

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΟΡΤΗΣ

Υπεύθυνος Καθηγητής

Κούνης Νικόλαος

Σπουδάστρια

Σαράντου Μαλάμω

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΜΥΤΙΑΛΗΝΗ ΜΑΙΟΣ 1991

ΑΡ.Θ.Π.Σ. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	A43
------------------------	-----

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	I
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	II
 Γενικό Μέρος	
Κεφάλαιο I	
Ανατομία	1-3
Φυσιολογία	4-6
 Κεφάλαιο II	
A. Γενικά περί ανευρυσμάτων - ταξινόμηση αυτών	7
B. Αιτιολογική μελέτη επίκτητων ανευρυσμάτων	8-9
Γ. Τοπογραφική μελέτη ανευρυσμάτων	10-14
Δ. Ειδικές μορφές	15-17
 Κεφάλαιο III	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	
Προεγχειρητική ετοιμασία	18-20
Μετεγχειρητική φροντίδα	21
Σκοποί φροντίδας αρρώστου	21-28
Σχεδιασμός εξόδου	29-31

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο IV

- A' περίπτωση ασθενή με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής32-46
B' περίπτωση ασθενή με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής47-57

Κεφάλαιο V

- Προτάσεις για τη νοσηλευτική παρέμβαση58-59

Κεφάλαιο VI

- Επίλογος60

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά όλους αυτούς που με βοήθησαν στην εργασία μου και επίσης ευχαριστώ όσα άτομα με βοήθησαν κατά την πρακτική μου εξάσκηση στο ΒΙΓΝ Μυτιλήνης και μου έμαθαν δίνοντας μου πρωτοβουλίες πόσο σημαντικό και δύσκολο είναι το έργο της νοσηλεύτριας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η καρδιά είναι η αντλία ζωής. Ένα όργανο τόσο σημαντικό αφού σου προσφέρει αυτό το πολύτιμο δώρο. Τη ζωή.

Δυστυχώς για κάποιο λόγο κάποτε αυτή η αντλία μπορεί να αδυνατεί να παράγει έργο μ'αποτέλεσμα ν'απειλείται άμεσα η ίδια η ζωή.

Η εργασία αυτή αναφέρεται σε μια τέτοια περίπτωση όπου η ζωή απειλείται από ανεύρισμα αορτής δηλ. από διάταση και διόγκωση του τοιχώματος της αορτής.

Αναφέρεται στη γενική εικόνα της νόσου καθώς και στη συμβολή του νοσηλευτικού κόσμου για την αποκατάσταση του αρρώστου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθημερινά καινούρια επιτεύγματα προάγουν και βελτιώνουν τη ζωή του ανθρώπου.

Το πολυμήχανο μυαλό του ανθρώπου κυριάρχησε και στο χώρο του χειρουργείου.

Καθημερινά πολλά άτομα σώζονται χάρη στην πρόοδο του ιατρικού κόσμου. Σ'αυτά τα άτομα ανήκουν κι αυτοί που πάσχουν από "ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής".

Πριν από κάποια χρόνια αυτοί οι άνθρωποι ανήκαν σ'αυτούς που δυστυχώς θα είχαν μοιραίο τέλος.

Ομως μπορούμε να πούμε ότι αυτή η δεκαετία ήταν ορόσημο όσο αφορά τις εγχειρήσεις καρδιάς.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να δώσει στον αναγνώστη είτε αυτός είναι νοσηλευτής είτε ασθενής, βασικές πληροφορίες που αφορούν το "ανεύρυσμα αορτής" σε θέματα όπως διαγνωστικές εξετάσεις, κατάλληλη θεραπεία κ.τ.λ. όπως και επίσης να γίνει κατανοητό ότι η σωστή ανάρρωση εξαρτάται τόσο απ'τον ίδιο τον ασθενή όσο και απ'τη σωστή παροχή νοσηλευτικής φροντίδας η οποία παρέχεται αφού πρώτα εμείς οι νοσηλευτές "συνειδητοποιήσουμε" το ρόλο μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Μορφολογικά η καρδιά είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο.

Αποτελείται από :

- α. το μυοκάρδιο (με το ενδο- και επικάρδιο).
- β. το ΣΠΑΔ (Σύστημα Παραγωγής και Αγωγής των Διεγέρσεων).
- γ. τα αγγεία (αιμοφόρα και λεμφικά).
- δ. τα γάγγλια και νεύρα (συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά).

Η κοιλότητα του οργάνου διαιρείται σε τέσσερις χώρους τους δύο κόλπους (δεξιό και αριστερό) που τοπογραφικά βρίσκονται πάνω απ' τις δύο κοιλίες (δεξιά και αριστερά).

Οι κόλποι χωρίζονται ο ένας απ' τον άλλο με το μεσοκοιλιακό διάφραγμα και οι κοιλίες με το μεσοκοιλιακό.

Και τα δύο διαφράγματα είναι πλήρη σε φυσιολογικές περιπτώσεις, έτσι ώστε να μην υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των δύο κόλπων ή των δύο κοιλιών.

Στην περιφέρειά τους οι κόλποι χωρίζονται απ' τις κοιλίες με τον ινώδη δακτύλιο και επικοινωνούν με τις αντίστοιχες κοιλίες με τα κολποκοιλιακά στόμια που αφορίζονται απ' τον ινώδη δακτύλιο.

Τα κολποκοιλιακά στόμια κλείνουν περιοδικά από βαλβίδες μιας κατεύθυνσης (κολποκοιλιακές βαλβίδες) δηλ.

- α) το δεξιό κολποκοιλιακό στόμιο απ' την τριγλώχινα.
- β) το αριστερό απ' τη διγλώχινα ή μιτροειδή.

Οι δύο κόλποι αποτελούν τους συνδετικούς χώρους μεταξύ φλεβικού συστήματος και κοιλιών.

Στο δεξιό κόλπο εκβάλλουν τρεις φλέβες : η άνω κοίλη, η κάτω κοίλη και ο στεφανιαίος κόλπος.

Στον αριστερό κόλπο καταλήγουν οι τέσσερις πνευμονικές φλέβες που φέρουν το οξυγονωμένο αίμα της πνευμονικής κυκλοφορίας.

Απ'τη δεξιά κοιλία αρχίζει η πνευμονική αρτηρία που μεταφέρει το αίμα στους πνεύμονες. Το στόμιο της φράζει από βαλβίδες τις μηνοειδής. Αυτές με την συστολή των κοιλιών ανοίγουν μόνο προς μια κατεύθυνση της πνευμονικής αρτηρίας και εμποδίζουν την παλινδρόμηση του αίματος απ'την αρτηρία προς τη δεξιά κοιλία.

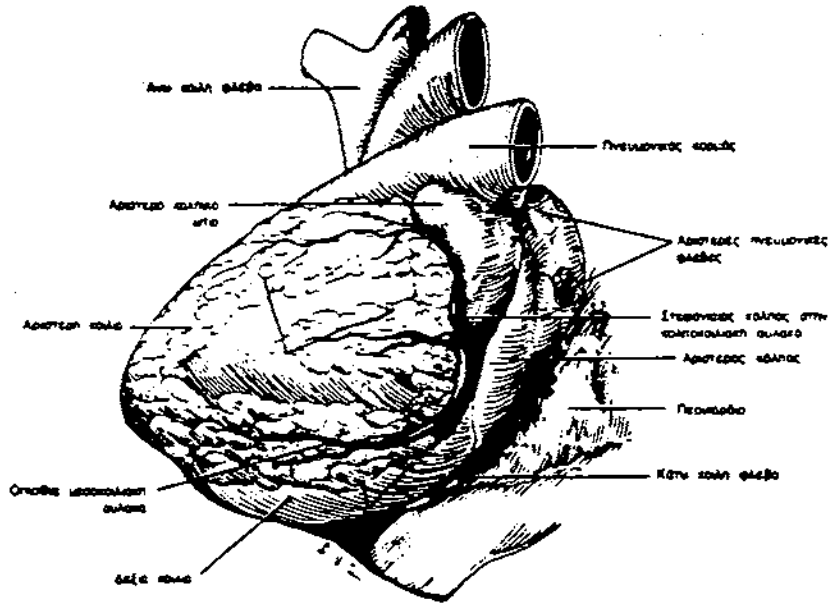
Απ'την αριστερή κοιλία αρχίζει το μεγάλο αγγείο της σωματικής κυκλοφορίας η αορτή που μεταφέρει το αίμα σ'όλο το σώμα.

Το στόμιο της αορτής φράζουν οι τρεις μηνοειδής βαλβίδες της αορτής που είναι κι αυτές μιας κατεύθυνσης, ανοίγουν δηλαδή μόνο προς την κατεύθυνση της αορτής και εμποδίζουν την παλινδρόμηση του αίματος απ'την αορτή στην αριστερή κοιλία.

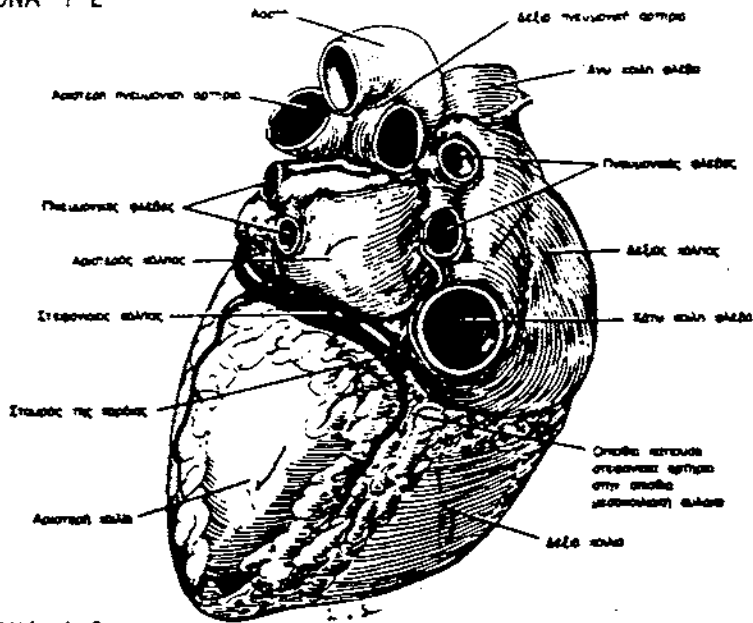
Το τοίχωμα των κόλπων και των κοιλιών σχηματίζεται μερικά απ'το μυοκάρδιο.

Το μυοκάρδιο καλύπτεται από μια λεπτή μεμβράνη το ενδοκάρδιο και από έξω απ'το περικάρδιο.

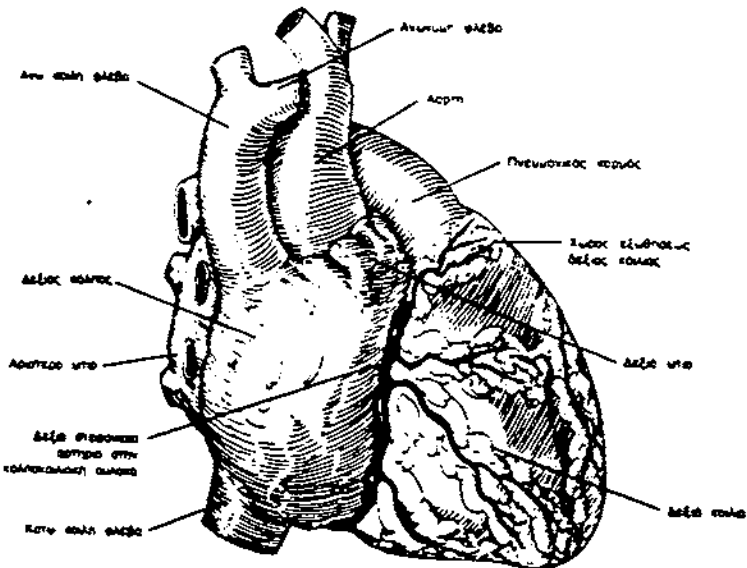
Τα αιμοφόρα αγγεία της καρδιάς είναι οι στεφανιαίες αρτηρίες. Τα αγγεία αυτά είναι οι πρώτοι παραπλεύριοι κλάδοι της αορτής που εκφύονται αμέσως πίσω απ'τις μηνοειδής βαλβίδες. Οι στεφανιαίες αρτηρίες πορεύονται αρχικά επικαρδιακώς. Στη συνέχεια με μικρότερους κλάδους εισέρχονται στο μυοκάρδιο και καταλήγουν σ'ένα πυκνό δίκτυο τριχοειδών αγγείων.



EIKONA 1-2



EIKONA 1-3



EIKONA 1-4

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η κυκλοφορία του αίματος γίνεται μέσα σ'ένα κλειστό σύστημα ειδικών αγωγών, το κυκλοφορικό σύστημα στο οποίο παρεμβάλλεται μια αντλία, η καρδιά, που έχει σαν αποστολή με τη συνεχή της λειτουργία να εξασφαλίζει τη συνεχή και με την απαραίτητη δύναμη ροή του αίματος μέσα στα αγγεία του κυκλοφορικού συστήματος.

Τα αγγεία του κυκλοφορικού συστήματος διακρίνονται σε :

1. Προσαγωγή (φλέβες) δηλ. αυτά που μεταφέρουν το αίμα απ'την περιφέρεια στην καρδιά.
2. Απαγωγή (αρτηρίες) δηλ. αυτά που μεταφέρουν το αίμα απ'την καρδιά στην περιφέρεια.
3. Τριχοειδή δηλ. τα μικροσκοπικά αγγεία που παρεμβάλλονται μεταξύ αρτηριών και φλεβών και εξασφαλίζουν έτσι τη σύνδεση των δύο αγγειακών σκελών του κυκλοφορικού συστήματος.

Το κλειστό αυτό κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται ουσιαστικά από δύο κυκλώματα αγγείων.

Αυτά είναι :

1. Μεγάλη ή σωματική κυκλοφορία.
2. Μικρή ή πνευμονική κυκλοφορία.

Απ'την μικρή κυκλοφορία περνάει υποχρεωτικά το συνολικό ποσό του αίματος που κυκλοφορεί ενώ στη μεγάλη κυκλοφορία το αίμα κατανέμεται στα διάφορα παρακυκλώματά της που τροφοδοτούν τα συστήματα και όργανα του σώματος.

Η καρδιά που παρεμβάλλεται μεταξύ μικρής και μεγάλης κυκλοφορίας είναι μια βαλβιδική αντλία με κυρίως καταθλιπτική λειτουργία που είναι υπεύθυνη για τη συνεχή παραγωγή έργου με το οποίο εξασφαλίζεται η ροή του αίματος στα αγγεία.

Η αριστερά καρδιά εξωθεί το αίμα απ'την αριστερή της κοιλία στην αορτή που διακλαδίζεται σε πολλές αρτηρίες για τα διάφορα συστήματα και όργανα του σώματος. Κάθε μεγάλη αρτηρία διακλαδίζεται συνέχεια σε μικρότερες και καταλήγει τελικά σ'έναν μεγάλο αριθμό αρτηριολίων και τριχοειδών αγγείων. Απ'αυτά το αίμα έρχεται στα φλεβίδια και τις μικρές φλέβες που προοδευτικά ενώνονται σε μεγαλύτερες για να καταλήξουν στις δύο μεγάλες κοίλες φλέβες που μεταφέρουν το αίμα στο δεξιό κόλπο της καρδιάς.

Η δεξιά καρδιά εξωθεί το αίμα απ'την δεξιά της κοιλία στην πνευμονική αρτηρία (μικρή κυκλοφορία) που μετά από συνεχείς διακλαδώσεις σε μικρότερα αγγεία σχηματίζει το πυκνό δίκτυο των πνευμονικών τριχοειδών. Τη συνέχεια των πνευμονικών τριχοειδών αποτελούν οι μικρές πνευμονικές φλέβες που ενώνονται βαθμιαία σε μεγαλύτερες μέχρι να καταλήξουν σε τέσσερις πνευμονικές φλέβες που μεταφέρουν το αίμα της πνευμονικής κυκλοφορίας στον αριστερό κόλπο και από εκεί στην αριστερή κοιλία της καρδιάς.

Μηχανική της καρδιακής λειτουργίας :

Καρδιακός παλμός ονομάζεται η συστολή των κόλπων και των κοιλιών μαζί με την καρδιακή παύλα που ακολουθεί.

Ο συνηθισμένος αριθμός καρδιακών παλμών σ'έναν ενήλικα είναι 60/80/min.

Κάθε καρδιακή περίοδος περιλαμβάνει τρεις επιμέρους λειτουργίες, δηλ. τη συστολή των κόλπων τη συστολή των κοιλιών και την καρδιακή παύλα.

Η συστολή του μυοκαρδίου των κόλπων είναι τύπου ισοτονικού (δηλ. οι ίνες του μυοκαρδίου στη συστολή βραχύνονται). Έχει σαν σκοπό να σπρώξει το αίμα που βρίσκεται μέσα στους κόλπους και στις κοιλίες. Σε σύγκριση

με το έργο της κοιλιακής συστολής το έργο αυτό είναι μικρό, κι αυτό γιατί η ενδοκοιλιακή πίεση είναι χαμηλή.

Μετά το κλείσιμο των κολποκοιλιακών βαλβίδων αρχίζει η συστολή του τοιχώματος του μυοκαρδίου των κοιλιών γύρω απ'το ασυμπίεστο αίμα που βρίσκεται μέσα στις κοιλίες μ'αποτέλεσμα την προοδευτική αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης.

Όταν η ενδοκοιλιακή πίεση αυξηθεί ανάλογα και ξεπεράσει την πίεση του αίματος των αρτηριών, τότε λόγω της διαφοράς πίεσεως ανοίγουν οι μηνοειδής βαλβίδες των αγγείων αυτών και το αίμα εξωθείται απ'την αριστερά κοιλία στην αορτή και απ'την δεξιά στην πνευμονική αρτηρία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Α. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ

Αρτηριακά ανευρύσματα καλούνται μόνιμες περιγεγραμμένες διαστάσεις των αρτηριών.

Διακρίνονται σε συγγενή και επίκτητα.

Τα συγγενή αποκτούνται συνήθως στις ενδοεγκεφαλικές αρτηρίες και ιδιαίτερα στην περιοχή του κύκλου του Willis.

Σε ρήξη αυτών σε ανύποπτο χρόνο προξενούν θανατηφόρες αιμορραγίες.

Τα επίκτητα διαιρούνται :

α) στα γνήσια όταν στο σχηματισμό τους συμμετέχουν όλοι οι χιτώνες και β) σε ψευδή όταν ο σάκος αποτελείται από συνδετικό ιστό επενδυμένου από ενδοθήλιο.

Τα γνήσια ανευρύσματα αναλόγως τη μορφολογία τους διαιρούνται :

α) σε ατρακτοειδή, όταν υπάρχει εντοπισμένη κυκλική διάταση ολόκληρου του τοιχώματος της αρτηρίας, β) σε σακκοειδή, όταν ενδίδει τμήμα μόνου του τοιχώματος του αγγείου και γ) σε διαχωριστικά τα οποία επειδή εντοπίζονται στην αορτή χαρακτηρίζονται από τον διαχωρισμό των χιτώνων της αρτηρίας σε δύο ομόκεντρες στιβάδες.

Από άποψη αιτιολογίας τα επίκτητα ανευρύσματα διαιρούνται σε τραυματικά, εκφυλιστικά, φλεγμονώδη (mycotic), συφιλιδικά, σε οφειλόμενα σε κυστική νεκρωτική μεσαρτηρίτιδα και σε μεταστερωτικά.

B. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΚΤΗΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ

ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ : Αυτά οφείλονται σε κλειστά ή σ'ανοικτά τραύματα των αρτηριών, οπότε έχουμε ατελή ή πλήρη ρήξη του τοιχώματος της αρτηρίας. Στην πρώτη περίπτωση επέρχεται συνήθως ρήξη του έσω και μέσου χιτώνα, έτσι το αγγείο χάνει την ελαστικότητά του και ο έξω χιτώνας ενδίδει, σχηματιζόμενου ανευρυσματικού σάκκου.

Σε πλήρη ρήξη σχηματίζεται κατ'αρχή σφύζον αιμάτωμα μέσα στους τριγύρω ιστούς. Η έξοδος αίματος απ'το σημείο τρώσεως του αγγείου παύει όταν η πίεση που ασκείται απ'το αιμάτωμα στην αρτηρία υπερβεί εκείνη της αρτηριακής πίεσης.

Στην συνέχεια το σχηματιζόμενο αιμάτωμα ενώ υφίσταται κεντρική τήξη σχηματίζει ανευρυσματικό σάκκο.

Τα τραυματικά ανευρύσματα είναι πολύ συχνά μετά από πολεμικά τραύματα ή από κατάγματα και εξαρθήματα στα κάτω άκρα. Περιγράφονται ψευδή ανευρύσματα στο σημείο αναστομώσεως αρτηρίας και μοσχεύματος λόγω περιορισμένης ρήξης της ραφής.

Το χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα είναι η ακρόαση συστολικού φυσήματος πάνω απ'το ανεύρυσμα :

ΘΕΡΑΠΕΙΑ : Είναι χειρουργική. Συνίσταται η άμεση αφαίρεση του ανευρύσματος και η τοποθέτηση μοσχεύματος. Εάν όμως πρόκειται για μικρές αρτηρίες μικρής σημασίας όπως π.χ. η πρόσθια κνιμιαία ή η ωλένια αρτηρία τότε αρκούμαστε στην απολίνωση του αγγείου.

ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ : Στην κατηγορία αυτή υπάγονται τα αρτηριοσκληρυντικά ανευρύσματα τα οποία είναι και τα συχνότερα. Αυτά είναι ατρακτοειδή, η συνηθέστερη εντόπιση αυτών είναι η κοιλιακή αορτή και ο διχασμός αυτής και συνοδεύονται από βλάβες μικρότερων αγγείων όπως των

στεφανιαίων, των εγκεφαλικών κ.λ.π. Τα εκφυλιστικά υπό την μορφή των πολλαπλών εντοπίσεων απαντούνται σε ποσοστό 10%.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ : Αυτά είναι το αποτέλεσμα σηπτικών εμβολών μικρών αρτηριών και απαντούνται σε σηπτική ενδοκαρδίτιδα ή σε σεπτικές καταστάσεις.

Φλεγμονώδη ανευρύσματα είναι δυνατό να σχηματιστούν σε μεγάλα αγγεία όταν περιβάλλονται από πυώδη φλεγμονές όπως π.χ. στον τράχηλο.

ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΑ : Αυτά είναι συνήθως σακκοειδή και εντοπίζονται στην ανιούσα αορτή. Σήμερα αυτά είναι σπάνια.

ΚΥΣΤΙΚΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΜΕΣΟΑΡΤΙΤΙΣ : Αυτή αποτελεί συνήθως αιτία προκλήσεως ανευρύσματος σε νεαρά άτομα. Εντοπίζεται συνήθως στην ανιούσα αορτή. Οι βλάβες χαρακτηρίζονται συνήθως από εκφύλιση των μυικών ινών του μέσου χιτώνα και σχηματίζονται μικροσκοπικοί κυστικοί χώροι γεμάτοι με βλέννη. Τα ανευρύσματα αυτά είναι δυνατό ν'απαντούνται στο σύνδρομο Marfan (αραχνοδακτυλία, σκελετικές ανωμαλίες, παρεκτόπιση φακού) αλλά και σαν αυτοτελείς οντότητες.

ΜΕΤΑΣΤΕΝΩΤΙΚΑ : Αυτά παρατηρούνται από το στενωμένο τμήμα μιας αρτηρίας (στένωση ισθμού αορτής) και σχηματίζονται λόγω μετατροπής της στιβαδωτής ροής του αίματος σε στροβιλώδη.

Γ. ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ

Τα ανευρύσματα διαιρούνται τοπογραφικώς σε α) ενδοθωρακικά, β) κοιλιακά γ) ανευρύσματα των περιφερικών αρτηριών.

ΕΝΔΟΘΩΡΑΚΙΚΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ :

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ :

Τα ανευρύσματα της θωρακικής αορτής οφείλονται συνήθως σε αρτηριοσκλήρυνση 70% είναι δυνατό όμως να έχουν αίτιο το τραύμα ή την ωχρά σπειροχαίτη. Αυτά είναι σχετικά σπάνια και απαντούνται συνήθως σε ατρακτοειδή μορφή.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

1. Συμπύεση άνω κοίλης ή ανώνυμης | ανευρίσματα
2. Διάβρωση πλευρών ή στέρνου | ανιούσης αορτής
3. Δύσπνοια | ανευρύσματα
4. Βήχας | αορτικού τόξου
5. Βράγχος φωνής |
6. Θωρακικός πόνος λόγω διαβρώσεως | ανευρύσματα
σπονδύλων, πλευρών, ή πιέσεως | κατιούσης
αισθητικών ριζών του νωτιαίου | θωρακικής
μυελού | αορτής
7. Δυσφαγία |

8. Ρήξη ανευρύματος. Είναι δυνατό να ναι η πρώτη εκδήλωση όλων των ανευρυσμάτων ανεξαρτήτου μεγέθους.

Χαρακτηρίζεται από αιφνίδιο πόνο και κυκλοφορική καταπληξία. Η ρήξη μπορεί να ναι πλήρης ή μερική, ελεύθερη ή συγκαλυμμένη στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.

Τα υποκειμενικά συμπτώματα είναι αρχικώς αβληχρά και

η διάγνυσή τους αποτελεί τυχαίο εύρημα κατά την ακτινογραφία θώρακος. Μεγεθυνομένα όμως (διάμετρος μεγαλύτερη των 6 cm) συμπτωματικά εμφανίζεται πόνος στον θώρακα και υπάρχει πίεση στα παρακείμενα όργανα. Έτσι δικαιολογείται η δυσκαταποσία, το βράγχος φωνής (πίεση κάτω λαρυγγικού) ή σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας. Σε πολύ προχωρημένη κατάσταση είναι δυνατό να διαβρώσουν το στέρνο και να προβάλλουν υπό μορφή όγκου.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ : Τα ανευρύσματα θωρακικής αορτής είναι καλύτερης πρόγνωσης από εκείνα της κοιλιακής αορτής. Έτσι τα 68% των ασθενών επιζούν και μετά την πενταετία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ : Η θεραπεία είναι χειρουργική. Συνήθως χειρουργούνται τα ανευρύσματα των οποίων η διάμετρος φθάνει στα 6 cm. Η επέμβαση γίνεται με τη βοήθεια εξωκαρδιακής κυκλοφορίας, συνίσταται η αφαίρεση του ανευρύσματος και η αποκατάσταση της συνέχειας του αγγείου με συνθετικό μόσχευμα από dacron.

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ. Τα ανευρίσματα κοιλιακής αορτής απαντούνται σε συχνότητα 80% στο σύνολο των ανευρυσμάτων της αορτής. Αυτά οφείλονται σε αρτηριοσκλήρυνση, έχουν την μορφή του ατρακτοειδούς ανευρύσματος και περιλαμβάνουν συνήθως και τα λαγόνια αγγεία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ. Ασυμπτωματικά όσο η διάμετρος είναι <5 cm. Ανευρίσκονται τυχαία κατά την κλινική εξέταση ή γίνονται αντιληπτά απ'τον ασθενή ως σφύζουσα μάζα. Πόνος που αντανακλά στην οσφύ είναι σημείο μικρών σχισμοειδών διαβρώσεων στο αρτηριακό τοίχωμα.

Επίσης μπορεί να υπάρξει ρήξη που να εντοπίζεται στη κοιλία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Η διάγνωση γίνεται συνήθως απ'την κλινική

εξέταση.

Η Δ.Δ. θα γίνει απ'τις ενδοκοιλιακές μάζες οι οποίες μεταδίδουν σφύξεις της αορτής και απ'την απλή διετетаμένη και ελικοειδή αορτή.

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας συχνά αναδεικνύει την περίμετρο του ανευρύσματος λόγω των αποτιτανώσεων στον ανευρυσματικό σάκκο. Στην πλάγια ακτινογραφία εξάλλου παρατηρείται η γραμμή της αποτιτανώσεως του οπίσθιου τοιχώματος.

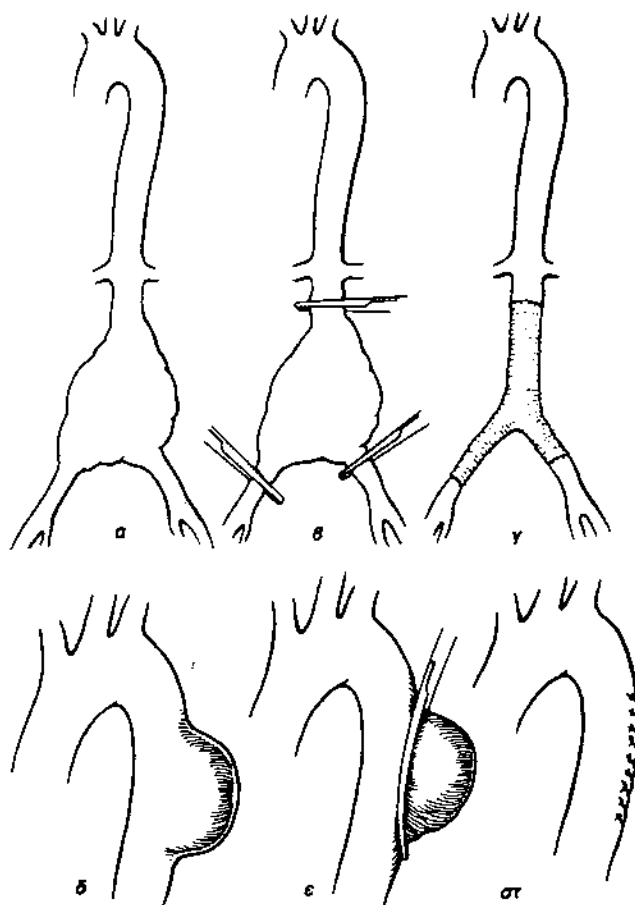
Τα κοιλιακά ανευρύσματα εξελίσσονται καθώς μεγαλώνουν και τελικά έρχεται η ρήξη με πόνο που επεκτείνεται στην οσφή και μερικές φορές στον όρχη που εκλαμβάνεται ως κωλικός νεφρού. Η ρήξη δεν είναι πάντοτε απότομη αλλά επέρχεται σε λίγες ώρες ή ημέρες και έτσι παρέχεται ικανή πίστωση χρόνου για την αντιμετώπισή της.

Συνήθως η ρήξη του ανευρύσματος γίνεται προς τον οπίσθιο περιτοναϊκό χώρο μερικές φορές όμως είναι δυνατό να γίνει και προς τα παρακείμενα σπλάχνα π.χ. κάτω κοίλη ή ιζ/λον.

Εκτός απ'την απλή ακτινογραφία, η παρακλινική διάγνωση βασίζεται στην αορτογραφία που αποκαλύπτει τα όρια του ανευρύσματος, την επέκτασή του στις νεφρικές ή λαγόνιες αρτηρίες τη βατότητα ή όχι της κάτω μεσευτέριας.

Δεν είναι όμως αξιόπιστη ως προς τον καθορισμό της διαμέτρου διότι ο αυλός των ανευρυσμάτων είναι πλήρης ρυπαρού αθηρωματικού υλικού και τοιχωματικών θρόμβων που εγκαταλείπουν μικρή μόνο δίοδο για την αιματική ροή.

Αξιόπιστη είναι επίσης η αξονική τομογραφία της κοιλίας μόνο ή με αορτογραφία καθώς και η υπερηχογραφία που καθορίζουν με σαφήνεια το εύρος αλλά και την συνολική διάμετρο.



Εικόνα 1.27. Ανευρύσματα. α. Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. β. Απομονώνεται με λαβίδες προ της εκτομής. γ. Αντικαθίσταται με μόσχευμα. δ. Σακοειδές ανεύρυσμα. ε. Απομονώνεται με λαβίδες προ της εκτομής. στ. Συρραφή τοιχώματος αγγείου.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ : Συνήθως οι μισοί απ'τους ασθενείς πεθαίνουν στα δύο χρόνια απ'την έναρξη των ενοχλημάτων. Εάν όμως οι ασθενείς πάσχουν από στεφανιαία νόσο τότε το μεγαλύτερο ποσοστό πεθαίνει όχι από ρήξη αλλά από καρδιακή κάμψη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ : Η θεραπεία είναι χειρουργική όπου γίνεται η αφαίρεση του ανευρύσματος και η αποκατάσταση της συνέχειας του αγγείου με συνθετικό μόσχευμα από dacron.

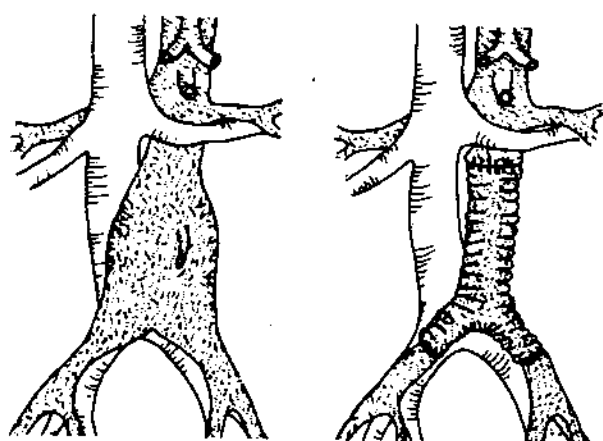
Το τοίχωμα του ανευρυσματικού σάκκου κατασπάται στη συνέχεια γύρω απ'το μόσχευμα. Η κάτω μεσευτέρια αν είναι βαθιά πρέπει να εμφυτεύεται στο μόσχευμα.

Αν το ανεύρυσμα περιλείει τις νεφρικές αρτηρίες είναι

αναγκαίο η διατομή και η επαναφύτευση τους στο αρτηριακό μόσχευμα.

Τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά.

Η θνητότητα δεν ξεπερνά τα 6% και η επιβίωση των ασθενών είναι 50-65% για 5 έτη και 28-35% για 10 έτη μετά την εγχείρηση. Οι θάνατοι οφείλονται 5 στις 6 φορές σε επιπλοκές της αρτηριοσκλήρυνσης από άλλα συστήματα.



Εικόνα 4.25. Μοσχευματική αντικατάσταση για τη θεραπεία ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ :

Αυτά συχνότερα εντοπίζονται στην κοινή μηριαία αρτηρία και στην ιγνυακή και εμφανίζουν αξιόλογο ενδιαφέρον γιατί είναι δυνατό να θρομβωθούν ή να προκαλέσουν περιφερικές εμβολές. Τα ανευρύσματα της ιγνυακής αρτηρίας είναι συνήθως συμμετρικά. Στις μισές απ'τις περιπτώσεις όταν γίνει η θρόμβωση προκαλείται στη συνέχεια γάγγραινα του σκέλους.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ : Η θεραπεία είναι χειρουργική όπου γίνεται η αφαίρεση του ανευρύσματος και η αποκατάσταση της συνέχειας του με μόσχευμα από σαφήνη φλέβα.

Α. ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Τα διαχωριστικά ανευρύσματα της αορτής χαρακτηρίζονται απ'τον διαχωρισμό των χιτώνων του αορτικού τοιχώματος σε δύο στιβάδες. Ο διαχωρισμός αυτός συμβαίνει μεταξύ μέσω και έξω τμήματος του έσω χιτώνα, επεκτείνεται κατά μήκος του αγγείου και είναι δυνατό να αφορά ολόκληρη την περίμετρο ή τμήμα της αορτής.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ : Ο διαχωρισμός γίνεται λόγω μικρής σχάσεως κατά του έσω και μέσο χιτώνα της αορτής, οι οποίοι ιστολογικώς εμφανίζουν αλλοιώσεις νεκρωτικής μεσαορτίτιδος. Η σχάση αυτή γίνεται συνήθως στην αρχή της ανιούσης αορτής πάνω απ'τις αορτικές βαλβίδες είναι δυνατό όμως να συμβεί και στην κατιούσα αορτή αμέσως μετά την έκφυση της δεξιά υποκλειδίου αρτηρίας κυρίως σε κακώσεις του θώρακα, σε τροχαία ατυχήματα.

Στην αρχή σχηματίζεται ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα το οποίο αφού αποκολλήσει τους χιτώνες επεκτείνεται στην περιφέρεια και καταλαμβάνει τα αγγεία του αορτικού τόξου.

Αυτή η επέκταση συνήθως γίνεται κατά ώσεις που μερικές φορές διακόπτεται.

Είναι δυνατό όμως να συμβεί και αυτόματη ίαση εξαιτίας ρύξεως σε κάποιο νέο σημείο του έσω χιτώνα και να παροχετευθεί το αιμάτωμα μέσα στον αυλό της αορτής.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ : Τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται από πολύ έντονο και αγωνιώδη πόνο, σαν να έχει στιθάγχη, αυτός ο πόνος στην αρχή του ανευρύσματος εντοπίζεται στο θώρακα και στη συνέχεια ανάλογα με τις νέες ώσεις στη κοιλιά και στην οσφύ.

Συνήθως οι ασθενείς παθαίνουν ολιγαιμική καταπληξία και εμφανίζουν ποικίλη νευρολογική συνδρομή λόγω ισχαιμίας

του νωτιαίου μυελού. Όταν το ανεύρυσμα επεκταθεί και μέχρι το διχασμό της αορτής είναι πιθανό να εξαληφθούν και οι σφύξεις της ημικρανίας αρτηρίας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Για την διάγνωση του διαχωριστικού ανευρύσματος εκτός απ' την κλινική εικόνα, σημαντικό βοηθάει η απλή ακτινογραφία θώρακα και ειδικά η αορτογραφία. Η απλή ακτινογραφία θα δείξει σημαντική διαπλάτυνση του μεσαυλίου, ενώ η αορτογραφία θα θέσει όχι μόνο την διάγνωση αλλά και θα εντοπίσει το σημείο ρήξεως του έσω χιτώνα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ : Είναι βαρεία. Οι μισές σχεδόν περιπτώσεις πεθαίνουν μέσα στα πρώτα 24ωρα, ενώ τα 10% - 15% εξελίσσονται σε χρόνια διαχωριστικό ανεύρυσμα. Γενικά η θνητότητα ανέρχεται μέσα στον πρώτο μήνα απ' την προσβολή σε 75%.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ : Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική.

Η συντηρητική θεραπεία συνεχώς κατακτά όλο και περισσότερο έδαφος. Συνίσταται ο έλεγχος της υπερτάσεως απ' την οποία συνήθως πάσχουν οι ασθενείς με χορήγηση τριμεθαφάνης. Με την υπόταση επιδιώκεται η μείωση της συστολικής πίεσεως στο ύψος των 110 mm Hg. Η αγωγή αυτή είναι ο μόνος τρόπος αναστολής της επεκτάσεως του διαχωριστικού ανευρύσματος και της σταθεροποίησης της πολύ κακής πρόγνωσης των ασθενών.

Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται στη διατομή της αορτής και στην αποκατάσταση της συνέχειας του αγγείου είτε με τελικοτελική αναστόμωση των κολοβωμάτων, είτε με παρεμβολή μοσχεύματος από dacron. Η επέμβαση επιβάλλεται κυρίως σε διαχωριστικά ανευρύσματα στην αρχή της ανιούσης αορτής, λόγω της πολύ συχνής ρήξεως στο περικάρδιο και

έτσι προκαλείται πωματισμός της καρδιάς και λόγω του ότι συνυπάρχει συνήθως και ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας γίνεται η ταυτόχρονη αντικατάστασή της με πλαστική. Οι επεμβάσεις γίνονται με τη βοήθεια κυκλώματος μερικής εξωκαρδιακής κυκλοφορίας με σύνδεση του αριστερού κόλπου μετά της μηριαίας αρτηρίας.

Μια άλλη απλούστερη τεχνική συνίσταται στη δημιουργία επικοινωνίας μεταξύ ψευδούς και αληθούς αυλού της αορτής κατόπιν διατομή της αορτής και επανασυρραφής της (Fenestration). Μ'αυτόν το τρόπο επιτυγχάνεται η παροχέτευση του αίματος του ψευδούς αυλού του κεντρικού τμήματος μέσα στον κανονικό αυλό της περιφερικής αορτής.

Οι εγχειρήσεις όμως αυτές λόγω της υψηλής εγχειρητικής θνητότητας (55%) αλλά και των κακών απώτερων αποτελεσμάτων τείνουν να εγκατεληφθούν.

Γενικά η τάση σήμερα είναι η εφαρμογή της υποτασικής συντηρητικής αγωγής τουλάχιστον κατά τις πρώτες ημέρες και μέχρι σταθεροποίησης του ασθενή.

Επιπλοκές : Συχνές επιπλοκές είναι η θρόμβωση του ανευρύσματος, οι περιφερικές εμβολές λόγω αποσπάσεως θρόμβων απ'τον σάκκο και τέλος η ρήξη του ανευρύσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η υψηλής ποιότητας νοσηλευτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου καθώς και η μετεγχειρητική φροντίδα του είναι αποφασιστικοί συντελεστές στην επιτυχία της εγχειρήσεως και την ομαλή αποκατάσταση της υγείας.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή περιλαμβάνει την

1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Όλοι οι άρρωστοι που θα κάνουν εγχείρηση είναι ανήσυχοι ανεξάρτητα απ'το είδος της εγχείρησης. Ο καρδιολογικός άρρωστος που θα κάνει εγχείρηση καρδιάς, αναπτύσσει αίσθημα φόβου, αγωνίας, μελαγχολίας, απελπισίας. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει συναισθηματικά τον άρρωστο. Όμως στην περίπτωση της εγχειρήσεως ανεύρυσμα της αορτής είναι δυνατό η νοσηλεύτρια να μην ετοιμάσει ψυχολογικά τον ασθενή λόγω της ξαφνικής και άμεσης εισαγωγής του ασθενή στο χειρουργείο. Όμως αν δεν υπάρξει αυτή η πίεση χρόνου λόγω σοβαρότητας της κατάστασης τότε η νοσηλεύτρια βοηθά τον ασθενή έχοντας υπόψη :

- * Την δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και κατανοήσεως ώστε ο άρρωστος να αισθάνεται ελεύθερα και άνετα να εκφράσει τα αισθήματά του για την εγχείρηση που θα κάνει.
- * Παροχή πληροφοριών σε σχέση με κανονισμούς και τρό-

πο λειτουργίας της ΜΕΘ στην οποία θα νοσηλευτεί (ώρες επισκεπτηρίου, αριθμό ασθενών κτλ.).

- * Πραγματοποίηση επισκέψεως της ΜΕΘ, γνωριμία με το προσωπικό, επίδειξη μηχανημάτων (π.χ. MONITORS, αναπνευστήρας ή συσκευές O₂).
- * Λύση αποριών του αρρώστου για τον τρόπο αναισθησίας, την τεχνική εγχειρήσεως, τις διαγνωστικές εξετάσεις.
- * Ενημέρωση για το εξειδικευμένο προσωπικό της ΜΕΘ που θα τον νοσηλεύσει, τη δυνατότητα αποκλειστικότητας των νοσηλευτριών και γιατρών που θα έχει και τον κατάλληλα εξοπλισμένο χώρο.
- * Επίδειξη των συσκευών που θα 'χει μετεγχειρητικά. Αναπνευστήρα, Ρινοκαθετήρα, Καθετήρα ουροδόχου κύστεως, Διάφορα MONITORS κ.τ.λ.
- * Βοήθεια για την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων.
- * Βοήθεια του αρρώστου για να κινητοποιεί όλη του την άμυνα για να διαπραγματευτεί ο ίδιος με τους φόβους του.
- * Λύση αποριών και διευκρινίσεις πληροφοριών, που έδωσε ο γιατρός στον άρρωστο.
- * Υποστήριξη και βοήθεια του αρρώστου στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.

2. ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- * Ενθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει το κάπνισμα.
- * Σχεδιασμός, φροντίδα και εκτέλεση όπως και εκτίμηση των αποτελεσμάτων των διαγνωστικών εξετάσεων.
- * Καταπολέμηση φλεγμονών με αντιβιοτικά.
- * Υγιεινή φροντίδα στοματικής κοιλότητας για πρόληψη

αναπνευστικών λοιμώξεων.

- * Περιορισμός φυσικών δραστηριοτήτων του αρρώστου.
- * Μέτρηση προσβαλλόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

3. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- * Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με τη χρήση καθαρ-
κτικών φαρμάκων ή με υποκλυσμό.
- * Καθαρισμό του σώματος του ασθενή με λουτρό καθα-
ριότητας την παραμονή της εγχειρήσεως για την
καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος.

4. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου του
μέρους όπου θα γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην
καθαριότητα, αποτρίχωση, αντισηψία του δέρματος του
εγχειρητικού πεδίου.

5. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

- * Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως
του ασθενή.
- * Κατάλληλη ένδυση του ασθενή.
- * Προνάρκωση. Η οποία καθορίζεται απ'τον αναισθη-
σιολόγο και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του
μυϊκού συστήματος.

Όλες οι βασικές ενέργειες της αδελφής που έχουν σχέση
με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή πρέπει
ν'αναγράφονται στην λογοδοσία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μετά απ' την εγχείρηση ο ασθενής νοσηλεύεται σε ΜΕΘ. Κατά το πρώτο 48ωρο ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών είναι αυξημένος. Εκτός απ' τις τυπικές παρατηρήσεις και ιατρικές οδηγίες είναι απαραίτητο η :

- * Συνεχή μέτρηση και εκτίμηση Α.Π. κάθε 15'-30' μέχρι να σταθεροποιηθεί και μετά κάθε ώρα.
- * Λήψη σφυγμών.
- * Εκτίμηση επίπεδου συνείδησης.
- * Ελέγχονται οι κόρες των ματιών για το
 - * μέγεθος, αντίδραση στο φως και ισοκορία.
- * Παρακολούθηση ΗΚΓ στο καρδιοσκόπιο.
- * Φροντίδα του ασθενή με ενδοτραχειακό σωλήνα για την αναπνευστική υποστήριξη. Όταν αφαιρεθεί ο σωλήνας γίνεται χορήγηση O₂ με μάσκα προσώπου.
- * Προσοχή στην παροχέτευση του αρρώστου.
- * Γίνεται καταμέτρηση του ποσού των ούρων κάθε ώρα. Όταν τα ούρα είναι λιγότερα από 30 κ.εκ. για δύο ώρες αυτό αναφέρεται.
- * Λήψη θερμοκρασίας κάθε ώρα.
- * Γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών και μετάγγιση αίματος σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- * Προγραμματισμός εξετάσεων.

ΣΚΟΠΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1ος Σκοπός : Προαγωγή καρδιαγγειακής λειτουργίας, ιστικής οξυγονόσεως και σταθεροποίησης των ζωτικών σημείων.

Τα πιο αξιόπιστα κριτήρια είναι τα ζωτικά σημεία. Η σταθεροποίηση αυτών φανερώνει καλή καρδιαγγειακή

λειτουργία ενώ παρεκλίσεις δηλώνουν επιπλοκές όπως αιμοραγία, καρδιακό επιπωματισμό κτλ.

1. Αρτηριακή Πίεση

- * Διακυμάνσεις της Α.Π. 20 mm Hg περισσότερο ή λιγότερο απ'αυτή που είχε προεγχειρητικά θεωρούνται φυσιολογικά.
- * Υψηλή Α.Π. είναι επικίνδυνη επειδή κινδυνεύει να διασπασθεί το μόσχευμα.
- * Πτώση της Α.Π. μπορεί να προκαλέσουν ο πόνος, φόβος, θρόμβωση του μοσχεύματος, υπογλυκαιμία κτλ.

2. Σφυγμός

- * Ταχύς κερκιδικός σφυγμός μπορεί να σημαίνει αρρυθμία, shock, φόβο, πυρετό, αιμοραγία.
- * Βραδύς ίσως σημαίνει καρδιακό shock, ή σοβαρά ανοξία.
- * Διαφορά συχνότητας μεταξύ κερκιδικής και κροταφικής μπορεί να φανερώνει κολπική μαρμαρυγή.
- * Ελλειψη σφυγμών στην οπίσθια κνημιαία και ραχιαία ποδική μπορεί να σημαίνει περιφερική εμβολή στα άκρα.

3. Θερμοκρασία

- * Φυσιολογική είναι η ανύψωση 2 ή 3 βαθμούς μετεγχειρητικά και παραμονή σ'αυτό το επίπεδο για 3 ως 4 μέρες.
- * Αιτία του πυρετού είναι η φλεγμονή, αφυδάτωση αιμόλυση λόγω μεταγγίσεως.
Ανεπιθύμητες επιδράσεις του πυρετού είναι αύξηση των μεταβολικών αναγκών του οργανισμού που αυτό απαιτεί αυξημένο έργο της καρδιάς.
- * Πτώση στο επίπεδο των 34,4°C ως 36°C μπορεί να

οφείλεται σε καρδιακή ανεπάρκεια ή shock.

4. ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΚΓ)

Ο άρρωστος συνδεδεμένος είναι με το MONITOR απ'όπου παρακολουθείται η καρδιακή λειτουργία.

2ος Σκοπός : Προαγωγή της αναπνευστικής λειτουργίας.

Η φυσιολογική λειτουργία εξαρτάται από :

- * Τη διατήρηση της ελεύθερης αναπνευστικής οδού.
- * Την αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων.
- * Το καλό αερισμό των πνευμόνων.
- * Την καλή οξυγόνωση του αίματος.

1. Υποστήριξη της αναπνοής με αναπνευστήρα

Ο αναπνευστήρας εξασφαλίζει επαρκή αερισμό.

- * Το βάθος της αναπνοής επηρεάζεται απ'τον πόνο.
- * Η εμφάνιση δύσπνοιας μπορεί να οφείλεται σε απόφραξη του αεραγωγού από βρογχικές εκκρίσεις, πόνο, φόβο, αιμορραγία κ.τ.λ.

Ακτινογραφία θώρακα και μέτρηση αερίων του αίματος θα φανερώσουν το αίτιο.

2. Ενίσχυση αποβολής βρογχικών εκκρίσεων για πρόληψη επιπλοκών ατελεκτασίας, πνευμονίας κ.α.

Αυτό επιτυγχάνεται με :

- * Συχνές αναρροφήσεις τραχειοβρογχικών εκκρίσεων απ'τον ενδοτραχειακό σωλήνα.
- * Αναρροφήσεις τραχειοβρογχικών εκκρίσεων με ρινο-τραχειακό καθετήρα αν ο άρρωστος δεν αποβάλλει πτύελα.
- * Χρησιμοποίηση μάσκας O₂ με υψηλή υγρασία για ρευστοποίηση των εκκρίσεων.

- * Εκτίμηση χρώματος, υγρασίας και ελαστικότητας δέρματος.
- * Εναρξη φυσικοθεραπείας για χαλάρωση των εκκρίσεων.
- * Παρακολούθηση συμπτωμάτων που φανερώνουν κατακράτηση πτυέλων όπως ανησυχία, ιδρώτας, ταχυσφυγμία, δύσπνοια, κυάνωση κ.α.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να :

- * Μετράει και να καταγράφει το ποσό των αποβαλλόμενων υγρών κάθε ώρα.
- * Έλεγχος χρώματος, οσμής, συστάσεως. Αιματηρό υγρό δηλώνει αιμορραγία.

3ος Σκοπός : Προαγωγή θρεπτικού ισοζυγίου καθώς και ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

- * Προσεκτική χορήγηση ΕΦ υγρών.
- * Ακριβής μέτρηση των προσβαλλόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- * Καθημερινή μέτρηση του βάρους του σώματος για εκτίμηση κατακράτησης ή απώλειας υγρών.
- * Έλεγχος ηλεκτρολυτών K^+ , Na^+ , Cl^- για εκτίμηση διαταραχής των ηλεκτρολυτών όπως
 - α) Υποκαλιαιμία : Ο ασθενής εκδηλώνει αρρυθμίες, καρδιακή ανακοπή.
 - β) Υπερκαλιαιμία : Εκδηλώνεται με διανοητική σύγχυση, ανησυχία, ναυτία, αδυναμία, καρδιακή ανακοπή, παραισθήσεις στα άκρα.
 - γ) Υπονατριαιμία : Εμφανίζει αίσθημα κόπωσης, αδυναμίας, σύγχυσης, σπασμούς και κώμα.
- * Καθημερινός έλεγχος αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, χρόνου προθρομβίνης για εκτίμηση τυχόν απώλειας

αίματος - αιμορραγία.

4ος Σκοπός : Προαγωγή νεφρικής λειτουργίας.

Αυτή επιτυγχάνεται με :

* Μέτρηση και αναγραφή ποσού ούρων κάθε ώρα τις πρώτες 8-12 ώρες μετά την εγχείρηση. Φυσιολογικά αναμένεται 20-30 κ.εκ. την ώρα. Κάτω από 20 ml/h γίνεται χορήγηση LASIX και ειδοποιείται ο γιατρός.

Ελεγχος χρώματος ούρων και εκτίμηση του ειδικού βάρους (Φ.Τ. 1015-1020). Αύξηση σημαίνει ολιγουρία ή παρουσία ερυθροκυττάρων.

Ελάττωση δηλώνει υπερφόρτωση υγρών ή νεφρική ανεπάρκεια.

* Ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

* Παρακολούθηση για επίσχεση ούρων.

* Μέτρηση βάρους του σώματος καθημερινά.

5ος Σκοπός : Προαγωγή άνεσης, ανάπαυσης και ανακουφίσεως απ'τον πόνο. Αυτή περιλαμβάνει :

* Εκτίμηση του βαθμού δυσχέρειας, αναγνώριση παραγόντων που την προκαλούν.

* Χορήγηση μορφίνης για τον πόνο εξαιτίας της χειρουργικής τομής.

* Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος.

* Απομάκρυνση παραγόντων που διεγείρουν συναισθηματικά.

* Συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι και υποστήριξη χειρουργικής τομής όταν βήχει ή αναπνέει βαθιά.

Συνεχής συναισθηματική υποστήριξη και ικανοποίηση

των αναγκών.

6ος Σκοπός : Προαγωγή λειτουργίας του εγκεφάλου.

Ο άρρωστος πρέπει να ξυπνήσει μετά την εγχείρηση σε 1 με 2 ώρες. Αν δεν ξυπνήσει μπορεί να οφείλεται σε εμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να :

- * Εκτιμά τη νευρολογική κατάσταση του αρρώστου κάθε ώρα.
- * Έλεγχος μεγέθους κόρης και των δύο ματιών και αντίδραση στο φως.
- * Έλεγχος βαθμού αντιδράσεως του αρρώστου σε διάφορα ερεθίσματα.
- * Έλεγχος κινητικότητας άκρων και δύναμης συλλήψεως χεριού. Ελλειψη σφυγμών στην ποδική πιθανόν να δηλώνει εμβολή στα άκρα.

7ος Σκοπός : Προαγωγή ψυχολογικής προσαρμογής του αρρώστου στη μετεγχειρητική περίοδο.

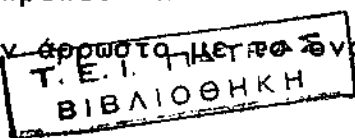
Μετά την εγχείρηση ο άρρωστος μπορεί να είναι αποπροσανατολισμένος με ψευδαισθήσεις.

Αιτίες μπορεί να είναι :

- * Η απομόνωση του αρρώστου στη ΜΕΘ και αδυναμία ομιλίας λόγω του ενδοτραχειακού σωλήνα.
- * Ελλειψη ύπνου και ανάπαυσης.
- * Φόβος και αγωνία για την πορεία της εγχείρησης.
- * Αποπροσωποποίηση του αρρώστου λόγω απασχολήσεως του προσωπικού με MONITORS, και διάφορες συσκευές.
- * Διαφοροποίηση συνθηκών περιβάλλοντος μέρα - νύχτα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να :

- * Προσφωνεί τον άρρωστο με το επώνυμο του.



- * Να τοποθετήσει στο κομοδίνο επιτραπέζιο ρολόι για να έχει αίσθηση του χρόνου.
- * Να δείξει προσωπικό ενδιαφέρον όταν παρακολουθεί τα μηχανήματα και τα MONITORS.
- * Να λάβει μέτρα ώστε τα μηχανήματα και τα MONITORS να μην πέφτουν στην αντίληψη του ασθενή.
- * Να φροντίζει ώστε να εξασφαλίζεται στο άρρωστο περίοδος αναπαύσεως και ύπνου.
- * Να διατηρεί περιβάλλον απαλλαγμένο από περιττά οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα.
- * Να ενθαρρύνει τον άρρωστο για συζήτηση συναισθημάτων φόβου και άγχους.

Βοσ Σκοπός : Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως :

- * Επίμονη αιμορραγία.
- * Shock που οφείλεται στην αιμορραγία ή στον πόνο ή στο τραύμα.
- * Καρδιακός επιπωματισμός. Γίνεται από αιμορραγία ή συλλογή υγρών μέσα στον περικαρδιακό σάκκο. Η καρδιά συμπιέζεται και εμποδίζεται το γέμισμά της.
- * Καρδιακές αρρυθμίες που οφείλονται σε :
Διαταραχές ισοζυγίου του K^+ .
Χρήση καρδιολογικών φαρμάκων.
Χειρισμούς που έγιναν κατά την εγχείρηση, υποξία ή οξείδωση.
- * Μείωση του κατά λεπτό όγκου αίματος, πνευμονική συμφόρηση και καρδιογενές shock.
- * Υποογκαιμία. Η κεντρική φλεβική πίεση και η αρτηριακή πνευμονική ελαττώνονται και γι' αυτό οι δύο αυτοί παράμετροι πρέπει προσεκτικά να παρακολουθούνται με τα MONITORS καθώς το αίμα αντικαθίσταται με τις μεταγγίσεις.

- * Υπερφόρτωση κυκλοφορίας με υγρά. Οι τιμές της αρτηριακής πνευμονικής πίεσεως θα αποφασίσουν τη χρήση διουρητικών ή όχι.
- * Διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- * Αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω περιορισμένης ανταλλαγής αερίων λόγω φτωχού πνευμονικού αερισμού μετεγχειρητικά.
- * Πνευμονοθώρακας.
- * Διαπύση του τραύματος.
- * Σπασμοί, ημιπληγία ή αδυναμία κινήσεως μέλους του σώματος λόγω εμβολής.
- * Ρήξη τραύματος.
- * Ψύχωση μετά από καρδιοτομή.

Μετεγχειρητικές ψυχώσεις δεν είναι ασυνήθιστες σε τέτοιους ασθενείς. Εμφανίζονται με αμυδρά συμπτώματα και καταλήγουν και σ' αυτοκτονία ακόμη.

Άρρωστοι με "εναλλασόμενη" προσωπικότητα πρέπει να έχουν μεγάλη φροντίδα και κατανόηση. Οι άρρωστοι αυτοί για διαφορετικό κάθε φορά χρόνο υπήρξαν και γίνονται το κέντρο του άμεσου περιβάλλοντος.

Μελέτες που έγιναν σε 1500 χειρουργημένους καρδιολογικούς ασθενείς απ' τους Bolten και Bailley στις ΗΠΑ σχετικά με τις μετεγχειρητικές ψυχώσεις, απέδειξαν ότι καμία σχέση δεν υπάρχει μεταξύ φύλου, ηλικίας, και φυλής. Προεγχειρητικά δεν βρίσκονται σταθερά στοιχεία που να κρύβουν τέτοιες μετεγχειρητικές ψυχώσεις. Ο βαθμός σοβαρότητας της νόσου καθώς και η διάρκειά της, το μέγεθος της εγχείρησης και οι τυχόν επιπλοκές δεν συσχετίζονται με τις ψυχώσεις αυτές.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΞΟΔΟΥ

Ενισχύεται ο άρρωστος να συζητά τους φόβους, αβεβαιότητες και ανασφάλειες για το μέλλον του. Το άγχος μήπως μετά την εγχείρηση δεν αποκτήσει τέλεια τις δυνάμεις του σε βάρος της οικογένειάς του τον οδηγεί σε μελαγχολία, εκνευρισμό.

- * Βοήθεια του αρρώστου για συζήτηση μακροχρόνιων σχεδίων και προβλημάτων.
- * Εξήγηση οδηγιών που δόθηκαν και εξασφάλιση γραπτών παρατηρήσεων αναφορικά με δραστηριότητες, φάρμακα και δίαιτα.
- * Τονίζεται στον άρρωστο η ανάγκη προγραμματισμένης ιατρικής παρακολούθησης.

Η χρονική διάρκεια αναρρώσεως φθάνει σε 8-10 εβδομάδες ανεξάρτητα απ'το κατά πόσο εύκολα ή δύσκολα ο άρρωστος αντέδρασε στην εγχείρηση.

Τις πρώτες εβδομάδες ο άρρωστος περιορίζεται σε μικρούς περιπάτους. Το χρονικό διάστημα επηρεάζεται απ'το βαθμό κοπώσεως του αρρώστου.

Το υπόλοιπο της ημέρας καταναλώνεται σε δραστηριότητες περιορισμένες όπως ανάγνωση, γραφή, ζωγραφική κ.λ.π. Μπορεί να χρησιμοποιεί ντους για ατομική καθαριότητα ή και μπανιέρα. Να αποφεύγει τα ρεύματα για πρόληψη αναπνευστικών προσβολών και ο ύπνος να ξεπερνά τις 10 ώρες το 24ωρο.

Μετά τις πρώτες εβδομάδες οι ασκήσεις είναι περισσότερο ελεύθερες. Ο περίπατος διαρκεί περισσότερο. Αποφεύγεται η οδήγηση αυτοκινήτου για πολύ εκτός από περιορισμένες αποστάσεις μόνο.

Η διαιτητική αγωγή του ασθενή καθορίζεται απ'το

γιατρό.

Εμφάνιση δύσπνοιας ή συνέχισή της απαιτούν ιατρική παρακολούθηση και θεραπεία.

Ο τραυματικός πόνος έχει κάθε φορά διαφορετική διάρκεια και πάντοτε παίρνει διαφορετικό χαρακτήρα. Ο άρρωστος παραπονιέται για αίσθημα τοπικής συσπάσεως, ευαισθησίας και σκληρότητας ακόμη. Προοδευτικά τα συμπτώματα υποχωρούν και ξαναεμφανίζονται σε καιρικές μεταβολές, όπως υγρασία, κρύο κ.λ.π.

Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για αποφυγή αναπτύξεως οποιασδήποτε φλεγμονής. Μπορεί και η πιο ασήμαντη να γίνει και θανατηφόρα ακόμη, αν δεν αντιμετωπισθεί κατάλληλα.

Η πρόληψη φλεγμονών των άνω αναπνευστικών οδών γίνεται δυνατή όταν αποφεύγεται η κόπωση και η επαφή με άτομα που εμφανίζουν τέτοιες φλεγμονές. Αν, παρά τις προφυλάξεις που παίρνονται αναπτυχθεί η φλεγμονή, τότε επιβάλλεται η ιατρική παρακολούθηση, η χρήση ζεστού περιβάλλοντος, ακινησία και πιστή εφαρμογή της καθορισμένης απ' το γιατρό φαρμακευτικής αγωγής.

Η επιστροφή στον προηγούμενο τρόπο ζωής προϋποθέτει υγιεινές βάσεις και συνήθειες. Η διατήρηση της υγείας δεν είναι μόνο θέμα του καρδιολόγου. Υπερβολές στον τρόπο ζωής πολύ γρήγορα θα καταστρέψουν ό,τι ωραίο και χρήσιμο πέτυχε η χειρουργική επέμβαση.

Συντηρητική, συνετή και προοδευτική στον προσωπικό τρόπο ζωής είναι επιτακτική για όλους τους τύπους των αρρώστων, οποιασδήποτε κοινωνικής τάξης, ηλικίας, φύλου κ.λ.π.

Μόνο η χειρουργική επέμβαση δεν μπορεί να εξαλείψει όλες τις επιπτώσεις της μακροχρόνιας αρρώστιας.

Οφείλει και ο άρρωστος να συνεργαστεί ώστε να εγκαθιδρύσει μια ζωή τέτοια, που να του εξασφαλίσει ό,τι

καλό η σύγχρονη χειρουργική της καρδιάς του έχει χάσει.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ & ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣ/ΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Ασθενής με έντονο άλγος στο μεσογάστρο χωρίς ν'αντανakλά στην οσφύ εδώ και 5 ώρες ήρθε στα Ε.Ι. του νοσοκομείου "Ευαγγελισμός".

Λέγεται Μ.Κ. είναι 68 ετών.

Επίσης έχει αίσθημα παλμών στην κοιλιά.

Ενώ επικοινωνώσα όσο ήταν δυνατόν χωρίς να κουράσω τον ασθενή διαπίstωσα ότι :

- Η επικοινωνία ήταν δύσκολη λόγω τραχειοτομής.
- Όσο αφορά τη διανοητική του κατάσταση είναι καλά προσανατολισμένος στο χώρο και στο χρόνο.
- Δεν είναι αλλεργικός.
- Είναι λιπόσαρκο άτομο με κοιλιακά άλγη και ιστορικό ελκοπαθούς.
- Στο αναμνηστικό ιστορικό επίσης υπάρχει λαρυγγεκτομή, μόνιμη τραχειοτομή.

Μετά την εξέταση απ'τον γιατρό διαπιστώθηκε σφύζουσα μάζα.

Πιθανή η ύπαρξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής διαμέτρου προσθιοπίσθιας 6-7 cm. Κλινικά δεν περιλαμβάνει την έκφυση των νεφρικών αρτηριών ούτε επεκτείνεται στις κοινές λαγόνιες.

Ουροχολίνη ΟΧΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Απ'τη νοσηλεύτρια γίνεται η ετοιμασία δηλαδή η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχειρήσεως και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

α) Παρατήρηση ή εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Η αδελφή κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμη, προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος. Πρέπει όλες οι σχετικές παρατηρήσεις να αναφέρονται στην προϊσταμένη ή τον ιατρό του τμήματος.

β) Κατάλληλη ενδυμασία (ντύσιμο) του ασθενούς. Καταστρώνει πρόγραμμα σειράς εγχειρήσεων, το οποίο ανακοινώνεται στις νοσηλευτικές μονάδες. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φορεί κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί είτε να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι, είτε να πληγωθεί από το νυστέρι του

χειρουργού σε εγχειρήσεις πυέλου.

Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια (είδος καλτσών) που σκεπάζουν τα κάτω άκρα, υποκάμισο (κοινό νυχτικό), ανοικτό στο πίσω μέρος σκούφο ή τρίγωνο από λεπτό βαμβακερό ύφασμα (για την κάλυψη του τριχωτού του κεφαλιού). Σκούφος δεν χρησιμοποιείται στους άνδρες.

Η αδελφή φορεί τα ρούχα αυτά στον άρρωστο, αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων και το νυχτικό ή τις πιτζάμες του ασθενούς. Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρούνται φουρκέτες κ.λ.π. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα (εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο στη "βέρα" την οποία ασφαλίζει η αδελφή με ένα επίδεσμο στον καρπό). Τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Την ώρα αυτή η αδελφή ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου.

γ) Προνάρκωση : Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνίσταται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του.

Κατά την προνάρκωση η αδελφή πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες του ο ασθενής εφόσον βρίσκονται στο νοσοκομείο, τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση. Μετά την προνάρκωση

δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Μετά την προνάρκωση, μεταφέρεται αμέσως ο ασθενής στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο. Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται από το νοσοκόμο και την αδελφή, εφόσον οι συνθήκες προσωπικού στο ίδρυμα το επιτρέπουν.

Εάν είναι δυνατό, η αδελφή παρακολουθεί και την εγχείρηση. Αυτό θα βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή. Οι συγγενείς περιμένουν με αγωνία τα αποτελέσματα της εγχειρήσεως, στο δωμάτιο αναμονής. Το πέρασμα κάθε λεπτού γι' αυτούς παίρνει διαστάσεις ωρών. Η ενημέρωση και καθησύχασή τους για την πορεία της εγχειρήσεως ελαττώνει την αγωνία τους και χαλαρώνει την ένταση. Το συχνό και κατάλληλο πλησίασμα, όπως και ο καλός τρόπος της αδελφής προς τους συγγενείς είναι δυνατό να τους ανακουφίσει.

Τέλος όλες οι βασικές ενέργειες της αδελφής, που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ & ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η αδελφή αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι, που θα δεχτεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει :

1. Να είναι ζεστό για τη προφύλαξη του αρρώστου από την ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.

2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή

του ναρκωτικού.

3. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κικλίδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

4. Να είναι ανοικτό απ'όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ'αυτό.

5. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμετούς, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα. Στο κρεβάτι ακόμη μπορεί να τοποθετηθούν διάφορα εξαρτήματα. Αυτό ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως, στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής και την εξέλιξή της.

Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ'αυτό (νεφροειδές κλπ.).

Ακόμη πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, Port Cotton, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Το κομοδίνο τέλος απομακρύνεται λίγο απ'το κρεβάτι του αρρώστου, για να τον προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεών του. Η ετοιμασία του θαλάμου του ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοικτό για το συνεχή αερισμό του, κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό και, αφού ρίξουμε μια τελευταία ματιά και διαπιστώσουμε την πλήρη ετοιμασία του θαλάμου και του κρεβατιού του ασθενούς, απομακρυνόμαστε, για να επιστρέψουμε με την επάνοδό του από το χειρουργείο.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
<p>1.Υποξια ιστών και συγκριμένα δύσπνοια</p>	<p>1 Βελτίωση της υποξίας 2.Αποκατάσταση της δύσπνοιας. 3.Πρόληψη επερχόμενων επιπλοκών. 4. Διατήρηση και ενίσχυση του πνευμονικού αερισμού</p>	<p>1.0 ασθενής τοποθετείται σε αναπνευστική θέση, γίνεται χαλάρωση των περισφύξεων καθώς αερισμός των θαλάμων προσοχή όμως να αποφεύγονται τα ρεύματα, υγρός καθαρισμός του θαλάμου και των επίπλων απομάκρυνση ουσιών. 2.Γίνεται χορήγηση O₂ και αν χρειαστεί διασωληνώνεται με αναπνευστικό αναπνευστήρα. 3.Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί συνεχώς. -Ζωτικά σημεία του αρρώστου -Χημεία αίματος και αερίων -Επίσης γίνεται έναρξη παρεντερικής χορήγησης υγρών για ενυδάτωση γιατί λόγω της δύσπνοιας ο άρρωστος δεν μπορεί να πάρει υγρό PEROS</p>	<p>Η ανεπάρκεια O₂ στο κυτταρικό επίπεδο περιορίστηκε αρκετά</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
<p>"</p> <p>2. Πόνος - Αγωνία</p>	<p>"</p> <p>2. Πρέπει να απαλλαγεί ο ασθενής απ' τον πόνο και να μην αγχώνεται απ' την κατάσταση του γιατί έτσι επιδεινώνεται η κατάσταση του.</p>	<p>- Γίνεται χορήγηση βρογχοδιασταλτικών (θεοφυλλίνη)</p> <p>Πρέπει να υπάρχουν καλές σχέσεις μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενή γιατί ο ασθενής βρίσκειται σε σκληρή ψυχική κατάσταση μέσα σ' ένα ξένο περιβάλλον όπου δεν γνωρίζει κανένα και επιπλέον οι δικοί του δεν βρίσκονται εκεί αφού τέτοιου είδους ασθενής βρίσκονται σε ΜΕΠ. Ο ασθενής νοιώθει μακριά απ' τους ανθρώπους που τον αγαπούν και συμμερίζονται τον πόνο του. Γι' αυτό πρώτα η νοσηλεύτρια πρέπει να συλλέξει τα απαραίτητα στοιχεία γύρω απ' την κατάσταση του ασθενή και δεύτερον πρέπει απαραίτητα να κερδίσει την εμπιστοσύνη</p>	<p>"</p> <p>Ο ασθενής παρουσιάζει σταθερή βελτίωση μέσα με την μέρα αν και η κατάσταση του ήταν επικίνδυνη. Επίσης μένει ικανοποιημένος με το προσωπικό πράγμα που έχει θετική επίπτωση στην ανάρρωσή του.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
"	"	<p>τον ασθενή δείχνοντάς του ότι τόσο το προσωπικό όσο και οι γιατροί ενδιαφέρονται γι αυτόν πως θα προσπαθήσουν με κάθε τρόπο να τον βοηθήσουν και να λύσουν το πρόβλημα του καθώς και των οικείων τους οι οποίοι ανυπομονούν να μάθουν νεώτερα για την κατάσταση του ανθρώπου τους.</p> <p>Επίσης γίνεται χορήγηση αναλγητικών , και η κατάλληλη νοσηλεία όπως και η ακαλλαγή του τραύματος κοιλίας με άσηπτα μέσα.</p> <p>Προσοχή για έλεγχο τραύματος μήπως αιμορραγεί.</p>	"
3.Υπέρταση (190/115 MMHG)	Μείωση της αρτηριακής πίεσης.	1.Χρησιμοποιείται ειδικό σχήμα με αντιυπερτασικά φάρμακα	Αφού δόθηκε το κατάλληλο σχήμα φαρμάκων η πίεση

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
		<p>κα για την πτώση της πίεσης Πρέπει να παρακολουθείται για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων και των παρενεργειών των φαρμάκων ώστε αν χρειαστεί να απαλλαχθεί το σχήμα. Τα φάρμακα είναι διουρητικά.</p> <p>2.Εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος.</p> <p>3.Συχνή μέτρηση της πίεσης και να σημειώνεται στο φύλλο του ασθενή</p> <p>4.Λήψη προστατευτικών μέτρων όταν παρουσιάζει ο ασθενής σπασμούς.</p> <p>5.Συζήτηση με τον άρρωστο, ακρόαση των προβλημάτων του και εξασφάλιση υποστήριξης αν χρειαστεί.</p> <p>6.Χορήγηση ηρεμιστικών, όπως βαρβιτουρικά και βενζοδιαζεπίνες.</p>	<p>εση έπεσε στα φυσιολογικά επίπεδα.Παρ'όλα αυτά γίνεται συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης και γενικότερα ζωτικών σημείων σε περίπτωση που ξεφύγουν απ'τα φυσιολογικά επίπεδα οι τιμές αυτών και επιδυνωθεί η κατάσταση του αρρώστου.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
4 Αδυναμία αποβολής βρογχικών εκκρίσεων.	Απομάκρυνση των εκκρίσεων λόγω του ότι ο ασθενής έχει μόνιμη τραχειοτομή, μέσα από το τραχειοβρογχικό δένδρο, ώστε να διατηρείται βατός ο αεραγωγός.	1. Χορήγηση αναλγητικών και κατευναστικά με προσοχή ώστε να μην επέλθει καταστολή του αναπνευστικού κέντρου. 2. Αναρροφήσεις από την τραχεία όταν είναι ανάγκη. 3. Χρησιμοποίηση στηθοσκοπίου για έλεγχο βατότητας των αεραγωγών. 4. Αποφυγή περιττών αναρροφήσεων γιατί ερεθίζει το βλεννογόνο και μπορεί να γίνει αιμία λοίμωξης. 5. Ενημερώνουμε τον ασθενή κάθε φορά που γίνονται οι αναρροφές 6. Ελέγχουμε την λειτουργία του αναρροφητήρα. 7. Αφαιρούμε τον καθετήρα όταν ο ασθενής βήχει. 8. Για παχύτερες εκκρίσεις	Με τις αναρροφές ο αεραγωγός διατηρείται καθαρός από τις εκκρίσεις και έτσι ο ασθενής δεν επιβαρύνεται και με το αναπνευστικό του πρόβλημα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
"	"	<p>πριν απ' την εισαγωγή του καθετήρα γίνεται συστάλαξη φυσιολογικού διαλύματος χλωριούχου νατρίου 3-5ML</p> <p>9. Δεν αναρροφάμε πάνω από 15 ml κάθε φορά. Ξεκινάμε ο άρρωστος για τρία λεπτά και επαναλαμβάνουμε την αναρρόφηση αν χρειάζεται.</p> <p>Στα ενδιάμεσα οξυγονώνουμε και αερίζουμε τον άρρωστο για να μειώσουμε την υποξία και να προλάβουμε της αρρυθμίες.</p> <p>10. Καθαρίζουμε το δέρμα γύρω απ' τον τραχειοσωλήνα περιοχικά.</p>	"

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
5 Αρρυθμίες και επιπλοκή στο ρυθμό καρδιακό ρυθμό.	Φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός. Ο ασθενής δεν πρέπει να παρουσιάζει αρρυθμίες.	Ο ασθενής παρακολουθείται μέσα στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης μέσω του MONITOR. Συνεχώς η νοσηλεύτρια παρακολουθεί το MONITOR αν παρατηρήσει οποιαδήποτε αλλαγή στον καρδιακό ρυθμό του κύματος P του συμπλέγματος QRS του διαστήματος S-T και του κύματος T, θα πρέπει να καταγράφονται αυτές οι αλλαγές στο ειδικό σύστημα του MONITOR στο οποίο πατώντας ένα κουμπί καταγράφεται σημείο στο οποίο παρατηρείται η διαταραχή .Η νοσηλεύτρια σε εμφάνιση ανησυχητικών συμπτωμάτων ειδοποιεί τον γιατρό. Σε άμεσο κίνδυνο η νοσηλεύτρια είναι δυνατό να χορηγήσει και φάρμακα χωρίς ιατρική	Η παρατηρητικότητα και η ετοιμότητα του προσωπικού απέτρεψαν κάθε μορφή για τον ασθενή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
6. Επίσχεση ούρων	Η αποβολή των ούρων που υπάρχουν στην ουροδόχο κύστη.	εντολή αν υπάρχει νομική καθυστέρηση. 1.Καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης. Με προσοχή η νοσηλεύτρια κάνει τον καθετηριασμό με αυστηρή ασηψία. Χρησιμοποιεί καθετήρα μικρότερης διαμέτρου από εκείνη της συρήθρας για την αποφυγή τραυματισμού της. Λίπανση του καθετήρα για τη μείωση τριβής. Εισαγωγή του καθετήρα με ήπιους χειρισμούς. 2.Η νοσηλεύτρια καταγράφει με ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά ώστε να ξέρουμε αν υπάρχει η αραίωση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού.	Ο ασθενής με την έγκαιρη διαπίστωση της επίσχεσης δεν παρουσίασε ουρολόγμωξη .Επίσης εξαιτίας της νοσηλευτικής παρατηρητικότητας η επίσχεση υποχώρησε και έγινε η αφαίρεση του ουροκαθετήρα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
"	"	3. Τοποθετείται ο ασθενής σε κατάλληλη θέση, παίρνει υγρά και τοποθετούνται τα χέρια του σε θερμό νερό.	"

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΑΙΦΝΙΔΙΑ

ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΑΟΡΤΗΣ

Ο ασθενής Σ.Α. 64 ετών είχε εισαχθεί εκτάκτως κατόπιν απώλειας συνειδήσεως και πτώση.

Επανασάγεται σήμερα σε βαρεία κατάσταση αιτιώμενος κοιλιακά άλγη.

Αφού εξετάστηκε αμέσως από καρδιολόγο γιατρό του "Ευαγγελισμού" οδηγήθηκε αμέσως στο χειρουργείο.

Κλινικά ψηλαφάται σφύζουσα μάζα στο επιγάστριο και προς στ'αριστερά. Σε πολύ μικρό διάστημα έγινε ερευνητική λαπαροτομία όπου διαπιστώθηκε ρήξη του ανευρύσματος της αορτής.

Έγινε ανευρυσματεκτομή και τοποθέτηση ευθέως μοσχεύματος Dacron Knitted No 22.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προεγχειρητική ετοιμασία του Σ.Α. ήταν πολύ σύντομη αλλά ουσιώδης.

Η κατάστασή του ήταν τόσο σοβαρή που η γρήγορη είσοδός του στο χειρουργείο για την λαπαροτομία δεν επέτρεψε να γίνει η σχολαστική προεγχειρητική ετοιμασία.

Κυκλοφορικό

Αρτηριακή πίεση 190/105 mm Hg

Σφύξεις 76/min

Θερμοκρασία 37,2°C

Αναπνευστικό

Αναπνοές 20/min

Ερειστικό

Δεν παρατηρήθηκε πούθενά οίδημα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
<p>1 Υποξία ιστών δύσπνοια</p>	<p>1. Βελτίωση της υποξίας 2. Αποκατάσταση της δύσπνοιας 3. Πρόληψη επερχόμενων επιπλοκών 4. Διατήρηση πνευμονικού αερισμού. 5. Έλεγχος βατότητας</p>	<p>1. Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπνευστική θέση . Χαλάρωση των περισφύξεων από-μάκρυνση των ερεθιστικών ουσιών καθαρός αέρας. στο θάλαμο 2. Δισσωληνώθηκε με BENNET 7.200 και χορηγείται O₂ 3. Γίνονται αναρροφήσεις 4. Δίνονται βρογχοδιασταλτικά</p>	<p>Υπάρχει έλεγχος βατότητας και ο ασθενής βελτιώνεται αργά αλλά σταθερά.</p>
<p>2 Θρεπτικό ανισοζύγιο</p>	<p>Ο ασθενής πρέπει να τρέφεται. Είναι ανάγκη να υπάρχει θρεπτικό ισοζύγιο.</p>	<p>Εφαρμογή σωλήνα LEVIN απ' την μύτη. Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα αποτελέσει το κλειδί για να συνηθίσει ο ασθενής του καινούργιο τρόπο σίτισως. Αν και στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενή η κατά-</p>	<p>Ο ασθενής τρέφεται και παίρνει τα απαιτούμενα θρεπτικά στοιχεία με την τεχνική διατροφή.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
"	"	<p>σταση του είναι τόσο βαρεία που δεν γίνεται εξήγηση του τι είναι LEVIN, πρέπει η τροφή να είναι υγρή ή ρευστή ποτέ στερεή και πριν απ'τη χρήση να σουρώνεται για την αποφυγή αποφράξεως του σωλήνα. Η θερμοκρασία τροφής 37,5^ο -38^οC</p> <p>Η ποσότητα της τροφής να μειράται.</p> <p>Τα χρησιμοποιούμενα αντικείμενα να είναι καθαρά και ζεστά .Η νοσηλευτρια χρησιμοποιεί ήπιες, σταθερές και γρήγορες κινήσεις.</p>	"

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
<p>3</p> <p>Ο ασθενής δεν έχει καλές φλέβες για την τοποθέτηση ορρού που πρέπει να τους παίρνει για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.</p>	<p>1. Είναι αναγκαία η έναρξη ενυδάτωσης του ασθενή</p> <p>2. Επίσης θα γίνεται η ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων μέσω του αρού.</p>	<p>Γίνεται αποκάλυψη φλέβας απ' τον γιατρό με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας.</p> <p>Η νοσηλεύτρια πρέπει να απομακρύνει τον ασθενή από τα βλήματα των άλλων. Ετοιμάζει τον άρρωστο απομακρύνοντας τα κλινοσκεπάσματα απ' το μέρος που θα γίνει η αποκάλυψη. Αφού γίνει η αποκάλυψη γίνεται η τοποθέτηση του άκρου σε νάρθηκα απ' τη νοσηλεύτρια και ακινητοποιείται με κατάλληλη περίδεση.</p> <p>Η νοσηλεύτρια τοποθετεί κατάρτητα το άκρο και παρατηρεί μήπως γίνει θρόμβωση στο άκρο.</p>	<p>Γίνεται η ενυδάτωση του αρρώστου κανονικά και η ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων. Η φλέβα δεν έχει θρομβωθεί.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
4 Καρδιαγγειακές διαταραχές.	Φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός. Ο ασθενής δεν πρέπει να παρουσιάζει αρρυθμίες.	Σύνδεση του ασθενή με το MONITOR μέσα στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Σε τυχόν παρουσίαση κάποιου προβλήματος μέσα στην οθόν βεβαιωνόμαστε αν δεν είναι βλάβη απ' το MONITOR. Φωνάζουμε αμέσως τον γιατρό στη μονάδα και στο μεταξύ κάνουμε ό,τι μπορούμε στον ασθενή. Αν έχουμε ανακοπή κάνουμε πλήξεις στο κατώτερο τμήμα του στέρνου. Αν δεν αποκατασταθεί η καρδιακή συστολή κάνουμε τεχνική αναπνοή στόμα με στόμα. Ο ασθενής είναι τοποθετημένος σε ύπτια θέση πάνω σε σταθερή και σκληρή επιφάνεια. Ελέγχεται αν υπάρχει απόφραξη στην είσοδο του φαρυγγα από ξένα σώματα.	Ο ασθενής δεν παρουσιάζει κανένα σοβαρό πρόβλημα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
<p>"</p> <p>6 Τραύμα κοιλίας μετά την εγχείρηση</p>	<p>"</p> <p>1. Η εκούλωση του τραύματος και 2. Η μη μόλυνση του τραύματος</p>	<p>Είναι έτοιμη να αλλάξει τον άρρωστο μετά απ' την εφίδρωση που την προκαλεί η πτώση του πυρετού γιατί η εφίδρωση είναι πολύ επικίνδυνη για τα κρυολογήματα. Παίρνει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία.</p>	<p>"</p> <p>Μετά απ' την άσηπτη τεχνική χειρουργικών αλλαγών το τραύμα εκουλώνεται.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
"	"	<p>την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού αναλαμβάνει τις αλλαγές αφού ο γιατρός κάνει τις πρώτες, καταγράφει στο δελτίο του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος.</p>	"
Αναιμία	<p>Αποκατάσταση και διατήρηση του όγκου του αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>Αφού γίνει η διασταύρωση αίματος, παίρνουμε το αίμα και ελέγχουμε την ομάδα αίματος, το όνομα, τον αριθμό συμβατότητας την ημερομηνία λήξεως Με προσοχή τοποθετούμε ώστε το αίμα να πηγαίνει στην φλέβα και να υπάρχει σταθερή ροή του αίματος κατά λεπτό Αυτή ρυθμίζεται απ' το γιατρό και είναι 20 σταγόνες κατά λεπτό. Η νοσηλεύτρια προσέχει την εμφάνιση των πρώτων πιθα-</p>	<p>Με προσοχή έγινε η μέτρηση 2 φιαλών αίμα στον ασθενή. Έγινε και η εξέταση αιματοκρίτη 37.</p>

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ</p>	<p>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ</p>
<p>"</p> <p>Περιβάλλον του ασθενή</p>	<p>"</p> <p>Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος</p>	<p>νόν συμπτωμάτων αντιδράσεως. Αφού γίνει η μετάγγιση για να έχουμε αποτέλεσμα κάνουμε έλεγχο του αιματοκρίτη στον ασθενή.</p> <p>Πλησιάζουμε τον άρρωστο κερδίζουμε την εμπιστοσύνη του και του δίνουμε την ευκαιρία ώστε ο άρρωστος να εκφράσει τους φόβους του , τις ανησυχίες του, να του λύσουμε τυχόν απορίες σχετικά με την αρρώστια του και να τον καθυσηχάσουμε . Εξασφάλιση εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας . Εκφραση και εκδήλωση κατανοήσεως των αναγκών της. Μείωση θορύβων και διατήρηση ήρεμης ατμόσφαιρας.</p>	<p>"</p> <p>Με την όλη συμπεριφορά μας κερδίσαμε τον άρρωστα την εμπιστοσύνη , πράγμα που διευκολύει την ανάρρωση του και την ψυχική του σφαίρα.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
"	"	Προφυλακτικά μέτρα για την αντιμετώπιση της σύγχυσης Χυσης Χρησιμοποίηση προφυλακτήρων.	"

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Κάθε κοινωνία ενδιαφέρεται για την υγεία των μελών που την απαρτίζουν αφού αυτά είναι τα στηρίγματά της και τα δημιουργικά της στοιχεία.

Αν και παρατηρούμε τις τελευταίες δεκαετίες μια αλματώδη ανάπτυξη του πολιτισμού και αλματώδη πρόοδο στο χώρο της ιατρικής εντούτοις παρατηρούμε και μια αλματώδη αύξηση στα νοσήματα και δυστυχώς στους θανάτους.

Ισως τα επιτεύγματα που προάγουν τον πολιτισμό να υπονομεύουν την υγεία.

Η νοσηλεύτρια καλείται να δείξει τη σοβαρότητα των προβλημάτων της υγείας και να προτείνει τρόπους αν όχι αποφυγής τότε μείωσης του κινδύνου προσβολής απ'αυτά τα νοσήματα.

Με ειδικά σεμινάρια με σλάιτς με εκθέσεις μπορούν να διαφωτιστούν οι άνθρωποι, αρκετά για το μέγεθος του κινδύνου και ακόμα περισσότερο να αντιληφθούν τον κίνδυνο άτομα με καρδιολογικό πρόβλημα που τόσο εμφανής είναι.

Ο τρόπος ζωής είναι σημαντικός παράγοντας. Το άγχος, ο άνθρωπος που τρέχει μηχανικά σαν το ρομπότ κάποιας κονσερβοποιημένης κοινωνίας απειλείται απ'την καρδιά του. Ο κακοσιτισμός και ο υποσιτισμός απειλούν την ομαλή λειτουργία. Το κάπνισμα η καθιστική ζωή, ο μολυσμένος αέρας η μη άθληση μας οδηγούν στον θάνατο της καρδιάς. Αν δοθεί έμφαση σε αυτούς τους παράγοντες απ'τη νοσηλεύτρια και συνειδητοποιηθούν απ'τα μέλη της κοινωνίας τότε δεν θα χρειάζεται να γίνει σε τόσο μεγάλο αριθμό καρδιολογικών ανθρώπων διαφώτιση για να ζουν πια με το πρόβλημα τους, να παίρνουν καθημερινά τα φάρμακα τους, να μην κουράζονται,

να αποφεύγουν ολοκληρωτικά ορισμένες τροφές και να αλλάζουν τελείως τον τρόπο ζωής τους.

Ρόλος της νοσηλεύτριας είναι επίσης και ο συναισθηματικός παράγοντας.

Εκπαιδεύονται τα καρδιολογικά άτομα ώστε με διάφορες εργασίες, σπορ, διάβασμα να ξεχνούν το πρόβλημά τους να μετριάζουν την αγωνία και το άγχος για την αρρώστεια τους αφού όσο μπορούν θα προσφέρουν ό,τι μπορούν και αυτοί στο σύνολο.

Η ιατρική έχει κάνει τεράστια βήματα στο καρδιολογικό χώρο του χειρουργείου. Άνθρωποι σώζονται σήμερα χάρη στην τεχνολογία για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία ενώ οι ίδιοι θα ήταν καταδικασμένοι πριν από μερικά χρόνια.

Μας ενδιαφέρει να παρακολουθούμε και να μην παραμελούμε τα άτομα που έχουν νοσήσει, να φροντίζουμε για την ταχεία ανάρρωσή τους από ειδικά άτομα που έχουν γνώση και μόρφωση γι'αυτά τα θέματα. Να απομακρύνουμε το άγχος και την αγωνία του αρρώστου και να του δείχνουμε μέρη όπως π.χ. κέντρα υγείας όπου θα κάνει συστηματική παρακολούθηση της υγείας του γιατί η συστηματική παρακολούθηση σημαίνει αποφυγή των επιπλοκών - αποφυγή του κινδύνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ελπίζω ότι απ'τα λίγα στοιχεία που ανέφερα σχετικά με το "ανεύρυσμα αορτής" να έδωσα κάποια εικόνα όσο αφορά το θεωρητικό της μέρος.

Αλλά πιστεύω ότι κάθε νοσηλευτής θα κάνει ό,τι μπορεί ώστε καμιά αρρώστια να μη σημαδέψει κανένα ασθενή για τα υπόλοιπά του χρόνια, αλλά εμείς θα είμαστε οι πρώτοι που θα του δώσουμε να καταλάβει ότι αν το θέλει ο ίδιος και με τον κατάλληλο τρόπο ζωής θα υπάρξει ζωή.

Γι'αυτό και σαν νέοι νοσηλευτές πρέπει να προσέχουμε ειδικά τον παράγοντα ψυχολογία.

Εκτός από συμβουλές για ενέσεις και πακεταρισμένα δισκία ας είμαστε αυτοί που θα δώσουμε όχι ένα πακεταρισμένο χαμόγελο, αλλά ένα χαμόγελο απ'την καρδιά μας, που θα δώσει κουράγιο στον ασθενή ώστε ν'αντικρύσει με αισιοδοξία την υπόλοιπη ζωή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Β. : Ε γ χ ε ι ρ ί δ ι ο χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή ς,
Τόμος 2ος, Έκδοση : 1η, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.,
Αθήνα 1985.
- ΓΟΥΤΑΣ Α., ΗΛΙΑΚΗΣ Α. : Ν ε ω τ ά τ η Ι α τ ρ ι κ ή
Ε γ κ υ κ λ ο π α ί δ ε ι α, Τόμος 1ος, Εκδοτικός οίκος
Πυραμίδες, Αθήνα 1965.
- HARRISON : Ε σ ω τ ε ρ ι κ ή π α θ ο λ ο γ ί α, Μετάφραση :
Βιαγιωνάκης Α., Βαρώνος Δ., Γαρδίκας Κ. και συν. Τόμος :
Β'. Έκδοση : 10η, Επιστημονικές εκδόσεις : Παρισιάνος
Γρ., Αθήνα 1987.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή
π α θ ο λ ο γ ι κ ή χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή, Τόμος 2ος,
Μέρος 1ο. Έκδοση : 9η, Έκδοση Ιεραποστολικής Ένώσεως
αδελφών νοσοκόμων : Η Ταβιθά, Αθήνα 1987.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ : Π α θ ο λ ο γ ι κ ή
κ α ι χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή -
Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ έ ς δ ι α δ ι κ α σ ί ε ς, Τόμος
1ος, Επανεκδοση, Εκδόσεις : Βήτα, Αθήνα 1985.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ : Π α θ ο λ ο γ ι κ ή
κ α ι χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή -
Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ έ ς δ ι α δ ι κ α σ ί ε ς, Τόμος
2ος, Μέρος 1ο, Εκδόσεις : Βήτα, Αθήνα 1985.
- ΤΟΥΝΤΑ Κ. : Ε π ί τ ο μ ο ς χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή, Τόμος
1ος, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Γ. Αθήνα

