

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ : "ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

(Υπογραφή) _____

Δα : Μπαρτζολάκη

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1) _____

2) _____

3) _____

Της Σπουδαστριας : ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 30-11-1991



ΑΡΙΘΜΟΣ	4228
ΑΝΩΤΕΡΗ	

ΑΦΙΕΡΩΣΙΣ

"Αφιερώνω την πτωχή μου εργασία στους γονείς μου και σ' όλες τις αξιόλογες καθηγήτριες μου με ανεκτίμητο Σεβασμό και Αγάπη για την βοήθεια που μου προσέφεραν και για τη συμβολή τους στην προαγωγή και ανέλιξη της Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή ς".

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ 1-6
- Περιγραφή μηριαίου οστού
- Μύες του μηριαίου οστού
- Αγγείωση μηριαίου οστού
- Νεύρα του μηριαίου οστού

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

1. Γενικά περί καταγμάτων 7-8
2. Διαίρεση καταγμάτων μηριαίου οστού . . . 8-
3. Συχνότητα καταγμάτων μηριαίου οστού . . . 8
4. Κλινική εικόνα καταγμάτων μηριαίου οστού . . . 9
5. Πύρωση καταγμάτων μηριαίου οστού . . . 9-10
6. Επιπλοκές καταγμάτων μηριαίου οστού . . . 10-12
7. Πρώτες βοήθειες στον τόπο του ατυχήματος . . . 12-14
8. Μεταφορά του τραυματία στο Νοσοκομείο . . . 14-15
9. Αντιμετώπιση καταγμάτων του μηριαίου οστού . . . 15-16
10. Μέθοδοι θεραπείας καταγμάτων μηριαίου οστού . . . 16-25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ
2. Νοσηλευτική φροντίδα τραυματία στα Ε.Ι. . . . 26-27
3. Νοσηλεία του τραυματία στο θάλαμο . . . 27
4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ . . . 28

5. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με γύψο . . . 28-30
6. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αφαίρεση γύψου . . . 31-32
7. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με έλξη . . . 32-36
8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ . . . 37
9. Προεγχειρητική ετοιμασία ασθενή . . . 37-38
10. Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενή . . . 39-40
11. Κοινωνικό-ψυχολογικά προβλήματα . . . 41-42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ
ΟΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΩΝ . . . 43
2. Περίπτωση Α' . . . 43-50
3. Περίπτωση Β' . . . 51-56

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ζούμε σε μια εποχή που οι άνθρωποι απειλούνται καθημερινά όχι μόνο από διάφορες παθήσεις αλλά και από τον κίνδυνο των συχνών και μεγάλων ατυχημάτων.

Τα ατυχήματα αυτά συχνά έχουν σαν αποτέλεσμα την δημιουργία των διαφόρων καταγμάτων.

Το πιο συχνό κατάγμα που δημιουργείται είναι το μηριαίο.

Γι' αυτό θεώρησα σωστό να αναφέρω ορισμένα στοιχεία στην πτυχιακή μου εργασία ξεκινώντας από τον Ορισμό του Κατάγματος, την ανατομία του μηρού, την συχνότητα, την κλινική εικόνα, τις επιπλοκές και την θεραπεία τους.

Επίσης σημαντικό μέρος αποτελεί και η Νοσηλευτική φροντίδα των καταγμάτων του μηριαίου οστού και η επισήμανση του ρόλου του Νοσηλευτή στην πρόληψη και θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από αυτά.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

1. ANATOMIA ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Περιγραφή μηριαίου οστού

Το μηριαίο οστό είναι οστό των κάτω άκρων που ορθώνεται με την πυελική ζώνη αφ' ενός και την κνήμη και περόνη αφ' ετέρου.

Ο μηρός πρωτοεμφανίζεται στο σκελετό του πυελικού πτερυγίου των Κροσσοπτερυγίων, κατόπιν στο πλώ άκρο των Λαβυρινθοδόντων.

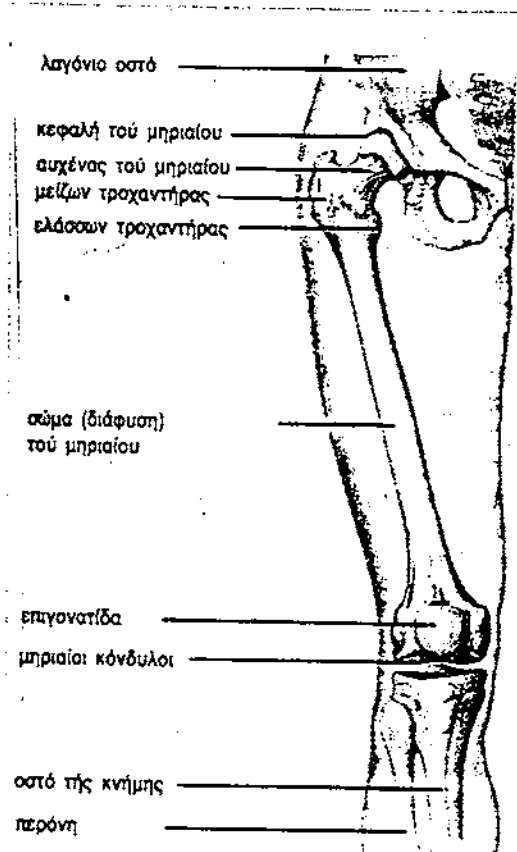
Στο επάνω μέρος του μηριαίου οστού διακρίνεται :

1. Η κεφαλή του μηριαίου
2. Ο αυχέννας του μηριαίου οστού
3. Ο μείζον τροχαντήρας
4. Ο ελάσσων τροχαντήρας

Από την κορυφή έως το κάτω μέρος του μηριαίου οστού, βρίσκεται το σώμα (διάφυση) του μηριαίου οστού. Αυτό το μέρος είναι το μεγαλύτερο του μηριαίου οστού.

Στο κάτω μέρος του μηριαίου οστού βρίσκεται :

1. Επιγονατίδα
2. Μηριαίοι κόνδυλοι



Το μηριαίο οστό

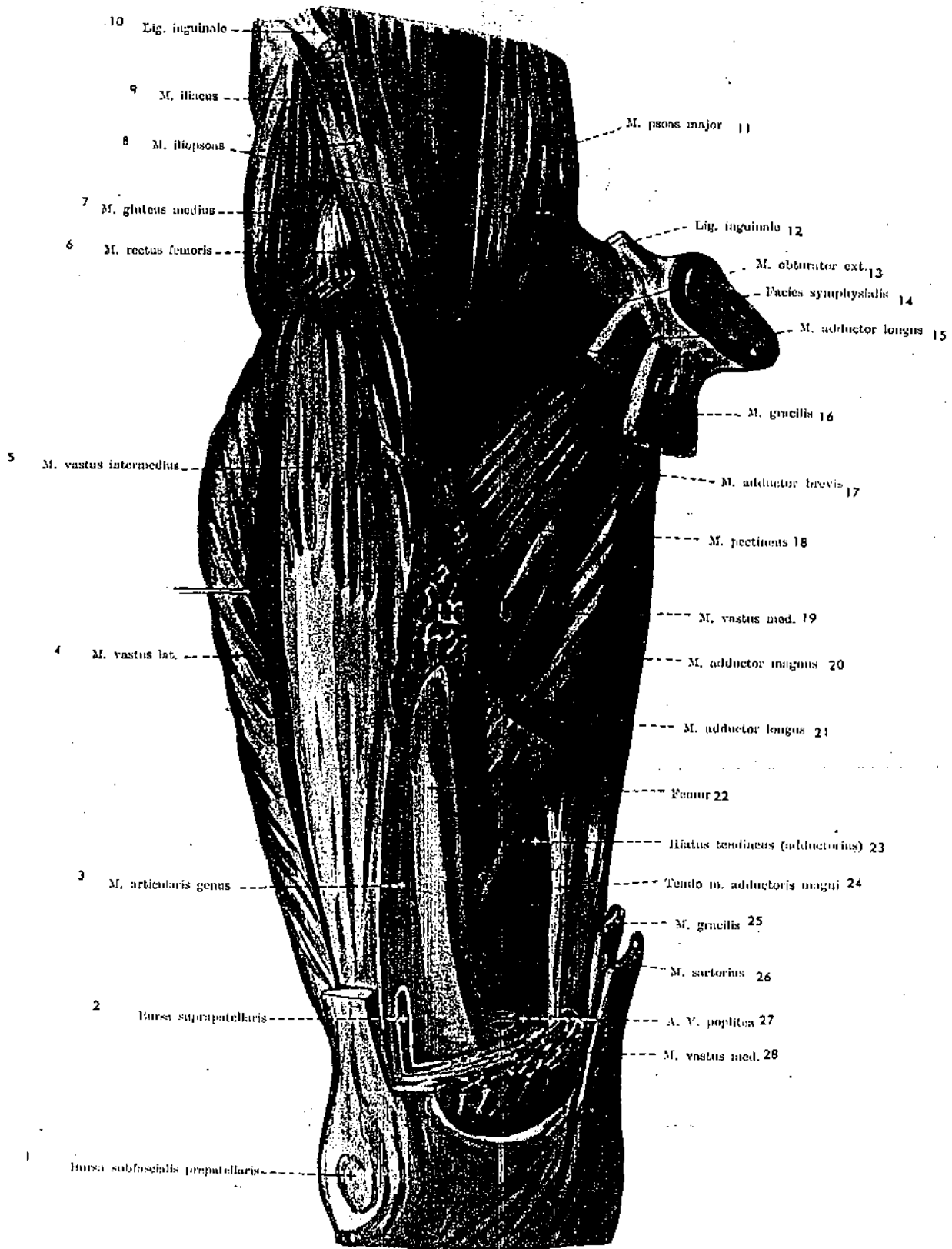


Fig. 299. MUSCULI EXTENSORES ET ADDUCTORES FEMORIS IV.

ΕΙΣ. 299: ΟΙ ΠΡΟΣΘΙΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΕΣΩ (ΠΡΟΣΑΓΩΓΟΙ) ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΗΡΟΥ IV
 1. Υποδερμάτιος άρραγόνος θύλακος της έπιγονατίδος, 2. Υπερεπιγονατίδος θύλακος, 3. Υπομηρίδιος μ. 4. Έξω πλατύς μηριαίος μ. 5. Μέσος πλατύς μηριαίος μ. 6. Όρθός μηριαίος μ. 7. Μέσος γλουτιαίος μ. 8. Λαγονοψοίτης μ. 9. Λαγόσιος μ. 10. Βουβωνικός σύνδ. 11. Μείζων ψοίτης μ. 12. Βουβωνικός σύνδ. 13. Έξω θυροειδής μ. 14. Έπιφάνεια της ήβικης συνωύσεως. 15. Μακρός προσαγωγός μ. 16. Ίσχνός προσαγωγός. 17. Βραχύς προσαγωγός μ. 18. Κτενίτης μ. 19. Έσω πλατύς μηριαίος μ. 20. Μέγας προσαγωγός μ. 21. Μακρός προσαγωγός μ. 21. Μηριαίον δακτ. 23. Κάτω στόμιον του μηροίγνακού πόρου. 24. Τένων του μεγάλου προσαγωγού μ. 25. Ίσχνός προσαγωγός μ. 26. Ροετικός μ. 27. Ίγνα ακή άρτηρία και φλ. 28. Έσω πλατύς μηριαίος μ.

Μύες του Μηριαίου οστού

Ο σκελετός του μηρού αποτελείται από το Μηριαίο οστό, στο οποίο καταφύονται πολυάριθμοι μύες, που μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες: μια πρόσθια, που αποτελείται κυρίως από τις τέσσερις κεφαλές του τετρακέφαλου μηριαίου, μια έσω, που αποτελείται από τους τέσσερις προσαγωγούς και μία οπίσθια, που αποτελείται από τον ημιτενοντώδη, τον ημιυμενώδη και τον δικέφαλο.

Αγγείωση Μηριαίου οστού

Στο πρόσθιο έσω τμήμα του μηρού βρίσκεται ο μηροϊχθυακός πόρος, μέσα στον οποίο πορεύονται η μηριαία αρτηρία προς τα έξω και η μηριαία φλέβα προς τα έσω. Η οπίσθια έσω επιφάνεια του μηρού αγγειώνεται από την ισχυακή και την εν τω βάθη μηριαία αρτηρία, που εκπορεύονται από τη μηριαία σε απόσταση 4 εκατοστόμετρων από τον βουβωνικό σύνδεσμο.

Κάτω από τη μηροβουβωνική πτυχή, εκεί που εκβάλλει η μείζων σαφηνής στη μηριαία φλέβα, υπάρχει μια σημαντική ομάδα λεμφογαγγλίων.

Νεύρα του μηριαίου οστού

Το μηριαίο νεύρο διαιρείται στους τέσσερις τελικούς κλάδους του από την είσοδο του στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού και νευρώνει τον τετρακέφαλο μηριαίο. Στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού κατέρχεται το ισχυακό νεύρο έως την ιχθύ, δίδοντας κλάδους στους γειτονικούς μύς. Οι προσαγωγοί μύες διασχίζονται από τους κλάδους του θυροειδούς νεύρου.

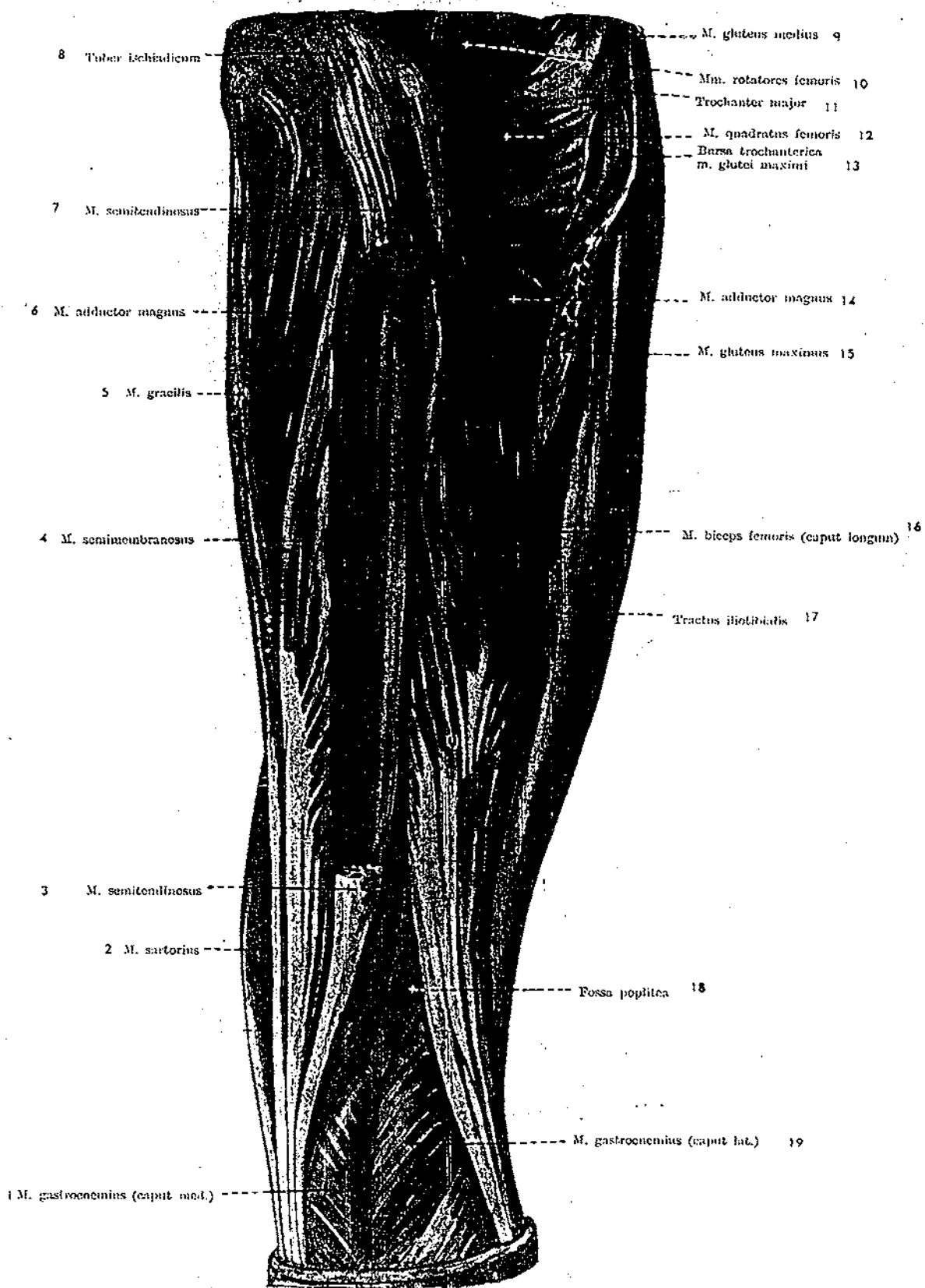
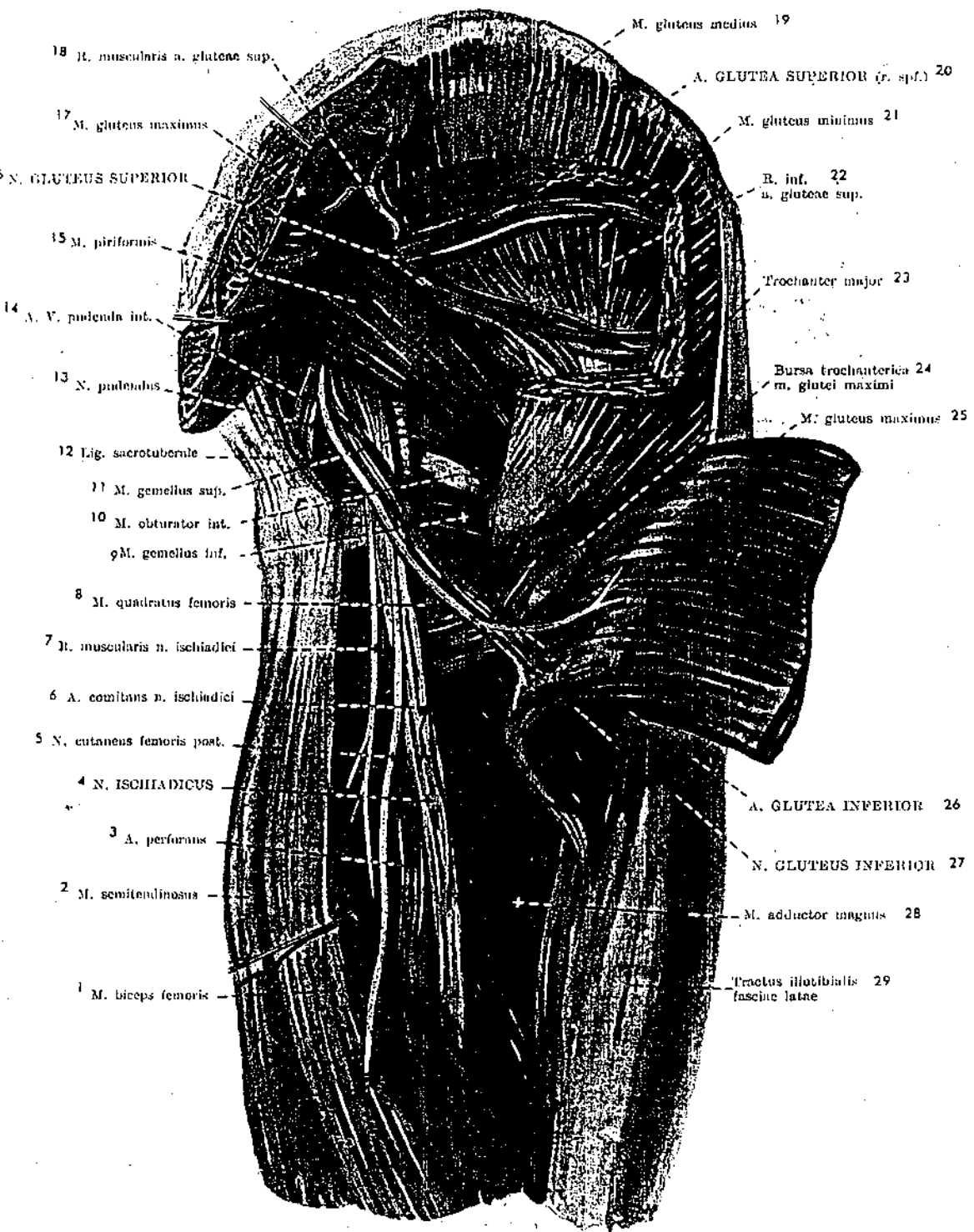


Fig. 293. MUSCULI FLEXORES FEMORIS II.

Εικ. 293: ΟΠΙΣΘΙΟΙ ΜΗΡΙΑΙΟΙ ΜΥΕΣ

1. Γαστροκνήμιος μ. (έξω κεφαλή), 2. Ραπτικός μ., 3. Ήμιτενοντώδης μ., 4. Ήμιβιεννώδης μ., 5. Ίσχιος προσαγωγός μ., 6. Μέγας προσαγωγός μ., 7. Ήμιτενοντώδης μ., 8. Ίσχιακόν κύμασμα, 9. Κατάφυσις τοῦ μέσου γλουτιαίου μ., 10. Περιστερωσίς μ. τοῦ μηροῦ, 11. Μείζων τροχαντήρ, 12. Τετράγωνος μηριαίος μ., 13. Τροχαντηριος θύλακος τοῦ μεγάλου γλουτιαίου μ., 14. Μέγας προσαγωγός μ., 15. Μέγας γλουτιαίος μ., 16. Δικέφαλος μηριαίος μ. (μακρὰ κεφαλή), 17. Λαγονοκνημιαία ταινία, 18. Ίγνυακός βόθρος, 19. Γαστροκνήμιος μ. (έξω κεφαλή).



ΕΙΚ. 173: ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΓΛΟΥΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΗΡΟΥ
 1. Δικέφαλος μηριαίος μ. 2. Ήμιτενοντώδης μ. 3. Διακίρρωσα άρτ. 4. Ίσχιακόν ν. 5. Όπίσθιον μηροδερματικόν ν. 6. Δορυφόρος του ίσχιακού ν. άρτηρία. 7. Μυϊκός κλάδος του ίσχιακού ν. 8. Τετράγωνος μηριαίος μ. 9. Κάτω δίδυμος μ. 10. Έσθ θυροειδής μ. 11. Άνω δίδυμος μ. 12. Μείζων ίσχιοτέρος σύνδ. 13. Αΐδοϊκόν ν. 14. Έσω αΐδοϊκί άρτ. και φλ. 15. Απισειδής μ. 16. Άνω γλουτιαίον ν. 17. Μέγας γλουτιαίος μ. 18. Μυϊκός κλάδος της άνω γλουτιαίας άρτ. 19. Μέσος γλουτιαίος μ. 20. Άνω γλουτιαία άρτ. (έπιπολής κλάδος). 21. Μικρός γλουτιαίος μ. 22. Κάτω κλάδος της άνω γλουτιαίας άρτ. 23. Μείζων τροχαντήρ. 24. Τροχαντήριος ύβλακος του μεγάλου γλου-

Fig. 173. ARTERIAE, VENAE ET NERVI FEMORIS POSTERIORES I.
 (regiones gluteae et femoris posterior)
 ταιού μ. 25. Μέγας γλουτιαίος μ. 26. Κάτω γλουτιαία άρτ. 27. Κάτω γλουτιαίον ν. 28. Μέγας προσαγωγός μ. 29. Λαγονοκνημιαία ταινία της πλατείας περιτονίας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Κάταγμα είναι η κάκωση του οστού κατά την οποία προκαλείται διακοπή της συνέχειας του, όταν σπάσει δηλαδή ή ραχίσει σε κάποιο σημείο του.

Για να γίνει ένα κάταγμα, πρέπει να δράσει επάνω στο οστόν μια σημαντική βία, αφού η μηχανική του αντοχή είναι αρκετά μεγάλη. Μερικές φορές, όμως ένα κάταγμα προκαλείται με την ενέργεια μιας ασήμαντης και δυσανάλογα μικρής βίας, όπως με μια απότομη ή και συνηθισμένη ακόμη κίνηση και βάρδια. Το κάταγμα αυτό βέβαια δεν μπορεί να συμβεί παρά μόνο σε οστά που έχουν μειωμένη αντοχή, όπως από μια ενδοοστική κύστη, οστεοπόρωση ή άλλες οστικές παθήσεις, γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως παθολογικό.

Άλλοτε πάλι, ακόμη σπανιότερα, ένα κάταγμα μπορεί να προκληθεί με την ενέργεια μικρής μόνο βίας και σε φυσιολογικά οστά. Η βία όμως αυτή πρέπει να δράσει κατ' επανάληψη, κατά συχνά χρονικά διαστήματα και με την ίδια πάντα κατεύθυνση. Το κάταγμα αυτό, είναι γνωστό ως κάταγμα εκ κοπώσεως.

Το τυπικό, όμως, συνηθισμένο κάταγμα προϋποθέτει, όπως αναφέρθηκε, τη δράση μιας αρκετά ισχυρής βίας για να προκληθεί. Η δύναμη αυτή άλλοτε δρα απευθείας επάνω στο οστόν και το σπάσει (το άμεσο κάταγμα) και άλλοτε μακριά απ' αυτό στο

οποίο όπως μεταβιβάζεται και ενεργεί, οπότε το κατάγμα αυτό καλείται έμμεσο, όπως στην περίπτωση κατάγματος του άγκωνα ή του ώμου μετά από πτώση επάνω στην παλάμη του χεριού.

2. Διαίρεση καταγμάτων μηριαίου οστού

1. Κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου

Διακρίνονται σε κατάγματα του αυχένα του μηριαίου και σε διατροχανθήρια και υποτροχανθήρια.

Συμβαίνουν συνήθως σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, μετά από πέσιμο, παραπάτημα, γλίστρημα, αδέξιο βήμα κλπ.

2. Κατάγματα της διάφυσης του μηριαίου

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

3. Κατάγματα του κάτω άκρου του μηριαίου οστού

Διακρίνονται σε υπερκονδύλια κατάγματα του μηριαίου. Σε κατάγματα του έξω μηριαίου κονδύλου, σε κατάγματα κονδύλων με σχήμα Y και κατάγματα κατ' εφαιτομένη που μπορεί να μην διαγνωσθεί στην κατά μέτωπο ακτινογραφία.

3. Συχνότητα καταγμάτων μηριαίου οστού

Τα κατάγματα αυτά συμβαίνουν κυρίως σε άτομα ηλικίας εξήντα ετών και πάνω. Εξαιτίας κυρίως βιολογικής αφαλατώσεως των οστών, οπότε μια πτώση ή άσκηση κάποιας βίας οδηγεί στην πρόσκληση κατάγματος. Τα κατάγματα του μηριαίου οστού στους ενήλικους είναι κυρίως αποτέλεσμα τροχαίου ατυχήματος.

4. Κλινική εικόνα καταγμάτων μηριαίου οστού

Η κλινική εικόνα ποικίλει με τον τύπο του κατάγματος. Όταν το κάταγμα είναι στον αυχένα του μηριαίου οστού τότε τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά αυτών είναι η εξωτερική στροφή, η βράχυνση, ο πόνος στις κινήσεις του ισχίου και η αδυναμία στη βάδιση.

Όταν το κάταγμα είναι διατροχαντήριο τότε έχουμε έντονο πόνο στην περιοχή του ισχίου, κατάρχιση της κινητικότητας, βράχυνση και εξωτερική στροφή του σκέλους.

Στα κατάγματα της διάφυσης του μηριαίου έχουμε έντονο πόνο στο μηρό, βράχυνση και κατάρχιση της λειτουργικότητας του σκέλους.

Κυρίως όμως τα κλασσικά συμπτώματα του κατάγματος είναι πόνος στην περιοχή της κακώσεως και η λειτουργική ανεπάρκεια του μέλους. Τα κλασσικά σημεία της βλάβης είναι η παραμόρφωση που υπάρχει στη θέση του κατάγματος, το οίδημα, οι εκχυμώσεις, η μεγάλη ευαισθησία της περιοχής, οι παρά φύσει κινήσεις και ο κριγμός που ακούγεται κατά την εκτέλεση αυτών των κινήσεων.

5. Πύρωση καταγμάτων μηριαίου οστού

Η πύρωση του κατάγματος δηλαδή η συγκόλληση και επούλωση των θραυσμάτων του οστού, είναι βιολογική διεργασία.

Η εξέλιξη της πυρώσεως, καθώς και το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για την συμπλήρωση της, επηρεάζεται από διάφορες συνθήκες και εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες που έχουν σχέση με τον τύπο και την βαρύτητα του κατάγματος, καθώς και

με τον τρόπο της θεραπείας.

Συνήθως η πύρωση είναι ταχεία και κυρίως των περιπτώσεων που αντιμετωπίζονται με συντηρητική θεραπεία οπότε και μικρές μετατοπίσεις είναι αναπόφευκτες.

6. Επιπλοκές καταγμάτων μηριαίου οστού

Οι κυριότερες επιπλοκές των καταγμάτων του μηριαίου οστού είναι :

1) Διαταραχές της ουρήσεως.

Συνήθως μετά από τραυματισμούς υπάρχει για μερικές ημέρες ελάττωση των ούρων του 24ώρου η οποία αποκαθίσταται γρήγορα. Σε πολλούς ασθενείς η απέκκριση των ούρων αποκαθίσταται στο φυσιολογικό μετά από 10 έως 15 ημέρες.

2) Ουρολοιμώξεις

Η αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων γίνεται με την χορήγηση αντιβιοτικών καθώς και την καλή υγιεινή του ασθενή.

3) Θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή

Εμφανίζονται συχνότερα στις περιπτώσεις που απαιτούν μακροχρόνια ακινητοποίηση του τραυματία, σε ασθενείς με μεγάλη ηλικία, σε άτομα με κυκλοφοριακές διαταραχές.

Γι' αυτό επιδιώκεται η ταχεία κινητοποίηση του τραυματία, η συστηματική παρακολούθηση του τραυματισμένου πέλους και η

αντιπηκτική αγωγή σε άτομα με προδιάθεση για την ανάπτυξη θρομβοφλεβίτιδας.

4) Μυϊκός σπασμός

Συνήθως η αντιμετώπιση του σπασμού γίνεται με συνεχή έλξη

5) Πνευμονικές λοιμώξεις

Παρατηρούνται σε ηλικιωμένα άτομα και σε άτομα που βρίσκονται σε συνεχή κλινικτατισμού για πολύ καιρό.

6) Κατακλίσεις

Είναι από τις βαρύτερες επιπλοκές και η δημιουργία τους ή όχι εξαρτάται από τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου.

Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει :

- συχνή αλλαγή θέσεως
- συχνή παρακολούθηση του δέρματος
- χρησιμοποίηση αεροθαλάμου ή άλλου μέσου
- προσοχή κατά την τοποθέτηση και αφαίρεση της σκοραμίδας
- χορήγηση τροφής πλούσια σε λεύκιμα.
- διατήρηση καθαρών και στεγνών των μελών του σώματος που πιέζονται
- ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος στα σημεία που πιέζονται
- χρησιμοποίηση της κλίνης styker frame.

7) Λιπώδη εμβολή - δυσμορφίες

Οι δυσμορφίες μπορεί να εμφανιστούν σε περιπτώσεις, που η ακινητοποίηση του αρθρώστου επιβάλλεται. Οι μύες χάνουν τη δύναμη τους, ο μυϊκός τόνος υποβαθμίζεται, και η κινητικότητα των αρθρώσεων ελαττώνεται. Για αποφυγή δυσμορφιών κάνουμε χρήση μυϊκών ασκήσεων, είτε από φυσικοθεραπευτή, είτε από ειδικευμένο νοσηλεύτη.

Οι ασκήσεις αυτές αποβλέπουν :

- στη διατήρηση ή αύξηση της μυϊκής δύναμης
- στην πρόληψη δυσμορφιών
- στην αύξηση της αιματώσεως του σκέλους
- στην ανάκτηση σταθερότητας του σκέλους που προσβλήθηκε.

7. Πρώτες βοήθειες στον τόπο του ατυχήματος

Είναι πολύ σπάνιο να παραβρίσκειται εξειδικευμένος γιατρός στον τόπο του ατυχήματος, και μάλιστα άρτια εξοπλισμένος. Πάντως, ορισμένες γνώσεις παροχής πρώτων βοηθειών είναι απαραίτητες και πολλές φορές αποβαίνουν σημαντικές για την επιβίωση του ασθενούς. Είναι πολύ δύσκολο από την πρώτη στιγμή να γίνει πλήρης εκτίμηση της εκτάσεως της βλάβης, άλλοτε γιατί η λεπτομερής κλινική εξέταση είναι αδύνατη και άλλοτε γιατί μερικές βλάβες χρειάζονται χρόνο να εμφανιστούν.

Τέσσερα σημεία χρειάζονται προσοχή για την άμεση προσφορά βοήθειας :

- α) Εξασφάλιση της ελεύθερης αναπνοής του τραυματία.

Μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου πριν από την άφιξη του τραυματία στο Νοσοκομείο είναι η ασφυξία λόγω αποφράξεως των ανωτέρων αεροφόρων οδών από υπόλοιπα τροφής, πήγματα αίματος και εμέσματα. Ο έλεγχος των παραπάνω αεροφόρων οδών γίνεται με ελαφρά έκταση της κεφαλής, έλξη της κάτω γνάθου προς τα εμπρός και κάτω και διερεύνηση της στοματικής κοιλότητας με το δάκτυλο. Για τους αναισθητούς τραυματίες η ασφαλέστερη θέση είναι η πλάγια, στην οποία και πρέπει να μεταφέρονται στο νοσοκομείο.

β) Αιμόσταση και απλή κάλυψη των τραυμάτων

Συνήθως η αιμορραγία από τα τραύματα σταματά μόνη της. Πάντως ελέγχεται η αιμορραγία πολύ ικανοποιητικά με απλή πιεστική επίδεση. Η λοχαιμη περίδεση πρέπει να αποφεύγεται και να χρησιμοποιείται μόνο όταν η απλή πιεστική επίδεση του τραύματος δεν αρκεί ή υπάρχει μερικός ή ολικός ακρωτηριασμός του μέλους και αιμορραγία μεγάλου αρτηριακού στελέχους. Τα τραύματα πρέπει να καλύπτονται με το καθαρότερο υλικό που διαθέτουμε.

γ) Μετατραυματικό shock

Συνήθως εμφανίζεται μία έως δύο ώρες μετά το ατύχημα και οφείλεται κυρίως σε εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία. Μερικά μέτρα μπορούν να ληφθούν για να προλάβουν ή να ελαττώσουν το shock. Αυτά είναι, εκτός του στοιχειώδους ελέγχου της αιμορραγίας, ο ήπιος χειρισμός μεταφοράς του αρρώστου, το σκέπασμα του με μια κουβέρτα ή ένα παλτό και η ελάττωση του πό-

νου με ένα ισχυρό αναλγητικό. Είναι σημαντικό να καθυστερήσει κανείς αμέσως τον ασθενή διαβεβαιώνοντας τον ότι είναι ή ότι θα γίνει γρήγορα καλά.

δ) Στοιχειώδης ακινητοποίηση

Η στοιχειώδης ακινητοποίηση ενός κατάχματος διευκολύνει τη μεταφορά, ελαττώνει τον πόνο, ελαττώνει πρόσθετες βλάβες μαλακών μορίων και διευκολύνει την αιμόσταση. Εύκολος τρόπος ακινητοποίησης ενός κάτω άκρου είναι η πρόσδεση του στο υγιές ή η χρήση πρόχειρων ξύλινων νάρθηκων με μαλακή και παχιά περιτύλιξη του μέλους. Με καλύτερο τρόπο ακινητοποιείται το άκρο μέσα σε φουσκωτούς νάρθηκες, που υπάρχουν σ' όλα τα νοσοκομειακά αυτοκίνητα και οι οποίοι εκτός από την ικανοποιητική ακινητοποίηση κατά τη μεταφορά, ασκούν και αιμοστατική πίεση σε υπάρχοντα τραύματα.

β. Μεταφορά του τραυματία στο Νοσοκομείο

Όσο καλά οργανωμένη κι αν είναι η μεταφορά με νοσοκομειακά αυτοκίνητα θα περάσει τουλάχιστο μισή με μια ώρα ώπου ο πάσχων να φτάσει στο Νοσοκομείο. Αυτός ο χρόνος είναι δυνατόν ν' αξιοποιηθεί από εξειδικευμένο προσωπικό μεταφοράς του αρρώστου σ' ένα καλά και πλήρως εφοδιασμένο νοσοκομειακό αυτοκίνητο.

Προσοχή πρέπει να δοθεί σε απλές ενέργειες αλλά καθοριστικές για την επιβίωση του τραυματία. Η μεταφορά του τραυματία γίνεται συνήθως σε ύπτια θέση σε φορείο, με δύο εξαιρέσεις, στις οποίες η μεταφορά γίνεται σε πλάγια θέση, δηλαδή, στους αναισθητούς ασθενείς και στους ασθενείς που αιμορρα-

γούν από τη ρινοφαρυγγική κοιλότητα. Σ' αυτή τη θέση οι ανώτερες αεροφόρες οδοί διατηρούνται ευκολότερα ελεύθερες.

Σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία βλάβης της σπονδυλικής στήλης ο ασφαλέστερος τρόπος μεταφοράς είναι σε σκληρό φορείο και στη στάση που βρέθηκε ο πάσχων, ώστε να περιοριστούν στο ελάχιστο πρόσθετες βλάβες του νωτιαίου μυελού.

Αν υπάρχει σύστημα τηλεπικοινωνίας του νοσοκομειακού αυτοκινήτου προς το Νοσοκομείο πρέπει να ενημερωθεί το Νοσοκομείο όσο το δυνατόν γρηγορότερα για το είδος της βλάβης, το μέγεθος, τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν κλπ.

Συνοπτικά, όπου να μεταφερθεί ο τραυματίας στο Νοσοκομείο πρέπει να ελέγχονται τα παρακάτω σημεία :

α) απομάκρυνση των περιέρχων και κλήση νοσοκομειακού αυτοκινήτου,

β) απελευθέρωση και διατήρηση ανοικτών των άνω αεροφόρων οδών,

γ) έλεγχος της αιμορραγίας με απλή συμπίεση και κάλυψη των τραυμάτων,

δ) πρόληψη της καταπληξίας,

ε) στοιχειώδης ακινητοποίηση καταγμάτων άνω και κάτω άκρων,

στ) προσεκτική μεταφορά σε φορείο επίπεδο έστω και αυτοσχέδιο,

ζ) ταχύτερη δυνατή ενημέρωση του Νοσοκομείου.

η) περισυλλογή και αποστολή ακρωτηριασμένων μελών στο Νοσοκομείο.

9. Αντιμετώπιση καταγμάτων του μηριαίου

- με τοποθέτηση οσφυοκνημικού γύψου

- με ακινητοποίηση πάνω σε μεταλλικό σκελετό όπως Braun, Thomas, κλπ
- με σκελετική έλξη ισορροπούμενη με νάρθηκα
- με αιματηρά ανάταξη (έγχυση)

10. Μέθοδοι θεραπείας κατάγμάτων μηριαίου οστού

Η θεραπεία των καταγμάτων είναι συντηρητική και χειρουργική.

1) Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει :

α) Γύψινους επιδέσμους : είναι ο συνηθέστερος τρόπος,

Ο κυριότερος σκοπός :

- για να ακινητοποιήσουν κατάγματα, ώστε να μειώνεται ο πόνος και να ενισχύεται η οστεοσύνθεση.
- για να μπορεί ο άρρωστος να κινείται ευκολότερα,
- για πρόληψη και διόρθωση παραμορφώσεων
- για συγκράτηση παράλυτων άκρων στη σωστή τους θέση,

Πλεονεκτήματα

- α) περιορίζεται πάρα πολύ ο κίνδυνος φλεγμονής
- β) δεν διαταράσσεται η εστία του κατάγματος με χειρουργική επέμβαση
- γ) αποφεύγεται η αποκόλληση των μαλακών μορίων

Μειονεκτήματα :

- α) βαθμός δυσκαμψίας των αρθρώσεων κατά την αφαίρεση
- β) δεν επιτυγχάνεται πλήρης ακινητοποίηση του κατάχματος
- γ) η πώρωση του κατάχματος είναι πιο δύσκολη

β) Ελξεις :

Ελξη είναι δύναμη προς δύο κατευθύνσεις και είναι μία μέθοδος συντηρητικής θεραπείας κατάχματων. Η δύναμη της έλξεως αυξάνεται με την τοποθέτηση βαρών.

Σκοπός της εφαρμογής έλξης :

- να ελαττωθεί ο μυϊκός σπασμός
- να ακινητοποιηθεί μια άρθρωση που φλεγμαίνει
- να διορθωθεί μια παραμόρφωση
- να ακινητοποιηθεί ένα κατάχμα και να μειωθεί η επέκτασή του

Διακρίνουμε δύο είδη έλξεων :

- α) δερματική
- β) σκελετική

1) Δερματική :

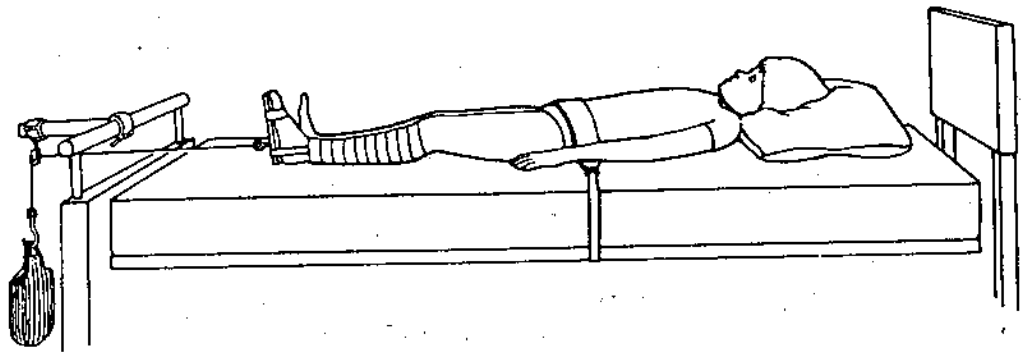
Χρησιμοποιείται ως προσωρινό μέτρο αντιμετώπισης σε ένα κατάχμα ποδιού έως ότου εφαρμοσθεί οριστική θεραπεία. Βασική προϋπόθεση για την χρησιμοποίηση της είναι η καλή κατάσταση του δέρματος.

Κατά την εφαρμογή δερματικής έλξης το βάρος δεν πρέπει να είναι μεγάλο και να ξεπερνά τα 4-5 Kgr γιατί υπάρχει κίνδυνος δερματικής ρήξης. Μετά την εφαρμογή της έλξης γίνεται συχνός έλεγχος του δέρματος για τυχόν δερματίτιδες.

Οι κυριότερες δερματικές έλξεις :

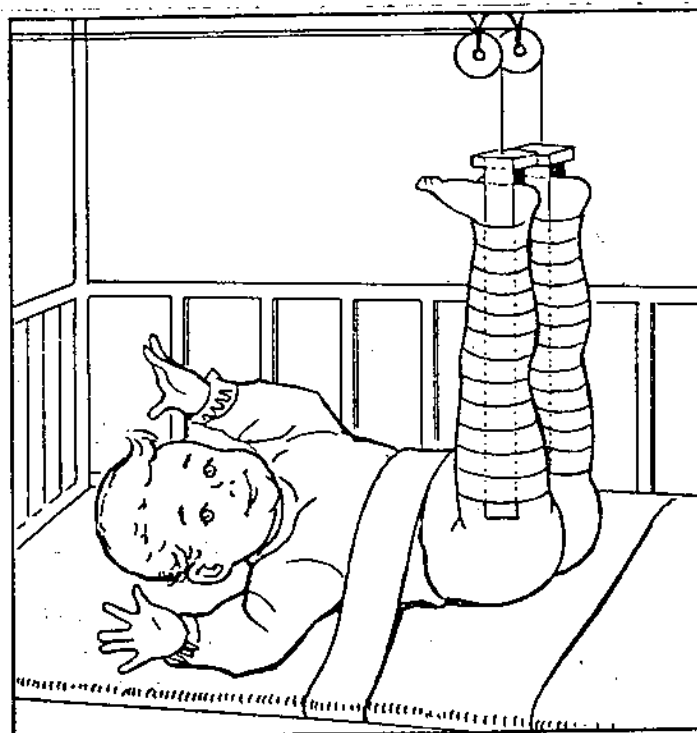
α) Ελξη Buck

Εφαρμόζεται σε ενήλικούς με διατρυχαντήρια κατάγματα του μηρού για ακινητοποίηση έως ότου χειρουργηθούν.



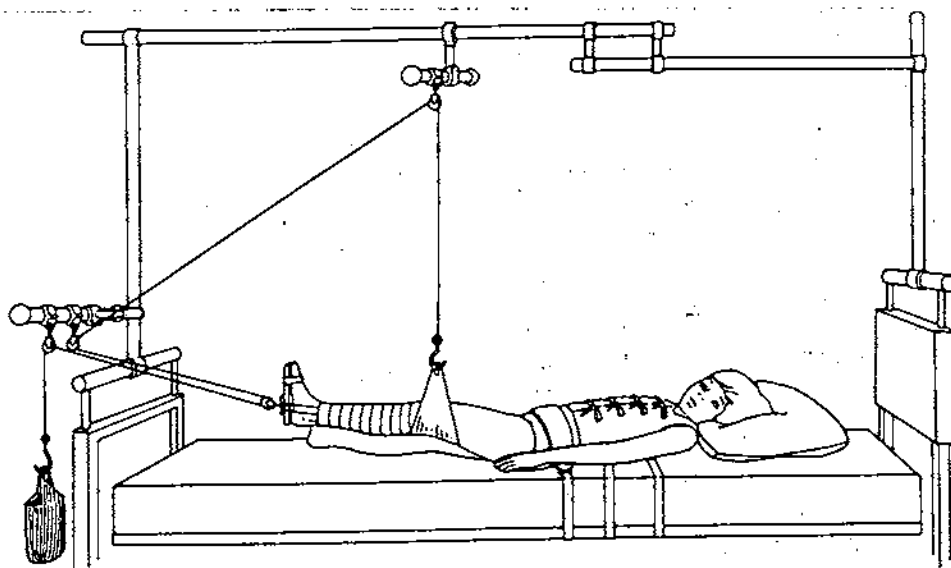
β) Ελξη Buyant

Εφαρμόζεται σε μικρά παιδιά για θεραπεία κατάγματος μηριαίου οστού. Τα πόδια ανυψώνονται σε ορθή γωνία με τον κορμό του ποδιού.



γ) Έλξη Russel

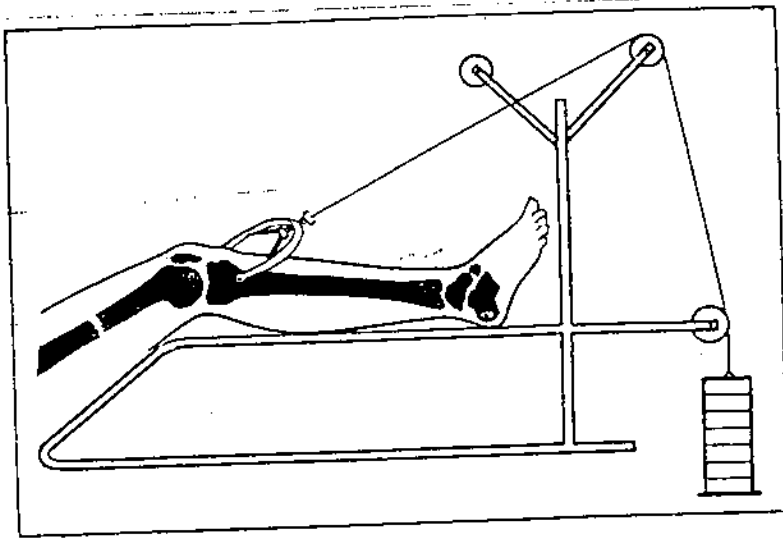
Είναι δερματική ισορροπούμενη έλξη αναρτήσεως και χρησιμοποιείται σε κατάγματα και κακώσεις του ισχίου. Ο άρρωστος μπορεί να καθίσει ελαφρά και να κινηθεί, αν το θέλει, ενώ η γραμμή έλξεως του άκρου παραμένει αρκετά σταθερή.



2) Σκελετική έλξη

Εφαρμόζεται κυρίως στα υπερκονδύλια κατάγματα του μηρού. Τα πλεονεκτήματα της σκελετικής είναι ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όσο καιρό διαρκεί η πώρωση, με παράλληλη κινητοποίηση των αρθρώσεων. Ακόμα εδώ έχουμε την εφαρμογή μεγάλου βάρους (10-15 Kgr). Χρησιμοποιείται και όταν ακόμα στο δέρμα υπάρχει κάποιο οίδημα και δεν επιτρέπεται η εφαρμογή της δερματικής έλξης.

Τοποθετείται βελόνη STEIN - MANN από τους μηριαίους κονδύλους. Εφαρμόζονται από 10-15 Kgr και χρησιμοποιείται όσο διαρκεί η πώρωση.



Σκελετική έλξη από το κνημιαίο κύρτωμα

3) Μεταλλικοί νάρθηκες μεταλλικοί σκελετοί

α) Επικλινής απλός σκελετός Braun - Bohler

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποβαστάτε το κάτω σκέλος στο οποίο μπορεί να εφαρμοστεί έλξη (δερματική ή σκελετική).

β) Νάρθηκαν Thomas

Χρησιμοποιείται για ακινητοποίηση των άκρων.

Ο σκοπός των μεταλλικών σκελετών είναι :

- η υπερέκταση του μέλους
- η ακινητοποίηση του
- η διόρθωση παραμορφώσεων

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α) Εσωτερική οστεοσύνθεση

Η εσωτερική οστεοσύνθεση έχει σκοπό την σταθερή συγκράτηση και ακινητοποίηση του κατάγματος, ώστε να μην χρειάζεται καμία εξωτερική συγκράτηση του μέλους με γύψο ή νάρθηκες.

Υλικά για την εσωτερική οστεοσύνθεση

- α) ειδικοί κοχλίες με τους οποίους κοχλιώνονται τα τμήματα του κατάγματος σταθερά μετά την ανάταξη τους.
- β) ειδικές πλάκες που κοχλιώνονται στα οστά
- γ) ενδομυελικούς ήλους
- δ) ήλοι (Knowles cannulated pins)

Βασικές προϋποθέσεις της σωστής θεραπείας αυτής

- α) πλήρης ανάταξη και σταθερή ακινητοποίηση
- β) άμεση κινητοποίηση των αρθρώσεων

- γ) η λειτουργία των μυών
- δ) η αποφυγή της μακροχρόνιας κατάκλισης με όλα τα δυσμενή επακόλουθα
- ε) επιτυγχάνεται η ευκολότερη νοσηλεία του τραυματία
- στ) ταχεία έγερση και έξοδος του από το νοσοκομείο.

β) Εξωτερική οστεοσύνθεση

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σε πολύ συντριπτικά κατάγματα που η εσωτερική οστεοσύνθεση πρακτικά είναι δύσκολη και ανέφικτη και σε βαριά επιπλεγμένα κατάγματα με μεγάλες καταστροφές των μαλακών μορίων και του δέρματος.

Βασικές προϋποθέσεις της σωστής θεραπείας αυτής

- α) σταθερή συγκράτηση
- β) αποφεύγεται η ακινητοποίηση του μέλους
- γ) καμία επέμβαση στην εστία του κατάγματος

Δύο βασικά μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι :

- α) διαταραχή της αγγειώσεως και την επιβράδυνση έτσι πολλές φορές της πωρώσεως
- β) κίνδυνος φλεγμονής

α) Αρθρόδεση μηριαίου

Συνήθως τέτοιοι ασθενείς τοποθετούνται σε οσφυοκνημικό γύψο. Ο άρρωστος παρακολουθείται για πολύ για πρόληψη συμπτωμάτων μετεγχειρητικού shock. Οι εγχειρήσεις του μηριαίου οστού είναι εξαντλητικές, μεγάλης διάρκειας και μερικές φορές συμβάλλουν στην εμφάνιση shock.

Αυτός τοποθετείται από την πλευρά του υγιούς σκέλους, ώστε να μπορεί να γίνει περιποίηση ράχως και γλουτών. Κατά την αλλαγή θέσεως, ο κορμός και το γυψωμένο σκέλος στρέφονται ταυτόχρονα.

Τοποθετούνται τρία μαξιλάκια κάτω από τον οσφυοκνημικό γύψο (ένα οριζόντια στη μέση και τα δύο κατά μήκος του άκρου χωρίς κενά).

Μετά από κάθε αλλαγή θέσεως η νοσηλεύτρια παρατηρεί ώστε:

- το αναπνευστικό πεδίο να είναι ελεύθερο.
- ο γύψινος επίδεσμος να υποβαστάζεται πολύ καλά και
- τα δάκτυλα του γυψωμένου ποδιού να μη βυθίζονται στο στρώμα

Ο άρρωστος προστατεύεται κατάλληλα κατά τη χρήση ουροδοχείου και σκωραμίδας, ώστε να μη λερωθεί ο γύψινος επίδεσμος (κομμάτια nylon ή γάζας τοποθετούνται γύρω από την περιοχή πρωκτού και ουρήθρας).

Αν αιμορραγήσει το τραύμα η περιοχή του γύψου ποτίζεται, οπότε η νοσηλεύτρια παρακολουθεί αυτό με ειδικό χάρακωμα, ώστε να βεβαιωθεί για παραπέρα συνέχιση της αιμορραγίας.

Όταν αφαιρεθεί ο γύψος και τοποθετείται έκταση, η νοσηλεύτρια προσέχει ώστε :

Να έχει τοποθετηθεί στήριγμα κάτω από το γόνατο, τη μέση κλπ και να είναι τοποθετημένος σε σκληρό στρώμα.

Κάθε αλλαγή θέσεως του χειρουργημένου άκρου γίνεται με κάθε προσοχή και δεξιοτεχνία και πάντοτε με τη βοήθεια και των δύο χεριών.

Τοποθετείται μεταλλικός σκελετός για διευκόλυνση των κινήσεων και κατά την αλλαγή θέσεως οι χειτονικές αρθρώσεις υποβαστάζονται.

β) Ηλωση μηριαίου

Μετεγχειρητικά μπορεί το σκέλος του αρρώστου να τοποθετηθεί σε έκταση Buck ή να είναι ελεύθερο. Το χειρουργημένο άκρο πρέπει να βρίσκεται σε καλή θέση. Επιβλέπεται για τυχόν στροφή προς τα έσω ή έξω καθώς και για πτώση του πέλματος. Η στήριξη του πέλματος εμποδίζει την πτώση του, όπως και η χρήση ειδικών παντοφλών ή παπουτσιών.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας ο άρρωστος στρέφεται προς τη μη χειρουργημένη πλευρά διατηρώντας το χειρουργημένο άκρο σε θέση απαγωγής. Τοποθετούνται μαξιλάρια ανάμεσα στα πόδια.

Σηκώνεται από το κρεβάτι μετά 2-14 ημέρες. Ο αριθμός των ημερών επηρεάζεται από τις αντιλήψεις του γιατρού, από το είδος του κατάγματος, από την ηλικία του αρρώστου, τη γενική του κατάσταση κλπ. Ο άρρωστος σηκώνεται αφού προηγουμένως εφαρμοσθεί ελαστικός επίδεσμος ή κάλτσα στα πόδια και βοηθείται για να καθίσει με κρεμασμένα τα πόδια μέχρι να βρεί την ισορροπία του. Στην αρχή κάθεται σε πολυθρόνα και αργότερα κρατά δεκανίκια ή μπαστούνι. Μερικές φορές χρειάζεται να είναι εκεί και ο γιατρός, πάντοτε όμως σηκώνεται με τη βοήθεια φυσικοθεραπευτή και νοσηλεύτριας. Απαγορεύεται να σηκώνει βάρη για 3-6 μήνες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

2. Νοσηλευτική φροντίδα τραυματία στα Εξωτερικά Ιατρεία

Με την είσοδο του τραυματία στα έκτακτα Εξωτερικά Ιατρεία η πρώτη μας φροντίδα είναι η διατήρηση της καλής αναπνοής του ασθενή. Ακόμη θα πρέπει να γίνει η προσεκτική μεταφορά του ασθενή από το φορείο στο κρεβάτι εξέτασης.

Εφόσον εξασφαλισθεί η καλή αναπνοή γίνεται ταχεία εκτίμηση των αιμορραγούντων τραυμάτων και πρόχειρος έλεγχος της αιμορραγίας με πίεση ή απολίπωση των αιμορραγούντων αγγείων.

Γίνεται έλεγχος και καταγραφή σφύξεων και αρτηριακής πίεσης, ώστε τυχόν μεταβολές τους να γίνουν γρήγορα αντιληπτές. Ακολουθεί καθετηριασμός φλέβας, λήψη αίματος προς διασταύρωση για πιθανή μετάγγιση και τοποθέτηση φυσιολογικού ορού με βραδεία χορήγηση για διατήρηση μιας ή δύο φλεβών ανοικτών πριν από την πιθανή πτώση της φλεβικής πίεσης. Είναι σκόπιμη η λήψη του αιμοτοκρίτη.

Διατηρείται σταθερή η θερμοκρασία του δέρματος και αυτό επιτυγχάνεται με ζεστές κουβέρτες για να μην κρυώνει. Τοποθετούμαι το σημείο που αιμορραγεί σε ανάρροπη θέση και το καλύπτουμε με γάζα και πιεστική επίδεση. Έτσι γίνεται έλεγχος της εξωτερικής αιμορραγίας.

Ακίνητοποιούμε τον τραυματία. Με την ακινητοποίηση αποφεύγουμε άσκοπες κινήσεις και έτσι μειώνεται ο πόνος. Εάν υπάρχει υποψία για κάταγμα, ακινητοποιούμε το μέλος που φέ-

ρει το κατάγμα με πρόχειρους νάρθηκες ή σανίδες και αποφεύγουμε τις βίαιες και αδέξιες κινήσεις. Στο μεταξύ έχουμε ειδοποιήσει και ενημερώσει το γιατρό ο οποίος μετά από εξέταση στέλεται στο ακτινολογικό εργαστήριο, για τη λήψη ακτινογραφίας του μέλους που φέρει το κατάγμα.

Όταν τελειώσουν όλες αυτές οι διαδικασίες γίνεται η εισαγωγή του τραυματία στην ορθοπαιδική κλινική. Εκεί θα γίνει η θεραπεία του κατάγματος του μηριαίου οστού.

3. Νοσηλεία του τραυματία στο θάλαμο

Μετά την αρχική αυτή αντιμετώπιση ο τραυματίας αποστέλλεται για παρακολούθηση και νοσηλεία στους θαλάμους.

Εκεί, εκτός της συνηθούς νοσηλείας πρέπει να συνεχισθεί η παρακολούθηση και να γίνει καταγραφή :

- α) του επιπέδου συνειδήσεως,
- β) των αντανακλαστικών της κόρης του ματιού,
- γ) της πίεσεως και των σφύξεων,
- δ) της κυκλοφορίας στα άκρα,
- ε) των λαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών,
- στ) της πιθανής αναπτύξεως οιδημάτων των άκρων,

Πολλές βλάβες, ακόμα, και κατάγματα μακρών οστών, ανακαλύπτονται δυστυχώς όταν έχει περάσει πολύς χρόνος και τότε η αντιμετώπιση τους είναι πολύ δύσκολη.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με γύψο.

Η εφαρμογή γύψου είναι ο συνηθέστερος τρόπος για τη συντηρητική θεραπεία των καταγμάτων.

Αντικείμενα εφαρμογής γύψου είναι :

- Γύψινοι επίδεσμοι,
- Orthoband ή τσόχα ή απλό βαμβάκι ή αφρολέξ
- Stockinette (πλεκτό υλικό σωληνοειδές, σαν κάλτσα), βελόνα και κλωστή για ράψιμο της τσόχας, μαχαίρια, ψαλίδια, ανέξυπλο μολύβι
- Γάντια
- Μεγάλος κουβάς με νερό σε θερμοκρασία δωματίου. Προστατευτικό για το πάτωμα.
- αδιάβροχο

Τοποθέτηση γύψου

Αρχικά, μεταφέρεται ο καταγματούχος στην αίθουσα εφαρμογής γύψου, πολύ προσεκτικά με ήπιες κινήσεις.

Κάτω από το μέλος που θα γυψωθεί τοποθετούμε το αδιάβροχο και στη συνέχεια τυλίγουμε με ορθοπάν το σκέλος, έτσι ώστε μετά την εφαρμογή του γύψου, ο γύψος να μην έρχεται σε επαφή με το δέρμα.

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

Το άκρο, κατά την εφαρμογή του γύψου είναι κεκαμμένο και

διατηρείται έτσι μέχρι να στεγνώσει ο γύψος.

Το στέγνωμα του γύψου κατορθώνεται με την έκθεση του στον ατμοσφαιρικό αέρα. Σε λίγες ώρες μπορεί αυτός να στεγνώσει, τέλειο όμως στέγνωμα γίνεται μετά από 48 ώρες.

Κατά την εφαρμογή του γύψου, αφήνουμε ακάλυπτα τα δάκτυλα για παρακολούθηση και διαπίστωση κυκλοφορικών ανωμαλιών, όπως κυάνωση, οίδημα, ωχρότητα.

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

Μετά από εφαρμογή του γύψου ρωτάμε τον άρρωστο αν αισθάνεται δυσχέρεια ή πόνο.

Αν ο άρρωστος παραπονιέται για πόνο, ο γύψος και το επιδερμικό υλικό που περιβάλλει το σκέλος πρέπει να σχιστεί για αποφυγή σύσφιξης, κυκλοφορικών προβλημάτων και ελκών πίεσης.

Η μεταφορά του ασθενή, από την αίθουσα εφαρμογής γύψου στο θάλαμο, γίνεται προσεκτικά, γιατί όσο είναι βρεγμένος ο γύψος, κινδυνεύει να πιεστεί και όταν στεγνώσει θα πιέζει σε εκείνα τα σημεία το δέρμα.

Πρίν την μεταφορά του στο θάλαμο, ετοιμάζουμε το κρεβάτι του, τοποθετώντας σανίδες κάτω από το στρώμα για να είναι σκληρά. Τοποθετούμε επίσης αδιάβροχο καλυμμένο με υποσέντονο στο μέρος εκείνο του κρεβατιού, που αντιστοιχεί ο γύψος, έτσι ώστε να προστατευθεί το στρώμα από την υγρασία του γύψου.

Επειδή το άκρο πρέπει να είναι κεκαμμένο, έως ότου στεγνώσει ο γύψος, φροντίζουμε να υπάρχουν αδιάβροχα μαξιλάρια τα οποία θα τοποθετηθούν κάτω από το πόδι.

Καθημερινά γίνεται έλεγχος της κινητικότητας, της θερμο-

κрасίας και το χρώμα των δακτύλων. Εάν παρατηρήσουμε την πα-
ραμικρή αλλαγή θα πρέπει να ενημερώσουμε τον γιατρό για απο-
φυγή κυάνωσης, οιδήματος, ισχαιμία κλπ.

Προσοχή για παράπονά του ασθενή για αισθητικές διαταραχές
στο πόδι (αίσθημα καύσου ή ψύχους).

Προσοχή στην περιοχή του χείλους του γύψου για αποφυγή
ερεθισμού του σημείου αυτού.

Πρέπει να γίνεται καθημερινή καθαριότητα των γεννητικών
οργάνων. Η αλλαγή της θέσης είναι απαραίτητη 2 φορές την
ημέρα. Φροντίζουμε την διαίτα του ασθενή η οποία πρέπει να
είναι πλούσια σε λεύκωμα, άλατα και βιταμίνες, αποφεύγοντας
αυξημένες θερμίδες για τον κίνδυνο παχυσαρκίας.

Κατά την έξοδο του ασθενή θα πρέπει να γίνει διδασκαλία
των συγγενών, ως προς την περιποίηση και καλή διατήρηση του
γύψου.

Η ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση περιλαμβάνει :

- 1) ο γύψος πρέπει να αφαιρείται, την καθορισμένη ημερομη-
νία,
- 2) να αποφεύγει το βρέξιμο του γύψου και το χαράκωμα
αυτού
- 3) να αποφεύγει το στήριγμα του σώματος του στο γυψωμένο
άκρο
- 4) το άκρο να βρίσκεται σε ανάρροπη θέση για τυχόν οίδημα
- 5) να αποφεύγει την είσοδο διαφόρων αντικειμένων μέσα στο
γύψο, αυτό ισχύει κυρίως για τα παιδιά.
- 6) σε περίπτωση πόνου, κακοσμίας, κυάνωσης, πρέπει να
ενημερώνεται ο θεράπωντας γιατρός

6. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αφαίρεση γύψου

Αντικείμενα :

- 1) ηλεκτροκίνητο πριόνι
- 2) διαστολέας γύψου
- 3) μαχαίρι γύψου
- 4) ψαλίδι γύψου
- 5) μουσαμάς
- 6) ελαστικός επίδεσμος

Ο ασθενής μεταφέρεται στο μέρος όπου θα του αφαιρεθεί ο γύψος. Εκεί η νοσηλεύτρια θα του περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο θα χρησιμοποιηθεί ο κόπτης του γύψου. Του εξηγεί ακόμα ότι δεν θα αισθανθεί καθόλου πόνο. Το βάζει να λειτουργήσει λίγο τον κόπτη για να ακούσει ο ασθενής τον ήχο του. Ελέγχεται το πάχος του γύψου και τραβάται μια γραμμή από το σημείο που θα κοπεί. Υγρύνεται ο γύψος πάνω στη γραμμή που έχουμε τραβήξει. Με την υγρασία μειώνεται το σύννεφο της σκόνης του γύψου. Βάζουμε σε ενέργεια το πριόνι. Καθώς η λάμα κόβει το γύψο, θα αισθανθούμε μια απώλεια της αντίστασης. Μετά τη συμπλήρωση της κοπής, ανασηκώνουμε λίγο τη λάμα, δεν βγαίνει όμως τελείως από το αυλάκι κοπής. Ο γύψος κόβεται από μια σειρά γραμμικών κινήσεων εναλλασσόμενης πίεσης κατά μήκος της γραμμής κοπής.

Κόβεται ο γύψος στα δύο πλάγια. Από εκεί χωρίζονται τα δύο κομμάτια με τα χέρια μας. Κόβουμε κατόπιν το βαμβάκι και το stockinette κατά μήκος με ψαλίδι, κρατώντας το σκέλος του ψαλιδιού, που είναι πιο κοντά στο δέρμα, παράλληλο προς αυτό

Μετά την αφαίρεση του γύψου, καθαρίζεται απαλά το δέρμα με ήπιο σαπούνι και νερό. Κατόπιν το στεχνώνουμε και το επαλείφουμε με κρέμα δέρματος.

Εξηγούμε στον ασθενή ότι το δέρμα θα απολεπιστεί και θα είναι πιο αδύνατο από το άλλο εξαιτίας της μη λειτουργίας του. Του βεβαιώνουμε ότι θα πάρει την παλιά του μορφή και θα αποκτήσει τη λειτουργικότητα του σε μερικές εβδομάδες.

Τονίζουμε στον ασθενή την σπουδαιότητα της συνέχισης των ασκήσεων που έκανε.

Οι ασκήσεις είναι απαραίτητες για επανάκτηση και αύξηση της δύναμης και λειτουργίας των μυών. Μετά την αφαίρεση του γύψου αναμένονται πόνος και δυσκαμψία.

7. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με έλξη

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

A. Δερματική έλξη - Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Αντικείμενα εφαρμογής δερματικής έλξης

- ταινία έλξεως (συνήθως είναι έτοιμο set)
- ελαστικός επίδεσμος
- ορθοπάν
- μεταλλική έκταση
- βάρη (το βάρος κανονίζεται από το γιατρό)
- κύβοι,

Νοσηλευτική φροντίδα

1. Συχνή παρακολούθηση του ακινητοποιημένου άκρου, για σημεία κυκλοφοριακής διαταραχής.
2. Κατά την εφαρμογή της δερματικής έλξης το βάρος δεν πρέπει να είναι πάνω από 4-5 Kgr.
3. Να γίνεται καθημερινός έλεγχος του συστήματος έλξης
4. Ελέγχουμε τα σχοινιά να είναι σε ευθεία γραμμή με τις τροχαλίες, να μην υπάρχουν κόμποι και να μην είναι χαλαρωμένα.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση - Γενικά

- Ο άρρωστος είναι τοποθετημένος σε σταθερό κρεβάτι με σανίδα κάτω απ' αυτό.
- Έξηγείται σ' αυτόν η σκοπιμότητα της έλξεως πριν εφαρμοσθεί αυτή ώστε να συμμετέχει ενεργητικά στο πρόγραμμα της αποκαταστάσεώς του.
- Εξασφαλίζεται στον άρρωστο φυσική και συναισθηματική ανάπαυση και ηρεμία.
- Πρέπει να απομακρύνεται ο,τιδήποτε μειώνει τη δύναμη της έλξεως ή αλλάζει την κατεύθυνση της.
- Τα βάρη να μην ακουμπούν σε καρέκλα ή στο πάτωμα και ποτέ να μην αφαιρούνται ή υποβαστάζονται εκτός και έχει δοθεί ειδική εντολή.
- Τα σχοινιά να είναι χωρίς κόμπους και ελεύθερα μέσα στο αυλάκι της τροχαλίας.
- Οι προστριβές των εξαρτημάτων της έλξεως να μειώνονται στο ελάχιστο και τα λευχίματα του αρρώστου να μην μπλέκονται μέσα σ' αυτά.
- Ο φορέας της δύναμης της έλξεως να είναι ο επιμήκης άξονας του οστού.
- Τα σχοινιά να είναι σε ευθεία γραμμή με τις τροχαλίες και να αποφεύγεται κάθε χαλάρωση τους.
- Πρέπει να γίνεται πρόβλεψη ώστε η ελκτική δύναμη, που συνήθως εξασφαλίζεται με ένα βάρος που κρέμεται, να ισορροπείται από την αντιέλξη. Αυτό επιτυγχάνεται με την ανύψωση των κάτω άκρων του κρεβατιού ώστε το βάρος του σώματος του αρρώστου να δρα σαν αντιέλξη.
- Σε αρρώστους που έχει εφαρμοσθεί έλξη πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κάθε παράπονο που θα εκφραστεί και να ερευνάζεται το

αίτιο που τυχόν το προκαλεί.

- Να ελέγχεται συχνά όλο το σύστημα της έλξεως με τα εξαρτήματα του για να λειτουργεί αποδοτικά και να διατηρείται σε καλή κατάσταση.

- Σε δερματική έλξη το βάρος που τοποθετείται δεν πρέπει να ξεπερνάει την αντοχή του δέρματος ώστε να αποφεύγονται δερματικές ρήξεις. Πρέπει να ελέγχεται συχνά η ακεραιότητα του δέρματος που έλκεται και να εκτιμάται ανάλογα.

- Το δέρμα του αρρώστου ελέγχεται συχνά για τυχόν διαπίστωση σημείων πύεσης ή τριβής πάνω σε οστικές προεξοχές και καθημερινά γίνεται επίβλεψη αυτού.

- Επιβλέπεται καθημερινά το δέρμα για πρόληψη κατακλίσεων και κυρίως στην περιοχή των γλουτών και του αχίλλειου τένοντα, στα σφυρά και στη πτέρνα.

Άρρωστος που φέρει κεφαλική έλξη μπορεί να δημιουργήσει κατακλίσεις στο πίσω μέρος της κεφαλής, πηγούνι, αυτιά και γνάθο, γι' αυτό οι περιοχές αυτές πρέπει να επιβλέπονται. Αν δε ο άρρωστος φέρει "έλξη οσφύος" η νοσηλεύτρια επιβλέπει τη λαχόνια ακρολοφία και την περιοχή του ιερού οστού για πρόληψη κατακλίσεων.

- Να μην διαφεύγουν την προσοχή της νοσηλεύτριας πιθανά σημεία μόλυνσης, ειδικά γύρω από τη βελόνα σε σκελετική έλξη. Επίσης αυτή πρέπει να είναι σε εγρήγορση ώστε να ανακαλύπτει τυχόν κακοσμία μέλους τοποθετούμενου σε γύψο, σημεία τοπικής φλεγμονής ή άλλο ενδεικτικό στοιχείο οστεομυελίτιδας.

- Πρέπει να ενισχύονται ενεργητικές κινήσεις σ' όλες τις αρθρώσεις που δεν έχουν προσβληθεί.

- Η νοσηλεύτρια πληροφορείται από το γιατρό το είδος και τη διάρκεια των κινήσεων που μπορεί να κάνει ο άρρωστος που βρίσκεται σε έκταση και τον ενθαρρύνει στο να τις κάνει.

B. Σκελετική έλξη - Νοσηλευτική φροντίδα

Αντικείμενα σκελετικής έλξης

- Set σκελετικής έλξης (αποστειρωμένο από το χειρουργείο)
- μεταλλικό σκελετό για ανάρτηση του σκέλους (Braun, Thompson).
- Βάρη , σχοινί
- Προστατευτικά για τα άκρα της βελόνας

Νοσηλευτική φροντίδα

1. Τήρηση άσηπτης τεχνικής για καθαρισμό της βελόνας και παρακολούθηση για συμπτώματα τοπικής φλεγμονής
2. ελέγχεται συχνά το σύστημα της έλξης για εξασφάλιση καλής λειτουργίας
3. περιποίηση δέρματος ράχεως και γλουτών τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα για πρόληψη κακώσεων του δέρματος.
4. Αν υπάρχει υποψία μόλυνσης γίνεται επίκρουση πάνω από το κνημιαίο μύρτωμα. Αν ο ασθενής αισθανθεί πόνο θα υπάρχει λοίμωξη.

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

9. Προεγχειρητική ετοιμασία ασθενή

Ενισχύεται ο άρρωστος να έλθει σε επαφή τόσο με το γιατρό, όσο και με όλα τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας.

Η νοσηλεύτρια εξηγεί σ' αυτόν το ρόλο καθενός απ' αυτούς και τον πληροφορεί ότι καθένας θα προσφέρει ότι μπορεί για την αποκατάσταση της υγείας του, στην οποία και αυτός πρέπει να συμβάλει ενεργητικά.

Δίδονται διάφορες πληροφορίες στον άρρωστο σχετικά με την εγχείριση.

Πρίν από την είσοδο του στο χειρουργείο τον προετοιμάζουμε ψυχολογικά. Έτσι θα βοηθήσουμε τον ασθενή να χαλαρώσει και να μειώσουμε όσο μπορούμε την αγωνία και τους φόβους του.

Πρίν από την εγχείριση γίνονται οι εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες πρίν την επέμβαση.

Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων (Α.Π. - σφύξεις - θερμοκρασία - αναπνοές). Γίνεται εκτίμηση των Ζ.Σ. και η διατήρησή τους στα φυσιολογικά επίπεδα.

Βασικό είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.

Αυτό γίνεται με την καθαριότητα και αντισηψία της τραυματικής περιοχής καθώς και της γύρω περιοχής.

Μετά γίνεται η αποτρίχωση του πεδίου, για την απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια. Η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται το είδος της εγχειρήσεως και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Τέλος, έχουμε την τελική προεγχειρητική ετοιμασία η οποία

περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Προσέχει αν τυχόν ο ασθενής έχει εμφανίσει βήχα ή κρυολόγημα.

Την κατάλληλη ένδυση του ασθενή και την προνάρκωση. Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν από την εγχείρηση. Το είδος της προνάρκωσης εξαρτάται από τον αναισθησιολόγο. Μετά την προνάρκωση μεταφέρεται ο ασθενής με το φορείο στο χειρουργείο η αδελφή ορίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Εξαρτήματα εκτάσεως ή νάρθηκες ή μετάλλινι σκελετοί, ανάλογα με το περιστατικό, βρισκονται κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου.

10. Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενή

Ο άρρωστος παρακολουθείται προσεκτικά για συμπτώματα μετεγχειρητικού shock. Τα ζωτικά σημεία παίρνονται συχνά έστω κι αν αυτός έχει ανακτήσει τελείως τις αισθήσεις του. Ακόμα ο χειρουργημένος άρρωστος παρακολουθείται και για συμπτώματα όπως το shock ή καταπληξία. Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι : Αφαίρεση μάζιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους για την καλλίτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού.

Άλλο σύμπτωμα που μπορεί να εμφανίσει είναι η πνευμονική εμβολή η οποία εμφανίζεται κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στην μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου. Θα πρέπει λοιπόν να συμβάλουμε στην πρόληψη αυτής της επιπλοκής. Οι ενέργειες που κάνουμε είναι: καθιστή στάση του ασθενούς στο κρεβάτι, αναπνευστικές κινήσεις, ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο.

Άλλο σύμπτωμα το οποίο πρέπει να προλάβουμε είναι οι θρομβοφλεβίτιδες. Είναι η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου του μηρού. Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου. Η θεραπεία συνίσταται σε :

- απόλυτη ακινησία του άκρου, για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος.
- τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων, για ανακούφιση του αρρώστου κατόπιν εντολής του ιατρού.

- έναρξη αντιπηκτικής αγωγής, σύμφωνα με εντολή ιατρού.

Μετεγχειρητική ψύχωση: τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι : η προδιάθεσή του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Σε περίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικής ψύχωσης, πρέπει να ληφθούν μέτρα προφυλάξεως του ίδιου του ασθενούς και του περιβάλλοντος του. Συνιστάται η παρακολούθηση του ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή του από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση, προλαβαίνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

11. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ο ορθοπεδικός άρρωστος δεν αντιμετωπίζει μόνο προβλήματα φυσικής αποκατάστασης, αλλά και προβλήματα κοινωνικής αποκατάστασης καθώς και ψυχολογικά. Η νοσηλεύτρια οφείλει να είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ποικίλες ανάγκες του και να τον βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, μια και αυτός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τον εαυτό του εύκολα, εξαιτίας της βλάβης που προκλήθηκε. Ορθοπεδικά νοσήματα εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες και ακολουθούνται συνήθως από οικονομικά προβλήματα. Η αναπηρία που προκλήθηκε λόγω της μακράς παραμονής της, απειλεί ακόμη περισσότερο αυτόν που φορτώθηκε τα βάρη τα "προς τα Ξην" και πολύ συχνά οι άρρωστοι αυτοί αντιμετωπίζουν το θέμα της αποκατάστασής τους με έντονη απαισιοδοξία. Ορθοπεδικοί άρρωστοι με αναπηρία μεγάλης διάρκειας έχουν ανάγκη φυσικής και συναισθηματικής αποκατάστασης. Η αντιμετώπιση και ικανοποίηση ψυχολογικών αναγκών απαιτεί η νοσηλεύτρια να βρίσκει τρόπους για συνεχή απασχόληση του. Είναι αξίωση της αποκατάστασης το "Η απασχόληση δίνει διέξοδο στην ανησυχία, φοβία, άγχος και γενική ψυχική ταλαιπωρία", πράγμα που έχει τέλεια εφαρμογή στους ορθοπεδικούς άρρωστους.

Τα αισθήματα της ασφάλειας και χρησιμότητας εύκολα αναπτύσσονται και σταθεροποιούνται στον άρρωστο, όταν αυτός παίρνει ενεργό μέρος σε προγράμματα εργασιοθεραπείας κλπ. Η συμμετοχή αυτή πρέπει να γίνεται γνωστή και σε όλες τις νοσηλεύτριες της μονάδας και να αποτελεί μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας του. Αν είναι δυνατό, αυτός πρέπει να συμμετέχει σε ενεργητικές ασκήσεις και η εργασιοθεραπεία είναι πολύ ωφέλιμη γι' αυτόν. Τις ώρες της αναπαύσεως μπορεί να

μελετά, να παρακολουθεί την τηλεόραση ή να χρησιμοποιεί
ραδιόφωνο. Σε περιπτώσεις που ο άρρωστος είναι τελείως ακί-
νητος στο κρεβάτι του και πάλι πρέπει να ενισχύεται, ώστε να
απασχολείται ανάλογα με τις προτιμήσεις του, π.χ. συζήτηση,
μελέτη κλπ.

Η διάγνωση που δόθηκε μετά από τον ακτινολογικό έλεγχο ήταν διατροχαντήριο κατάγμα του αριστερού μηριαίου οστού.

Ο ασθενής κατόπιν μεταφέρθηκε με το φορέο στην Ορθοπεδική κλινική.

Μετά την τοποθέτηση του ασθενή στο κρεβάτι του έγινε λήψη των ζωτικών του σημείων :

ΑΠ = 130/60 MMHG

Σφυγμός = 90-92/λεπτό

Θερμοκρασία = 36.5°C

Μετά την λήψη των ζωτικών σημείων η νοσηλεύτρια χορήγησε παυσίπονο για να ανακουφίσουν τον ασθενή από τον πόνο.

Οι γιατροί αποφάσισαν ότι το κατάγμα έπρεπε να αντιμετωπισθεί χειρουργικά. Τότε ο γιατρός έδωσε εντολή για εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα

Εργαστηριακές εξετάσεις

1. Αιματοκρίτης : 47%
2. Αιμοσφαιρίνη :
3. Αιμοπετάλια : Κ.Φ.
4. Λευκά αιμοσφαίρια : 9.500
5. Πολύ : 58
6. Λέμφο : 25
7. Ηωσιν. : 2
8. Μόνο : 2
9. Τ.Κ.Ε. : 31
10. Σάκχαρο : 90
11. Ουρία : 40
12. Κάλιο Αιμ. : 4.1

13. Νάτριο Αιμ. :144

14. Χρόνος Προθρ.: 13,8"

Η ακτινογραφία του θώρακος ήταν φυσιολογική καθώς και το ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Επειδή ο ασθενής επρόκειτο να υποστεί μεγάλη και δύσκολη εγχείρηση του έγινε σωματική τόνωση, αλλά και ψυχολογική υποστήριξη.

Ακόμα έγινε στον ασθενή παρακολούθηση των προσλαμβανομένων και των αποβαλλομένων υγρών.

Πέντε ώρες πριν από την εγχείρηση έγινε στον ασθενή χορήγηση καθαρτικού για την εκκένωση του εντέρου και προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Έγινε καλώς καθαρισμός της περιοχής της τομής καθώς και της γύρω περιοχής. Ακόμα ο ασθενής δεν πήρε τίποτε από το στόμα.

Μετά την σωματική και τοπική καθαριότητα ο ασθενής φόρεσε την ειδική ρόμπα του χειρουργείου.

Έγινε προνάρκωση του ασθενή και ο ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο.

Εκεί έγινε στον ασθενή εσωτερική συγκράτηση του κατάχματος με ήλο και κοχλίες.

Με την αποχώρηση του ασθενή από το θάλαμο στο χειρουργείο, έγινε ετοιμασία του θαλάμου και στρώσιμο του χειρουργικού κρεβατιού για να είναι έτοιμο με την επιστροφή του από το χειρουργείο.

Μόλις τελείωσε η χειρουργική επέμβαση ο ασθενής μεταφέρθηκε στην αίθουσα ανάνηψης όπου εκεί του πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία : ΑΠ: 110 - 60 MMHG, σφύξεις : 80-85/λεπτό, Θ:36,6°C. Μετά ο ασθενής μεταφέρθηκε στον θάλαμο του. Εκεί του γινόταν

συχνή παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση επιπλοκών. Του γινόταν τακτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων καθώς και των άκρων του ασθενή.

Την επόμενη ημέρα ένας ακτινολογικός έλεγχος στο σημείο της επέμβασης. Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής εμφάνισε πυρετό και ο γιατρός του χορήγησε αντιβίωση κάθε 6 ώρες. Ακόμα έκανε 3 φορές έμετους. Η αδελφή τηρούσε δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Ο ασθενής έκανε συχνούς εργαστηριακούς ελέγχους. Η έξοδος του ασθενή έγινε στις 26-7-91. Πρίν από την έξοδο του, του έγινε διδασκαλία και διαφώτιση, για να δοθεί καλύτερη και σωστότερη προσοχή.

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Νοσηλευτική διαγ- νωση	της Νοσηλευτικής φροντίδας	της νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικής παρέμβασης	& επιστημονική εκτίμηση

1) Ο ασθενής χρειά- ζεται νοσηλεία στην Ορθοπ/κή κλινική & χει- ρουργική αντι- μετώπιση	-Ακινητοποίηση του κα- τάγματος & περιποίηση της υπάρχουσας βλάβης για πρόληψη επέκτασης του	-Να τοποθετηθεί ο ασθενής στον θάλαμο του. - Να παρακολου- θείται η γενική κατάσταση του ασθενή	- Μεταφέρεται ο ασθενής στο κρεβάτι που του έχει ατα- μαστεί	- Το σκέλος ακινητοποιή- θηκε.
--	--	---	--	-----------------------------------

2) Ανάγκη ψυχολο- γικής υποστή- ριξης του ασθενή	-Ενημέρωση του ασθενή & της οικογένειας για ανακούφιση από το άγχος και την αγωνία	-Να γίνει η ενη- μέρωση από την νοσηλεύτρια	-Η νοσηλεύτρια έκανε την ενημέρωση	- Είχε ακόμα λίγο άγχος και φόβο
---	---	---	--	-------------------------------------

- Να προετοιμαστεί ο ασθενής για τον είσο- δο του στο χειρουργείο	-Να γίνει συζή- τηση με τον ασθενή για να δοθούν απαντή- σεις στα ερωτή- ματά του	-Η συζήτηση έγινε με τον ασθενή & τους συγγενείς	-Ο ασθενής κάπου ανακου- φίστηκε αλλά έδειξε μεγα- λύτερη εμπιστοσύνη.	- Μένουμε στο πλευρό του & τον καθησυχάζουμε.
---	--	---	--	--

3) Πόνος στο αριστερό πόδι	-Ανακούφιση από τον πόνο	-Να χορηγηθεί στον ασθενή παισιόνοιο. - Να τοποθετη- θεί σε θέση που να ανακουφίζει	-Χορήγηση παι- σιόνοιο - Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καλύτερη θέση.	-Ο ασθενής μετά την χο- ρήγηση του παισιόνοιο πρόμεινε. - Η θέση αυτή τον ανακούφισε.
----------------------------------	-----------------------------	--	--	---

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Νοσηλευτική διδ- γωση	της Νοσηλευτικής φροντίδας	της νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικής παρέμβασης	& επιστημονική εκτίμηση

ύστερα βέβαια

από ιατρική

εντολή

4) λειτουργική εδυναμία & επιδείνωση του πόνου σε κάθε κίνηση	-Να μειωθεί ο πόνος ή η κίνηση του άκρου επιδεινωση του πόνου σε κάθε κίνηση	-Να μειώσουμε στο ελάχιστο τις κινήσεις του άκρου	-Ακινητοποιού- με το σκέλος που φέρει το κάταγμα με πρόχειρους νάρθηκες	- Ο ασθενής κάπου ανακουφίσθηκε
5) Εργαστηριακές εξετάσεις για τις ανάγκες της εγγ/σης	-Να δούμε αν ο πάθε- νός είναι σε θέση να χειρουργηθεί. Οι εργαστηριακές εξε- τάσεις γίνονται πριν από κάθε περίπτωση	-Να μη φάει ο ασθενής το πρωί πριν από εργα- στηριακές εξετά- σεις.	-Η λήψη αίμα- τος έγινε για τις εξετάσεις	-Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν ικανοποιητικά
6) Προεγχειρητική ετοιμασία	-Παρακολούθηση γενι- κής κατάστασης του ασθενή. - Ο ασθενής να μείνει νοσηλεύς. -Προετοιμασία εγχει- ρητικού εσπέδου	-Να παρακολουθ- θεί για τυχόν εμφάνιση κρούαλο- γύριστος. - Να μην φάει το πρωί -Μέρες πριν μπει στο χει-	-Η παρακολού- θηση έγινε από το νοση- λεύτρια του θαλάμου -Ο ασθενής έμεινε νοση- λεύς και του	-Ο ασθενής ήταν έτοιμος για να μπει στο χειρουργείο. - Τα αποτελέσματα ήταν καλά.

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Νοσηλευτική διδασκαλία	της Νοσηλευτικής φροντίδας	της νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικής παρέμβασης	ή επισημονική εκτίμηση

χειρουργείο γίνεται έγινε λήψη

περιποίηση του αίματος

χειρουργικού

πεδίου.

-Ευρίσκεται η γόμφη

περιοχή.

-Προνάρκωση του ασθενή με τα κατάλληλα αναλγητικά

-Να γίνει η χορήγηση αδρεναλίνης ενδομυϊκά

-Η νοσηλεύτρια έκανε τη προ-άρκωση

-Έγινε η προ-άρκωση χωρίς να έχει αντίρρηση ο άρρωστος.

7) Ο ασθενής έκανε δύο εμέτους

-Αντιμετώπιση των εμετών
-Πρόληψη για επιδείνωση της κατάστασης

-Να ανακουφισθεί από τους εμετούς

-Γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας

μετά από τους εμέτους

-Προφυλάσσονται τα κλινόμενα πάσματα

-Οι έμετοι είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που όμως δεν διαρκεί πολύ

8) Πυρετός

-Άμεση αντιμετώπιση του πυρετού
-Πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασης

-Να ανακουφιστεί από τον πυρετό

-Χορήγηση αντιπυρετικών μετά από εντολή ιατρού.

-Χορήγηση αντι-

-Ο πυρετός ελαττώθηκε. Ο ασθενής ανακουφίστηκε.

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Νοσηλευτική διδ- γνωση	της Νοσηλευτικής φροντίδας	της νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικής παρέμβασης	& επιστημονική εκτίμηση

έξοσης μετά απο

εντολή ιατρού.

-Εφαρμόσθηκαν

στον ασθενή

κομμάτια κρέας

τρόσ όπου μετά από τη βοήθεια του ακτινολογικού ελέγχου για κάταγμα στο δεξιό μηριαίο οστό.

Ο ιατρός θεώρησε σαν καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης την συντηρητική θεραπεία. Αυτή περιλαμβάνει ακινητοποίηση του άκρου με δερματική έλξη για ένα μήνα, μέχρι να γίνει ανάταξη και στην συνέχεια εφαρμογή γύψου.

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Νοσηλευτική διδ- γυση	της Νοσηλευτικής φροντίδας	της νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικής παρέμβασης	& επιστημονική εκτίμηση

1) Το παιδί χρειά-
ζεται να νοση-
λευτεί στο
Νοσοκομείο

-Ακινητοποίηση του κα-
τάματος & περιποίηση
της υπάρχουσας βλάβης
για πρόληψη επέκτασης
του

-Να τοποθετηθεί
το παιδί στον
θάλαμο του.
- Να παρακολου-
θείται η γενική
κατάσταση του
παιδιού

- Μεταφέρεται
το παιδί στο
κρεβάτι που
του έχει ειου-
μαστεί
-Μετά την το-
ποθέτηση του,
έγινε έλεγχος
των ζωτικών
των σημείων

- Το σκέλος ακινητοποιή-
θηκε.
-Τα ζωτικά του σημεία
έδειξαν :
ΑΡ: 120/60 MMHG
Σφ: 80-85/λεπτό
Θερμ: 36,3°

2) Κατάσταση ανο-
συχίας

-Να βρούμε την αιτία
που κάνει την ασθενή
μας ανόσιχη, και σκο-
πός μας είναι η καθυ-
σάφηση του μικρού
μας ασθενούς.
ασθενής για την είσο-
δο του στο χειρουργείο

-Να γίνεται συχνή
λήψη των ζωτικών
σημείων

-Στις 1.30 π.μ.
πάρθηκαν πάλι
τα ζωτικά ση-
μεία :

-Βλέπουμε ότι κάπου
έχει αρχίσει να βελ-
τιώνεται η ανόσιχη του

ΑΡ: 106/75 MM/HG
Σφ. : 88/λεπτό
Αναπν: 28/λεπτό

3) Πυρετός
(38,2 C)

-Να ρίξουμε τον πυρετό
στα φυσιολογικά του
επίπεδα

-Να χορηγηθούν
αντιπυρετικά
μετά από εντολή
του ιατρού
-Να γίνει συχνή
θερμομέτρηση. Να

-Χορήγηση
PONGYAN στο
παιδί μετά από
εντολή ιατρού
-Στην συνέχεια
κάνουμε στο

-Κατεβάσαμε τον πυρετό
στο 37.6 C
-Από όλες τις ενέργειες
μας αυτές καταφέραμε
να ρίξουμε τον πυρετό
στο 36.9°C

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Νοσηλευτική διόγ- νωση	της Νοσηλευτικής φροντίδας	της νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικής παρέμβασης	& επιστημονική εκτίμηση

λάβουμε μέτρα
για να ανακου-
φιστεί το παιδί
παιδί ένα
χλιαρό λουτρό
Το σκεπάζομε
με ελαφρά
ραύχα. Εξασφα-
λίσαμε τρομα-
περιβάλλον &
τοποθετήσαμε
κράες κομάρωσης
στο μέτωπο του.

4) Εφαρμογή δερματικής έλλης του πόνου σε κάθε κίνηση	-Να ελαττωθεί ο μυϊ- κός σπασμός. -Να πετύχουμε ακινη- τοποίηση του άκρου και ανάταξη αυτού	-Να εφαρμοσθεί αμέσως η δερμα- τική έλλα	-Εφαρμόζουμε ταινίες λευκο- πλάσι στο μέσο και έξω πλευρά του ποδιού Κατόπιν τάλι- γουμε το πόδι με επίδεσμο & κρεμάμε βάρος. 4-5 Kgr μετά βέβαια από εντολή ιατρού	-Εφαρμόστηκε η έλλα και παρέμεινε στο παιδί περίπου ένα μήνα. Ετσι πέτυχε ο αναμενό- μενη ανάταξη, με την ακινητοποίηση.
---	---	--	--	---

5) Παρακολούθηση του μέλους που	-Να προλάβουμε τυχόν κυκλοφορικές διαστέ-	-Να ελέγχουμε κάθημερινά το	-Ο έλεγχος γι- νόταν και στο	-Το παιδί δεν παρου- σίασε σημεία κυκλιο-
------------------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------	--

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Νοσηλευτική διάγ- νωση	της Νοσηλευτικής φροντίδας	της νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικής παρέμβασης	ή επιστημονική εκτίμηση

5) Παρακολούθηση του μέλους που φέρει την έληπα καθώς & τον συστήματος της έληπης

-Να προλάβουμε τυχόν κυκλοφοριακές δυσχέρειες, κυάνωση, ψυχρότητα.

-Να δούμε για την καλή λειτουργία του συστήματος.

-Να ελέγχουμε καθημερινά το πόδι και να ενημερώνουμε και τους γονείς για την αναγνώριση συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανιστούν.

-Ο έλεγχος γίνεται και στο πόδι αλλά και στο σύστημα από το νοσηλεύτρια

-Το παιδί δεν παρουσίασε πρόβλημα.

-Το παιδί δεν σίασε σφαιρά κυκλοφοριακής δυσχέρειας

-Το σύστημα δεν παρουσίασε πρόβλημα.

6) Γίνεται ακτινολογικός έλεγχος

-Να δούμε την πορεία της ανάπτυξης

-Να γίνει η ακτινογραφία στο κρεβάτι του παιδιού

-Η ακτινογραφία έγινε

-Η πορεία της ανάπτυξης προχωρεί ικανοποιητικά

7) Εξέταση του δέρματος για τυχόν ερεθισμό από την κολλητική ταινία

-Έλεγχος για την διαπίστωση τυχόν ερεθισμών που μπορεί να εμφανισθεί

-Να γίνει έλεγχος από τη νοσηλεύτρια.

-Καθημερινός έλεγχος

-Δεν υπάρχει ένδειξη δερματίτιδας

8) Γίνεται περιποίηση της περιοχής των γλουτών και

-Να προλάβουμε τυχόν επιπλοκές όπως είναι η ερυθρότητα και η κατάρκηση

-Να περιποιηθούμε το δέρμα στους γλουτούς και τη ράχη σε συχνά

-Καθημερινή περιποίηση και καθαρισμός

-Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλά, η περιοχή των γλουτών και της ράχης είναι σε καλή

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Νοσηλευτική διδ- γωση	της Νοσηλευτικής φροντίδας	της νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικής παρέμβασης	ή επιστημονική εκτίμηση

της ρόχης

χρονικά διαστή-
ματα

κατάσταση,

9) Ανάγκη εφαρ-
μογής γύψου

-Να ακινητοποιηθεί
το κάταγμα

-Ευκολότερη κίνηση
του παιδιού

-Να πεί το παιδί

στην αθέουσα εφαρ

μογής του γύψου

-Να ενημερωθεί για τη νοσηλεύτρια
το τι θα του γίνει

-Έγινε η εφαρ-

μογή του γύψου την εφαρμογή

από το γιατρό &

-Κανένα πρόβλημα κατά

την εφαρμογή

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η αποδοχή του γεγονότος ότι ένα άτομο βρίσκεται σε μια κατάσταση, που απαιτεί πλήρη μεταβολή του τρόπου ζωής, είναι πάντα δύσκολη. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η συναίσθηματική αντίδραση συχνά παρεμποδίζει τη θεραπεία.

Απ' τη μια μεριά η πρωτογενής αντίδραση μπορεί να έγκλεισται σε άρνηση με συνοδό άρνηση συνεργασίας. Απ' την άλλη μπορεί να υπάρχει υπερβολική ενασχόληση με την πάθηση.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλλει κάθε προσπάθεια να χαράξει μια μέση γραμμή, στην οποία ο ασθενής αναγνωρίζει την κατάσταση του και ανταποκρίνεται σ' αυτήν σωστά, χωρίς να του γίνεται έμμονη ιδέα. Πρέπει ν' αναπτύξει διάλογο μαζί του καθώς και με την οικογένεια του, προσπαθώντας να τους κάνει να καταλάβουν ότι δεν διαφέρουν από τους άλλους ασθενείς.

Τα πρόβλήματα που δημιουργούνται μπορούν να αντιμετωπισθούν με την κοινή λογική που συνδυάζεται με αίσθημα συμπάθειας και σταθερότητας.

Εκτός από τα παραπάνω η Νοσηλεύτρια μπορεί να δράσει και σε τομείς όπως τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, τα Αγροτικά Ιατρεία, και κάθε άλλος χώρος ανθρώπινης δραστηριότητας.

Αντικείμενο εργασίας της είναι ο ίδιος ο άνθρωπος.

Είναι ο άνθρωπος που αναζητεί μέσα, τρόπους και μεθόδους για την επίλυση των προβλημάτων, αμφισβητήσεων, μετεωρήσεων των συνανθρώπων του.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να κινηθεί γρήγορα, με επιδεξιότητα και ευστροφία, με πίστη και αγάπη για τη δουλειά του και τον συνάνθρωπο του.

Είναι αυτός που βρίσκεται επί 24ώρου βάσεως κοντά στον

εργαζόμενο, τον αγρότη, τον ηλικιωμένο, το νέο άνθρωπο, που χρειάζεται την βοήθεια του.

Είναι αυτός που θα υπερνικήσει τις δυσκολίες και θα δώσει σωστές απαντήσεις στους προβληματισμούς, τις αμφιβολίες, τις φοβίες. Όλα αυτά βέβαια απαιτούν χρόνο, κόπο και μεγάλο μόχθο.

Ο Νοσηλευτής είναι αποφασισμένος και θα πετύχει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΓΕΡΜΑΝΗΝΙ "Ορθοπεδική Χειρουργική"
Τόμος 1ος Εκδόσεις "Ατλαντίς - Μ. Πεχλιβανίδης & Σία",
Αθήνα, 1977.
2. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ - Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ. "Θέματα Ορθοπεδικής και
Τραυματιολογίας" Έκδοση Γ', εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος,
Αθήνα 1981.
3. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ. "Πάπυρος Λάρους Μπριτάννικα", Τόμος 4205
Έκδοση συνεργασίας Grade Encyclopedie Larousse Encyclo-
paedia Britannica, εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα 1990.
4. ΚΙΣΣ/ΣΖΕΝΤΑΓΟΘΗΑΙ. "Ατλας Ανατομίας του Ανθρώπου", Τόμος
1ος Έκδοση 52α, Εκδόσεις Αθηνάς Ματράγκα, Αθήνα 1974.
5. ΚΙΣΣ/ΣΖΕΝΤΑΓΟΘΗΑΙ. "Ατλας Ανατομίας του Ανθρώπου". Τόμος
2ος, Έκδοση 52β, Εκδόσεις Γεώργιος Ματράγκας, Αθήνα 1966
6. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. "Νοσηλευτική Παθολογική
Χειρουργική". Τόμος 1ος, Έκδοση Κ' Εκδόσεις Ιεραποστολι-
κής Ενώσεως Άδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1986
7. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. "Παθολογική Χειρουργι-
κή", Τόμος 2ος Μέρος Β' Έκδοση Α' Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ",
Αθήνα Απρίλιος 1988
8. ΣΑΧΙΝΗ Α. ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική" Τόμος 2ος Μέρος Β' έκδοση πρωτότυπη, εκδό-
σεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1985.
9. ΣΑΧΙΝΗ Α. ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική" Τόμος 1ος Επανέκδοση, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα
1985.
10. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Π. "Ορθοπεδική" εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO
PRESS, Θεσσαλονίκη 1984.

