εικόνα με αφυδάτωση, υπόταση, σχετική αναπνοή κ' απόπνοια κετόνης.
- Μυική χαλάρωση, μυική παράλυση, παραισθήσεις
- Κυκλοφορική ανεπάρκεια
- Οι διαβητικοί δείχνουν ευαισθησία σε διάφορες λοιμώξεις όπως στην φυματίωση, στην πνευμονοφρίτιδα κ' στους διοθιήνες κ' ψευδανθρακες τους δερματος.
- Οι γυναίκες εμφανίζουν αμηνόρροια ή επιπλοκές κατα την διάρκεια της κύησης.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η διάγνωση του κλινικού διαβήτη, δεν είναι δύσκολη. Αυτή θα γίνει απο την υπεργλυκαιμία κ' την σακχαουρία. Τιμές σακχάρου αίματος πάνω απο 200)100 θέτουν την διάγνωση με βεβαιότητα. Σε αμφίβολη ή λανθάνουσα μορφή η διάγνωση θα γίνει με διάφορες δοκιμασίες φόρτισης με γλυκόζη.

1. Εξέταση ούρων για σάκχαρο Είναι η πιο απλή δοκιμασία που έχει στην διάθεσή του ο διαβητικός. Η διαγνωστική αυτή μέθοδος γίνεται είτε α) με το BENEDICT'S TEST. Η δοκιμασία αυτή στηρίζεται στην ιδιότητα ορισμένων υδατανθράκων να ανάγουν ορισμένα στοιχεία χημικών ενώσεων κ' να προκαλούν αλλαγή στο χρώμα τους. Το διάλυμα BENEDICT περιέχει διαλυτό στο νερό υδροξείδιο του ασθενους χαλκού ($(OH)_2$). Εάν περιέχει γλυκόζη στα ούρα, αυτή ανάγει τον χαλκό του υδροξειδίου του χαλκού, το οποίο μετατρέπεται σε οξείδιο του υποχαλκού. Η ενδδειξη του σακχάρου των ούρων απο το χρώμα κατα την εξέταση των ούρων με την μέθοδο αυτή έχει ως εξής:

Καθαρό μπλέ..... Δεν υπάρχει σάκχαρο

Ελαφρό πράσινο..... Ιχνη σακχάρου

Πορτοκαλί Σακχαρο απο 0,50)ο εως 1,50)ο

Κεραμυδί Σάκχαρο απο 1,50)ο κ' πάνω

Κίτρινο Σάκχαρο πάνω απο 0,5 ο)ο

β) με την χρησιμοποίηση ειδικών δισκίων - CLINITEST ή ταινιών CLINISTIX, TEST TAPE οι οποίες αλλάζουν χρώμα εαν υπάρχει γλυκόζη στα ούρα.

2. Εξέταση ούρων για οξόνη Ο προσδιορισμός της οξόνης στα ούρα γίνεται με τη χρήση ειδικών δισκίων- ACETEST ή ταινιών-KETOSTIX, που αλλάζουν χρώμα όταν υπάρχει οξόνη στα ούρα.

3. Εξέταση σακχάρου αίματος Ο διαγνωστικός έλεγχος της τιμής του σακχάρου αίματος γίνεται είτε σε κατάσταση νηστείας είτε σε 2 ώρες μετα την λήψη γεύματος.

Σε κατάσταση νηστείας αυξημένες τιμές σακχάρου αίματος θέτουν σχεδόν με βεβαιότητα την διάγνωση του Σ.Δ (Φ.Τ=80-120)100). Στην δεύτερη περίπτωση παίρνεται αίμα 2 ώρες μετά την λήψη πλούσιου υδατανθρακούχου γεύματος (75-100). Τιμές πάνω απο 150)100 αίματος θάτουν την διάγνωση του διαβήτη.

4. Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (η πιο ευαίσθητη δοκιμασία)

(1) Χορηγείται στον άρρωστο πλούσια υδατανθρακούχος διατροφή (150-300 ημερησίως) για 3 ημέρες πριν απο την δοκιμασία

(2) Παίρνεται δείγμα αίματος μετα απο ολονύκτια νηστεία

(3) Χορηγούνται στον άρρωστο 50-100 γλυκόζης απο το στόμα

(4) Παίρνονται δείγματα αίματος για προσδιορισμό του σακχάρου μετά 1,2 κ'3 ώρες απο την λήψη της γλυκόζης

- ο άρρωστος πρέπει να αποφεύγει τον καφέ, κάπνισμα κ'την ασυνήθη φυσική ασκηση τουλάχιστον για 8 ώρες πριν απο την δοκιμασία

- κατα την διάρκεια της δοκιμασίας ο άρρωστος πρέπει να αποφεύγει την ασκηση , το στρες, κάπνισμα ή τη λήψη οτιδήποτε απο το στόμα εκτος απο νερό

(5) Η παρακάτω καμπύλη ανοχής γλυκόζης θεωρείται μέσα στα ανώτερα φυσιολογικά ορια:

	ΣΑΚΧΑΡΟ ΑΙΜΑΤΟΣ (mg)100 ml)	
	ΔΙΑΒΗΤΗΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ
Νηστείας	125	110
1ης ώρας	190	170
2ης ώρας	140	120
3ης ώρας	125	110

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι μεταβολές μέσα στο πάγκρεας μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα εμφανείς αλλά συνήθως υπάρχει αποκακίωση ή απώλεια των β-κυττάρων και υαλινοποίηση ή ίνωση των νησιδίων.

Υπάρχει αυξημένη προσβολή αθηροσκληρώσεως των μεγάλων αρτηριών (μακροαγγειοπάθεια) ενώ τα μικρά αγγεία εμφανίζουν πάχυνση της βασικής μεμβράνης με εναπόθεση μιας βλεννοπολυσακχαριδικής ουσίας (μικροαγγειοπάθεια).

Τα νεφρικά σπειράματα εμφανίζουν τις ίδιες αλλοιώσεις που μπορεί να είναι διάχυτες ή οζώδεις.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

Με την εκσεσημασμένη έλλειψη ινσουλίνης ή φυσιολογικά δράση της ινσουλίνης στη διάσπαση των λιπών μέσα στο λιπώδη ιστό χάνεται κ' υπάρχει μαζική απελευθέρωση λιπαρών οξέων στην κυκλοφορία. Ο μεταβολισμός τους στο ήπαρ προκαλεί την παραγωγή κετοξικού οξέος - β-υδροξυβουτυρικού οξέος κ' ακετόνης. Αυτά τα κετονικά σώματα απελευθερώνονται στην κυκλοφορία σε μεγάλα ποσά, προκαλώντας διαβητική κέτωση.

Ο διαβήτης που δεν βρίσκεται υπο καλό έλεγχο χαρακτηρίζεται όχι μόνο από αύξηση της γλυκόζης στο αίμα, αλλά επίσης από ανύψωση των επιπέδων των κετονικών σωμάτων, των τριγλυκεριδίων κ' της χοληστερόλης που μπορεί να έχουν σημασία στην πρόκληση των επιπλοκών του διαβήτη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Η θεραπεία του Σ.Δ έχει σαν στόχο την διατήρηση του ασθενούς σε καλή γενική κατάσταση κ' την αποφυγή των επιπλοκών του διαβήτη.

ΣΚΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας κ' των νοσηλευτικών μετρων που λαμβάνονται είναι οι εξής:

- ρύθμιση του μεταβολικού συνδρόμου
- η προφύλαξη του αρρώστου απο τις επιπλοκές της νόσου
- η ψυχολογική προσαρμογή για το χρόνιο νόσημα
- η αντιμετώπιση μεταβολικών συνδρόμων που παρατηρούνται στον Σ.Δ

Όταν αναφερόμαστε στην θεραπεία του Σ.Δ δεν εννοούμε βέβαια ριζική θεραπεία της νόσου. Προσπαθούμε απλά να ρυθμίσουμε την γλυκόζη του αίματος σε ικανοποιητικά επίπεδα με σκοπό να αποφύγουμε την εμφάνιση των επιπλοκών της νόσου.

ΒΑΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Εφαρμογή ειδικής δίαιτας, εξατομικευμένης, ειδικής για κάθε περίπτωση με παντελή αποφυγή της ζάχαρης κ' όλων των τροφών που περιέχουν (γλυκά, αναψυκτικά κτλ.)
- Επαναφορά του ασθενή στο "ιδανικό" βάρος κ' στην περίπτωση που είναι πάνω απο το κανονικό κ' αντιθέτως
- Σε περίπτωση που η δίαιτα δεν επαρκεί πρέπει να ανατρέξουμε σε φαρμακευτική αγωγή, ειδική κ' επαρκή για κάθε περίπτωση διαβήτη.
- Συστηματική εφαρμογή ιατρικού ελέγχου με διάφορες εξετάσεις (εξέταση ούρων,

χοληστερίνης κ.τ.λ).

-- Συστηματική εφαρμογή αυτοελέγχου, όσον αφορά το βάρος κ' την γλυκογούρτα.

-- Περιοδικός έλεγχος από ειδικούς κ' ως επί το πλείστον οφθαλμολόγους για να προληφθούν τυχόν αλλοιώσεις του αμφιβληστροειδή ή του φακού του οφθαλμού κ' καρδιολογικός έλεγχος.

-- Μεγάλη σημασία παίζει επίσης κ' η άσκηση κ' αν είναι δυνατόν, ο τρόπος ζωής πρέπει να είναι απαλλαγμένος από το στρες. Η άσκηση αποτελεί μέρος της αγωγής κατά του διαβήτη, εφόσον η μυϊκή εργασία διευκολύνει την χρήση σακχάρων.

Η πάθηση του διαβήτη δεν πρέπει να αποτελεί δικαιολογία για περιορισμό του αθλητισμού αλλά αντιθέτως θα πρέπει να γίνεται ερεθισμα για περισσότερη άθληση σπορ γενικά, σύμφωνα με τις φυσικές ικανότητες του καθενά κ' μετά από συμβουλή του γιατρού.

A. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ

Οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια δεν περιλαμβάνει το κατάλληλο διαιτητικό σχήμα από την αρχή της είναι καταδικασμένη σε αποτυχία. Η καλή διαίτα του διαβητικού εξακολουθεί να αποτελεί του θεμελιώδη παράγοντα της θεραπείας του διαβήτη. Δεν υπάρχει καθενάς λόγος να χρησιμοποιούνται ειδικές διαβητικές τροφές ή να μαγειρεύουν ιδιαίτερα στο σπίτι ή στο νοσοκομείο για το διαβητικό άτομο.

Η διαίτα προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία, το επάγγελμα κ' το βάρος σώματος του αρρώστου σε συνάρτηση με το ιδανικό του βάρος. Οι περισσότεροι από τους διαβητικούς ρυθμίζονται με διαίτα 1500-2000 θερμίδων κ' περιεκτικότητας σε υδατανθρακούς 150-200 gr κ' λίπος 50-70 gr την μέρα. Τα λευκώματα παρέμειναν από 70-100 την ημέρα.

Ο περιορισμός των θερμίδων αποτελεί τον κύριο σικοπό της θεραπείας σε παχύσαρκους ενήλικες ασθενείς. Η απώλεια βάρους επαναφέρει πολλές φορές τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης στα φυσιολογικά επίπεδα. Οι διαβητικοί δεν πρέπει να πίνουν οινόπνευμα γιατί η περιεκτικότητά του σε θερμίδες είναι υψηλή. Οι τροφές θα πρέπει να ζυγίζονται για να εξασφαλισθεί η σωστή κατανομή τους:

(1) Ο άρρωστος δεν πρέπει να παραλείπει να παίρνει τα κανονικά γευματά του κ'τα συμπληρωματικά.

(2) Ο άρρωστος θα πρέπει να ζυγίζεται τακτικά κ'να αναγράφει το βάρος του, 2 φορές την εβδομάδα. Η διαβητική δίαιτα θα πρέπει να προσαρμόζεται με τις προτιμήσεις του ασθενή κ'την οικονομική του κατάσταση κ'να δίνεται έμφαση στο τι επιτρέπεται να φάει ο άρρωστος κ'οχι στο τι απαγορεύεται.

Ο διαβητικός άρρωστος κ'οι στενοί συγγενείς του πρέπει να αποκτήσουν βασικές γνώσεις διαιτητικής. Με τις γνώσεις αυτές θα γίνει τόσο ο άρρωστος όσο κ'το περιβάλλον του ικανό για την επιλογή του κατάλληλου διαιτολογίου. Ο άρρωστος δεν πρέπει να φεύγει από το νοσοκομείο αν δεν αποκτήσει τέτοιες γνώσεις κ'ικανότητες. Γιατί κατά την ρύθμιση του διαιτολογίου του, αν οι υδατανθρακες που παίρνει είναι περισσότεροι απ'αυτους που μπορεί να χρησιμοποιήσει ή αποθηκεύσει, ασφαλώς θα πεσει σε κατάσταση υπεργλυκαιμίας.

Σήμερα κυκλοφορούν πολλές τροφές για διαβητικούς όπως γλυκά, ψωμί κτλ. Ο άρρωστος ενημερώνεται να μην κάνει ελεύθερη χρήση αυτών, αλλά μετά από εντολή ιατρού που θα καθορίσει την ποσότητα που μπορεί να πάρει.

Βέβαια ο οργανισμός του διαβητικού ακόμα κ'οταν κάνει θεραπεία με ινσουλίνη ή με υπογλυκαιμικά φάρμακα δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει άμεσα κ'γρήγορα ένα μεγάλο ποσό σακχάρου που παίρνει με την τροφή του.

Γενικές οδηγίες δίαιτας

Απαγορεύονται : όλα τα γλυκά, ζάχαρη, μέλι, μαρμελάδα, αναψυκτικά, σινοπνευματώδη ποτά. Επιτρέπονται τα αλκυια ποτά σε αραιή χρήση κ' μικρές ποσότητες.

Επιτρέπονται ελεύθερα : τσαι, χαμομήλι, καφες, COCA COLA LIGHT, αγγουρι, μαρούλι, ζαχαρίνη, χόρτα, μουστάρδα, μπαχαρικά.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Το φαγητό να παρασκευάζεται με απλό τρόπο.

Όχι τηγανιτές τροφές οχι πολύ λάδι. Όλα τα είδη λαδιου κ' λίπη δίνουν θερμίδες κ' παχαίνουν. Να τρώνε σε τακτικές ώρες.

Παράδειγμα Διαιτητικής Δίαιτας 1200 θερμίδες

		Βάρος GR	Λευκ.	Λίπη	Υδατανθρ.	Θερμίδες
08:00	π.μ	Τσάι ή καφές	-	-	-	-
		1 φέτα ψωμί	25	2,5	12,5	60
		1 κομμάτι				
		τυρί	40	10	10	-
						<u>130</u>
						190
11:00	π.μ	1 φρούτο	150	-	-	20
						80
01:30	μ.μ	1 φέτα ψωμί	25	2,5	-	12,5
						60
		1 μερίδα κρέας				
		απαχο	170	30	21	-
						333
		1 μερίδα				
		λαχανικά	200	-	-	10
						40
		2 κουτ. γλυκιού				
		λάδι	10	-	10	-
						90
		1 φρούτο	150	-	-	20
						<u>80</u>
						603
05:30	μ.μ	1)2 φρούτο	75	-	-	10
09:00	μ.μ	1 φέτα ψωμί	25	2,5	-	12,5
						60
		1 πατάτα	150	3	-	27
						120
		1 μερίδα				
		λαχανικά	200	-	-	10
						40
		1 φρούτο	150	-	-	20
						<u>80</u>
						390
		Σύνολο		56,5	41	155
						1213

B. ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ

Τα αντιδιαβητικά δισκία ενδείκνυνται σε διαβήτη υψίμης εναρξης όταν αυτός δεν ρυθμίζεται μόνο με την δίαιτα ή οι ημερήσιες ανάγκες σε ινσουλίνη είναι κάτω από 30 μονάδες.

Αντενδείκνυνται σε άτομα που έχουν εμφάνισει κέτωση. Οι άρρωστοι θα πρέπει να τοποθετούνται σ' ένα αποτελεσματικό διατητικό πρόγραμμα με έλεγχο του βάρους του σώματος πριν από την έναρξη της θεραπείας με αντιδιαβητικά δισκία.

Τα αντιδιαβητικά δισκία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- Τις σουλφονουριδίες
- Τα διγουανίδια

Αυτές οι δύο ομάδες σκευασμάτων δεν έχουν τίποτα το κοινό ούτε στον τρόπο δράσης κ' εφ'όσον στον έλεγχο της γλυκαιμίας από διαφορετικούς δρόμους. Η ανακάλυψη τους αποτέλεσε σημαντικό βήμα για την θεραπεία του διαβήτη, αν ληφθεί υπόψη ότι σήμερα πολλοί διαβητικοί ρυθμίζουν την καταστασή τους με τη βοήθεια αυτών των φαρμάκων.

Οι σουλφονουριδίες διεγείρουν το πάγκρεας για εικρίση ινσουλίνης. Δρουν κατά κανόνα μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχουν ικανά ποσά ινσουλίνης στον οργανισμό.

Τα διγουανίδια λόγω των επιπλοκών που επιφέρουν δεν χρησιμοποιούνται σήμερα. Η δράση τους δεν είναι γνωστή. Πιθανώς διευκολύνουν την είσοδο της γλυκόζης στα κύτταρα κ' ελαττώνουν την απορρόφηση της γλυκόζης από το έντερο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3. Τα κυριότερα αντιδιαβητικά σκευάσματα.

Γενικό όνομα	Εμπορικό όνομα	Έναρξη δράσης	Διάρκεια δράσης	Συνήθης δόση	Μέγιστη δόση	Παρανίργειες
I. Σουλφονυλουρίες						
1. Τολβουταμίδη	Glibase	1/2 ώρα	6-12 ώρες	100 mg ημερήσια σε δύο δόσεις	2000 mg ημερήσια	I. • Δερματικές εκδηλώσεις (ερύθρημα, κνησμός, εξάνθημα) • Γαστρευνητικές διαταραχές (ναυτία, έμετοι, γαστρικός πόνος, διάρροια)
2. Χλωροπρωμιταμίδη	Diabinese	1 ώρα	> 10 ώρες	250 mg ημερήσια	500 mg ημερήσια	• Δυσανεμία στο στήθος (πνεύμονα, το οποίο ηρεσιάζει σελαινωτικόλη που ηρεσιάζει)
3. Δακτοζαμίδη	Dymital	1/2 ώρα	12-24 ώρες ημερήσια	500 mg ημερήσια σε διακεκριμένες δόσεις	1500 mg ημερήσια	• Υπογλυκαιμία (είδος, που ηρεσιάζει μετρίως) (εάνδρες, είναι μεγαλύτερα, οπότε την λήψη προτιμάει) Δοσολογία για τις μετρίες δόσεις
4. Τολκαζαμίδη	Tolinase	4-6 ώρες	12-24 ώρες	250 mg ημερήσια	750-1000 ημερήσια	• Πιθανή βλάβη και χολοστατικός κίτρως (εάν και)
5. Γλιβεκλαμίδη	Daonil-Exglycon		< 24 ώρες	5-15 mg σε μία ή δύο δόσεις		• Δυσανεμία
II. Διγουανίδια						
1. Φανφορμίνη	Insoral-TO (κίτρινολευκό)	2 ώρες	12 ώρες	100 mg σε δύο δόσεις		• Γαστρευνητικές διαταραχές (ναυτία, έμετοι, διάρροια)
2. Μετφορμίνη	Glucophage		8-12 ώρες	1000-1500 mg σε δύο ή τρεις δόσεις		• Διόσμηση και πονοβόλις και πονοβόλις (εάνδρες, είναι τα φάρμακα με λιγότερο δραστικότητα) • Τελειωτική εξέταση από την φροντιστική και επίλυση από τη μετφορμίνη (γίνεται και επίλυση δόσεων σε ημερήσια ή αφορική συγγραφή και επίλυση δόσεων)

Γ. ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ενδείξεις ινσουλινοθεραπείας αφορούν πρωτίστως ινσουλινο-εξαρτωμένους διαβητικούς. Η ινσουλινοθεραπεία όμως δεν γίνεται μόνο στις ειδικές περιπτώσεις που υπάρχει ένδεια ινσουλίνης ή σε συγκεκριμένες καταστάσεις που μπορεί να είναι παρεμφερείς.

Η ινσουλινοθεραπεία ενδείκνυται επίσης:

- σε διαβητικό κώμα
- σε υπερωσμωτικό κώμα
- σε διαβήτη εγκυμοσύνης
- σε διαβήτη κατά την διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων μέσης ή μεγάλης βαρύτητας
- σε σημαντική εκτροπή του διαβήτη σε ενήλικες διαβητικούς, που προηγουμένως ρυθμίζονταν μόνο με διαίτα ή κ'δισκία λόγω στρες.
- σε συνήπαρξη του διαβήτη με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια

Η ινσουλινοθεραπεία δεν πρέπει ποτέ να εκπίπτει από την διαιτητική αγωγή που είναι η θεραπεία εκλογής. Πάνω από όλα πρέπει να ακολουθείται σωστή διαίτα για κάθε διαβητικό πάσχοντα κ'ακολουθώς με βάση αυτή κ'την σοβαρότητα της παθολογικής μορφής, διαλέγουμε την δόση κ'τον τύπο της ινσουλίνης.

ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Η ινσουλίνη διατίθεται σε διάλυμα που περιέχεται σε γυάλινο φιαλίδιο με διάτρητο πώμα. Κάθε φιαλίδιο περιέχει 10 διαλύματος. Τα σκευάσματα ινσουλίνης διατίθενται σε συμπυκνώσεις 40,80 και 100 μονάδων. Υπάρχει ποικιλία ινσουλινικών σκευασμάτων που διαφέρουν ως προς τον χρόνο έναρξης της δράσης του χρόνου μέγιστης δράσης κ'την διάρκεια της δράσης.

Ο άρρωστος κ'ο Νοσοκόμος θα πρέπει να γνωρίζουν τα σχετικά με την δράση της ινσουλίνης για να μπορέσουν να εκτιμήσουν την συμπεριφορά κ'τα προβλήματα του αρρώστου.

Τρεις τύποι ινσουλίνης χρησιμοποιούνται σήμερα στην θεραπεία του διαβήτη: ο βόειος, ο χοίρειος κ'ο ανθρώπιος. Οι δύο πρώτοι προέρχονται απο τα παγκρεατα των αντίστοιχων ζώων ενώ ο τρίτος παράγεται απο τον χοίρειο με την αλλαγή ενός αμινοξέως ή απο κολοβακτηρίδια στα οποία εμφυτεύεται το γονίδιο της ινσουλίνης ή προινσουλίνης.

Για την χορήγηση της ινσουλίνης χρησιμοποιούνται ειδικές σύριγγες που που φέρουν διαβαθμίσεις ανάλογα με τις μονάδες π.χ για ινσουλίνη των 40 μονάδων θα χρησιμοποιηθεί σύριγγα των 40 μονάδων.

Οι βελόνες που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι μήκους 1,2 . Επίσης οι βελόνες αριθμούνται ανάλογα με το διαμέτρημα όσο μεγαλύτερος ο αριθμός τόσο λεπτότερη η βελόνη.

Δεν χορηγείται απο το στόμα επειδή αδρανοποιείται απο την επίδραση του γαστρεντερικου υγρου. Γίνεται με την μορφή υποδόριας ενέσεως κ'μερικές φορές ενδομυϊκής. Ενδοφλεβίως χορηγούνται μόνο υδατικά διαλύματα ινσουλίνης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2. Σκευάσματα ινσουλίνης και τα φαρμακοκινητικά τους χαρακτηριστικά.

Ταξινόμηση	Τύπος ινσουλίνης	Χρόνος έναρξης δράσης	Μέγιστη δράση	Διάρκεια δράση
Ταχεία	Κρυσταλλική ινσουλίνη (Regular)	IV:αμέσως IM:5-30 λεπτά SC:30 λεπτά	15-30 λεπτά 30-60 λεπτά 1-2 ώρες	1-2 ώρες 2-4 ώρες 5-10 ώρες
	Semilente (άμορφη ψευδοαργουμίνη)	SC:1 ώρα	3-4 ώρες	10-16 ώρες
Ενδιάμεση	Globin zinc	SC:2 ώρες	6-8 ώρες	12-18 ώρες
	NPH (Neutral-Protamine-Hygedorn) ή Ισοφινική	SC:2 ώρες	8-14 ώρες	18-24 ώρες
	Lente (συνδυασμός 30% Semilente και 70% Ultralente)	SC:2 ώρες	8-14 ώρες	18-24 ώρες
Βραδεία	Πρωτοαμινοξύς Ψευδοαργουόχος (P.Z.I.)	SC:6 ώρες	16-20 ώρες	24-30 ώρες
	Ultralente	SC:6 ώρες	18-29 ώρες	30-36 ώρες
Συνδυασμοί	Regular + NPH	SC:30 λεπτά	2-10 ώρες	18-24 ώρες
	Regular + Lente	SC:1 ώρα	2-10 ώρες	18-24 ώρες
	Semilente + Lente	SC:1 ώρα	4-10 ώρες	18-24 ώρες
	Semilente + Ultralente	SC:1 ώρα	2-24 ώρες	30-36 ώρες

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Η δόση της ινσουλίνης ρυθμίζεται ανάλογα με την παρουσία ή απουσία της γλυκοζουρίας κ'τον βαθμό κ'τον χρόνο της εμφανισής της στα ούρα σε σχέση με τις ενέσεις της ινσουλίνης και τα γεύματα. Η δόση της ινσουλίνης ρυθμίζεται επίσης ανάλογα με τα επίπεδα σακχάρου του αίματος.

Σε απουσία επιπλοκών η θεραπεία μπορεί να αρχίσει με 10-20 μον.ινσουλίνης LENTE ή NPH, χορηγούμενη υποδόρια πριν απο το πρωινό γεύμα. Η δόση αυξάνεται σύμφωνα με την απόκριση του αρρώστου σε προηγούμενη δόση, μέχρις οτου η γλυκοζουρία εξαφανισθεί κ'το σάκχαρο του αίματος πριν απο κάθε γεύμα είναι φυσιολογικό. Κατα την διάρκεια της αρχικής ρύθμισης κ'οταν οι ανάγκες σε ινσουλίνη μεταβάλλονται πολύ γρήγορα, συμπληρωματικές ενέσεις κρυσταλλικής ινσουλίνης μπορεί να γίνουν πριν απο κάθε γεύμα ανάλογα με τα ευρήματα της εξέτασης των ούρων κ'της απόκρισης του αρρώστου.

Η πλειονότητα των ασθενών που θεραπεύονται με μια ενεση την ημέρα χρησιμοποιούν σκευάσματα που η ενεργειά τους διαρκεί 20-24^h. Όταν χρησιμοποιούνται 2 ενέσεις την ημέρα αυτές αποτελούνται απο ινσουλίνες μακράς διάρκειας η απο συνδυασμό μιας ταχείας κ'μιας μέσης ή μακράς διάρκειας. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται επίσης η χορήγηση 3 ή περισσότερων ενέσεων κρυσταλλικής ινσουλίνης πριν τα γεύματα, ενώ στην μια απο αυτές προστίθεται κ'ινσουλίνης μακράς διάρκειας, η οποία αντικαθιστά την βασική εκκρίση ινσουλίνης που υπάρχει στα φυσιολογικά άτομα.

Οι διαβητικοί που κάνουν μια ενεση ημερησιως έχουν το πλεονέκτημα οτι τόσο η αναρρόφηση κ'η μέτρηση της ποσότητας της ινσουλίνης στην σύριγγα, όσο κ'η ενεση γίνονται μόνο μια φορά την ημέρα. Αυτό είναι καλό για άτομο που λογω ηλικίας ή διαταραχής της όρασεως εξαρτώνται απο άλλους για την καθημερινή δόση της ινσουλίνης τους. Τα μειονεκτήματα όμως είναι οτι η ρύθμιση

του διαβήτη δεν είναι πολύ καλής ιδίως σε βαριάς μορφής διαβήτη κ'η ποσότητα της τροφής όσο κ'οι ώρες των γευμάτων πρέπει να είναι κατα το δυνατόν καθορισμένες.

Οι δυο ενέσεις την ημέρα επιτυγχάνουν καλύτερη ρύθμιση απο την μια αλλά κ'άλι δεν είναι πολύ ικανοποιητική. Ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας είναι μεγαλύτερος απο την μια ενεση.

Οι πολλαπλές ενεσεις ημερησίως έχουν το πλεονέκτημα οτι μιμούνται την φυσιολογική εκκριση της ινσουλίνης του οργανισμού κ'ετσι η ρυθμιση του διαβήτη είναι η δυνατόν ιδανικότερη. Υπάρχει η δυνατότητα μεταβολής της ώρας των ενέσεων ακόμη κ'παράλειψη μιας δόσης εφ'οσον ο ασθενής δεν πάρει κάποιο απο τα γεύματα. Η δόση της ινσουλίνης δεν είναι σταθερή αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με την ποσότητα του ακολουθούμενου γεύματος. Αυτό παρέχει την δυνατότητα του ασθενή να έχει δίαιτα περισσότερο ελεύθερη. Υπάρχει όμως αυξημενος κίνδυνος υπογλυκαιμίας γι' αυτο κ'οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούν συχνά το σάκχαρο του αίματος τους, συνήθως με συσκευή αυτοματης μέτρησης.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΙΑΣ ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ: οι δόσεις ινσουλίνης που χορηγούνται είναι ανεπαρκείς ή υπάρχει αντίδραση του ατόμου στην ινσουλίνη με σχηματισμό αντισωμάτων δίπλα της.

ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ : Η υπογλυκαιμία αποτελεί πολύ συχνό πρόβλημα κατά την θεραπεία των διαβητικών παρατηρείται συνήθως σε εκείνους τους αρρώστους που θεραπεύονται με ινσουλίνη, αλλά κ'σε άλλους που παίρνουν σουλφονουλιδίες.

Ιδιαίτερα συχνή είναι στους ασταθείς διαβητικούς κ'ιδιαίτερα όταν ο διαβήτης έχει μακρόχρονο ιστορικό. Η κατηγορία αυτή των αρρώστων περιλαμβάνει άτομα που παρουσιάζουν την νεανική μορφή του διαβήτη.

-- Η υπογλυκαιμική αντίδραση παρατηρείται όταν για οποιαδήποτε αίτια το σάκχαρο του αίματος πέφτει κάτω από 50)100 αίματος.

-- Η υπογλυκαιμία εμφανίζεται όταν χορηγηθεί υπερβολική δόση ινσουλίνης όταν παραληφθεί γεύμα ή όταν ο διαβητικός υποβληθεί σε μια έντονη σωματική δραστηριότητα. Άτομα που παίρνουν β-αδρενεργικούς αναστολείς είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην υπογλυκαιμία γιατί οι ουσίες αυτές αναστέλλουν την γλυκογονόλυση στο ήπαρ.

-- Ο πιθανότερος χρόνος εμφάνισης της υπογλυκαιμίας είναι κατά την ώρα της μέγιστης δράσης ινσουλίνης.

Η υπογλυκαιμία εκδηλώνεται με τα παρακάτω σημεία κ'συμπτώματα:

- Νευρικότητα, αίσθημα αδυναμίας, εφίδρωση κ'τρόμος
- Λιποθυμία αίσθημα πείνας στο επιγάστριο
- Κεφαλαλγία, μούδιασμα γλώσσας κ'χειλιών
- Ταχυπαλμία
- Διανοητική σύγχυση ή εγκεντρική συμπεριφορά μεταβολές στην διάθεση
- Διπλωπία, ασταθές βάδισμα
- Ωχρότητα , αίσθημα ψύχους

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ

Η υπογλυκαιμία αντιμετωπίζεται:

- (α) χορήγηση γλυκόζης απο το στόμα αν ο άρρωστος έχει την συνείδηση του - χυμό πορτοκαλιού, γλυκά, ζάχαρη διαλυμένη σε λίγο νερό (συνήθως είναι αρκετά 2 ή 3 κουταλάκια του γλυκού).
- (β) χορήγηση 1 γλυκαγόνης (υποδορίως ή ενδομυϊκώς) εαν ο άρρωστος δεν μπορεί να πάρει τίποτε απο το στόμα. Προκαλεί γλυκογονόλυση στο ήπαρ, με αποτέλεσμα την αύξηση του σακχάρου του αίματος. Η δόση επαναλαμβάνεται μετά απο 10-15 εαν δεν υπάρχει απόκριση.
- (γ) χορήγηση χυμου πορτοκαλιού μόλις ο άρρωστος ανακτήσει την συνείδηση του το επίπεδο του σακχάρου του αίματος μπορεί να πέσει γρήγορα μετά την παροδική αύξηση που προκλήθηκε απο την γλυκαγόνη.
- (δ) Εαν ο άρρωστος είναι σε κώμα:
 - χορηγούνται ενδοφλέβια 50 διαλύματος 50ο)ο γλυκόζης για την ταχεία επαναφορά του σακχάρου του αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα
 - συνεχίζεται η χορήγηση διαλύματος 5-10ο)ο D)W ενδοφλέβια
 - χορηγείται μανιτόλη, για την καταπολέμηση του εγκεφαλικού οιδήματος, σαν χρειάζεται - η εγκεφαλική λειτουργία περιβλάπτεται όταν ο άρρωστος έχει χαμηλό σάκχαρο αίματος
- (ε) Μετα την χορήγηση εναπορρόφητων υδατανθράκων χορηγούνται τροφές με λεύκιμα κ'λίπη
- (στ) Η ενεση ινσουλίνης να γίνεται πάντα την ίδια ώρα.
Τα γεύματα να γίνονται πάντα σε συγκεκριμένη ώρα κ'αν χρησιμοποιείται ινσουλίνη βραδείας απορρόφησης να γίνονται μικρά γεύματα ενδιάμεσα απο την 16η μ.μ μέχρι την 22α-23η μ.μ

Για την ορθη διάγνωση ατόμου που βρέθηκε σε κατάσταση κώματος, βοηθεί η ταυτότητα του διαβητικού που πρέπει να φέρει μαζί του.

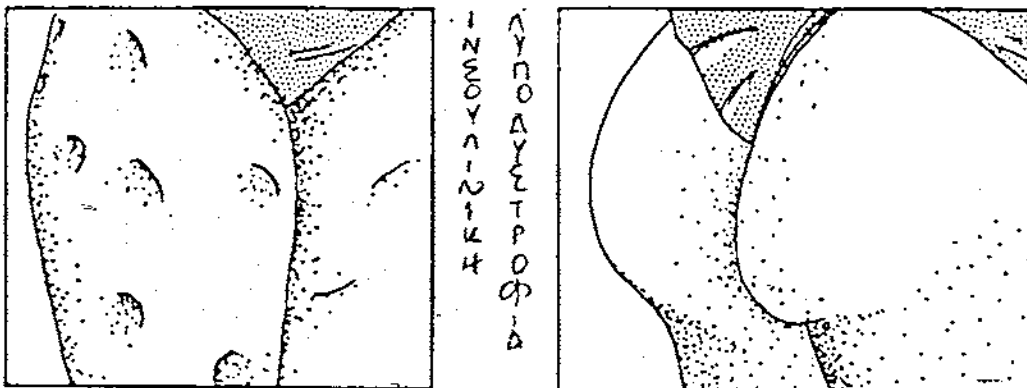
ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ:

- Είναι σπάνια, συχνότερα εμφανίζεται σε χορήγηση ινσουλίνης με λεύκωμα (NPH), GLOBIN-INSULIN, PCI)
- Συνηθέστερη μορφή είναι το κνησμώδες εξάνθημα κ' πολύ σπάνια το αναφυλακτικό SHOCK
- Στις περισσότερες περιπτώσεις ήπιων αλλεργικών αντιδράσεων αρκεί απλώς η αλλαγή ινσουλίνης
- Η αντίδραση μπορεί να είναι άμεση (μέσα σε μια ώρα ή καθυστερημένη (μέσα σε 6 - 24 ώρες).
- Οι αντιδράσεις αυτές συνήθως εμφανίζονται στα αρχικά στάδια της θεραπείας κ' δεν διαρκούν περισσότερο από λίγες εβδομάδες

ΙΝΣΟΥΛΙΝΙΚΗ ΛΙΠΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑ

Η πιο σοβαρή κ' μεγάλης διάδοχας δερματική αντίδραση είναι η ινσουλινική λιποδυστροφία.

Χαρακτηρίζεται από ατροφία ή υπερτροφία του δέρματος κ' του υποδόριου ιστού στην περιοχή των ενεσεών.



Η ατροφία είναι πιο συχνή στα παιδιά κ' στις ενήλικες γυναίκες και συνήθως δημιουργείται μέσα στους πρώτους εξι μήνες.

Η υπερτροφία κ' η ατροφία μπορεί να εμφανιστούν στον ίδιο άρρωστο, ειδικά στους νεανικούς τύπους διαβήτη. Αποτελεί πρόβλημα αισθητικό αλλά ακόμη δημιουργεί το ενδεχόμενο μη απορρόφησης της ινσουλίνης, όταν οι ενέσεις γίνονται σε λιποδυστροφική περιοχή. Συστήνεται συχνή αλλαγή της περιοχής των ενέσεων κ' η μη ενεση ινσουλίνης στη λιποδυστροφική περιοχή πριν από δυο μήνες. Στους αρρώστους με λιποδυστροφία ενδείκνυνται η ουδέτερη ινσουλίνη (με ουδέτερο pH).

ΙΝΣΟΥΛΙΝΙΚΟ ΘΙΣΙΜΑ

Χαρακτηρίζεται από γενικευμένη κατακράτηση νερού. Συνήθως εμφανίζεται σε απότομη αποκατάσταση της διαβητικής ρύθμισης σε αρρώστους μη ρυθμισμένο διαβήτη για κάποιο χρόνο.

ΕΙΔΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ

Παρακαλώ προσέξτε: Είμαι διαβητικός, χρησιμοποιώ ινσουλίνη και πέφτω σε υπογλυκαιμικό κώμα. Αν με βρείτε σε κατάσταση αφασίας ΧΟΡΗΓΕΙΣΤΕ ΜΟΥ ΖΑΧΑΡΗ ΣΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΜΟΡΦΗ (Χυμού φρούτου, καραμέλλας κ.λ.π.) ΑΜΕΣΩΣ και ειδοποιείστε γιατρό.

Όνοματεπώνυμο.....
Διεύθυνση.....Αρ. Τηλ.....
Ο γιατρός μου είναι.....Αρ. Τηλ.....
Διεύθυνση.....

ΓΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΘΕ ΓΙΑΤΡΟΥ

Το ημερήσιο διαιτολόγιο είναι:

..... γρ. υδατάνθρακες
..... γρ. λευκώματα
..... γρ. λίπος

Η ημερήσια δόση ινσουλίνης είναι:

ΠΡΩΙ	ΜΕΣΗΜΕΡΙ	ΑΠΟΓΕΥΜΑ
..... IU..... IU IU Λευκωματούν
..... IU..... IU IU Κρυσταλλί

Δ. ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η άσκηση μαζί με την δίαιτα κ' την ινσουλίνη αποτελεί το τρίτο βασικό στοιχείο της θεραπείας του διαβήτη. Η άσκηση προάγει τον μεταβολισμό κ' την χρησιμοποίηση των υδατανθράκων με αποτέλεσμα την μείωση των αναγκών του οργανισμού σε ινσουλίνη.

Η άσκηση επιτείνει τα αποτελέσματα της ινσουλίνης κ' βοηθά στην ρύθμιση του σακχάρου του αίματος. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να επιδίδεται σε καθημερινή άσκηση. Το είδος, η συχνότητα κ' η διάρκεια της άσκησης καθορίζονται από τον γιατρό σε κάθε ατομική περίπτωση.

Κατά την άσκηση πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια για την αποφυγή τυχόν αναπάντεχης υπογλυκαιμίας, ιδίως για διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη.

Αυτό επιτυγχάνεται με την αύξηση του ποσού των υδατανθράκων της δίαιτας ή με την ελάττωση της δόσης της ινσουλίνης.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Δεν υπάρχει σήμερα καμια πληροφορία ότι ο σακχαρώδης διαβήτης θεραπεύεται όμως ο διαβητικός μπορεί να ρυθμίσει την αρρώστεια του με την κατάλληλη δίαιτα κ' την ινσουλίνη.

Τα δυο αυτά μέτρα, με τα θεραπευτικά μέτρα που περιγράφηκαν πιο πάνω για την βελτίωση της γενικής κατάστασης του ατόμου, δίνουν στον διαβητικό μεταβολική κατάσταση τέτοια που ουσιαστικά είναι φυσιολογική.

Αν η θεραπεία αρχίσει εγκαίρως, πριν να εμφανισθεί αλλοίωση του αγγείου κ' την ακολουθήσει ο άρρωστος με επιτυχία, τότε η ζωή του δεν διατρέχει κίνδυνο.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Παραμένει αγνώστο αν οι επιπλοκές του διαβήτη είναι αποτέλεσμα της ενδεδειγμένης ινσουλίνης ή οφείλονται σε ανεξάρτητη μεν αλλά συμβαδίζουσα αιτία. Το γεγονός όμως ότι η συχνότητα των επιπλοκών είναι συνάρτηση της διάρκειας του διαβήτη θεωρείται ως πρώτη εκδοχή.

Γι' αυτό σήμερα είναι ευρύτατα αποδεκτό ότι οι επιπλοκές οφείλονται σε μεταβολικές διαταραχές που συμβαίνουν σαν μέρος της πάθησης.

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι:

α. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΣΕΩΣΗ - ΚΩΜΑ

Η διαβητική κετοξέωση παριστά το προχωρημένο στάδιο της μεταβολικής διαταραχής του διαβητικού. Η κατάσταση αυτή προκαλείται εξαιτίας της σχετικής ή πλήρους έλλειψης ινσουλίνης κ' οδηγεί σε απορρύθμιση του μεταβολισμού των υδατανθράκων των λιπών κ' των λευκωμάτων αφυδάτωση κ' ηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο (απώλεια Na^+ , K^+ , Cl^- κ' διττανθρακικών).

Λόγω της ινσουλίνης ανεπάρκειας μειώνεται η χρησιμοποίηση των υδατανθράκων από τους ιστούς κ' αυξάνεται η γλυκονεογένεση στο ήπαρ με αποτέλεσμα την αύξηση της γλυκόζης του αίματος. Η υπεργλυκαιμία προκαλεί μια αλυσίδα διαταραχών που απολήγουν σε αφυδάτωση του αρρώστου κ' ηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο αντικειμενικός σκοπός της παρέμβασης στη διαβητική κετοξέωση είναι

α) η αποκατάσταση της φυσιολογικής χρησιμοποίησης των υδατανθράκων, των λευκωμάτων κ' των λιπών κ' β) η διόρθωση της αφυδάτωσης κ' των ηλεκτρολυτικών κ' οξεοβασικών διαταραχών.

- α) Πρέπει να γίνει άμεση εισαγωγή σε Νοσοκομείο
- β) Άμεση εξασφάλιση δειγμάτων αίματος και ούρων
- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα σε κωματώδη αρρώστου για την λήψη δείγματος ούρων. Αποστολή δειγμάτων ούρων προ εξέταση σακχάρου κ' κετονικών σωμάτων
 - Λήψη αίματος για μέτρηση σακχάρου, ηλεκτρολυτών κ' άλλων
- γ) Διόρθωση της υπογλυκαιμίας με ενδοφλέβια χορήγηση ισότονου διαλύματος
- Πρέπει να μετρούνται κ' να σημειώνονται τα υγρά που λαμβάνονται.
- δ) Ταυτόχρονη χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης. Ένα αποτελεσματικό σχήμα για τους ενήλικες αρχίζει με την δόση 100 μονάδων ινσουλίνης ενδομυϊκώς.
- Ενδοφλεβίως (100 μονάδες αρχικώς) η ινσουλίνη χορηγείται σε βαρύτερες μορφές. Η ενεση ινσουλίνης επαναλαμβάνεται μετά 2 ωρών, κατόπιν εξέτασης αίματος για γλυκόζη .

Συγχρόνως η ποσότητα των κετονικών σωμάτων στο αίμα παρακολουθείται αδρά με το ΚΕΤΟΣΤΙΧ. Εάν η υπεργλυκαιμία δεν υποχωρεί, η δόση της ινσουλίνης αυξάνεται. Η εξέταση του αίματος γίνεται ανα 2 ώρες και ανάλογα χορηγείται η πρόεπουσα ποσότητα διαλυτης ινσουλίνης.

(1) Αυξάνεται η δραστηκή ωσμωτική πίεση του εξωκυττάριου υγρού με αποτέλεσμα έξοδο νερού απο τα κύτταρα κ' ενδοκυττάρια αφυδάτωση.

(2) Αυξάνεται το ποσό της διηθουμένης δια των σπειραμάτων γλυκόζης, όταν δε η τιμή στο διήθημα ξεπεράσει την μέγιστη επανοροφητική ικανότητα των ουροφόρων σωληναρίων, αποβάλλεται με τα ούρα.

Η μεγάλη αυτή ωσμωτική διούρηση οδηγεί σιγά - σιγά στο κύμα.

Τα κυριώτερα αίτια της διαβητικής κετόξεωσης είναι:

- αδικαιολόγητη μείωση ή διακοπή της ινσουλίνης
- λοιμώξεις (του αναπνευστικού, του ουροποιητικού, του γαστρεντερικού κ' του δέρματος).

- Εγκυμοσύνη κ' συγγινησιακό στρες

Συχνά όμως το αίτιο της διαβητικής κετοξέωσης είναι αγνώστα. Τα συνοδά σημεία κ' συμπτώματα της Δ.Κ είναι:

- Πολυουρία, πολυδιψία, νυκτουρία

- Κεφαλαλγία, ανησυχία, αδυναμία, κόπωση, κακουχία

- Απώλεια όρεξης, γαστρική διαταχή, ναυτία, εμετος κ' κοιλιακοί πόνοι

- Αφυδάτωση, ταχυκαρδία, αναπνοή KUSSMAULL (βαθιές αλλά χωρίς προσπάθεια αναπνευστικές κυήσεις, σύμπτωμα ειδηλής οξέωσης)

- Απόπνοια οξονης - πτώση Α.Π. - μείωση διούρησης

- Ευαισθησία στην ανω κοιλία κ' σύσπαση των τοιχωμάτων της κατά την ψηλάφηση

- Λήθαργος , κώμα

ε) Συχνοί προσδιορισμοί σακχάρου κετονικών σωμάτων, διττανθρακικών κ' καλλίου πλάσματος.

στ) Ετοιμασία για ρινογαστρική διασωλήνωση κ' αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου - για ανακούφιση του αρρώστου απο τους εμέτους ή τη γαστρική διάταση.

ζ) Χορήγηση O₂ με μάσκα ή με καθετήρα.

η) Λήψη σειράς Η.Υ.Γ για την εγκαίρη διαπίστωση της υποκαλιαιμίας.

θ) Συχνή παρακολούθηση και καταγραφή της Α.Π του επιπέδου της συνείδησης, των προσλαμβανομένων ή αποβαλλομένων υγρών του σακχάρου του αιματος, των ηλεκτρολυτών κ' του ΡΗ. Η παρακολούθηση των παραπάνω παραμετρων θεωρείται απαραίτητη γιατί η διαβητική κετοξέωση μπορεί να επιπλανει με θρόμβωση, λοίμωξη, εισρόφηση, υπεροδάτωση, υπογλυκαιμία υποκαλιαιμία κ' εγκεφαλικό οίδημα.

ι) Επαγρύπνηση για εμφάνιση επιπλοκών εξαιτίας της θεραπείας που διαπιστώνονται απο την απότομη ελάττωση του επιπέδου συνείδησης. Η ταχεία μείωση του σακχάρου του αιματος μπορεί να προκαλέσει εισοδο υγρου μέσα στα εγκεφαλικά κύτταρα. Η κατάσταση αυτή είναι θανατηφόρα κ' χαρακτηρίζεται απο απότομη εμφάνιση

κώματος μετα την μερική διόρθωση των μεταβολικών διαταραχών κ' την προσωρινή βελτίωση της κλινικής κατάστασης του αρρώστου.

β. ΛΟΙΜΩΞΗ

Οι διαβητικοί παρουσιάζουν αυξημένη επιρρέπεια στις λοιμώξεις. Οι λοιμώξεις αυξάνουν τις ανάγκες του οργανισμού για ινσουλίνη κ' είναι επικίνδυνες για τους παρακάτω λόγους:

- Η αντίσταση στη λοίμωξη μειώνεται εξαιτίας της υπεργλυκαιμίας
- Ο διαβήτης προσωρινά γίνεται βαρύτερος
- Η ινσουλινική ανεπάρκεια ελαττώνει την ικανότητα των κοκκιοκυττάρων να εκτελέσουν ορισμένες ζωτικές τους λειτουργίες
- Η ικανότητα του οργανισμού για παραγωγή αντισωμάτων μειώνεται
- Συμβάλει στην επέλευση της διαβητικής κετοξέωσης

Οι διαβητικοί είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στις λοιμώξεις του ουροποιητικού κ' αναπνευστικού συστήματος καθώς κ' του δέρματος.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Εγκαιρη έναρξη κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας
- Αύξηση της δόσης της ινσουλίνης λόγω υπεργλυκαιμίας
- Συχνή εξέταση ούρων για σακχαρο κ' οξύνη κ' συχνοί προσδιορισμοί του σακχάρου του αιματος
- Χορήγηση απλής δίαιτας
- Καλλιέργειες, για τον καθορισμό του κατάλληλου αντιβιοτικού

γ. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Οφείλεται σε μικροαγγειοπάθεια του αμφιβληστροειδούς. Η πιο πρόωπη εκδήλωση της αγγειακής βλάβης είναι πράγματι η αμφιβληστροειδίτιδα, την οποία ακολουθεί η νεφρική βλάβη. Η αμφιβληστροειδοπάθεια προκαλεί αιμορραγίες κ'εξιδρώματα στον βυθό κ'τελικά ενώδη αμφιβληστροειδίτιδα με δυνατή την απώλεια της όρασης.

Απο διαβητικούς με διαβήτη χρονολογούμενο πάνω απο 10 χρόνια, οι μισοί τουλάχιστον θα παρουσιάσουν κάποια ενδειξη αμφιβληστροειδοπάθειας. Δυστυχώς, βέβαιη θεραπεία δεν υπάρχει ο αυστηρός όμως έλεγχος του σακχαρου του αίματος η κατάλληλη δίαιτα κ'οι συχνές οφθαλμολογικές εξετάσεις μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα ανάπτυξης της αμφιβληστροειδοπάθειας ή τουλάχιστον να δώσουν μια ευκαιρία για αντιμετώπιση της νόσου προτου προκληθει τύφλωση.

Το μεγαλύτερο βήμα στην θεραπεία έγινε με την φωτοπηξία με LASER.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

(α) Έτοιμασία του αρρώστου για εφαρμογή της θεραπείας που πρόκειται να του γίνει :

- i. - Με ενημέρωση του για το είδος της θεραπείας κ'διαβεβαίωση του οτι ολη η διαδικασία προκαλεί ελάχιστο πόνο
 - Ο άρρωστος μπορεί να αισθανθεί ελαφρά ενόχληση, οταν τοποθετηθεί ο φακός επαφής στο μάτι του
 - Κεφαλαλγία ενδεχεται να εμφανισθεί μετα την θεραπεία
 - Παρότρυνση του αρρώστου να παίρνει ασπιρίνη για ανακούφιση απο την κεφαλαλγία
- ii. Με ενημέρωση του για τις τυχόν παρενέργειες της θεραπείας που είναι : περιορισμός των περιφερικών οπτικών πεδίων κ'προσωρινή μείωση της κεντρικής όρασης κ'επιδείνωση νυχτερινής όρασης

ιιι. Με υποστήριξη κατά την διάρκεια της αγγειογραφίας, που προηγείται της θεραπείας με LASER

(β) Διδασκαλία του αρρώστου για το τι πρέπει να προσέχει μετά την θεραπεία με LASER

ι. Να αποφεύγει το στρες κ' την ενταση

ιι. Να μην σηκώνει βάρος

ιιι. Να κοιμάται σε 2 μαξιλάρια ή να είναι ανυψωμένο το πάνω μέρος του κρεβατιού του

ιιι. Να προλαβαίνει το εντονο φτάρνισμα, του βήχα ή τον εμετο κ' να τα καταστέλλει γιατί αυξάνεται η ενδοφθάλμια πίεση

ν. Να είναι ήρεμος, όσο είναι δυνατόν

δ: Διαβητικός καταρράκτης

Ο διαβητικός καταρράκτης είναι ομοιος με τον καταρράκτη που συμβαίνει σε μη διαβητικά άτομα.

ε. Διαβητική νεφροπάθεια

Οφείλεται σε μικροαγγειοπάθεια των νεφρών, η οποία οδηγεί σε εμφάνιση λευκώματουρας κ' προϊούσα επιπωση της νεφρικής λειτουργίας μέχρι νεφρικής ανεπάρκειας.

Χαρακτηριστική είναι η σπειραματοσκλήρυνση της οποίας διακρίνουμε την διάχυτη κ' την οζώδη μορφή. Κλινικά χαρακτηρίζεται απο νεφρωσικό σύνδρομο, οιδημα νεφρική ανεπάρκεια κ' αρτηριακή υπέρταση. Σχεδόν πάντα προηγείται διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Οι διαβητικοί επίσης εμφανίζουν μερικές φορές σπειραματονεφρίτιδα εξφδρωματικού τύπου κ' συχνά πυελονεφρίτιδα.

στ. Διαβητική νεφροπάθεια

Συχνή είναι η περιφερική νευροπάθεια που χαρακτηρίζεται απο πρωτοπαθή διαταραχή των κυττάρων των περιφερικών νεύρων.

ζ. Δερματοπάθεια

Λοιμώξεις δέρματος όπως δοθιηνώσεις, ψευδανθρακες κ.α. Όταν το σακχαρο του αίματος ξεπεράσει τα 200)100 η γλυκόζη παρουσιάζεται στον ιδρώτα κ'αυτο ευνοεί τις λοιμώξεις του δέρματος.

η. Διαβητική αγγειοπάθεια

Ο σακχαρώδης διαβήτης συνοδεύεται απο εκτεταμένη αγγειοπάθεια των μεγάλων κ'μικρών αγγείων. Αρτηρίες, αρτηρίδια κ'τριχοειδή προσβάλλονται απο την νόσο. Απόφραξη μεγάλου αγγείου απο αθήρωμα ή μικρού αγγείου απο ενδοαρτηρίτιδα προκαλεί ισχαιμία του εγκεφάλου του μυοκαρδίου ή των κάτω ακρων:

ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Η αρτηριοσκλήρωση σε διαβητικούς αρρώστους είναι πρόιμη εξελίσσεται γρηγορότερα κ'είναι βαρύτερης μορφής σε σύγκριση με το μη διαβητικό αρρωστο. Μπορεί να εξελιχθεί σε τέτοιο σημείο ώστε να δημιουργηθεί γάγγραινα των ακρων. Ο "διαβητικός πους" (αποτέλεσμα της αποφρακτικής αρτηριοπάθειας της μικροαγγειοπάθειας της διαβητικής νευροπάθειας κ'τοπικής λοίμωξης) χαρακτηρίζεται αρχικά με ψυχρους ακρους πόδες, ατροφία δέρματος, κακή ανάπτυξη νυχιών που εξελίσσεται σαν γάγγραινα των δακτύλων κ'του περιφερικου άκρου ποδιου. Για την προφύλαξη των ακρων ποδιων απο την γάγγραινα, θεωρείται σκόπιμη η φροντίδα τους με κάθε επιμέλεια. Εχει μεγάλη σπουδαιότητα η διατήρηση του δέρματος καθαρου ζεστου κ'ελευθερου απο τους ερεθισμους. Το δέρμα του διαβητικου που δεν ρυθμίστηκε είναι στεγνό κ'σκληρό υπόκειται σε κατακλίσεις ή γαγγραινώδη ελκη κ' ο άρρωστος έχει αίσθημα κνησμου.

Γι'αυτό το λόγο οι διαβητικοι ασθενεις θα πρέπει να:

-- Αποφεύγουν κάθε τι που επιβαρύνει την κυκλοφορία του αίματος (καλτσόδετες, άπο την τοποθέτηση του ενός ποδιού πάνω στο άλλο κ.ά).

Η κυκλοφορία του αίματος ενισχύεται με καθημερινή άσκηση.

-- Χρησιμοποιούν καθαρές κάλτσες, όχι απο ναυλον γιατί δεν απορροφούν τον ιδρώτα.

-- Πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τους τρόπους αποφυγής λύσεως της συνεχείας του δέρματος (τρόπος κοπής νυχιών).

-- Πρέπει να φορούν τις κατάλληλες κάλτσες ή υποδήματα για την αποφυγή κάλων κ' φλυκταινών .

Συνιστάται :

-- καθημερινό πλύσιμο των ποδιών

-- επάλειψη του δέρματος με κρέμα για να διατηρηθεί αυτό μαλακό

-- τοποθέτηση τεμαγίων γάζας ανάμεσα στα δάκτυλα για αποφυγή τριβής

-- να μην κυκλοφορεί με τα πόδια γυμνά

-- αν είναι κρύα τα πόδια τους να μην θερμαίνονται με θερμοφόρα αλλά με την χρήση χοντρών καλτσών ή με κουβέρτες

-- σε περίπτωση τραυματισμού ποδιών συμβουλευατε τον αρρωστο να καταφεύγει στον γιατρό.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι εαν ο άρρωστος βρίσκεται ακόμη στο νοσοκομείο κ' κάτω απο την αμεση φροντίδα της να αξιολογήσει τη σπουδαιότητα της υγιεινής φροντίδας του δέρματος να την καταλάβει κ' να πάρει μέρος σ' αυτήν, έτσι ώστε να την τηρήσει με επιτυχία μετά απο την εξοδο του απο το νοσοκομείο.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΟΥΝ ΤΟΝ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

<u>ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ</u>	<u>ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΜΕΤΩΡΙΣΗ</u>
Λοιμώξεις	Υπεργλυκαιμία	Αύξηση της δόσης των αντιδιαβητικών δισκίων ή της ινσουλίνης.
Χειρουργική επέμβαση	Ασταθής γλυκαιμία	Ινσουλίνη
Εγκυμοσύνη τοκετός	Ασταθής γλυκαιμία υπεργλυκαιμία	Ινσουλίνη
Αύξηση σωματικού βάρους	Υπεργλυκαιμία	Υποθερμιδική δίαιτα
Μεγάλο STRESS	Υπεργλυκαιμία	Αύξηση δόση Α)Δ δισκίων
Νηστεία	Υπογλυκαιμία	Μείωση Α)Δ δισκίων
Εντονη σωματική άσκηση	Υπογλυκαιμία	Μείωση της δόσης Α)Δ δισκίων. Αύξηση των υδατανθράκων στη δίαιτα.
Ελλειψη εκπαίδευσης διαβητικών	Αστάθεια γλυκαιμίας	Εκπαίδευση του ασθενή
Αλλαγή της δοσολογίας	Υπεργλυκαιμία	Εκπαίδευση του ασθενή. Προσαρμογή της δοσολογίας.
Αντιδραστική υπερσουλίνη υπερσουλίνη στη θεραπεία με Α)Δ φάρμακα	Υπογλυκαιμία	Μείωση της δοσολογίας των Α)Δ φαρμάκων ή αλλαγή προς λιγότερο δραστικό σκεύασμα. Καλύτερη κατανομή των γευμάτων στο 24ωρο.

ΔΙΑΒΗΤΗΣ Κ' ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Στην εγκυμοσύνη όλοι συμφωνούν ότι πρέπει να γίνεται αυστηρός έλεγχος του διαβήτη για την μείωση της εμβρυϊκής κ' νεογνικής θνησιμότητας.

Μετά απο εισαγωγή στην κλινική και με επιστάμενο έλεγχο της εγκυμοσύνης, η θνησιμότητα έχει περιορισθεί σ' ένα μέσο όρο του 10%)ο. Ένα ποσοστό των περιπτώσεων θνησιμότητας οφείλεται σε εμβρυακές διαμαρτίες.

Η εγκυμοσύνη έχει διαβητογενεσία και μπορεί επομένως να φέρει στην επιφάνεια ένα λανθάνοντα διαβήτη.

Αυτό οφείλεται:

- Αύξηση των στεροειδών (οιστρογόνα, προγεστερόνη) τα οποία ελαττώνουν την ευαισθησία των περιφερειακών κυττάρων προς την ινσουλίνη.
- Στο γαλακτικό οξύ του πλακούντα που μειώνει την ανοχή στο σάκχαρο.
- Στην παραγωγή ινσουλινάσης απο τον πλακούντα.

Κατα την κύηση οι ανάγκες σε ινσουλίνη αυξάνουν. Οι περισσότερες εγκυες ρυθμίζονται με δυο δόσεις διαλυτής ινσουλίνης. Σημαντική αύξηση βάρους πρέπει να αποφεύγεται για αποφυγή τοξιναιμίας. Κατα την 32η εβδομάδα της κύησης η εγκυος εισάγεται σε νοσοκομείο για ακομη καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη. Προτιμάται καισαρική τομή κατα την 36η-37η εβδομάδα. Η καισαρική ενδείκνυται λόγω του μεγάλου συνήθως βάρους του εμβρύου.

ΔΙΑΒΗΤΗΣ Κ' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Πολλοί είναι οι διαβητικοί που έχουν ανάγκη χειρουργικής επέμβασης. Οι επεμβάσεις αυτές γίνονται είτε για επιπλοκές του διαβήτη (γάγγραινα του κάτω ακρού, σηπτική φλεγμονή) είτε για καταστάσεις ασχεταις με τον διαβήτη (χολοκυστοπάθεια, πυλωρική στένωση, ελκος δωδ)λου, υπερτροφία προστάτου). Πολύ συχνές στους διαβητικούς είναι οι επείγουσες επεμβάσεις, προφανώς λόγω της μεγαλύτερης ευαισθησίας τους στις λοιμώξεις. Η συνηθέστερη απ' αυτές είναι η σκωληκοειδεκτομή.

Σήμερα, είναι γενικά παραδεκτό ότι οι καλά ρυθμισμένοι διαβητικοί αρρ-ρωστοι δεν εμφανίζουν αυξημένο εγχειρητικό ή μετεγχειρητικό κίνδυνο. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η παρουσία διαβητικής οξέωσης η οποία επιβάλλει αναβολη της εγχείρησης για λίγες ώρες, χωρίς να ισχύει πάντοτε αυτό.

Ο διαβητικός θα πρέπει να παρακολουθείται πολύ στενά κατά την διάρκεια της επέμβασης λόγω της γενικευμένης αγγειακής νόσου, της διαβητικής νεφροπάθειας, της μειωμένης αντίστασης στην λοίμωξη κ' των μεταβαλλομενων αναγκών σε ινσουλίνη που οφείλονται στο στρες κ' στη λοίμωξη.

1. Το χειρουργικό στρες ενδέχεται να αυξήσει την υπεργλυκαιμία λόγω αύξησης της απελευθέρωσης της επινεφρίνης κ' την γλυκορτικοειδή.
2. Η λοίμωξη μπορεί να αναταγωνισθεί την ινσουλίνη.
3. Η διαβητική κετοξέωση ενδέχεται να διεγείρει μια οξεία χειρουργική κοιλία.
4. Το μεταβολικό στρες της αναισθησίας επίσης εντείνει τα προβλήματα της υπεργλυκαιμίας κ' της κέτωσης.
5. Το χειρουργικό τραύμα προκαλεί παραπερα μεταβολική απορρύθμιση, ανάλογα με τον βαθμό κ' την διάρκεια της επεμβασης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ

Ο ρόλος κ' οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στον ενήλικο διαβητικό δεν είναι κ' πολύ διαφορετικός απ' ότι στους διαβητικούς άλλης ηλικίας. Δηλαδή η διεργασία της νοσηλευτικής αξιολογήσεως του, η εξακρίβωση των νοσηλευτικών του προβλημάτων κ' αναγκών, ο προγραμματισμός κ' η εφαρμογή σχεδίου παροχής εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στις φάσεις της πορείας της νόσου κ' της προετοιμασίας του να ζήσει μ' αυτή δεν παρουσιάζει διαφορές. Γίνονται όμως απαραίτητες προσαρμογές στις ανάγκες του ενήλικου, που επηρεάζονται από την ηλικία, την ιδιοσυγκρασία του ατόμου, την φύση της εργασίας του κ' άλλους παράγοντες.

Στην συνέχεια θα παρουσιασθούν μερικά από τα προβλήματα ή ερωτηματικά του ενήλικου διαβητικού αλλά κ' του άμεσου περιβάλλοντος του, που θέτουν στη νοσηλεύτρια κ' περιμένουν την βοήθειά τους. Πολυ συχνά η νοσηλεύτρια πρέπει να απαντήσει σε ερωτήματα του αρρώστου όπως:

“Θα μπορώ να συνεχίσω να εργάζομαι τώρα που έχω σακχαρώδη διαβήτη”;

“Μήπως με απολύσει ο εργοδότης τώρα που έχω αρρωστήσει από το χρόνιο αυτό νόσημα”;

“Θα μπορέσω να βρω δουλειά”;

Σ' αυτά κ' πολλά άλλα ερωτήματα που προβληματίζουν τον άρρωστο θα πρέπει ν' απαντήσει η νοσηλεύτρια. Η εξεύρεση εργασίας είναι μερικές φορές προβληματική. Εφ' όσον δεν έχουν ανοιγμα σ' όλα τα επαγγέλματα και ακόμη συναντούν την απροθυμία των εργοδοτών να τους προσλάβουν λόγω των υπογλυκαιμικών κρίσεων, των αυξημένων ημερών απουσίας από την εργασία κ' των τυχόν αναπηριών από τις επιπλοκές της νόσου. Χρειάζεται ειδική κατεύθυνση των διαβητικών στην εκλογή των κατάλληλων επαγγελμάτων αλλά ταυτόχρονα σωστή κ' πλήρη ενημέρωση του κοινού ότι όπως κάθε εργαζόμενος είναι δυνατόν ν' αρρωστήσει από οποιαδήποτε άλλη αρρώστεια κ' να παθει ατυχήματα, έτσι κ' ο διαβητικός.

Όταν ένας διαβητικός σκέπτεται να παντρευτεί πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης κληρονομείται στους απόγονους κ'επομένως, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μη διαβητικούς, να κληρονομήσουν τα παιδιά τους τον σακχαρώδη διαβήτη.
- Πριν ελθει η ώρα του γάμου ο-η διαβητικός πρέπει να ενημερώνει τον)την μελλοντική σύζυγο του ότι είναι διαβητικός κ'το περιεχόμενο της νόσου.
- Η διαβητική γυναίκα είναι το ίδιο γόνιμη όπως κ'η μη διαβητική. Εκείνο που πρέπει να προσέξει είναι κατά το διάστημα της κύησης να διατηρεί το σάκχαρο σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Ο θηλασμός δεν αντενδείκνύονται κ'συνιστάται όπως κ'σε κάθε άλλη γυναίκα, εστω κι αν κάνει ινσουλίνη, γιατί η ινσουλίνη δεν απεκκρίνεται από το γάλα κ'δεν φθάνει στο παιδί.
- Η διαβητική μητέρα έχει πιθανότητες να αποκτήσει παιδί με καρδιακές ανωμαλίες όταν κατά τους δυο πρώτους μήνες της κύησης έχει απορρυθμισμένη την νόσο της. Όταν το σάκχαρο της μητέρας κατά την σύλληψη κ'κύηση είναι ρυθμισμένο, η διαβητική μητέρα έχει, όπως κάθε άλλη μητέρα, φυσιολογικό παιδί.
- Ο άνδρας ανεξάρτητα από την ηλικία του, είναι δυνατόν να παρουσιάζει ανικανότητα όταν δεν ρυθμίζεται το σάκχαρο κ'η γυναίκα έχει διαταραχές στην εμμηνορρύση. Οι διαβητικοί μπορούν να αθλούνται κ'να παίρνουν μορφές σε φυχαγωγικές εκδηλώσεις. Οι περισσότεροι διαβητικοί γρήγορα μαθαίνουν ποιούς υδατανθρακες επιπλέον χρειάζεται να πάρουν πριν ή κατά το διάστημα της αθλήσεως. Οι διαβητικοί κολυμβητές που κάνουν ινσουλίνη δεν πρέπει να κολυμπούν μόνοι.

Οι διαβητικοί μπορούν να ταξιδεύουν σ'ολο τον κόσμο εφ'οσον έχουν πάρει μαζί τους τα απαραίτητα που τους χρειάζεται.

Η άδεια οδήγησης σε διαβητικό πρέπει να δίνεται ύστερα από επίσημη βεβαίωση του γιατρού του ότι η αρρώστεια του ρυθμίζεται καλά κ'με την υποχρέωση ανανέωσης της κάθε 3 χρόνια.

Η νοσηλεύτρια δίνει στον διαβητικό που οδηγεί αυτοκίνητο, τις πιο κάτω πληροφορίες:

- . Να κάνει συχνά έλεγχο της οπτικής οξύτητας για εγκαίρη διαπίστωση τυχόν μειώσεως της ορασεως
- . Να αντιμετωπίζει αμεσα τα πρώτα συμπτωματα υπογλυκαιμίας
- . Σε περίπτωση που κάνει ινσουλίνη να μην ξεκινά αν δεν έχουν περάσει 1-2 ώρες απο την ενεση.

Στα ερωτήματα του διαβητικού "πρέπει να πω στον κοινωνικό μου κύκλο οτι είμαι διαβητικός";

"Πρέπει να ξέρουν οι συναδελφοί οτι έχω σακχαρώδη διαβήτη; "η απάντηση είναι θετική. Ετσι ο διαβητής σε άτομα υγιή με δραστήρια ζωή παίρνει τις σωστές του διαστάσεις στην κοινωνία, δηλαδή οτι δίνει το δικαίωμα στον διαβητικό με ορισμένες διαφοροποιήσεις του τρόπου ζωής του, να ζει όπως κι'εσα δεν έχουν τον διαβήτη. Ακόμη σε περίπτωση επιπλοκών θα μπορούν εγκαίρα να του προσφέρουν σωστές πρώτες βοήθειες.

Σε ερωτηματα διαβητικών όπως "μπορώ να καπνίζω; " "μπορώ να γίνω εθελοντής αιμοδότης; " κ.α. οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας είναι οι εξής:

- Το κάπνισμα είναι επιβλαβές για το διαβητικό όπως κι'για κάθε άλλο άτομο
- Θεωρητικά μπορεί ο διαβητικός να δώσει αίμα εθελοντικά. Δεν πρέπει όμως να του αποκρύψει την πιθανότητα κάποιο κέντρο αιμοδοσίας να μην δεχθεί την προσφορά του.

Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών επίσης απορρυθμίζει του διαβήτη επειδή είναι πηγή ενέργειας (υδατανθρακας) και διαφοροποιεί την προσλαμβανόμενη τροφή κι'την ενέργητικότητα στο άτομο. Για την χρήση ποτών πρέπει να συμβουλευεται τον γιατρό του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Τα προβλήματα του αρρώστου πριν μπει στο χειρουργείο και τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν καλύτερα η νοσηλεύτρια από την πλευρά της είναι:

- μεταβολές στην άνεση
- πόνος
- αγωνία, φόβος
- μεταβολές του σωματικού ειδώλου (ακρωτηριασμός)
- θρεπτικές κ' μεταβολικές διαταραχές

Οι σκοποί της φροντίδας της νοσηλεύτριας είναι:

1. Προαγωγή φυσικής κ' συναισθηματικής ανάπαυσης
2. Μείωση της αγωνίας κ' του φόβου
3. Ανακούφιση από τον πόνο
4. Βοήθεια για δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου
5. Εξασφάλιση θρεπτικής ισορροπίας κ' μεταβολική ρύθμιση του διαβήτη

Πρώτα απ' όλα καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να κάνει εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου. Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου γίνεται από:

1. Ιστορικό υγείας:

- Συμπτωματολογία κ' διάρκεια νόσου
- Κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη
- Προηγηθείσα θεραπευτική αγωγή κ' έλεγχος της
- Προηγηθείσες εγχειρήσεις κ' ποια η ανοχή σ' αυτές
- Επεισόδια διαβητικής κετοξέωσης στο παρελθόν
- Ατομικό αναμνηστικό άλλων παθήσεων

2. Φυσική εξέταση

Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην εξέταση:

- του καρδιαγγειακού συστήματος
- του κεντρικού νευρικού συστήματος
- του ουροποιητικού συστήματος
- των οφθαλμών
- του δέρματος

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- γενική αίματος κ'λευκοκυτταρικός τύπος
- ουρία αίματος
- σάκχαρο αίματος νηστείας κ'σε διάφορες ώρες μετά το γεύμα
- χοληστερίνη κ'ουρικό οξύ ορρού
- σάκχαρο ούρων
- ηλεκτρολύτες ορρού
- καλλιέργεια ούρων κ'πιθανόν κ'πινέλων
- ακτινογραφία θώρακα
- Η.Μ.Γ

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- την προεγχειρητική φροντίδα
- την φροντίδα μετά την ημέρα της επέμβασης κ'
- την μετεγχειρητική φροντίδα

(α) Προεγχειρητική φροντίδα

Η νοσηλεύτρια σφείλει να μειώσει την αγωνία κ'τον φόβο του αρρώστου επιτρέποντας του να εκφράσει με λόγια τον φόβο του για την επέμβαση

Επεξηγεί στον άρρωστο τις πληροφορίες που παίρνει από τον χειρουργό σχετικά με την επέμβαση.

Ρυθμίζει το σάκχαρο του αίματος. Επιδιώκει την παραμονή του σακχάρου του αίματος μεταξύ 100 κ'200 ο)ο κ' την απουσία σακχαρουρίας, χωρίς όμως να στερήσει απο τον άρρωστο του αναγκαίους υδατανθρακες.

Πρέπει να εξασφαλίσει μια επαρκή δίαιτα η οποία θα περιλαμβάνει:

-- 100-200 gr υδατανθρακες

-- 70 - 80 gr λευκάματα

-- λίπη σε τόση ποσότητα ώστε να χορηγούνται στον άρρωστο 1000-2000 θερμίδες

Η επαρκής διατροφή είναι σημαντική σ' όλους τους διαβητικούς αρρώστους μέχρι το απόγευμα πριν απο την επέμβαση, για να μην θγάνουν οι άρρωστοι αυτοί στο χειρουργείο με ελαττωμενο απόθεμα γλυκογόνου στο ήπαρ, γιατί η μείωση του ηπατικού γλυκογόνου προδιαθέτει ευκολότερα σε καταπληξία κατα την εγχείρηση και μετά απο αυτήν. Πρέπει να αποφεύγει την χορήγηση εναπορρόφητων υδατανθράκων π.χ χυμούς φρούτων κατα το πριν απο την επέμβαση απόγευμα.

Δεν χορηγούνται τροφή κ' υγρά στον άρρωστο μετά τις 10 μ.μ

(3) Κατα την ημέρα της επέμβασης

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την ενδοφλέβια χορήγηση διαλύματος DEXTROZE 5ο)ο ανεί για πρόγευμα. Ταυτόχρονα με την ενδοφλέβια έγχυση χορηγεί ινσουλίνη υποδόρια μισή ποσότητα απο την κανονική δόση της ινσουλίνης του αρρώστου.

Η ενδοφλέβια έγχυση συνεχίζεται κατα την διάρκεια κ' μετα την επέμβαση. Η νοσηλεύτρια χορηγεί ινσουλίνη υποδόρια αμεσως μόλις επιστρέψει ο ασθενής απο το χειρουργείο στο δωματιο του.

Λαμβάνει αιμα για προσδιορισμό του σακχάρου και το απόγευμα της ίδιας μέρας για να καθορισθούν οι ανάγκες του διαβητικού σε ινσουλίνη κ' DEXTROZE.

(γ) Μετεγχειρητική φροντίδα

Καθήκον της νοσηλεύτριας που παραλαμβάνει τον διαβητικό χειρουργημένο άρρωστο είναι να διατηρήσει την παρεντερική θρέψη με DREXTOZE ώπου ο άρρωστος ν' αρχίσει να δέχεται τροφή από το στόμα.

Κατά το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο χορηγούνται κατόπιν εντολής γιατρού 2000-2500 lt διαλύματος DEXTROZE 5%. Ακόμη φροντίζει για την σωστή χορήγηση της ινσουλίνης σύμφωνα με εντολή γιατρού. Πολλές φορές χρειάζεται να χορηγήσει συμπληρωματικές δόσεις κρυσταλλικές ινσουλίνης πριν από το γεύμα αν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Λαμβάνει άρα για τον προσδιορισμό των επιπέδων του σακχαρου κ' οξόνης πολλές φορές την ημέρα καθώς κ' αίμα για σάκχαρο κ' ηλεκτρολύτες. Εφαρμόζει καθετήρα με ασηπτη τεχνική, σε περίπτωση που πρέπει να συλλέγονται ούρα για εξέταση σακχαρου κ' οξόνη κάθε 4-6 ώρες.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να επαγρυπνεί για την αποφυγή διαφόρων επιπλοκών που είναι συχνές στους διαβητικούς όπως: θρομβοφλεβίτιδα, μόλυνση τραύματος, θρόμβωση εγκεφαλικών αγγείων. Θα συμβάλλει στην πρόληψη των επιπλοκών με ορισμένες νοσηλευτικές ενέργειες όπως: χορήγηση αντιβιοτικών, εγκαίρη κινητοποίηση του αρρώστου, έναρξη φυσιοθεραπείας, συχνή λήψη ζωτικών σημείων κ' τακτικό έλεγχο του τραύματος με ασηπτη τεχνική αλλαγής τους τραύματος. Είναι απαραίτητη η ασηπτη τεχνική για αποφυγή μόλυνσης. Οι όροι ασηψίας θα πρέπει να είναι πολύ σχολαστικοί γιατί οι μολύνσεις ενισχύονται από την αυξημένη ποσότητα σακχαρου στο αίμα.

Μετεγχειρητικά μπορεί να εμφανισθεί γάγγραινα των δακτύλων αν υπάρχει αρτηριοσκλήρυνση. Βασικό μέλημα της νοσηλεύτριας για την πρόληψη αυτής της επιπλοκής είναι :

- Σχολαστική καθαριότητα των ποδιών, αποφυγή κοπής των κάλων κ' προσεγτικό κόψιμο των νυχιών.

- Ο χειρουργημένος διαβητικός άρρωστος μπορεί να αντιμετωπίσει μια από τις παρακάτω ανωμαλίες που είναι δυνατόν να προκαλέσουν μεταβολική διαταραχή.
- Εμετοι αν εμφανισθούν ενημερώνει τον διατρό για αναπλήρωση της παρεντερικής τροφής.

Ο πυρετός πάλι μπορεί να προκαλέσει μεταβολικές διαταραχές. Η νοσηλεύτρια σ' αυτό το σημείο αυξάνει τις δόσεις της ινσουλίνης κατόπιν ιατρικής εντολής.

Πρέπει να τονιστεί ότι ο χειρουργημένος διαβητικός, έχει μεγαλύτερη αναγνι για παρακολούθηση απο εμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της μεγαλύτερης πιθανότητας να εμφανίσει διαβητικό κύμα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει πάντοτε ετοιμα οσα απαιτούνται για ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης και ινσουλίνης.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ

Η εκπαίδευση κ'η διδασκαλία του διαβητικού αρρώστου αποτελεί ζωτικό στοιχείο της αγωγής του. Η παρέμβαση του ίδιου του αρρώστου στην θεραπεία του καθορίζει ουσιαστικά ή τουλάχιστον τις περισσότερες φορές την εξέλιξη του. Ο άρρωστος με διαβήτη πρέπει να δεχτεί να παίξει τον κυριότερο ρόλο στην θεραπεία της νόσου του.

Υπάρχουν διαβητικοί, με χρόνια ιστορικό που αγνοούν τις βασικότερες απόψεις της αγωγής της νόσου. Πολλοί είναι οι διαβητικοί π.χ που αφαιρούν τελείως τα φρούτα από την δίαιτά τους. Δεν ξέρουν όμως γιατί πρέπει να τρώνε φρούτα δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με το διαιτολόγιο τους. Ορισμένες φορές αγνοούν την συμπύκνωση της ινσουλίνης στο σκεύασμα που χρησιμοποιούν με αποτέλεσμα τον λανθασμένο υπολογισμό της δόσης. Κι αυτό γίνεται επειδή δόθηκαν πολύ λίγες ή κ'καθόλου εξηγήσεις της σπουδαιότητας των απόψεων της αγωγής του διαβήτη.

Για την ελάττωση της αγωνίας κ'του φόβου του διαβητικού βοηθά πολύ η πληροφορησή του για την αιτία κ'την πορεία του διαβήτη κ'για τους λόγους που κάνουν απαραίτητη την ισοζύγηση δίαιτας, άσκησης κ'φαρμακευτικής αγωγής. Η γνώση του διαβήτη κ'τον τρόπο ελέγχου του βοηθά τον άρρωστο κ'την οικογένειά του να διατηρούν ανεξαρτησία. Οι απαραίτητες γνώση για την ρύθμιση της δόσης της ινσουλίνης, για την ακριβή εξήγηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης των ούρων κ'για την πρόληψη υπογλυκαιμικής αντίδρασης βοηθούν τον άρρωστο να επανακούσει τον έλεγχο της κατάστασης του.

Στην προσπάθεια μας να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ζήσει με το σακχαρώδη διαβήτη επιδιώκουμε να μην τον απομακρύνουμε από τον συνηθισμένο τρόπο ζωής. Οι ευκαιρίες διδασκαλίας σε ομάδα διαβητικών φαίνεται να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα επειδή βοηθούν στην ανάπτυξη αισθήματος ασφαλείας καθώς ερχονται σε επαφή με άτομα που για σειρά ετών ζουν με την νόσο.

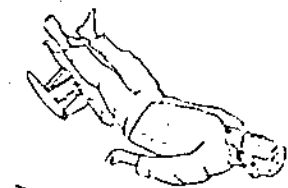
Για τον σχεδιασμό ενός προγράμματος διδασκαλίας διαβητικού πρέπει απαραίτητα να εκτιμηθούν οι ανάγκες του κάθε αρρώστου ώστε να καλυφθούν αυτές οι μοναδικές του ανάγκες. Πρέπει να παίρνονται υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του με διαβήτη κ' τέλος να αξιολογούνται οι οικογενειακές σχέσεις για εκτίμηση του βαθμού συναισθηματικής κ' εκπαιδευτικής υποστήριξης που θα παρέχεται στον άρρωστο μετά απο την έξοδο του απο το νοσοκομείο. Άλλες εκτιμήσεις που επηρεάζουν τον σχεδιασμό είναι οι αναπτυξιακές ανάγκες του αρρώστου, ο τρόπος ζωής του κ' η γενική αντιδρασή του στην διάγνωση της νόσου.

Τα προγράμματα διδασκαλίας πρέπει να περιλαμβάνουν:

1. Εξοικείωση του αρρώστου με τον διαβήτη κ' την επιδρασή του στον οργανισμό
2. Διατήρηση της υγείας σε φυσιολογικά επίπεδα
 - εξασφάλιση επαρκούς ανάπαυσης κ' ύπνου
 - κανονική άσκηση
 - ετήσιος έλεγχος για ουματίωση
 - αναζήτηση εργασίας με κανονικό ωράριο
3. Εφαρμογή του συνιστώμενου διαβητικού σχήματος
4. Ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τον βαθμό της διαβητικής ρύθμισης
 - εξέταση ούρων για σάκχαρο κ' οξύνη καθημερινά
 - εξέταση ούρων πριν απο κάθε γεύμα κ' κατα την ώρα του ύπνου όταν επιδιώκεται ρύθμιση του διαβήτη ή κατα την διάρκεια κάποιας αρρώστειας
 - τήρηση δελτίου όπου θα αναγράφεται καθημερινά το σάκχαρο του αίματος, τα ευρήματα των ούρων, η δόση της ινσουλίνης, οι τροφές επιπλέον απο την συνιστώμενη δίαιτα κ' οι ενέργειες του αρρώστου
 - προσκόμιση του πίνακα εξέτασης ούρων στον γιατρό σε κανονικά διαστήματα
5. Εξοικείωση του αρρώστου μ' όλες τις απόψεις της ινσουλινοθεραπείας
 - γνώση της ώρας της μεγιστης δράσης της ινσουλίνης που παίρνει. Σκευάσματα ινσουλίνης κ' ισχύς τους.
 - ρύθμιση της δόσης της ινσουλίνης με βάση το σάκχαρο των ούρων

- περιοχές σώματος κατάλληλες για ένεση.
 - ορθή τεχνική της ένεσης της ινσουλίνης κ' υπολογισμός δόσης.
 - φύλαξη των φυαλιδίων της ινσουλίνης στο ψυγείο .
 - γνώση των καταστασεων που προκαλούν ινσουλινική αντίδραση.
 - αναγνώριση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμικής αντίδρασης .
 - γνώση πως να αντιμετωπίσει κ' να αποφεύγει μια επερχόμενη υπογλυκαιμική αντίδραση .
 - προσκόμιση πάντα της διαβητικής ταυτότητας μαζί του τα υπογλυκαιμικά συμπτώματα μπορούν να μιμηθούν την μέθη με οινόπνευμα.
6. Λήψη των αντιδιαβητικών δισκίων σύμφωνα με την εντολή του γιατρού
- γνώση των παρενεργειών που μπορεί να προκληθούν.
7. Βοήθεια του αρρώστου να εκτιμήσει την σπουδαιότητα της κανονικής υγιεινής φροντίδας των ποδιών για πρόληψη λοίμωξης, η οποία ενδέχεται να οδηγήσει σε ακρωτηριασμό ή θάνατο.
- προσεκτική κ' συνεχής επισκόπηση των ποδιών με χλιαρό νερό κ' ήπιο σαπούνι καθώς κ' προσεκτικό στέγνωμα.
 - μασάζ των ποδιών με λανολίνη .
 - ευθύ κόψιμο νυχιών πρόληψη υγρασίας στα μεσοδακτύλια διαστήματα για αποφυγή εξέλκωσης του δέρματος.
 - αγορά παπουτσιών που να εφαρμόζουν καλά στα πόδια .
 - αποφυγή χρησιμοποίησης καλτσοδετών ή σφικτών καλτσών για την αποφυγή παρεμπόδιση της κυκλοφορίας. Οι κάλτσες πρέπει να είναι πάντοτε καθαρές, να είναι μάλλινες ή βαμβακερές.
 - κανονικές επισκέψεις στον ποδίατρο σε παρουσία κάλων
 - αποφυγή θερμότητας χημικών ουσιών κ' τραυματισμών - να μην χρησιμοποιούνται θερμοφόρες κ' καυστικά διαλύματα.

- εάν προκληθεί κάποιος τραυματισμός στα πόδια ή παροχή πρώτων βοηθειών είναι απαραίτητη.
- ασκήσεις BUERGER-ALLEN σε τακτά διαστήματα για την ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας .



Βήμα 1. Ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος με τα κάτω πόδια του περασμένα για τρία λεπτά.



Βήμα 2. Με τα κάτω πόδια σταθερά, ο άρρωστος κάνει τα πόδια του πλάγιο-κάτω και μετά επάνω για δύο λεπτά, κατόπιν τα περιστρέφει κυκλικά για τέσσερα λεπτά.



Βήμα 3. Ο άρρωστος καλύπτεται για να διατηρηθεί θερμός και ξεκουράζεται για πέντε λεπτά.



Βήμα 4. Η άσκηση συμπληρώνεται με ταλάντωση των ποδιών (βαρκάλα-φιρίνες) 10 φορές.

Εικόνα 2.18. Άσκηση Βιέργκερ - Άλεν

- τονισμός για συχνή επισκόπηση των ποδιών για διαπίστωση προβλημάτων που δυνατόν να οφείλονται σε νεφροπάθεια ή αρτηριοπάθεια - διαταραχές αισθητικότητας, μεταβολές της χροιάς του δέρματος, κράμπες, οιδήματα, ελκη, φλεγμονές, ακόμη κ' γάγγραινα.

8. Τονισμός της σπουδαιότητας της ατομικής υγιεινής για την διατήρηση της ρύθμισης του διαβήτη κ' την πρόληψη των επιπλοκών.

Η καθαριότητα του δέρματος αποτελεί την βάση για την πρόληψη των λοιμώξεων.

Η σωματική φροντίδα εκτός απο αυτή των ποδιών που περιγράφηκε παραπάνω, περιλαμβάνει:

- φροντίδα δέρματος (για πρόληψη λοιμώξεων).
- φροντίδα ματιών (παρακολούθηση απο οφθαλμίατρο).
- φροντίδα δοντιών. Επιβάλλεται η τακτική οδοντιατρική παρακολούθηση κ' η καθημερινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.
- φροντίδα χεριών. Πρέπει να γίνεται με προσοχή το πλύσιμο των χεριών καθώς κ' το κόψιμο των νυχιών.
- φροντίδα μαλλιών (για την αποφυγή δερματικών λοιμώξεων).
- φροντίδα γεννητικών οργάνων εξαιτίας του κινδύνου της μονιλιάσης που εκδηλώνεται σαν βαλανοοπισθίτιδα στους άνδρες κ' σαν αιδοιοκολπίτιδα στις γυναίκες επιβάλλεται συνεχής καθαριότητα των γεννητικών οργάνων.

9. Ενημέρωση του αρρώστου για ενέργειες σε περίπτωση αρρώστειας για αποφυγή απορρύθμισης του διαβήτη.

- ειδοποίηση γιατρού αμεσως μόλις εμφανισθούν ασυνήθη συμπτώματα.
- διαιτητικές τροποποιήσεις κατα την διάρκεια της αρρώστειας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
- συνέχιση χορήγησης ινσουλίνης, ο γιατρός ενδέχεται να αυξήσει την δόση κατά την διάρκεια της αρρώστειας.
- εξέταση ούρων για σάκχαρο κ' οξονη συχνότερα αναγράφονται τα ευρήματα.

10. Εφαρμογή άλλων υγιεινών οδηγιών

- αποφυγή καπνίσματος
- αναφορά υπερβολικού κνησμού -μπορεί να σημαίνει αύξηση του σαιχάρου του αίματος
- πηγή μόνο των φαρμάκων που δοθηκαν από το γιατρό - πολλά φάρμακα ενισχύουν την δράση της ινσουλίνης κ' των αντιδιαβητικών δισκίων

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΝΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ

Η τεχνική της ένεσης της ινσουλίνης θα πρέπει να διδαχθεί στον διαβητικό αμέσως μόλις καθορισθεί η θεραπεία με ινσουλίνη. Στο πρόγραμμα της διδασκαλίας θα πρέπει να παρευρίσκεται κάποιο μέλος της οικογένειας του διαβητικού για εκμάθηση της τεχνικής έγχυσης της ινσουλίνης. Στην εκπαίδευση αυτή αρχικά διδάσκεται η τεχνική ένεσης της ινσουλίνης κ' ακολουθεί ο καθορισμός της δόσης κ' η καλή αποστείρωση σύριγγας κ' βελόνας. Τα αντικείμενα του είναι απαραίτητα για αυτή την ένεση είναι:

1. Η συνιστώμενη ινσουλίνη
2. Σύριγγα ινσουλίνης κ' βελόνες
3. Τολύπια βαμβάκι κ' οινόπνευμα

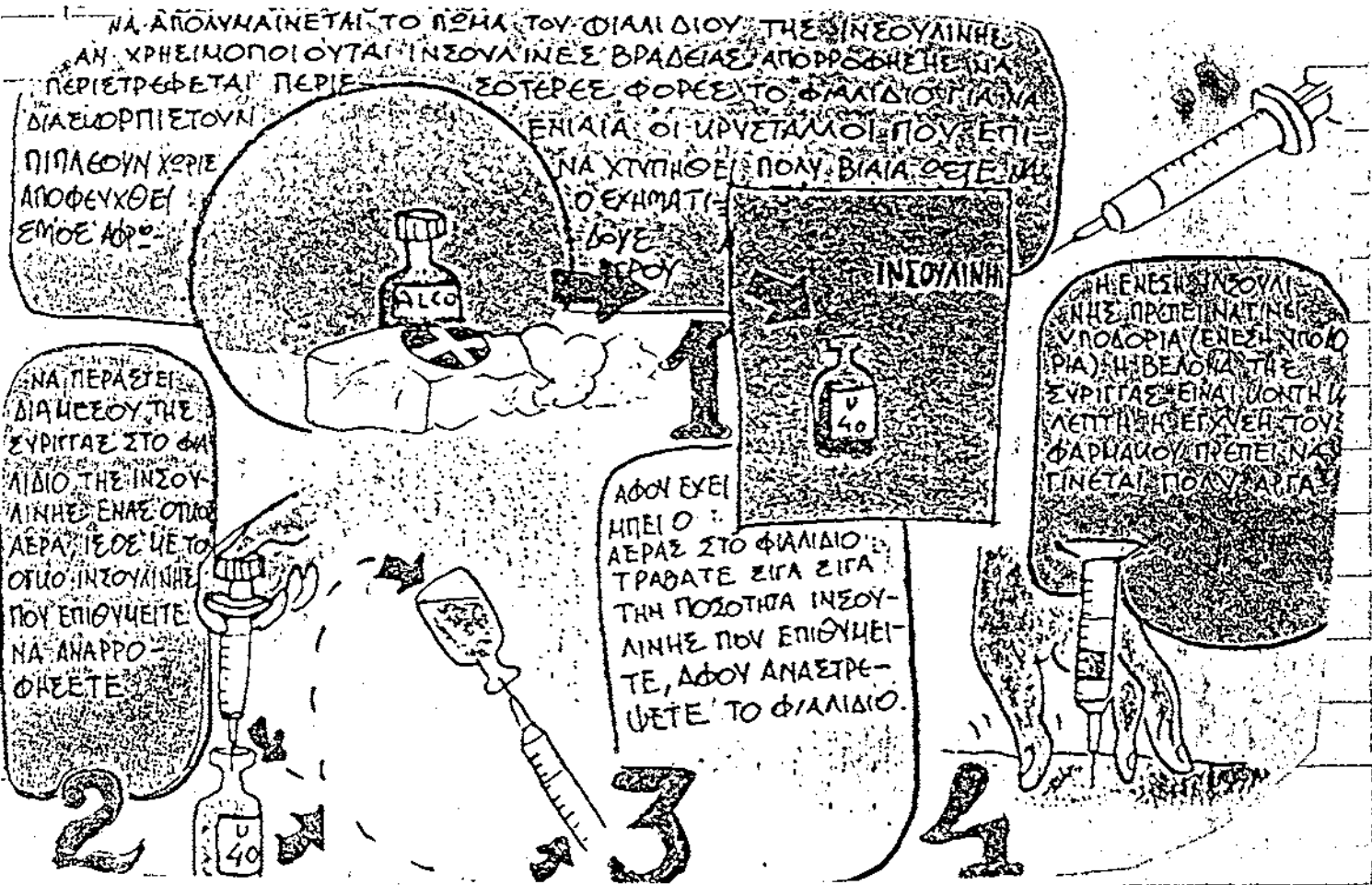
Οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι οι εξής:

Λέμε στον άρρωστο να καθαρίσει το δέρμα με οινόπνευμα επειτά να κρατήσει τη σύριγγα σαν μολύβι κ' αφού έχει επιλέξει τις περιοχές που αναφέρονται στην κυκλική εναλλαγή ένεσης, βοηθάμε τον άρρωστο να βάλει την βελόνα με μια γρήγορη κίνηση στο κέντρο σε ορθή γωνία με την επιφάνεια του δέρματος.

Λέμε στον άρρωστο να χαλαρώσει την πτυχή δέρματος κ' να κάνει αναρρόφηση. Εάν δεν εμφανισθεί αιμα, να πιέσει το εμβολο προς τα μέσα. Στην συνέχεια τοποθετούμε ένα τολύπιο με οινόπνευμα κοντά στην βελόνα κ' λέμε στον άρρωστο να την βγάλει έξω κ' να πιέσει το σημείο εκείνο με το τολύπιο βάμβακος.

ΠΡΟΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

1. Έλεγχος του φιαλιδίου: τύπος ινσουλίνης, περιεκτικότητα σε μονάδες, ημερομηνία λήξης κ' αλλοίωση της χροιάς
2. Περιστροφή του φιαλιδίου ανάμεσα στις παλάμες των χεριών με οινόπνευμα
3. Καθορισμός του πάματος με οινόπνευμα.
4. Εφαρμογή στη σύριγγα ινσουλίνης βελόνα αναρρόφησης
5. Εισροή αέρα μέσα στη σύριγγα, όσες μονάδες ινσουλίνης θέλουμε τόσο αέρα θα βάλουμε
6. Εισοδος του αέρα στο φιαλίδιο της ινσουλίνης
7. Αναστροφή του φιαλιδίου για να πάρουμε το ποσό της ινσουλίνης που θέλουμε
8. Αφαίρεση της βελόνας αναρρόφησης κ' εφαρμογή της βελόνας ινσουλίνης
9. Αφου βγει ο αέρας ενίουμε την ινσουλίνη



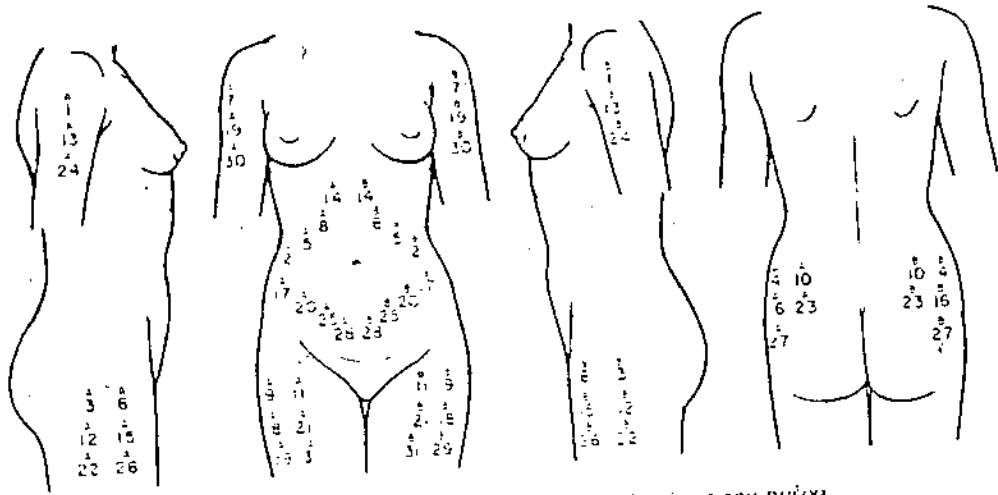
ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ Ν'ΑΛΛΑΖΕΙ ΤΗΝ ΧΩΡΑ ΕΝΕΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Οι προτιμότερες περιοχές του σώματος για ένεση ινσουλίνης είναι οι πλάγιες επιφάνειες του άνω βραχίονα, ο κοιλιακός ιστός κατά μήκος των κατωτέρων πλευρών και οι προσθιοπλάγιες επιφάνειες των μηρών. Άλλες χώρες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι γλουτοί κ'η κοιλιακή χώρα, ανάμεσα στη γραμμή της ζώνης κ'στην ηβική μν.

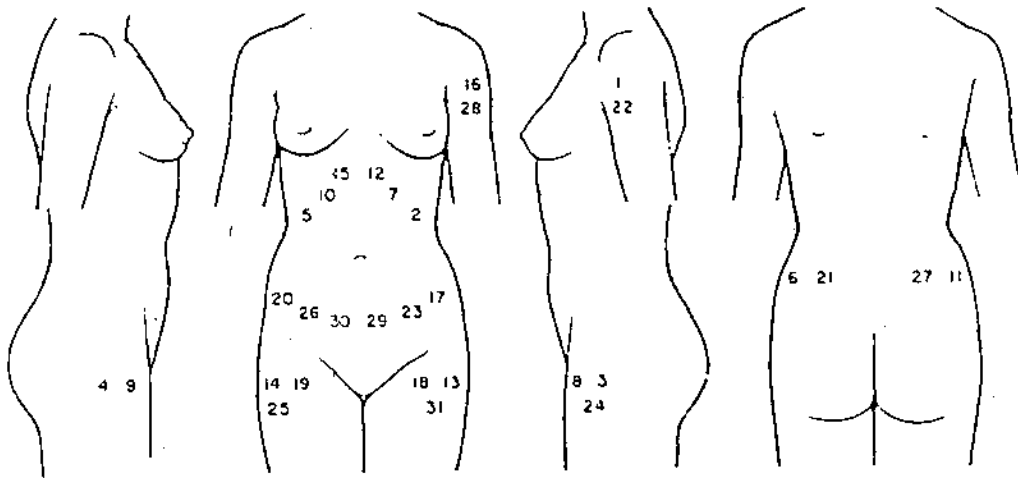
Ο διαβητικός διδάσκεται να αποφεύγει περιοχές με λιποδυστροφία, ουλώδη ιστό, σπίλους κλπ. Η εκλογή της χώρας επίσης επηρεάζεται από τον βαθμό ανεξαρτησίας που επιθυμεί ο διαβητικός κ'από την δυνατότητα χρησιμοποίησης της μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Για να βοηθηθεί ο άρρωστος να βάλει οδηγία σημεία κ'να αποφύγει ένεση κοντά σε αρθρώσεις κ'αναδιπλώσεις παρακαλείται να κοιτάζει στον μικρό κ'τον άνω βραχίονα για να τους χωρίσει στα 3 κ'να κάνει την ένεση στο μεσαίο τρίτο. Το δεύτερο βήμα είναι να ζωγραφιστεί ένα ανατομικό σχημα που θα δείχνει τις ώρες ένεσης.

Αν ο διαβητικός πρόκειται να κάνει ινσουλίνη μια φορά την ημέρα, θα εντοπισθούν 32 σημεία στο διάγραμμα. Ο άρρωστος διδάσκεται να χρησιμοποιεί το σημείο που ο αριθμός του συμπίπτει με την ημέρα του μήνα. Όταν όμως ο διαβητικός κάνει ινσουλίνη 2 φορές την ημέρα εντοπίζονται σε συνεργασία μ'αυτον 31 σημεία στην μια πλευρά του σώματος κ'σημειώνεται δίπλα στον αριθμό κ'το Α. Εντοπίζονται τα αντίστοιχά τους στην άλλη πλευρά του σώματος κ'αριθμούνται από 1β μέχρι 31 β. Τα σημεία Α χρησιμοποιούνται για την πρωινή ένεση ενώ τα β για την βραδινή ένεση. Οι άρρωστοι που παίρνουν ινσουλίνη για πρώτη φορά πρέπει να γνωρίζουν ότι οι τοπικές δερματικές αντιδράσεις δεν είναι ασυνήθεις. Η πιο σοβαρή κ'μακράς διάρκειας επιπλοκή είναι η ινσουλινική λιποδυστροφία.



Εικόνα 2.20. Ημερολογιακός σχεδιασμός ανθρωπομετρικών με 2 εκτίψεις την ημέρα.



Εικόνα 2.19. Ημερολογιακός σχεδιασμός ανθρωπομετρικών με 1 εκτίψη την ημέρα.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ :

Επαγγελματική ζωή κ' ερασιτεχνικές ασχολίες

Ο ενήλικος διαβητικός διατρέχει μεγάλο κίνδυνο να πάθει κάποια στιγμή υπογλυκαιμία κ' απο κει προέρχονται οι περισσότερες δυσκολίες που συναντά στην καθημερινή του ζωή.

Το βασικό ερώτημα που θα μας καθοδηγήσει στο δύσκολο έργο της αξιολόγησης των δυνατοτήτων που έχει ο διαβητικός να εξασκήσει ένα επάγγελμα ή να ασχοληθεί με κάποιο χόμπυ του, είναι να γνωρίζουμε αν την ώρα της υπογλυκαιμίας, θα βάλει σε κίνδυνο τον ίδιο τον διαβητικό ή και άλλους ανθρώπους.

Οι εταιρείες κ' βιομηχανίες έχουν γενικά θεσπίσει δικούς τους κανονισμούς σε ότι αφορά την καταλληλότητα των διαβητικών να εργασθούν σε ορισμένες θέσεις.

Οι ενήλικοι διαβητικοί πρέπει να αποφεύγουν ανσείναι δυνατόν, μια εργασία στην οποία το ωράριο δεν είναι σταθερό κ' ιδιαίτερα μια νυχτερινή εργασία, αν και υπάρχουν πολλοί που μπορούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία μια τέτοια κατάσταση. Οι διαβητικοί που ρυθμίζουν με δίαιτα κ' υπογλυκαιμικά απο το στόμα κ' δεν εμφανίζουν άλλο πρόβλημα μπορεί να ασκήσουν οποιοδήποτε επάγγελμα κ' να απασχοληθούν με οποιοδήποτε χόμπυ, γιατί ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας είναι αμελητέος.

Οδήγηση

Οι διαβητικοί που βρίσκονται σε καλή κατάσταση κ' ρυθμίζουν τον διαβήτη τους με δίαιτα ή με υπογλυκαιμικά απο το στόμα, μπορούν να πάρουν δίπλωμα οδήγησης για βαρεία οχήματα, κ' για μέσα μαζικής μεταφοράς. Ενώ οι διαβητικοί που ρυθμίζονται με ινσουλίνη δεν μπορούν να πάρουν δίπλωμα οδήγησης για βαρεία οχήματα γιατί μπορεί να έχουν μια υπογλυκαιμική κρίση που να είναι πολύ επικίνδυνη. Κάθε διαβητικός που οδηγεί πρέπει να έχει πάντοτε ζάχαρη μαζί του ή καραμέλα.

Δεν πρέπει να οδηγεί όταν ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας είναι μεγάλος, όπως όταν έχει καθυστερήσει να πάρει κάποιο γέυμα. Αν είναι διαβητικός, όταν οδηγεί, αισθανθεί συμπτώματα υπογλυκαιμίας πρέπει να σταματήσει οπωσδήποτε την οδήγηση.

Ταξίδια

Σ'ένα ταξίδι που μπορεί να κάνει ένας διαβητικός μπορεί εύκολα να απορυθμισθεί ο διαβήτης. Γι'αυτό πριν κάνουν οποιοδήποτε ταξίδι καλό είναι να κάνουν ανάλυση ούρων κ'μέτρηση σακχάρου. Μερικές από τις επόμενες κατάσταςεις είναι πηγές ιδιαίτερων προβλημάτων.

Ναυτία: Οι διαβητικοί μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα ίδια φάρμακα κατά της ναυτίας όπως κ'οι μη-διαβητικοί τα φάρμακα αυτά δεν διαταράσσουν την ισορροπία του διαβήτη. Σε περιπτώσεις εμέτων η ινσουλινοθεραπεία πρέπει να συνεχισθεί χωρίς να διακοπεί. Η διαφορά ώρας: σε μερικά ταξίδια θα δυσκολέχει ασφαλώς την ρύθμιση του διαβήτη για μερικές μέρες. Καλύτερα θα ήταν να μετατοπισθεί κατά δύο ή τρεις ώρες η συνηθισμένη ώρα κάθε ένεσης. Μια διαφορά 6 ωρών από τόπο σε τόπο δεν θα πρέπει να παρουσιάζει δυσκολίες για την ρύθμιση της αγωγής του 24ωρου. Αν το χρονικό διάστημα μεταξύ των ενέσεων είναι πολύ μεγάλο μπορεί να χρειαστεί μια μικρή συμπληρωματική δόση ινσουλίνης (4-8) μονάδες αν η ανάλυση ούρων δείξει πολύ σάκχαρο. Αν αντίθετα το χρονικό διάστημα μεταξύ των ενέσεων είναι πολύ μικρό θα είναι φρόνιμο να ελαττωθούν οι δόσεις προσωρινά. Κατά την μεταβαρική αυτή περίοδο, πρέπει να γίνεται ανάλυση ούρων κάθε 4 ή 6 ώρες.

Σωματική δραστηριότητα: Αν ο διαβητικός ελαττώσει σε σημαντικό βαθμό την σωματική δραστηριότητά στις διακοπές μπορεί να χρειαστεί μεγαλύτερη ποσότητα ινσουλίνης και αντίστροφα.

Απώλεια ή καταστροφή του εξοπλισμού για τις ενέσεις. Ο ασθενής πρέπει να έχει μαζί του επαρκή προμήθεια από σύριγγες, φιαλίδια ινσουλίνης, βελόνες και δοκιμαστικές ταινίες. Στις περισσότερες χώρες μπορεί κανείς να προμηθευτεί ινσουλίνη με ταχεία ή με ενδιαμεση δράση αν και μερικές ινσουλίνες υψηλής καθαρότητας ίσως είναι λίγο δύσκολο να βρεθούν.

Η διατήρηση της ινσουλίνης : δε παρουσιάζει συνήθως προβλήματα. Στις χώρες με εύκρατο κλίμα η ινσουλίνη μπορεί να διατηρηθεί πολλούς μήνες σε θερμοκρασία περιβάλλοντος. Σε τροπικές χώρες όμως είναι καλύτερο να διατηρείται σε ψυγείο. Η ενεση πονά λιγότερο αν η ινσουλίνη δεν είναι πολύ κρύα.

Η ινσουλίνη δεν πρέπει ποτέ να καταψύχεται, ούτε να αφήνεται στο χώρο αποσκευών του αεροπλάνου, γιατί εκεί είναι δυνατή η ψύξη.

Προληπτικοί και θεραπευτικοί εμβολιασμοί δεν παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα για τους μη διαβητικούς και οι ενδείξεις τους είναι ίδιες όπως κ' στα μη διαβητικά άτομα. Ο διαβητικός κ' τα δόντια του: Οι διαβητικοί μπορούν να υποβληθούν κανονικά σ' οποιαδήποτε θεραπεία για τα δόντια τους. Αν όμως χρειασθεί γενική αναισθησία κ' ο διαβήτης ρυθμίζεται με ινσουλίνη είναι καλύτερο ο ασθενής να εισαχθεί σε νοσοκομείο για μικρό χρονικό διάστημα. Πρέπει ο διαβητικός να ενημερώνει τον οδοντίατρο ότι έχει σακχαρώδη διαβήτη, πριν αρχίσει οποιαδήποτε οδοντιατρική εργασία.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΡΕΜΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ

Ο σακχαρώδης διαβήτης όπως κ' όλα τα χρόνια νοσήματα επιτρέπει την με ποικίλους τρόπους παρέμβαση στη θεραπεία του ώστε αυτή να αποβεί επωφελής στον ανώτερο δυνατό βαθμό.

Η φροντίδα του διαβητικού απαιτεί ενθουσιασμό κ' οργάνωση. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να αναλάβει κανείς μια τέτοια αποστολή, κανένας όμως δεν θα αποβεί αποτελεσματικός αν λείπουν το ενδιαφέρον κ' τα κίνητρα. Το καλύτερο θα ήταν να συγκεντρώνονταν οι διαβητικοί σε κατάλληλο νοσοκομειακό κέντρο στα οποία θα βρουν την φροντίδα που απαιτείται. Οι γενικοί γιατροί θα πρέπει να εξετάζουν τους χωρίς επιπλοκές διαβητικούς σε ιδιαίτερη μέρα ιατροφού. Οι γιατροί αυτοί είναι χρήσιμο να βρίσκονται πάντα σε επικοινωνία με το προσωπικό του διαβητολογικού κέντρου, τόσο για προβλήματα των ασθενών όσο κ' για την συνεχή ενημέρωση τους στον διαβήτη. Σε ειδικά δελτία καταγράφεται η πορεία κ' η θεραπεία των ασθενών, ενώ οι επιπλοκές σημειώνονται σε εμφανή θέση.

Δυστυχώς η χώρα μας δεν διαθέτει τέτοια κέντρα για την αντιμετώπιση των διαβητικών παρά μόνο σε καλά οργανωμένα νοσοκομεία σε μεγάλες πόλεις. Τα διαβητικά αυτά κέντρα αποτελούνται από μια ομάδα υγείας την οποία απαρτίζουν ο γιατρός, η διαιτολόγος, η νοσηλεύτρια χωρίς να αποκλείονται κ' άλλα επαγγέλματα υγείας. Θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε τους στόχους του νοσηλευτικού προσωπικού ως μέλος της ομάδας υγείας, στην εγκαίρην διάγνωση κ' πρόληψη του διαβήτη στους πιο κάτω:

1. Ενημέρωση του κοινού για τις ομάδες ατόμων που έχουν μεγάλες πιθανότητες να εκδηλώσουν σακχαρώδη διαβήτη
2. Προσέγγιση των ομάδων αυτών ώστε να αντιληφθούν τις πιθανότητες που έχουν να εμφανίσουν τη νόσο κ' να υποβληθούν στο σωστό εργαστηριακό έλεγχο.
3. Βοήθεια των ατόμων που έχουν προδιάθεση στη νόσο ώστε να μην την εκδηλώσουν.

Επισκέπτρια νοσηλεύτρια

Η σημαντικότερη καινοτομία της τελευταίας 20ετίας στον τομέα της οργάνωσης της μέριμνας για τους διαβητικούς είναι ο θεσμός της κατάλληλα εκπαιδευμένης επισκέπτριας νοσηλεύτριας.

Μια επισκέπτρια ή νοσηλεύτρια με ενδιαφέρον κ'δυναμισμό είναι ικανή να αλλάξει εντελώς το επίπεδο της μέριμνας γιατί κατορθώνει να γίνει ο σύνδεσμος μεταξύ του νοσοκομείου, του γιατρού κ' του ασθενούς στο σπίτι του κ'γιατί επιτρέπει στους ασθενείς να αποκτήσουν ευρύ επίπεδο γνώσεων χάρη στην εκπαίδευσή τους κ' τις εκπαιδευτικές της ικανότητες. Η εκπαίδευση των διαβητικών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας των διαβητικών όπου η παρέμβαση του ίδιου του αρρώστου στην θεραπεία του καθορίζει ουσιαστικά ή τουλάχιστον τις περισσότερες φορές την εξέλιξη του. Η μετάβαση του αρρώστου σε στάδιο ενεργητική αποδοχής αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ευτυχία του όργου της επισκέπτριας νοσηλεύτριας ή οποιαδήποτε άλλου μέλους της ομάδας υγείας.

Η πληροφόρηση του διαβητικού για την νόσο του κ' ότι έχει σχέση μ' αυτήν καθώς κ' η πρακτική εξάσκηση του συνιστούν τα κύρια στοιχεία της εκπαίδευσης. Στο τέλος της εκπαίδευσης ο διαβητικός πρέπει να είναι ικανός όχι μόνο στην επιλογή αποφάσεων αλλά κυρίως ικανός να της εφαρμόζει.

Πρέπει να τονιστεί απ' αρχής ότι η δυσκολία της εκπαίδευσης του διαβητικού με συστηματικό τρόπο στη διάρκεια της επίσκεψής του στα εξωτερικά ιατρεία κυρίως λόγω του περιορισμένου χρόνου που έχει στην διάθεση του ο εξεταστής. Συζητήσεις κατευθείαν με τον άρρωτο αποτελούν ξεχωριστό μέρος της εκπαίδευσης. Θεωρείται επίσης απαραίτητο όπως τα μέλη της οικογένειας να αποκτήσουν τις απαραίτητες εκείνες γνώσεις που θα τους επιτρέψουν να αναγνωρίσουν κ' αν αντιμετωπίσουν ορισμένες επείγουσες καταστάσεις όπως η υπογλυκαιμία, η υπεργλυκαιμία, η κετοξέωση κ' οι φλεγμονές των ποδιών. Επίσης είναι γενικά αποδεκτό ότι με την εκπαίδευση περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό η εξάρτηση του αρρώστου απο

τον θεραπευτά γιατρό κ'ελαττώνεται κατά πολύ η νοσοκομειακή του νοσηλεία. Ο αυτοέλεγχος της νόσου όπως κ'η πρόληψη κ'η θεραπεία των οξέων κ'μακροχρονίων επιπλοκών θα προσφέρει την όσο είναι δυνατό καλύτερη ζωή χωρίς φόβους κ'καταναγκασμούς.

Κανένα κέντρο όσο μικρό κ'αν είναι δεν επιτρέπεται να μην έχει τουλάχιστον μια κοινωνική λειτουργό ή επισκέπτρια που να έχει τέτοια καθήκοντα.-

ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ

Οι ασθενείς προτιμούν πάντα να τους παρακολουθεί ο γενικός γιατρός τους κ'οι πιο απείθαρχοι απ'αυτους δείχνουν μ'αυτές τις συνθήκες μεγαλύτερη επιμέλεια. Παρ'όλο που οι ανάγκες είναι οι ίδιες όπως κ'στο νοσοκομείο η εξωνοσοκομειακή γενική ιατρική δεν μπορεί να προσφέρει ορισμένες πολύ εξειδικευμένες φροντίδες στο διαβητικό άτομο. Το ιδεώδες θα ήταν η επισκέπτρια νοσηλεύτρια να παρίσταται στις συναντήσεις του ασθενούς με το γιατρό του θα πρέπει να βρεθεί τρόπος ώστε να εξασφαλισθεί η φροντίδα του παιδιού, να δίνονται διαιτητικές συμβουλές κ'να γίνεται αξιολόγηση της οπτικής οξύτητας.

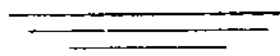
Για την επιτυχία της εξωνοσοκομειακή περίθαλψης πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις :

- Ένας τουλάχιστον γιατρός της ομάδας πρέπει να ενδιαφέρεται για τον διαβήτη
- Μια ήπερισσότερες νοσηλεύτριες πρέπει να ασχολούνται με τους διαβητικούς, από τη στιγμή που θα ενταχθούν στο πρόγραμμα της περίθαλψης το ενδιαφέρον τους για τους διαβητικούς κ'οι γνώσεις τους συνεχώς θα αυξάνονται.
- Ο γιατρός συμπληρώνει ειδική καρτα με χρήσιμες παρατηρήσεις κ'πληροφορίες σχετιές με τις επιπλοκές κ'την αγωγή του ασθενή.
- Πρέπει να καθιερωθεί ένα σύστημα τακτικής παρακολούθησης κ'πρέπει να υπάρχει πάντα στενή επαφή με το διαιτολόγο.

Όλοι σχεδόν οι ασθενείς εισάγονται μια φορά στο νοσοκομείο όταν αποκαλύπτεται ο διαβήτης για να γίνει η επιλογή της κατάλληλης αγωγής. Το 75ο)ο των ασθενών

παρακολουθούνται μετά εξωνοσοκομειακά απο τις ομάδες.

Οι ασθενείς που οδιαβήτης τους παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα ή που εμφανίζουν επιπλοκές μπρρούν να ξαναγυρίσουν στο διαβητολογικό τμήμα του νοσοκομείου για την παρακολουθηση τους προσωπικά ή μόνιμα.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Κλινικές περιπτώσεις (2)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ (1)

Αφ' ουτου αρχισα αυτη την εργασια πιστευα πως θα ήταν δυσκολο να βρω ατομα που να πασχουν απ' αυτη την νοσο με τα οποια θα μπορούσα να ερθω σε επαφη κ' να συζητησω το προβλημα τους τις σκεψεις κ' τα συναισθηματα τους. Γνωριζοντας την ψυχολογια του διαβητικου ατομου πιστευα οτι δεν θα εβρισκα ανταποκριση σ' ολα τα ερωτηματα μου κ' πως σιγουρα θα δημιουργουσα μεγαλυτερο προβλημα μ' αυτα, πράγμα το οποιο ηθελα να το αποφυγω.

Τελικα η συναντησή μου με τα ατομα αυτα ήταν πολυ εποικοδομητικη, αφ' ενος μεν για την συνεχιση της εργασιας μου κ' αφ' ετερου δε για την ικανοποιηση κ' ανακουφιση του ασθενη που ε ξεφρασε τον εσωτερικο του κοσμο σε μενα που μεχρι εκεινη την στιγμη ημουνα αγνωστη γι' αυτον. Θα ηθελα να τους ευχαριστησω και τους δυο ασθενεις κ' να τους πως οτι πρεπει να εχουν υπομονη κ' πιστη για την συνεχιση της ζωής τους.

Η πρώτη περίπτωση που θα αναφέρω είναι γυναίκα ηλικίας 65 ετών, η Γ.Α. καταγομενη απο την Ανω Αχαια συνταξιούχος του Ο.Γ.Α η οποια προσήλθε στην Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική του Γενιου Νοσοκομείου Πατρών στις 20-8-1990 κ' εξήλθε απο το Νοσοκομειο στις 31-8-1990. Κοντά της ήταν ο ανδρας της κ' η κόρη της οι οποιοι μου έδωσαν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την ασθενή. Το ιατρικό ιστορικό της ασθενους αναφέρει:

Η ασθενής πάσχει απο Σ.Δ απο 4ετίας. Ρυθμίζει το σακχαρο της με TABLETES DAONIL 1X3. Για 3 εβδομάδες διέκοψε την αγωγή και περιέπεσε σε υπερωσμωτικό κόμμα για το οποιο νοσηλεύτηκεσ την Κρατική Παθολογική επανήλθε γρήγορα κ' κατα την εξοδο της απο το νοσοκομείο συνεστήθη Ω.Ρ.Α ελεγχος διότι παρουσίασε βράγχος φωνής , κατα την διάρκεια των ημερών που εξήλθε απο το νοσοκομείο πα-

ρουσιασε εκ νέου υψηλό σάκχαρο κ'για το λόγο αυτό εισήλθε στην Πανεπιστημιακή Παθολογική για ρύθμιση του σακχάρου. Η ασθενής δεν αναφέρει πρόσφατη λοίμωξη ή άλλη αιτία απορρύθμισης του σακχάρου της. Σημειωτέον οτι η ασθενής την περιοδο προ της απορρύθμισης είχε διακόψει την αντιδιαβητική της αγωγή για ρύθμιση της αγωγής σε INSULINE.

Το νοσηλευτικό ιστορικό της ασθενους αναφέρει οτι προσήλθε με την συνοδεία του συζύγου της και της κόρης της κ' οτι ήταν αρκετά ανήσυχη. Το ατομικό της ιστορικό αναφέρει:

1. Καταρράκτης
2. Αμυγδαλεκτομή
3. Σκωλημοειδεκτομή

-Το δε οικογενειακό της ιστορικό αναφέρει:

1. Καρδιοπάθεια
2. Πνευμονικό οίδημα
3. Σ.Δ υπέρταση

Κατα την διάρκεια της κλινικής εξέτασης που της έγινε ευρέθησαν τα εξής:

Γενική κατάσταση: εντονη απίσχανση - κακή θρέψη - αδυναμία να σταθεί κ'να βαδίσει

ΘΩΡΑΚΑΣ: Επισκόπηση, φυσιολογική εκπτυξη των ημιθωρακίων λ

Ακροαση, αναπνευστικό ψιθύρισμα

Επίκρουση, ήχος σαφής πνευμονικός

Ψηλάφηση, φωνητικές αντηχήσει φυσιολογικές

ΜΑΣΤΟΙ: Δεν ψηλαφούνται διογκώσεις

ΚΟΙΤΑΙΑ: Μαλακή, ευπίευστη, ανόδυνη, χωρίς αντίσταση

Ηπαρ, σπλήνας αφηλάφητοι

ΓΕΝΗΤΙΚΟ: Εμμηνόπαυση 45 ετών

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ: κινητικότητα των αρθρώσεων

Δυσκολία στην κίνηση του κάτω ισχίου

Μεγάλη απώλεια μυϊκής μάζας

Δεν παρατηρείται τρόμος,

ΚΑΡΔΙΑ: Χωρίς ανωμαλίες ή προπέλειες στο προκάρδιο

Ωση ψηλαφητή στα 4ο 5ο μεσοπλευρία

Φυσήματα δεν ακούονται

ΔΕΡΜΑ: Δεν παρατηρούνται διαβητικοί ελκη

ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Απορρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης. Εγινε η εισαγωγή της ασθενούς στη κλινική με Α.Π 195 mmHg κ'ήταν απύρετη. Οι μέρες στην κλινική συνολικά ήταν 11. Δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα, ήταν άνθρωπος απλός κ'φιλήσυχος. Σημειώτέον ότι η ασθενής είναι παχύσαρξη (βάρος 75 κιλά).

Το σάκχαρο της την ημέρα εισαγωγής ήταν υψηλό 339. Γι'αυτο το λόγο μπήκε σε αγωγή με ινσουλίνη εως οτου φθάσει το σάκχαρο στα φυσιολογικά επίπεδα.

Η κάρτα νοσηλείας της ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής:

INSULINE NPH	20x8	21x8	23x8	25x8	26x8	28x8
	20x1	20x1	20+8	18+10	20+10	11+10
INSULINE HUMULINE NEG.	20x1	20x1				
DEXTRO 8 π.μ	X	173	161	86	120	104
" 1 μ.μ	350	-	297	125	-	142
" 7 μ.μ	148	45	165	109	250	158
" 11 μ.μ	341	267	148	228	218	78

Όχι κρυσταλλική ινσουλίνη

Εγινε ΜΑΝΤΟΥΧ (-) για φυματίωση.

Συστήθηκε δίαιτα διαβητικού 1200 θερμίδων

Η ασθενής παρακολουθείται με συχνή λήψη ζυτικών σημείων, τρίωρος θερμομέτρηση με συχνό TEST ούρων για σάκχαρο κ' ΟΞΕΤΡΟ. Η α)α θύρακος δεν είχε κανένα παθολογικό εύρημα, Η.Μ.Ε.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που της έγιναν κατά την διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο έδειξαν τα εξής αποτελέσματα:

Λευκά αιμοσφαίρια	20)8 7.500	25)8 6.500
Αιματοκρίτης	42ο)ο	42,6ο)ο
T, ΚΕ	15	15
Ουρία	43ο)ο	43ο)ο
Γλυκόζη	339ο)ο	314ο)ο
K ⁺	4,9	4,5
Na	131	136
Κρεατινίνη	0,7ο)ο	0,9ο)ο
SGOT	10	12
SGPT	17	17
Αμυλαση	48	
T3	0,95	
T4	1,8	

Η ασθενής περσσε μια δοκιμασία η οποία της δημιούργησε μεγάλο άγχος κ' ανησυχία για το μέλλον του διαβήτη της. Στις 31-8-90 δόθηκε εξιτήριο. Πριν φύγει απο το Νοσοκομείο η ασθενής δόθηκε οδηγίες απο τους γιατρος κ' το Νοσηλευτικό προσωπικό πως να ελέγχει τον διαβήτη της χωρίς να υπάρχει κίνδυνος επιπλοκών απορρύθμισης του διαβήτη.

Οι οδηγίες που της δόθηκαν συζνοφίζονται ως εξής:

- Διατήρηση του βάρους του σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα
- Εξασφάλιση επαρκούς ανάπαυσης κ' ύπνου κ' αποφυγή καμάρου
- Εφαρμογή του συνιστώμενου διαιτολογίου απο τους γιατρος
- Εξέταση ούρων για σάκχαρο κ' οξόν καθημερινά
- Συχνή εξέταση αιματος για σάκχαρο
- Σωστή τεχνική ενεσης ινσουλίνης κ' ρύθμιση της δόσης της ινσουλίνης
- Συστηματική λήψη των αντιδιαβητικών δισκίων της σύμφωνα με την εντολή του γιατρου
- Τονίστηκε η σπουδαιότητα της ατομικής υγιεινής για την διατήρηση της ρύθμισης του διαβήτη κ' την πρόληψη επιπλοκών.

Με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας που ακολουθεί καταγράφονται λεπτομερειακά όλα τα προβλήματα που εμφανισε η ασθενής η νοσηλευτική παρέμβαση για την επίλυση του καθώς κ' οι εκτιμήσεις του εκάστοτε αποτελέσματος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>-Φόβος, αγχος και αγωνία της ασθενους για την αποκατασταση της ρυθμισης του σαιχάρου της κ'για την εμφάνιση επιπλοκών.</p>	<p>-Απομάκρυνση των δυσάρεστων αισθημάτων της ασθενους οσο είναι το δυνατόν. - Προσπάθεια για δημιουργία φιλικου κ'ανετου περιβάλλοντος για την ασθενή.</p>	<p>-Συζήτηση με την ασθενή για να της δοθουν οι απαραίτητες εξηγήσεις ανάλυση των συναισθημάτων της. - Η νοσηλεύτρια θα κάνει οτιδήποτε για να εφησυχάσει την ασθενη απο τους φόβους που έχει.</p>	<p>-Εγινε διάλογος με την ασθενή κ'μ'αυτόν τον τρόπο εξωτερίκευσε τα συναισθήματα της κ'τις ανησυχίες που είχε. -Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος. Η ασθενης ήλθε σε επαφή με άλλους αρρώστους που βρίσκονται στον ίδιο θάλαμο με αυτήν μέσω της νοσηλεύτριας. -Σαφείς εξηγήσεις στα ερωτηματα της κ'διευκρινίσεις οσον αφορά την αποκατάσταση της νόσου της.</p>	<p>-Η ασθενής άρχισε να νιώθει ασφαλεια ξέπερασε την δύσκολη συναισθηματική κατάσταση που βρισκόταν. -Απέκτησε εμπιστοσύνη κ'ενίωσε ασφαλής μέσα στο χώρο που βρίσκεται.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>-Δυσκολία προσαρμογής στο νέο διαιτολόγιο που συστήθηκε μέσα στο νοσοκομείο.</p>	<p>-Αποδοχή του διαιτολόγιου -Ο προγραμματισμός του διαιτολόγιου να συμπίπτει με τις προσωπικές προτιμήσεις της ασθενούς στα πλαίσια πάντοτε των περιορισμών που θέτει η νόσος του.</p>	<p>-Ενημέρωση για το σκοπό του σωστού διαιτολόγιου. -Ενθάρυνση των συγγενών να βοηθήσουν στην εφαρμογή του νέου διαιτολόγιου.</p>	<p>-Διάλογος με την ασθενή για την σπουδαιότητα του σωστού διαιτολόγιου στην υγεία της. -Εξήγηση ή ενημέρωση της ασθενούς για τις επιπλοκές που μπορεί να πάθει αν δεν τηρήσει το διαιτολόγιο. -Ενθάρυνση για συμμετοχή στο καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας. -Συζήτηση με τους συγγενείς να βοηθήσουν την ασθενή να προσαρμοστεί στο νέο διαιτολόγιο.</p>	<p>-Η ασθενής δέχτηκε να ακολουθήσει το πρόγραμμα διαβητικής διαίτας. -Απόκτησε ανεξαρτησία στο καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>-Διαβητική κετοξέωση λόγω της διακοπής της αντιδιαβητικής της αγωγής.</p>	<p>-Αποκατάσταση της φυσιολογικής χρησιμοποίησης των υδατανθράκων. Διόρθωση των οξεοβασικών διαταραχών.</p> <p>-Αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας της διαβητικής κετοξέωσης</p> <p>-Προσπάθεια εξήγησης της ασθενούς να συνεχίζει την αντιδιαβητική της αγωγή.</p>	<p>-Μέτρηση του σακχάρου του αίματος κ' των ούρων</p> <p>-Μέτρηση κ' καταγραφή προσλαμβανόμενων κ' αποβαλλομένων υγρών.</p>	<p>-Λήψη αίματος για μέτρηση του σάκχαρου</p> <p>-Συχνό τεστ ούρων για σακχαρο κ' οξονη</p> <p>-Χορήγηση ινσουλινης με εντολη γιατρού</p> <p>-Εξασφάλιση ήρεμου κ' ανετου περιβάλλοντος</p> <p>-Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση</p> <p>-Διάλογος με την ασθενή και εξήγηση της σπουδαιότητας της αντιδιαβητικής της αγωγής.</p>	<p>-Η ασθενής αισθάνθηκε πολύ καλύτερα ενίωσε ανεση κ' ανακουφίστηκε κατα πολύ απο τα συμπτώματα.</p> <p>- Η ασθενής άρχισε να παίρνει τα φάρμακα της στην κατάλληλη ώρα κ' δόση.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>-Αρνηση αποδοχής της μάθησης της τεχνικής εγχύσεως ινσουλίνης.</p>	<p>-Προσπάθεια εξοικειώσης της ασθενούς με την ινσουλινοθεραπεία. -Πρόγραμμα διδασκαλίας της τεχνικής εγχύσεως της ινσουλίνης.</p>	<p>-Προσπάθεια εξήγησης κ'ενημέρωσης της ασθενούς για την σημασία που έχει η ινσουλινοθεραπεία στην παραγωγή της υγείας της -Προσπάθεια εξήγησης κ' στους συγγενείς της σπουδαιότητας της ινσουλινοθεραπείας για να παροτρύνουν την ασθενή να την εφαρμόσει.</p>	<p>- Εξηγήθηκε στην ασθενή ο σκοπός για τον οποίο γίνεται η ινσουλίνη. -Δόθηκαν οδηγίες πως να γίνεται η ενέση ινσουλίνης κ' πως μπόρουν να αποφευχθούν οι επιπλοκές της ινσουλινοθεραπείας. -Αναλύθηκαν οι λόγοι για τους οποίους είναι απαραίτητη η ινσουλινοθεραπεία.</p>	<p>-Η ασθενής στην αρχή δεν δεχόταν με κανένα τρόπο την ινσουλινοθεραπεία. Με την βοήθεια όμως του συζύγου κ' της κόρης της έδειξε κατανόηση κ' δέχτηκε να μάθει την τεχνική εγχύσεως ινσουλίνης.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>-Πολυουρία, πολυδιψία λόγω της υπεργλυκαιμίας η οποία οδηγεί σε αύξηση της ωσμωτικής πίεσεως κυτταρικής αφυδάτωσης.</p>	<p>-Αντιμετώπιση του συμπτώματος. -Ανακούφιση της ασθενούς από την ανησυχία κ' τον φόβο που την διακατέχει. -Αποκατάσταση των υδατοηλεκτρικών και οξεοβασικών ανισοζυγίων.</p>	<p>-Μέτρηση του σακχαρου του αίματος -Αύξηση των υγρών που παίρνει -Μέτρηση κ' καταγραφή προσλαμβανομένων κ' αποβαλλομένων υγρών. -Τεστ ούρων για σάκχαρο.</p>	<p>-Λήψη αίματος κ' ούρων για καθορισμό σακχάρου κ' οξονης. -Χορήγηση υγρών κ' ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως -Εφαρμογή καθετήρα κύστεως -Χορήγηση ινσουλίνης ταχέως δράσεως στην καθορισμένη ώρα κ' δόση</p>	<p>-Η ασθενής αισθάνθηκε πολύ καλύτερα αφού υποχώρησαν τα συμπτώματα. -Επίτευξη των απαιτούμενων ισοζυγίων.</p>
<p>-Δυσφορία κ' μη συνεργασία λόγω της αγανάκτησης της από ασθενούς την συνεχή λήψη αίματος για σάκχαρο.</p>	<p>-Προσπάθεια για ανακούφιση του ασθενούς από αυτήν την ψυχολογική αντίδραση.</p>	<p>-Ενημέρωση της ασθενούς όσον αφορά την αρρώστια της. -Ενημέρωση των συγγενών για το λόγο για τον οποίο γίνεται συχνή λήψη αίματος.</p>	<p>-Ενημέρωση της ασθενούς κ' των συγγενών της για τον σκοπό της εξέτασης κ' ψυχολογική υποστήριξη αυτής.</p>	<p>-Η ασθενής άλλαξε στάση απέναντι στην νοσηλεύτρια αρχισε να συνεργάζεται με την βοήθεια βεβαίων των συγγενών της.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ναυτία και έμετοι εξαιτίας της μείωσης της αφομοίωσης της γλυκόζης</p>	<p>-Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα. -Αποκατάσταση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.</p>	<p>-Εξέταση αίματος για σάκχαρο -Εξέταση ούρων για σάκχαρο και οξόνη -Παρακολούθηση της αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης Ανακούφιση της ασθενούς από την διαταραχή του ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με νερό.</p>	<p>-Λήψη αίματος κ'ούρων για σάκχαρο. -Χορήγηση υγρών κ'ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως -Περιποίηση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.</p>	<p>-Επίτευξη των απαιτούμενων ισοζυγίων. -Οι έμετοι και η ναυτία που εννιωθε η γυναίκα σταματήσαν με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>-Καχεξία μείωση των δραστηριοτήτων της ασθενούς, εύκολη κόπωση που αρχικά οφείλεται σε υπεργλυκαιμία, αργότερα με την έναρξη της θεραπείας στην υπογλυκαιμία.</p>	<p>-Παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση καμπατου.</p>	<p>-Προτροπή του ασθενούς να διώξει το άσθημα αυτό. -Απασχόληση του ασθενούς με οτιδήποτε είναι σε θέση να κάνει προκειμένου να σταματήσει να σιέφτεται την κατάστασή του.</p>	<p>-Συμπαράσταση κ'ηθική κ' ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς. -Εξασφάλιση ήρεμου κ'ανε- του περιβάλλοντος.</p>	<p>-Αποφυγή δυσά- ρεστων επιπλοκών της μειωμένης δραστηριότητας της ασθενούς. -Ανάπαυση της αρρώστου.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Η ασθενής νιώθει φόβο κ' άγχος για το μέλλον του διαβήτη της κ' την αποκατάσταση του μετά την έξοδο της από το Νοσοκομείο.</p>	<p>-Ενθάρυνση της ασθενούς κ' ψυχολογική υποστήριξη -Απαλλαγή της ασθενούς από τα απαισιόδοξα αισθήματα.</p>	<p>-Συζήτηση με την ίδια την ασθενή για να της δοθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις όσον αφορά την αποκατάσταση φεύγοντας από το Νοσοκομείο -Συζήτηση με τους οικείους της για να την βοηθήσουν όσο μπορούν κατά την έξοδο της από το Νοσοκομείο -Εξήγηση στην ασθενή ότι η ζωή της συνεχίζεται φυσιολογικά χωρίς να υπάρχει κανένα πρόβλημα να εφαρμόσει σωστά τις οδηγίες που θα της δοθούν.</p>	<p>-Δόθηκαν οδηγίες στην ασθενή πως να κάνει συχνό έλεγχο του σακχάρου. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή ότι πρέπει συσπαίρνει συστηματικά τα χάκια της γιατί υπάρχει κίνδυνος απορρύθμισης. Επίσης τονίζεται ότι πρέπει να προσέχει την διαίτά της. Άλλο ένα σημείο που πρέπει να δίνει ιδιαίτερα προσοχή είναι η ινσουλινοθεραπεία και η αποφυγή επιπλοκών.</p>	<p>Η ασθενής αποχώρησε από το Νοσοκομείο απαλλαγμένη από τον φόβο κ' το κού είχε φάνηκε ότι κατανόησε τις οδηγίες που της δόθηκαν κ' ότι θα εφαρμόσει όλα όσα της είπαμε για σωστό έλεγχο της νόσου της.</p>

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Η δεύτερη περίπτωση που θα αναφέρω είναι η κυρία Χ.Ε 59 ετών, μόνιμος κάτοικος Πατρών η οποία εισήχθει στην Πανεπιστημιακή χειρουργική κλινική του Γενικού νοσοκομείου Πατρών "Άγιος Ανδρέας" στις 23/4/90 και εξήλθε από το Νοσοκομείο στις 1/5/80. Μαζί της ήταν ο σύζυγος της και οι δυο γιοι της οι οποίοι της συμπαρασταθήκαν καθ' όλη την διάρκεια παραμονής της στο νοσοκομείο. Εισήχθει στην κλινική γιατί υπέστη μια από τις επιπλοκές του διαβήτη, διαβητικά έλκη του ακρου ποδιού. Τα συμπτώματα που είχε η ασθενής πριν την είσοδο της στο Νοσοκομείο ήταν εντονο άλγος και οίδημα αριστερού κάτω άκρου.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρει:

"Η ασθενής γνωρίζει ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη 15 χρόνια. Το σάκχαρο της το ρύθμιζε με δίαιτα κ' 2 δισκία την ημέρα DAONIL τα οποία δεν τα έπαιρνε συστηματικά. Δεν είχε ρυθμιστεί το σάκχαρό της στο αίμα ικανοποιητικά με αποτέλεσμα την δημιουργία διαβητικής γάγγραινας στο αριστερό σκέλος ανώθεν του γόνατος. Η ασθενής από 10ημερου αναφέρει άλγος συνεχές στην γαστροκνημία κ' στο αίμο ποδι αριστερά προοδευτικά επιτεινόμενο οίδημα και κύάνωση. Προσέρχεται με αρρυθμιστο διαβήτη πρωτεϊνουρία και λευκοματουρία".

Το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει:

- Σακχαρώδης διαβήτης από 15ετίας
- Προ 3ετίας αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια από 3μηνου
- Επίσης είναι η καπνίστρια από 30ετίας (10-15 τσιγάρα την ημέρα)

Το οικογενειακό αναμνηστικό αναφέρει:

1. ατύχημα
2. Καρδιοπάθεια
3. Λευχαιμία

Στην κλινική εξέταση που της έγινε ευρέθησαν τα εξής:

ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ : Χωρίς παθολογικά ευρήματα

ΘΩΡΑΚΑΣ : Μειωμένη εκπτυξη ημιθωρακιων

Ελαττωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα

Καρδιά S1,S2 ακουστοί χωρίς πρόσθετους ήχους κ'φυσήματα

ΜΑΣΤΟΙ: Ελεύθεροι

ΚΟΙΛΙΑ: Μαλακή ,

ΑΚΡΑ : Το αριστερό ψυχρό απο τη μεσότητα του μηρου μέχρι του ακροπόδα.

Επώδυνη, οιδηματώδες, στιλπνο κ'κυανωτικό.

Δεν ψηλαφώνται σφύξεις στην μηριαία ραχιαία αρτηρία του ποδός

ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Διαβητική γάγγραινα αριστερου αιμου ανωθεν του γόνατος.

Αναγκαστικά η ασθενής θα υποβληθεί σε ακρωτηριασμό του ποδός για να μην εξαπλωθεί η βλάβη κ'αποβεί μοιραία για την ζωή της.

Εγινε η εισαγωγή της ασθενους στην κλινική με Α.Π 130 ήταν απύρετη.

Την πρώτη μέρα της εγινε παυσίπονη αγωγή για την ελάττωση του πόνου. Η λήψη αρτηριακής πίεσης και θερμοκρασίας αραιτά συχνά.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που έγιναν έδειξαν τα εξής:

Λευκά αιμοσφαίρια	24)4 14.000	30)4 25.000
Λεμφοκύτταρα	16	9
Αιματοκρίτης	42	35
Ουρία	26	102
Σάκχαρο	312	332
Νάτριο	130	138
Κρεατινίνη	0,7	

Στις 25)4)90 έγινε ο ακρωτηριασμός. Διάρκεια εγχείρηση 45 λεπτά. Χειρουργός:

Κος Καρατζάς.

Η νόρκωση έγινε με ραχιαία αναισθησία. Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα καθόλη την διάρκεια της εγχείρησης. Αιμοδυναμικά σταθερά. Απύρετη. Παραπο-
νείται η ασθενής για άλγος στο κοιλίωμα. Μετεγχειρητικά γίνονται συχνές λη-
ψεις αιματος κ'ούρων για σάκχαρο. Το νοσηλευτικό προσωπικό επίσης επαγρυπνού-
σε για την αποτροπή διαφόρων επιπλοκών π.χ μόλυνση του τραύματος κτλ.

Επίσης είναι υπεύθυνες οι νοσηλεύτριες για την ρύθμιση του υδατικού, ηλεκ-
τρολυτικού κ'θερμιδικού ισοζυγίου. Επίσης γίνεται συχνός έλεγχος του τραύ-
ματος. Οι πρώτες αλλαγές του τραύματος γίνονται απο τον γιατρό μετά τις
αναλαμβάνει η νοσηλεύτρια. Η νοσηλεύτρια ενεργεί για εγκαίρη έναρξη της φυσιο-
θεραπείας κ'εγκαίρη ακινητοποίηση του αρρώστου αρρώστου απο το κρεβάτι.
Άλλο ένα κύριο σημείο της μεταγχειρητικής φροντίδας είναι η βοήθεια που προσ-
φέρει η αδελφή στον άρρωστο ώστε να παραδεικτεί το αλλαγμένο σωματικό του εί-
δωλο.

Στις 1)5)90 εδόθη εξιτήριο . Η ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση και εδό-
θηκαν οδηγίες αποκατάστασης απο τους γιατρος και τις νοσηλεύτριες.

Συνεστήθη καθημερινή φροντίδα ποδιών, συχνή επισκόπηση των ποδιών για διαπί-
στωση επιπλοκών, συστηματική λήψη των φαρμάκων που εδόθηκαν απο τον γιατρό.
Επίσης προτάθηκαν λύσεις μερικής αποκατάστασης της αναπηρίας της ασθενους ,
οπως προσθήκη τεχνητού μέλους και τονίσθηκε η σπουδαιότητα εφαρμογής των οδη-
γιών που δόθηκαν απο τον γιατρό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>- Η ασθενής νιώθει αγωνία και φόβο για την εκβαση της εγχείρησής.</p>	<p>-Παροχή ηθική και ψυχολογική υποστήριξης. -Εγκαθίδρυση σχέσεων που εμπνέουν πίστη ενδιαφέρον κ' εμπιστοσύνη με την αρρωστη κ' τη νοικογένεια της -Ενημέρωση κ' επεξήγηση στην ασθενή των πληροφοριών του χειρουργού.</p>	<p>-Μείωση του φόβου και του αγχους της ασθενους επιτρέπονται στην άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματα της για την εκβαση της επέμβασης με λόγια.</p>	<p>Συζήτηση με την ασθενή σχετικά με την επέμβαση κ' ενθάρρυνση της ασθενους. -Διάλογος με την οικογένειά της για να συμπαρασταθούν με τον τρόπο τους κ' αυτοι στην ασθενή.</p>	<p>-Η ασθενής μετά απο την συζήτηση που έγινε ενιωσε καλύτερα κ' μειώθηκε ο φόβος της κ' το άγχος της για την επέμβαση.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
-Ανησυχία κ' φόβος για την μεταβολή του σωματικού ειδώλου μετά την επέμβαση.	-Απομάκρυνση των δυσάρεστων αυτών συναισθημάτων της ασθενούς. -Ψυχολογική κ' ηθική τόνωση.	-Βοήθεια αποδοχής του αλλαγμένου σωματικού ειδώλου.	-Διάλογος με την ασθενή για να αποδεχτεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο. -Συζήτηση με τους συγγενείς για συμπαράσταση της ασθενούς στην δύσκολη αυτή στιγμή.	-Η ασθενής ήταν δύσκολο να προσαρμοστεί και να δεχτεί την ιδέα του ακρωτηριασμού.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>-Η ασθενής νιώθει δυσφορία επειδή της παίρνουν συνέχεια αίμα για την μέτρηση του σακχάρου του αίματος καθώς κ'για άλλες εργαστηριακές εξετάσεις.</p>	<p>-Βοήθεια της ασθενους να αποδεχτεί αυτή την κατάσταση για το καλό της υγείας της. -Προσπάθεια για απομάκρυνση του αναισθήματος αυτού.</p>	<p>-Επεξήγηση της σημασίας των διαγνωστικών εξετάσεων για την καλή έκβαση της επέμβασης.</p>	<p>-Διάλογος κ'επεξήγηση της ασθενους και της οικογενειας της για τον λόγο που γίνεται η συχνή λήψη αίματος.</p>	<p>-Η ασθενής αρχισε να κατανοεί τους λόγους για τους οποίους της παίρνουν συχνά αίμα κ'ετσι συνεργάστηκε με την νοσηλεύτρια.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
-Πολυουρία- πολυδιψία εξαιτίας της σακχαρώσεως.	-Ανακούφιση της ασθενούς απο τα συμπτώματα -Αποκατάσταση των ηλεκτρο- λυτιών διαταραχών	-Μέτρηση σακχαρου αίματος και ούρων -Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανομενων - απο- βαλλομένων υγρών.	-Λήψη αίματος κ'ούρων για δια- γνωστικό-σακχα- ρου και οξέως. -Χορήγηση ινσου- λίνης ταχείας δράσεως στην κα- ταλληλη ώρα και δόση. -Χορήγηση υγρών κ'ης) των ενδο- φλεβίως.	-Η ασθενής ενίωσε καλύτερα αφού υπο- χώρησαν τα συμπτώ- ματα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ- ΝΟΣΗΛ.ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
-Μεταβολές στην ανεση ,πόνος.	-Προσπάθεια ανακού- φισης των συμπτώμα- των στο ελάχιστο δυ- νατο. -Παραγωγή της συμα- τικής ανάπαυσης της ασθενους. -Εξασφάλιση ήρεμου κ'ανετου περιβάλλον- τος.	-Χορήγηση παυσίπονου για μείωση του πόνου. -Τοποθέτηση της ασθενους σε αναπαυτική θέση.	-Δόθηκαν παυσίπονα για ανακούφιση απο τον πόνο. -Αναπαυτική θέση και επάρκεια ύπνου του ασθενους. -Μείωση των περιβαλ- λοντικών παραγόντων που δημιουργούν έν- ταση στην ασθενή κ' επιδείνωση του πόνου.	-Ανακούφιση της ασθενους απο την μείωση του πόνου. -Αύξηση της ανε- σης της ασθενους

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ή ασθενής ενίωσε απογοήτευ- ση π'θλίψη όταν αντί- κρυσε το ακρωτηρια- σμένο μέ- λος.	-Ηθική τόνωση κ'ψυχο- λογική υποστήριξη ώστε να ξεπεράσει το δυσάρεστο αυτό συναί- σθημα.	-Βοήθεια για αποφυγή αυτού του θεάματος.	-Διάλογος με την ασθε- νή κ'τους συγγενείς της για μείωση του συ- ναισθήματος αυτού. -Επεξήγηση στον ασθενή των μέσω με τα οποία θα μπορέσει να αποκα- ταστήσει τον ακρωτηρια- σμένο μέλος (πλαστικά μέλη).	-Ανακούφιση της ασ- θενους κατα κάποιο τρόπο. Την απογοή- τευση όμως δεν μπο- ρει να την αποφύγει κάθε φορά που το βλέπει.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
-Θρεπτικές μεταβολές του ασθενή	-Εξασφάλιση θρεπτικής ισορροπίας κ' μεταβολική ρύθμιση του διαβήτη.	-Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας.	-Χορήγηση επαρκούς διατροφής πλούσια σε θερμίδες λεύκιμα κ' λίπος πριν από την επέμβαση μετά τις 10 το βράδυ αν δεν χορηγούνται τροφή κ' υγρά στην ασθενή, γιατί είναι εύκολο να πάθει καταπληξία πριν ή μετά την εγχείρηση.	-Διατήρηση της θρεπτικής ισορροπίας της ασθενούς.
-Υπεργλυκαιμία εξαιτίας της μη καλής ρύθμισης του σακχάρου του αίματος.	-Βοήθεια στην καλή ρύθμιση του διαβήτη, κ' στη διατήρηση του σακχάρου του αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα.	-Συχνή μέτρηση του σακχάρου του αίματος.	-Λήψη αίματος για προσδιορισμό του σακχάρου.	-Το σάκχαρο αίματος διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
-Η ασθενής είναι χρόνια καπνίστρια (καπνίζει 10-15 τσιγάρα την ημέρα)	-Η ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι πρέπει να κόψει το τσιγάρο τελείως για το καλό της υγείας της.	-Συζήτηση της ασθενούς με την νοσηλεύτρια. -Συζήτηση με τους οικειους της ασθενούς για να την βοηθήσουν να κόψει το τσιγάρο. -Χρήγησή στην ασθενή ειδικών φυλλαδίων για ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα	-Η νοσηλεύτρια κάνει διάλογο με την ασθενή κ'εξη- γει τους λόγους για τους οποίους πρέπει να σταματή- σει το κάπνισμα καθώς κ'τους κιν- δύνους που έχει η συνέχιση του. -Εξηγεί στους συ- γγενείς πως αυτοί θα συμβάλλουν στην διακοπή του καπνί- σματος.	- Η ασθενής συ- νειδητοποίησε τον κίνδυνο του καπνί- σματος και κατέ- βαλε προσπάθειες να το ελαττώσει. Στο τέλος κατά- φερε να το κό- ψει τελείως.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αγωνία κ' ανασφάλεια της ασθενούς για την συνέχιση της ζωής της με την αναιηρία της και για το πως θα την αποδεικτει η οικογένεια της κ' ο κοινωνικός της περίγυρος.</p>	<p>-Προσπάθεια απομάκρυνσης του ψυχολογικού αυτου προβλήματος που βασανίζει την ασθενή.</p>	<p>-Συνάντηση της ασθενούς με την κοινωνικό λειτουργό. -Διάλογος με την νοσηλεύτρια για την περαιτερω φυσιολογική συνέχιση της ζωής της -Προτάσεις για μερική αποκατάσταση της αναιηρίας της με την προσθήκη τεχνητου μέλους -Συζήτηση με τους οικείους για συμπάρσταση ή ηθική τόνωση της ασθενούς.</p>	<p>-Εξήγηση στην ασθενή οτι η ζωή συνεχίζεται εστυ κ' με το ενα μόνο μέλος αρμεί να ακολουθεί σωστά τις οδηγίες που της δίνονται.</p>	<p>-Η ασθενής ενιωσε καλύτερα και ανακουφίστηκε απο το άγχος που είχε και άρχισε να ελπίζει οτι το πρόβλημα της κάποια μέρα θα αποκατασταθεί.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας την εργασία μου θα ήθελα πρώτα να αναφερθώ σε ορισμένα συμπεράσματα τα οποία απορρέουν απ' αυτή την μικρή μου προσπάθεια προσέγγισης ενός μεγάλου προβλήματος που λέγεται Σακχαρώδης διαβήτης. Γίνεται λοιπόν αποδεκτό ότι η νόσος παρουσιάζεται με μεγάλη συχνότητα κ' μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Εμφανίζεται και στα 2 φύλλα εξίσου με μια μικρή υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών. Είναι επίσης γεγονός, ότι κάθε χρόνο εμφανίζεται ένας σεβαστός αριθμός διαβητικών οι οποίοι προσέρχονται με κάποιες επιπλοκές απορρύθμισης του διαβήτη και έχουν ανάγκη απο ιδιαίτερη μεταχείριση.

Στο σημείο αυτό διαχωρίζεται η ιατρική πλευρά της ασθένειας, η οποία σαν σκοπό έχει την αποκατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενους και η νοσηλευτική πλευρά η οποία εκτός απο τη σωματική υγεία του ασθενους επικεντρώνεται κυρίως στην ψυχική του υγεία κ' κυρίως στον συναισθηματικό κόσμο του κ' τις ψυχολογικές του αντιδράσεις.

Γι' αυτόν τον λόγο είναι απαραίτητη η στενή συνεργασία μεταξύ διαβητικού κ' νοσηλεύτριας ιδίως στην αρχή όταν δηλ. πρωτοεμφανισθεί ο διαβήτης ώστε να δημιουργηθεί μεταξύ του μια αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης κ' σεβασμου. Επίσης θα ήθελα να τονίσω με λίγα λόγια τα πιο σημαντικά σημεία που αναφέρθηκαν στην εργασία μου κ' στα οποία απαιτείται η προσοχή όλων μας.

Πρώτα λοιπόν πρέπει να τονιστεί η σημασία της πρόληψης και εγκαίρης διάγνωσης του σακχαρώδη διαβήτη ώστε να περιορισθεί όσο το δυνατόν ο αριθμός των ασθενών που ενώ βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου μόλις τότε προσέρχονται στον γιατρό για εξέταση. Στο σημείο αυτό φανερώνεται η σωτήρια αξία της ενημέρωσης κ' διαφώτιση του κοινού σχετικά με την νόσο που λέγεται σακχαρώδης διαβήτης. Η νοσηλεύτρια η οποία ζει απο κοντά περισσότερο απο κάθε άλλον το πρόβλημα αυτό, πρέπει να ευαισθητοποιηθεί κ' με οποιοδήποτε τρόπο να

να προσφέρει στην ενημέρωση και διαμόρφωση του κοινού. Αυτό βέβαια μπορεί να γίνει μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων ειδικών σεμιναρίων κ'επιμορφωτικών φυλλαδίων ειδικών σεμιναρίων κ'επιμορφωτικών μαθημάτων.

Με τον τρόπο αυτό προλαμβάνεται η εξάπλωση της νόσου όσο το δυνατόν στο ελάχιστο.

Δεύτερο σημείο που θα ήθελα να τονίσω είναι οι συνεχείς προσδοκίες επιστημονικές ανακαλύψεις στο χώρο της Ιατρικής κ'Νοσηλευτικής που προσπαθούν να περιορίσουν όσο το δυνατόν την νόσο. Η ανακάλυψη της ινσουλίνης ελάττωσε τους θανάτους από διαβητικό κώμα στο ελάχιστο κ'πολλαπλασίασε τον χρόνο επιβίωσης των διαβητικών ασθενών.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με σακχαρώδη διαβήτη έχει γίνει ήδη ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς κ'αυτό διότι όλοι αντιλαμβάνονται ότι:

- η νοσηλεύτρια ικανοποιεί ένα πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά κ'ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου. Ο ασθενής είναι δεκτής που μπορεί να δραστηριοποιηθεί ή να αδρανοποιηθεί από την συμπεριφορά της νοσηλεύτριας απαντώντας του.

- ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην νοσηλευτική φροντίδα του διαβητικού αρρώστου δεν περιορίζεται μόνο στο νοσοκομείο αλλά επεκτείνεται κ'έξω απ'αυτό, στο σπίτι του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια η οποία βρίσκεται τις περισσότερες ώρες κοντά στον διαβητικό είναι η πιο κατάλληλη να τον προετοιμάσει ώστε φεύγοντας από το Νοσοκομείο, να γίνει ο ίδιος γιατρός του εαυτού του. Εδώ βέβαια πρέπει να τονισθεί η εκπαίδευση του διαβητικού που έχει σαν σκοπό την αποτελεσματικότερη συμμετοχή του ασθενούς στην θεραπεία του. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην εκπαίδευση του αρρώστου είναι να δώσει στον ασθενή να καταλάβει την σπουδαιότητα που έχει η σωστή εφαρμογή της φαρμακευτικής κ'δietetητικής αγωγής για την ομαλή πορεία της νόσου του ώστε να προληφθούν οι επιπλοκές του Σ.Δ που μπορούν να αποβούν μοιραίες για την ζωή του.

Στην προσπάθεια της η νοσηλεύτρια να βοηθήσει τον διαβητικό να ζήσει με τον σακχαρώδη διαβήτη επιδιώκει να μην τον απομακρύνει από τον συνηθισμένο τρόπο ζωής.

-ο ρόλος της νοσηλεύτριας εκτός από τον άρρωστο επεκτείνεται και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου. Στην προετοιμασία του αρρώστου να ζήσει με την νόσο του, έχει εντονη συμμετοχή τουλάχιστον κ'ένα μέλος της οικογένειας.

Ετσι λοιπόν κάθε διαβητικός κ'ένα τουλάχιστον μέλος της οικογένειας του πρέπει να γνωρίζουν:

- την φυσιολογία του σακχαρώδη διαβήτη
- τη δράση της ινσουλίνης
- τις εξετάσεις ούρων για σάκχαρο
- = την τεχνική εκτέλεσεως ενεσεως ινσουλίνης
- την φροντίδα των ποδιών
- τον τρόπο αντιμετώπισεως περιπτώσεως κάποιας αρρώστειας
- τα συμπτώματα του διαβητικού κώματος
- τα συμπτώματα του SHOCK ινσουλίνης

Το τρίτο κ'τελευταίο σημείο που θα ήθελα να τονίσω είναι ότι ο νοσηλευτικός ρόλος συνίσταται κυρίως στην συνεχή ηθική ενίσχυση κ'συναισθηματική υποστήριξη όχι μόνο του ασθενους αλλά κ'της οικογένειας του. Οι νοσηλευτικοί στόχοι θα πρέπει να συγκεντρώνονται γύρω από την φυσική συναισθηματική κ'ψυχική ανακούφιση του ασθενους .

Στο τέλος της εργασίας μου θα ήθελα να πω ότι μπορούμε με κάθε τρόπο να ξανακτίσουμε την ραγισμένη ελπίδα κ'την αυτοπεποίθηση του διαβητικού μας ασθενους κ'αυτο πρέπει να γίνει μέσα σε πνευμα εμπιστοσύνης κ'συνεργασίας.

Αυτό που κατά την γνώμη μου χρειάζεται ο διαβητικός είναι κυρίως ανθρώπινη συμπεριφορά, ψυχολογική υποστήριξη, αναγνώρισης των προσπαθειών του κ'ανταμοιβη. Αν θέλουμε μπορούμε να προσφέρουμε, αν όχι όλα αυτά, πολλά απ'αυτά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Β.: “Επίτομος κλινική παθολογική φυσιολογία, λειτουργική Παθολογία”
3η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975.

ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ-ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ Ρ. “Στοιχεία φυσιολογίας”, έκδοση 2η, Επιστημονικές εκδόσεις
Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1964.

ANDERSON, JAMES W. Μετάφραση επιμέλεια: ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Κ.: “Διάβητης, πως θα νικήσει-
τε τον γλυκό εχθρό” Έκδοση 6η, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1983.

BERGER M-JORGENS V. Μετάφραση : Πέτροβας Α.Α. , “Η ινσουλινοθεραπεία στη πράξη”
εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

ΒΟΛΙΩΤΗΣ Κ. “Ο ρόλος της εκπαίδευσης στην θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη”
Ελληνικά Διαβητολογικά χρονικά, τεύχος 6, Ελληνική διαβητολογική εταιρεία,
Ιανουάριος 1988.

ΓΑΡΔΙΚΑ Κ. “Ειδική Νοσολογία” επίτομος, 3η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις
Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

ΓΙΤΣΙΟΣ Ο.ΚΩΝ)ΝΟΣ : “Νοσηλεία”, 2η έκδοση, Οργανισμός εκδόσεως διδαιτικών
βιβλίων, Αθήνα 1985.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ “ΥΓΕΙΑ” Τόμος 5ος: “Οι μεγάλες παθήσεις της εποχής μας”
Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1989.

ΚΑΤΣΙΑΛΑΜΠΡΟΣ Α.ΝΙΚΟΛΑΟΣ: “Η πρακτική αντιμετώπιση του διαβήτη κ’ του διαβητικού κώματος” Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ.Παρισιάνος, Αθήνα 1977

KAHLE,W - LEONARD T,H-PLATZER,W Μετάφραση: ΠΑΠΑΛΟΠΟΥΛΟΣ,Ν: “Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου με εγχρωμο άτλαντα” Τόμος Β-Εσωτερικά όργανα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ,Μ.Α-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Θ.: “Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική” Τόμος Β,Μέρος 1ο-3η Έκδοση , εκδόσεις Ιεραποστολικής ανύσεως αδελφών Νοσοκόμων “Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1988.

MARCUSA-KRUPP-MILTON J.CHATTON: “Current medical Diagnosis and treatment”
Αθήνα 1982

NORRIS P.E.: “Διαβήτης, ο διαβητικός κ’ η διατροφή του,” Εκδόσεις Διόπτρα
Αθήνα 1982

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1986, Δημνιαια έκδοση του εθνικού συνδεσμου Διπλωματουχων Νοσοκόμων Ελλάδος “ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝΑ”
ΕΣΔΝΕ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Τεύχος 2ο , Μάρτιος-Απρίλιος 1986, , Δημνιαια έκδοση του εθνικού συνδεσμου Διπλωματουχων Νοσοκόμων Ελλάδος “ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝΑ ΕΣΔΝΕ”.

READ,A-BARRITT,D-HEMER,R.Μετάφραση: ΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ,Χ: “Σύγχρονη Παθολογία”, επίτομος, έκδοση 2η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA-ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: “Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική”

Μοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2ος, Μέρος Α', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.

CUYTON A, M.D: Μετάφραση: ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Α: "Φυσιολογία του ανθρώπου", Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983.

HARRISON, Μετάφραση: ΚΡΙΚΕΛΗΣ, ΜΑΛΛΙΑΡΑ, Σ.ΜΑΛΛΙΑΡΑΣ, Δ.ΜΑΝΟΥΣΟΣ, ΟΡ.ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ, Θ.ΦΕΡΤΑΚΗΣ, Α.ΧΑΤΖΗΜΗΝΑΣ Ι: "Εσωτερική Παθολογία, τόμος Γ", έκδοση 8η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

