

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θ Ε Μ Α : ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπουδαστρια: ΒΟΥΣΒΟΥΚΗ ΑΝΝΑΣ

Υπεύθυνος καθηγητής

Δίδα ΓΕΩΡΓΙΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Επιτροπή Εγκρίσεως

Πτυχιακής Εργασίας

1)

2)

3)



Πτυχιακή εργασία για τη λήψη
του πτυχίου ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑΣ Νοέμβριος 1992

| | |
|----------------------|-----|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 425 |
|----------------------|-----|

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά και αφιερώνω αυτήν την μελέτη στην δίδα
Γεωργούση ,καθηγήτρια της Νοσηλευτικής Σχολής των Τ.Ε.Ι
Πάτρας και στους γονείς μου για την βοήθειά τους.

Βουσβούκη Άννα

I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η πρόοδος του πολιτισμού και η τεχνική εξέλιξη που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες, επέφερε την αύξηση των διαφόρων ατυχημάτων. Συγχρόνως όμως και ο εντατικός ρυθμός της ζωής έχει συντελέσει, στην αύξηση πολλών αιφνίδιων παθήσεων. Η τεράστια αύξηση της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων αποτελεί κατά κύριο λόγο την αιτία της αύξησης των ατυχημάτων και επομένως και των θανάτων.

Στη χώρα μας ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων είναι πολύ μεγάλος σε σύγκριση με άλλες χώρες.

Πόσο μεγάλη σημασία έχει η προσφορά των πρώτων βοηθειών φαίνεται από διεθνείς στατιστικές μελέτες που παρουσιάζουν μεγάλο αριθμό θανάτων στο μέρος του ατυχήματος ή κατά την μεταφορά των τραυματιών.

Γι' αυτό η βοήθεια των ατυχημάτων παίρνει μεγάλη προτεραιότητα, σήμερα που όλες οι χώρες προσπαθούν ν' αλλάξουν την συγκρότηση των διαφόρων συστημάτων υγείας με σκοπό την παροχή πρώτων βοηθειών από το περιβάλλον του θύματος, την περισυλλογή του θύματος από τον τόπο του ατυχήματος και την σωστή προετοιμασία του για μια σωστή και ασφαλή μεταφορά.

Η σπουδαιότητα της παροχής πρώτων βοηθειών συνίσταται όχι μόνο στη διατήρηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού μετά από κάποιο ατύχημα ή κάποια αιφνίδια πάθηση, αλλά και στην πρόληψη της αναπηρίας η οποία είναι εξίσου σπουδαία.

Επειτα από αυτά κρίνεται σαν επιτακτική ανάγκη η καλύτερη

II

αντιμετώπιση του προβλήματος των πρώτων βοηθειών με κατάλληλη
εκπαίδευση όχι μόνον των σπουδαστών των παραϊατρικών σχολών
αλλά και μεγάλου μέρους του πληθυσμού (σχολεζα, εργοστάσια,
οδηγοί αυτοκινήτων κ.ά) με εκπαιδευτικά προγράμματα, σεμινά-
ρια, εκπομπές από τα μέσα ενημέρωσης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Αίμα-φυσιολογία αίματος

Είναι υγρός ιστός που κυκλοφορεί στις κοιλότητες της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων και δεν εξέρχεται απ'αυτά παρά μόνο σε παθολογικές συνθήκες (αιμορραγία).

Λειτουργίες του αίματος

Διακρίνουμε 3 ειδών λειτουργίες:

1. Μεταφοράς: σ'αυτήν περιλαμβάνεται:

α) Μεταφορά αναπνευστικών αερίων : O_2, CO_2

β) Μεταφορά θρεπτικών και δομικών υλών

γ) Μεταφορά περιτιτών ουσιών και ουσιών του μεταβολισμού

δ) Διατήρηση σταθερής οξεοβασικής ισορροπίας (σταθερού pH)

που γίνεται με μεταφορά ιόντων H^+ .

ε) Μεταφορά θερμότητας.

2. Αμύνης: Εδώ κύριο ρόλο παίζουν τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αντισώματα.

Επίσης το φαινόμενο της πήξης μπορεί να θεωρηθεί σαν ειδική αμυντική λειτουργία.

3. Λειτουργία ρυθμίσεως:

Το αίμα μεταφέρει ορμόνες από τη θέση παραγωγής στην θέση που δρουν και έτσι συμβάλλει ουσιωδώς στην ρύθμιση των λειτουργιών του σώματος. Εκτός όμως της απλής μεταφοράς παίζει και σπουδαίο ενεργητικό ρόλο διότι οι πρωτεΐνες του αίματος συνδέονται με τις ορμόνες και έτσι αφ'ενός τις κάνουν προσωρινά ενεργείς αφ'ετέρου δε δημιουργούν μεγάλη εφεδρεία της ορμόνης στην κυκλοφορία.

Το συνολικό ποσό αίματος αντιστοιχεί στον ενήλικα περίπου προς 5,5-8% του βάρους του.

Σύσταση του αίματος

Αποτελείται από έμμορφα συστατικά : τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια και από ένα υγρό, το πλάσμα.

Ερυθρά αιμοσφαίρια

Το κύριο συστατικό των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι η αιμοσφαιρίνη (χρωμοπρωτεΐνη).

Η κύρια λειτουργία των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι η παραλαβή , μεταφορά και στη συνέχεια απελευθέρωση του οξυγόνου (O_2).

Η ελάττωση του ολικού αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή της αιμοσφαιρίνης ή και των δύο συγχρόνως προκαλεί παθολογικές καταστάσεις , τις αναιμίες.

Οι αναιμίες διακρίνονται :

- α) Μεθαιμορραγικές : μετά από αιμορραγία
- β) Αιμολυτικές : αιμόλυση μέσα στα αγγεία
- γ) Σιδηροπενικές : έλλειψη του σιδήρου (FE^{++})
- δ) Κληρονομικές αιμολυτικές : αιμόλυση των ερυθροκυττάρων εξαιτίας κληρονομικών αιτιών (αναιμία COOLEY , δρεπανοκυτταρική κ.λ.π).

Λευκά αιμοσφαίρια

Αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων καλείται λευκοκυττάρωση.
Λευκοκυττάρωση προκαλούν : φλεγμονές , δηλητηριάσεις , κακοήθη νεοπλασμάτα κ.ά.

Ελάττωση των λευκών κάτω των 5.000 καλείται λευκοπενία.

Λευκοπενία προκαλούν: ορισμένα λοιμώδη νοσήματα (τύφος) κα-
χεκτικές καταστάσεις, τοξικές βλάβες του μυελού κ.α.

Λειτουργικές ιδιότητες λευκών αιμοσφαιρίων:

- 1) Φαγοκυττάρωση
- 2) Παραγωγή αντισωμάτων
- 3) Αμοιβαδοειδής κίνηση

Αιμοπετάλια

Είναι έμμορφα-συστατικά του αίματος-πολύ σπουδαία, γιατί παί-
ζουν ρόλο στην πήξη του αίματος.

Πλάσμα

Είναι η μεσοκυττάρια ουσία, η διάμεσος ουσία του αίματος.

Πρόκειται για υδατικό διάλυμα που περιέχει ανόργανα άλα-
τα, λευκώματα, λιποειδή, χρωστικές βιταμίνες, ένζυμα, ορ-
μόνες και αέρια εν διαλύσει (O_2 , CO_2 , N_2) και άλλες μι-
κρομοριακές οργανικές ενώσεις.

Τα λειτουργικά συστατικά του πλάσματος είναι:

α) Το νερό: είναι το κύριο κατά βάρος συστατικό του και δια-
κινείται ελεύθερα από τον ενδαγγειακό χώρο, δια του τοιχώ-
ματος των τριχοειδών προς τον διάμεσο και αντίστροφα.

β) Τα λευκώματα του πλάσματος: Διακρίνονται στις λευκωματίνες,
στις σφαιρίνες, στο ινωδογόνο.

Οι λευκωματίνες χρησιμεύουν κυρίως για δομικά συστατικά και για να μεταφέρουν διάφορες ουσίες δια του αίματος.

Οι σφαιρίνες χρησιμεύουν άλλες για να μεταφέρουν διάφορες ουσίες δια του αίματος και άλλες αποτελούν αντισώματα (γ-σφαιρίνες) συμμετέχοντας στην άμυνα του οργανισμού.

Το ινωδογόνο χρησιμεύει για την πήξη του αίματος.

Άλλη βασική χρησιμότητα των λευκωμάτων του πλάσματος είναι η διτήρηση της ισορροπίας του νερού μέσα και έξω από τα αγγεία.

γ) Τα ανόργανα συστατικά του πλάσματος και κυρίως τα ιόντα Na^+ , Cl^- , K^+ , Ca^{++} , HPO_3 , $-\text{HCO}_3^-$ που είναι αναγκαία για την εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των κυττάρων.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΜΥΝΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Το αίμα επιτελεί αμυντικές λειτουργίες τόσο με τα έμμορφα συστατικά όσο και με το πλάσμα. Τέτοιες αμυντικές λειτουργίες είναι η φαγοκυττάρωση, ο σχηματισμός αντισωμάτων, η πήξη του αίματος και οι ομάδες του αίματος. Βλέπουμε τη σημασία του αίματος στον ανθρώπινο οργανισμό. Παρακάτω θα αναφέρουμε τις πρώτες βοήθειες σε κάθε αιμορραγία δηλαδή κάθε λύση της συνέχειας του αγγειακού συστήματος που έχει σαν αποτέλεσμα να χυθεί αίμα έξω από τα αγγεία που συνθέτουν το κυκλοφορικό σύστημα του οργανισμού.

Όπως ξέρουμε, η βασική διακρίση των αγγείων είναι σε αρτηρίες, φλέβες και τριχοειδή. Επόμενο είναι λοιπόν και οι αιμορραγίες να διακρίνονται σε αρτηριακές, φλεβικές, τριχοειδικές ή και μικτές με την έννοια για τις τελευταίες ότι

έχει σύγχρονα καταστραφεί αρτηρία και φλέβα, ή αρτηρία , ή φλέβα μαζί με τριχοειδή.

Ένα άλλο γνώρισμα που μπορεί να χαρακτηρίσει το είδος μιας αιμορραγίας είναι αν το αίμα που βγήκε από τα αγγεία εκχύθηκε προς την εξωτερική επιφάνεια στο σώμα ή προς τα μέσα (σε φυσικές κοιλότητες του οργανισμού ή έμεινε μέσα στους ιστούς και τα όργανα).

Με βάση αυτά τα γνωρίσματα οι αιμορραγίες μπορούν να διακριθούν σε εξωτερικές και σε εσωτερικές. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί πως η διάκριση σε αρτηριακές φλεβικές κ.ά είναι τις περισσότερες φορές κλινικά εύκολη στις εξωτερικές αιμορραγίες ενώ είναι δύσκολη ή και αδύνατη στις εσωτερικές.

Πέρα όμως από τις παραπάνω διακρίσεις οι εσωτερικές αιμορραγίες χαρακτηρίζονται και με βάση την ιστική περιοχή που θα λιμνάζει το αίμα και διακρίνονται και στις παρακάτω κατηγορίες , με την χαρακτηριστική για κάθε μια αιτιολογία:

- Μώλωπες : ονομάζονται οι συλλογές από αίμα κάτω από το δέρμα.
- Αιματώματα: Ονομάζονται οι συλλογές από αίμα μέσα στους ιστούς γενικά.
- Εκχυμώσεις: Ονομάζονται οι αιματικές διαχύσεις μέσα στις στοιβάδες που έχει το δέρμα ή ανάμεσα στις μυϊκές ίνες στους μύς ή στον υποδόριο ιστό.
- Γενικευμένες: Ονομάζονται οι αιμορραγίες που εκτείνονται σε μεγάλες σωματικές ασκήσεις και μαζί αποτελούν και συνδυασμό των παραπάνω, με βάση τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Είναι η κάκωση ειρηνή κατά την οποία επέρχεται λύση της συνέχειας σ'ένα ή περισσότερα αιμοφόρα αγγεία με αποτέλεσμα να χυθεί αίμα προς την εξωτερική επιφάνεια του σώματος (εξωτερική αιμορραγία) ή να παραμείνει αίμα στους ιστούς ή τις φυσικές κοιλότητες του σώματος (εσωτερική αιμορραγία).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

Είναι αυτονόητο , πως μια μικρή απώλεια αίματος δεν μπορεί να έχει καμιά σοβαρή και ουσιαστική επίπτωση στον οργανισμό. Έτσι μια τριχοειδική αιμορραγία ή έστω μια μεγαλύτερη αιμορραγία δεν μπορεί να δώσει κανένα σοβαρό σύμπτωμα και κύρια ότνα η αιμορραγία αυτή είναι εξωτερική και δεν υπάρχει ούτε συμπύεση ιστών ή οργάνων έτσι σε μικροαιμορραγίες ο ίδιος ο φγανισμός αντιμετωπίζει δέλως καμια γενικότερη επίπτωση όπως συμβαίνει με τις καταμήνιες εμμηνορροίες στις γυναίκες.

Βέβαια το πρόβλημα είναι διαφορετικό στις χρόνια συνεχιζόμενες μικροαιμορραγίες αφού αυτές μπορούν να έχουν σαν συνέπεια μια χρόνια μεθαιμορραγική αναιμία και οπωσδήποτε αυτές απασχολούν την παθολογία.

Στις μεγαλύτερες όμως αιμορραγίες τα πράγματα είναι διαφορετικά και τα γενικά συμπτώματα είναι τόσο οξεία που μπορούν να φθάσουν μέχρι και στο θάνατο , μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας ιδιαίτερα εάν κοπεί ένα μεγάλο αγγείο όπως για

παράδειγμα η μηριαία αρτηρία ή η αορτή στη διαδρομή της κ.λ.π. Πέρα όμως από τις παραπάνω αιφνίδες περιπτώσεις η κύρια συμπτωματολογία κλινικά κάθε αιμορραγίας ελαφής να επηρεάσει τον όγκο από το αίμα που κυκλοφορεί είναι η ταχυσφυγμία και η πτώση της αρτηριακής πίεσης που μπορεί να οδηγήσει μέχρι την κατάσταση του SHOCK, οπότε έχουμε το ονομαζόμενο αιμορραγικό ή ολιγαεμικό SCOCK. Ακόμα, μπορούμε να έχουμε κι άλλα συμπτώματα όπως: ψυχρά άκρα, θόλωση στη διάνοια, εξαλείφση του περιφερικού σφυγμού (π.χ. στην κεντρική αορτή) ενώ στις εσωτερικές αιμορραγίες πέρα από τα παραπάνω μπορούν να προστεθούν και συμπτώματα από την εσωτερική πίεση, που ασκείται στα όργανα (-όπως σε μια αιμορραγία μέσα στο σπύκι ή στον σπλήνα) ή από πίεση που ασκείται σε παρακείμενα όργανα.

Επίσης δεν θα πρέπει να διαφεύγει από την προσοχή μας πως σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις η αιμορραγία στον εγκέφαλο συνοδεύεται από όλη την γνωστή νευρολογική συμπτωματολογία της ημιπληγίας ή της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας κ.λ.π για την ίδια κατηγορία θα πρέπει να θυμόμαστε πως η συμπτωματολογία μιας τέτοιας αιμορραγίας μπορεί να είναι συμμετρικά αντίθετη με το σημείο που έγινε η κάκωση, να είναι δηλαδή "αντίθετη" στο χτύπημα όπως λέγεται έτσι που ενώ μπορεί να χτυπήσει κανένας δεξιά το αιμάτωμα να γίνει στο αριστερό ημισφαίριο από την αδράνεια της μάζας του εγκεφάλου στην κίνηση που μπορεί να εκδηλωθεί.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε μια εξωτερική αιμορραγία με πρόδηλη την εκροή του αίματος, τα πράγματα είναι απλά. Εκεί που μπορούν να δημιουργηθούν διαγνωστικά προβλήματα είναι οι εσωτερικές αιμορραγίες αλλά στις τελευταίες υπάρχουν σοβαρά οδηγία σημεία που μπορούν να μας διευκολύνουν στη διάγνωση: το ιστορικό, η ταχυσφυγμία, η πτώση της αρτηριακής πίεσης ή ωχρότητα στο πρόσωπο και στο σώμα αντιδράσεις από τα σπλάχνα (πόνος, σύσπαση στα κοιλιακά τοιχώματα κ.ά) μαζί με άλλα συμπτώματα.

Και κάτι ακόμα βασικό για μια εξωτερική ιδιαίτερα αιμορραγία είναι τα κλινικά εκείνα σημεία που τη διαφοροποιούν και μας γνωρίζουν αν είναι αρτηριακή, φλεβική κ.λ.π

Αυτό έχει βασική σημασία όπως θα δούμε παρακάτω στις πρώτες βοήθειες που θα προσφέρουμε. Η διαφορική αυτή διαγνωστική συμπτωματολογία συνοψίζεται στα παρακάτω σημεία:

Αρτηριακή

-Το αίμα έχει
χρώμα ζωφό
κόκκινο

-Το αίμα ανα-
βλύζει με πίε-
ση και εκτινά-
σεται πολλές φο-
ρές σε απόσταση

Φλεβική

-Το αίμα έχει
χρώμα σκούρο
(προς το βυ-
σινί)

-Το αίμα τρέχει
χωρίς να εκτινά-
σεται (σε συνεχή
ροή)

Τριχοειδική

-Το αίμα έχει
κάποιο ενδιάμεσο
χρώμα (μεταξύ φω-
τεινού κόκκινου και
σκούρου)

-Το αίμα τις περιο-
σσότερες φορές ανα-
βλύζει από πολλά
σημεία.

-Το αίμα μπορεί να εκτινάσσει με ώσεις σύγχρονες αλλά ρέει ομαλά

-Το αίμα δεν εκτινάσσει με ώσεις αλλά ρέει ομαλά

-Η ροή στο αίμα είναι ήπια και αδύναμη.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Ανάλογα με το ποσό του αίματος που χάθηκε ή χάνεται, το ρυθμό που χάνεται και το χρόνο που διαρκεί μια αιμορραγία, την διακρίνουμε:

α. Μικρή αιμορραγία: Όταν η ποσότητα του αίματος που χύθηκε είναι 300-500 κ.ε.

β. Μέτρια αιμορραγία: Όταν η ποσότητα του αίματος που χύθηκε είναι 500-800κ.ε. και χάθηκε βραδέως.

γ. Μεγάλη αιμορραγία ή βαριά: Όταν η απώλεια του αίματος είναι πάνω από 800-1000 κ.ε. και εκδηλώνεται με τα συμπτώματα μιας αιμορραγίας, έχει δε επιπτώσεις στον οργανισμό.

δ. Κατακλυσμιαία αιμορραγία: Όταν μέσα σε λίγο χρόνο γίνεται εξαγγελώση του αίματος του ανθρώπινου οργανισμού όπως συμβαίνει σε ρήξη της καρδιάς ή μεγάλου αγγείου (αορτή).

Ανάλογα με το χρόνο που θα εκδηλωθεί μια αιμορραγία σε σχέση με την κάκωση διακρίνεται:

α. Πρωτοπαθή αιμορραγία: Είναι αυτή που εκδηλώνεται με την κάκωση.

β. Δευτεροπαθή αιμορραγία: Είναι αυτή που εκδηλώνεται σε διαφορετικό χρόνο μετά από την κάκωση. Αυτή οφείλεται σε

απόσπαση θρόμβου από ένα αγγείο που θρομβώθηκε μετά την πρωτοπαθή αιμορραγία, αλλά στη συνέχεια λόγω αύξησης της πίεσης του αίματος αποσπάσθηκε. Επίσης συμβάλνει και σε διάβρωση του αγγείου λόγω μιας φλεγμονής ή σε διαφυγή της απολίνωσης του αγγείου ή σε ρήξη της κάψας σε κάποιο παρεγχυματώδες όργανο στο οποίο μετά την κάκωση είχε δημιουργηθεί υποκάψιο αιμάτωμα.

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Μια αιμορραγία εξαρτάται:

1. Από το είδος του τραύματος: Σε επιμήκη τραύματα του τοιχώματος των αγγείων η αιμορραγία είναι ακατάσχετη, ενώ σε εγκάρσια τομή ενός αγγείου η επίσχεση της αιμορραγίας είναι ευκολότερη επειδή ο μέσος χιτώνας του αγγείου αποκολλάται και σαν βύσμα προκαλεί απόφραξη του αγγείου και αιμόσταση. Αυτό βέβαια συμβάλνει στα μικρά αγγεία, ενώ στα μεγάλα η αιμορραγία σταματάει δύσκολα.

2. Από τη θέση του τραύματος. Όταν ένα τραυματισμένο αγγείο περιβάλλεται από μυς τότε η αιμορραγία σταματάει πιο εύκολα, παρά όταν είναι ελεύθερο και χύνει το αίμα του σε κοιλότητα του σώματος.

3. Από την κατάσταση του αγγειακού τοιχώματος. Σε άτομα μεγάλης ηλικίας τα τοιχώματα των αγγείων έχουν χάσει την συσταλτικότητα τους και η αιμορραγία δε σταματάει εύκολα όπως και σε παθολογικές καταστάσεις (κίρσοι).

4. Από την πήκτικότητα του αίματος. Υπάρχουν παθολογικές καταστάσεις που η πήκτικότητα του αίματος είναι ελαττωμένη.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Είναι γεγονός πως μια μικρή απώλεια απο αίμα δεν μπορεί να έχει καμμία σοβαρή και ουσιαστική επίπτωση στον οργανισμό. Έτσι μια τριχοειδική αιμορραγία δεν φέρει ανωμαλίες και όλες αυτές τις μικροαιμορραγίες ο οργανισμός τις αντιμετωπίζει χωρίς καμμία γενικότερη επίπτωση. Αυτό συμβαίνει με την εμμηνορροσία στις γυναίκες. Βέβαια το πρόβλημα διαφέρει στις χρόνια συνεχιζόμενες μικροαιμορραγίες οι οποίες μπορεί να έχουν σαν συνέπεια μια χρόνια μεθαιμορραγική αναιμία.

Σε άλλες περιπτώσεις όταν έχουμε μια κατακλυσμιαία αιμορραγία απο ρήξη της μηριαίας ή της καρωτιδίας αρτηρίας μέσα σε λίγα λεπτά επέρχεται ο θάνατος. Πέρα όμως απο τις ακραίες περιπτώσεις μια μέτρια ή μεγάλη αιμορραγία που ελαττώνει τον όγκο του αίματος που κυκλοφορεί, επιφέρει μια ταχυσφυγμία και πτώση της αρτηριακής πίεσης που μπορεί να οδηγήσει σε κατάσταση SHOCK. Το SHOCK αυτό το λέμε αιμορραγικό ή ολιγαιμικό SHOCK.

Γενικά σε μια αιμορραγία εκτός απο την ποσότητα του αίματος που χάνεται παίζει ρόλο και η ταχύτητα με την οποία χάνεται. Εάν μέσα σε μισή ώρα χαθεί το 1/3 του αίματος του οργανισμού τότε συνήθως ο άρρωστος πεθαίνει. Εάν η ίδια ποσότητα του αίματος χαθεί μέσα σε 24 ώρες ο άρρωστος όχι μόνο δεν πεθαίνει αλλά την κατάσταση αυτή μπορεί να την αντιμετωπίσει και για άλλα 24ωρα. Ο οργανισμός προλαμβάνει

στην περίπτωση βραδείας απώλειας του αίματος να αναπληρώσει τον όγκο του αίματος με υγρά που παίρνει από τους ιστούς . Συγχρόνως ο οργανισμός κάνει μια αγγειοσύσπαση ώστε να ελαττώθει ο συνολικός όγκος των αγγείων.

Μόνο που στη περίπτωση αυτή ο αριθμός των αιμοσφαιρίων στο αίμα που κυκλοφορεί είναι ελαττωμένος και η προσφορά του οξυγόνου στους ιστούς περιορίζεται.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Ι Δ Ι Α Ι Τ Ε Ρ Ο Ι Τ Υ Π Ο Ι Α Ι Μ Ο Ρ Ρ Α Γ Ι Ω Ν

ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ

Είναι αιμορραγία απο τη μύτη η οποια τις περισσότερες φορές είναι ακίνδυνη και συμβαίνει συχνά σε άτομα που έχουν κάποια προδιάθεση , διότι το αγγειακό σύστημα του βλεννογόνου της μύτης παρουσιάζει ένα ευαίσθητο σημείο όπου ο παραμικρός ερεθισμός μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία.

Κάποτε όμως οι αιμορραγίες απο τη μύτη είναι σοβαρές ιδίως σε άτομα με αυξημένη αρτηριακή πίεση . Επίσης σοβαρές αιμορραγίες είναι δυνατόν να έχουμε σε τραυματισμούς της μύτης που συνοδεύονται απο κακώσεις των ρινικών οστών. Αιμορραγίες απο τη μύτη είναι δυνατόν να εμφανιστούν και σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις χωρίς να υπάρχει κάκωση της μύτης ,οπότε αποτελούν ένδειξη κατάγματος της βάσης του κρανίου . Επίσης ρινορραγία μπορεί να εμφανισθει σε καρδιακές ή ηπατικές ασθένειες ,σε υπερκίρρωση ,ηλίαση ,θερμοπληξία κ.λ.π.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Σε μικρή ρινορραγία βάζουμε τον πάσχοντα να καθήσει σκύβοντας ελαφρώς προς τα εμπρός ώστε να μην ρέει το αίμα προς το φάουγγα ,ενώ συγχρόνως συνιστούμε να φτύσει το αίμα που συγκεντρώνεται στο στόμα. Χαλαρώνουμε τα ρούχα του πάσχοντα στο λαιμό και το στήθος και πιάνουμε τα μαλακά μέρη της μύτης με το δείκτη και τον αντίχειρά μας του ίδιου χεριού και πιέζουμε σφιγγοντας πάνω στα ρινικά οστά (προς τα

πλώ και πάνω). Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη και δεν σταματήσει σε λίγα λεπτά με την απλή αυτή πρέση, τότε θα χρειαστεί πρόσθιος επιπωματισμός που μπορεί να γίνει απλά με έναν στενό επίδεσμο ή με ένα κομμάτι ύφασμα που το κόβουμε σε στενή λωρίδα. Παίρνουμε στη συνέχεια την παραπάνω λωρίδα και αφού βάλουμε όσο μήκος χρειασθεί για να βουλώσει πρεστικά το ένα ρουθούνι. Υστερα κάνουμε το ίδιο και στο άλλο ρουθούνι (για να δημιουργηθεί αντίσταση) κόβουμε τις άκρες που ενδέχεται να περισσεύουν και βάζουμε, κάθετα προς την μύτη και σχεδόν παράλληλα με το πάνω χείλη, μια λωρίδα λευκοπλάστη, έτσι, που να συγκρατεί τις λωρίδες από τον επίδεσμο. Ο επιπωματισμός αυτός μπορεί να μένει και δύο μέρες και ύστερα να αλλάξει με άλλον, αν βέβαια συνεχίζεται η αιμορραγία. Καλύτερα όμως στην τελευταία περίπτωση, να πάει ο άρρωστος σε ειδικό ωτορινολαρυγγολόγο για καυτηρίαση του σημείου που αιμορραγεί για οριστικό σταμάτημα και να ερευνηθεί και αιματολογικά (χρόνος ροής και πήξεως, χρόνος προσθρομβίνης, λευκά αιμοσφαίρια και τύπος) μήπως υπάρχει κάποια πάθηση στο αίμα ή άλλη και η συνεχιζόμενη ρινορραγία οφείλεται σ' αυτήν. Για τις περιπτώσεις που η ρινορραγία οφείλεται σε υπερτασική κρίση, μπορούμε να μην την φροντίσουμε για λίγο, μέχρι να πέσει η αρτηριακή πρέση, αφού στην περίπτωση αυτή εμφανίζει μια δράση ασφαλιστικής δικλείδας.

Βέβαια τα πράγματα είναι σοβαρότερα, αν η ρινορραγία είναι οπίσθια, οπότε δεν θα σταματήσει, ούτε με τον πρόσθιο επιπωματισμό και θα χρειασθεί να γίνει και οπίσθιος επιπωμα-

τισμός απο ειδικό ωτορινολαρυγγολόγο.

Στην περίπτωση αυτή, βάζουμε μια γερή κλωστή, σε κάθε ρουθούνη χωριστά, προς τα μέσα, μέχρι να κατέβει στο φάρυγγα, την πιάνουμε με μια λαβίδα, την τραβάμε έξω απο το στόμα έτσι, που για κάθε μεριά, η μια άκρη της να κρέμεται απο το ρουθούνη, έξω απο τη μύτη, και η άλλη να προβάλλει στα χείλια στην τελευταία άκρη δένουμε καλά ένα μικρό τολύλιο απο γάζα και τραβώντας την άλλη άκρη της μύτης την οδηγούμε μέσα απο το στόμα μέχρι να φράξει το ρουθούνη απο πλώ (απο το φάρυγγα).

Κάνουμε το ίδιο και απο το άλλο ρουθούνη και δένουμε μπροστά στη μύτη τις δύο άκρες (για να μην μπορέσουν να πέσουν πλώ) αφήνοντας να περισσεύει κλωστή, για να διευκολυνθούμε στην αφαίρεση που θα γίνει με τον αντίστροφο τρόπο. Στη συνέχεια εφαρμόζουμε όπως παραπάνω και τον προστινδό επιπωματισμό.

Η θέση του ασθενή καθ'όλη τη διάρκεια των παραπάνω ενεργειών είναι μισοκαθιστική, με το κεφάλι δοθιο για να μην πνιγεί απο το αίμα που μπορεί να καταπιεί, αυτή είναι και η θέση που θα πρέπει να κοιμάται ο άρρωστος τις πρώτες μέρες ύστερα απο μια ρινορραγία, όσο υπάρχει κίνδυνος υποτροπής της. Ακόμα, συνηθίζεται να βάζουν και παγοκύστη στο κεφαλι (ή κρύα επιθέματα), δίχως να φαίνεται ότι συμβάλλουν ουσιαστικά.

Τέλος, αν υπάρχει η δυνατότητα, βρέχουμε την άκρη του επιδέσμου στον επιπωματισμό με λίγη ποσότητα διαλύματος ADRENALINE ή με λίγο διάλυμα θρομβίνης ή βάζουμε λίγη σιδόνη

θρομβίνης .

Με αυτά βοηθούμε την αιμόσταση , με την αδρεναλίνη κάνοντας μια αγγειοσυστολή και με την θρομβίνη διευκολύνοντας την πήξη στο αίμα , τοπικά.

Στην περίπτωση αυτή είναι δυνατό να προκληθούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις από την απορρόφηση της αδρεναλίνης , ιδίως σε άτομα ευαίσθητα.

Στις περιπτώσεις που υπάρχουν ξένα σώματα στη μύτη , αποφεύγουμε να προσπαθήσουμε να τα αφαιρέσουμε διότι αυτό είναι έργο των ειδικών ωτορινολαρυγγολόγων.

ΩΤΟΡΡΑΓΙΑ

Είναι η αποβολή αίματος από τον έξω ακουστικό πόρο.

Συνήθως οφείλεται , σε κακώσεις του ακουστικού πόρου ή ρήξη τυμπάνου . Είναι όμως και περιπτώσεις με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κατά τις οποίες επέρχεται ωτορραγία η οποία μάλιστα είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα κατάγματος της βάσεως του κρανίου.

Π ρ ώ τ ε ς β ο ή θ ε ι ε ς

Σε όλες τις περιπτώσεις ωτορραγίας καλύπτουμε με γάζα το εξωτερικό μέρος του αυτιού χωρίς να εμποδίζουμε τη ροή του αίματος προς τα έξω . Τοποθετούμε τον πάσχοντα πλαγίως προς την πλευρά του αυτιού που παρουσιάζει την αιμορραγία ώστε το αίμα να μη γυρίζει πίσω, οπότε αν υπάρχει σπασμένο τύμπανο , είναι δυνατόν να εισχωρήσει στις βαθύτερες πε-

ριοχές του ακουστικού μηχανισμού.

Όσο ο τραυματίας βρίσκεται σε καλή κατάσταση και μπορούμε να μιλήσουμε μαζί του , πρέπει να διαπιστώσουμε αμέσως , αν το αίμα βγαίνει μέσα απο τον ακουστικό πόρο ή απο κάποιο ακίνδυνο τρύμα στο πτερύγιο του αυτιού. Αν ο τραυματίας λιποθυμήσει πρέπει να μεταφερθεί με το νοσοκομειακό αυτοκίνητο, που θα έχουμε καλέσει στην κλινική . Μόνο εκεί θα μπορέσει να διαπιστωθεί αν η αιμορραγία απο τον ακουστικό πόρο οφείλεται σε κάταγμα της βάσης του κρανίου . Δεν πρέπει ποτέ να φράζουμε την είσοδο του ακουστικού πόρου για να σταματήσουμε την αιμορραγία.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Είναι γνωστή σαν αιμόπτυση και είναι δυνατόν να είναι μικρού βαθμού , ώστε τα πτύελα να περιέχουν γραμμώσεις μόνο αίματος ή να είναι μεγάλη και επικίνδυνη για τη ζωή του ανθρώπου , γιατί αποβάλλεται με το βήχα μεγάλη ποσότητα καθαρού αίματος.

Ετσι λοιπόν αιμόπτυση καλείται η αποβολή αίματος με τον βήχα . Δεν αποτελεί νόσο αλλά σύμπτωμα διαφόρων παθήσεων των πνευμόνων.

Για να χαρακτηρίσουμε μια κατάσταση σαν αιμόπτυση πραγματική , θα πρέπει να είμαστε βέβαιοι πως το αίμα προέρχεται απο τον πνεύμονα και όχι απο τη μύτη , το φάρυγγα , τον οισοφάγο ή το στομάχι. Ακόμη η αιμόπτυση πρέπει να διαφοροποιείται απο τα ονομαζόμενα αιμόφυρτα πτύελα , στα τελευταία

πρόκειται για αίμα ανακατεμένο με πτύελα (σε γραμμές) , οπό-
τε εμπειρικά για να μελήσουμε και για μικροαιμόπτυση θα
πρέπει το αίμα που αποβάλλεται να ξεπερνάει σε μια φορά
την ποσότητα των 15 γρ. ή τον όγκο μιας κουταλιάς της σού-
πας. Βέβαια οι αιμοπτώσεις μπορούν να είναι και πολύ μεγά-
λες (ραγδαίες) , μέχρι το σημείο ο άρρωστος να πεθάνει την
ώρα που γίνεται μια τέτοια μεγάλη αιμόπτυση ή λίγο ύστερα
απ' αυτήν. Γι' αυτό το λόγο , πρέπει να υπολογίσουμε σοβαρά,
ακόμα και τις μικρές αιμοπτώσεις μήπως και μια τέτοια εξελι-
χθεί σε μεγαλύτερη.

Αιτιολογία:

1. Πνευμονική φυματίωση: Αποτελεί τη συχνότερη αιτία αιμοπτύ-
σεως ιδιαίτερα σε νέα άτομα . Οι περισσότερες περιπτώσεις αι-
μοπτύσεως θα πρέπει να θεωρηθούν ως φυματιώδους αιτιολογίας
εκτός αν διαπιστωθεί άλλη αιτία.
2. Καρίνος του πνεύμονα: Είναι η πιο συχνή αιτία αιμοπτύσεως
σε άτομα μέσης ή μεγάλης ηλικίας.
3. Βρογχεκτασία
4. Πνευμονική εμβολή με έμφραγμα του πνεύμονα;
5. Όξεα καρδιακή ανεπάρκεια (πνευμονική συμφόρηση)
6. Στένωση της μιτροειδούς (πνευμονική συμφόρηση)

Δ ι ά γ ν ω σ η

Η αιμόπτυση θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από την αιματέ-
μεση που σημαίνει την αποβολή αίματος από το στομάχι με ε-
μετό.

Μερικές φορές οι ασθενείς δεν βρίσκονται σε θέση να δώσουν

την ορθή απάντηση . Στην περίπτωση της μικρής αιμόπτυσης , τα πράγματα μπορούν να είναι απλά , αφού το αίμα μπορεί να αποβάλλεται με βήχα και πτύελα και να είναι πρόδηλη η προέλευση . Καμιά φορά πάλι , ο άρρωστος αισθάνεται ξαφνικά κάτι ζεστό στο λαιμό του και με λίγη προσπάθεια βήχα αποβάλλει το αίμα . Οι σοβαρότερες όμως αιμοπτώσεις πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τις αιματεμέσεις . Τα κύρια αυτά σημεία που θα στηριχθούμε στη διαφορική μας διάγνωση είναι τα παρακάτω που αναφέρονται στον πίνακα που ακολουθεί , χωρίς να μην έχει αξία και η γνώση του ιστορικού , αν δηλαδή ο άρρωστος είναι γνωστός πνευμονοπαθής ή πάσχει από το στομάχι του ή έχει διαγνωσμένη κίρρωση κ.λ.π στοιχεία που πρόσθετα θα βοηθήσουν στην άμεση τοποθέτησή μας στην παθολογική του κατάσταση και στις σωστές πρώτες βοήθειες που θα χρειαστεί αν του δώσουμε .

| | <u>Σε αιμόπτυση</u> | <u>Σε αιματέμεση</u> |
|--|---|--|
| α) το αίμα αποβάλλεται : | - με βήχα | - με έμετο |
| β) το αίμα είναι : | - σαν αφρός από τις φυσαλίδες αέρα που περιέχει | - όχι σαν αφρός |
| γ) το αίμα περιέχει : | - βλέννη ή πτύελα | - τροφές |
| δ) το αίμα έχει χρώμα : | - κόκκινο ροζέ | - σκούρο κόκκινο |
| ε) το αντίστοιχο ιστορικό συχνά μας μιλάει για προϋπάρχουσα πάθηση : | - του πνεύμονα ή της καρδιάς | - του στομάχου ή γενικά του πεπτικού . |

Τα παραπάνω αφορούν τα διαφοροδιαγνωστικά σημεία ανάμεσα στην αιμόπτυση και στην αιματέμεση.

Π ρ ώ τ ε ς Β ο ή θ ε ι ε ς

Οι πρώτες βοήθειες εξαρτώνται από το μέγεθος που έχει μια αιμόπτυση, κι όπως είναι φανερό, μια πολύ μικρή αιμόπτυση θα περάσει μόνη της και το μόνο που έχουμε να κάνουμε είναι να ακινητοποιήσουμε τον άρρωστο, να τον ενθαρρύνουμε να του δώσουμε κάποιο αντιβηχικό από το στόμα (σε σιρόπι κ.λ.π) και να τον συστήσουμε τη μεταφορά του σε νοσηλευτήριο, για να ερευνηθεί παραπέρα και για το φόβο μήπως ακολουθήσει μεγαλύτερη αιμόπτυση, οπότε είναι καλύτερα να βρισκείται σε νοσοκομείο. Πάντα βρισκόμαστε κοντά στον άρρωστο, δίνοντάς του κουράγιο και τονώνοντας το ηθικό του.

Αν όμως πρόκειται για μεγάλη αιμόπτυση, τα πράγματα είναι σοβαρότερα και μπορούν να γίνουν πολύ σοβαρά, ανάλογα από το μέγεθος της αιμόπτυσης και από τον όγκο αίματος που αποβάλλεται. Στις περιπτώσεις αυτές οι κίνδυνοι είναι βασικά δύο, αν βέβαια εξαιρέσουμε τους κινδύνους από τα ίδια τα αίτια που προκάλεσαν την αιμόπτυση. Είτε, ο πρώτος κίνδυνος είναι να μην πεθάνει ο άρρωστος από πνευμονή, δηλαδή από απόφραξη που μπορεί να γίνει στην αεροφόρο οδό από τον ίδιο το αίμα της αιμόπτυσης που καθώς βγαίνει παρεμποδίζει την αναπνοή. Ο δεύτερος κίνδυνος είναι από την ίδια την αιμορραγία, που αν είναι πολύ μεγάλη, μπορεί να φύγει σε μικρό χρόνο, μεγάλη ποσότητα από το αίμα, η καρδιά να πάλλεται με

κινδύ και να οδηγηθεί στο θάνατο καρδιακή ανακοπή.

Γι'αυτό την ώρα της αιμόπτυσης δύο πράγματα προσέχουμε :να βοηθήσουμε τον άρρωστο να αποβάλλει το αίμα γρήγορα για να ανοίξει η αεροφόρος οδός (χρησιμοποιώντας ακόμη και αναρροφητήρα) και να του δώσουμε σύντομα ,με ενδοφλέβια έγχυση , οποιοδήποτε υγρό (πλάσμα, υποκατάστατο απο πλάσμα ή απλούστερα φυσιολογικό ορό ή ισοτονικό διάλυμα γλυκόζης) για να μπορέσουμε να αναπληρώσουμε σε μικρό χρόνο τον όγκο του αίματος που κυκλοφορεί ,εξυπακούεται πως, σας πάνε όλα καλά ,η επόμενη φροντίδα μας θα είναι να κάνουμε μεταγγίσεις για την αποκατάσταση της οξείας μεθαιμορραγικής αναιμίας.

Πρόσθετες φροντίδες , η ενθάρρυνση ,η χορήγηση φαρμάκων που ανεβάζουν την αρτηριακή πίεση ή και ηρεμιστικών σε μικρές δόσεις για το άγχος που συνέχει τον άρρωστο ,χωρίς ποτέ να δώσουμε μορφίνη που καταστέλλει τις αναπνευστικές κινήσεις και παρεμποδίζει να βγει το αίμα απο τους πνεύμονες , με κίνδυνο ο άρρωστος να πνιγεί. Κάθε υπόλοιπη αγωγή είναι συμπληρωματική όπως ,το να χορηγήσουμε αντιβηχικά ,αν έχει βήχα ή οτιδήποτε άλλο. Στη συνέχεια τοποθετούμε τον άρρωστο μισοκαθισμένο στο κρεβάτι και σύμφωνα παλαιότερες αντιλήψεις βάζουμε παγοκύστη στο θώρακά του . Το τελευταίο αποδειχτηκε πως δεν έχει καμμία αιμοστατική δράση και το μόνο σημείο που βοηθάει είναι πως, με το βάρος της η παγοκύστη περιορίζει λίγο τις αναπνευστικές κινήσεις πράγμα που μας βοηθάει στην αρχή , μέχρι να σταματήσει η αιμορραγία . Υπάρχει όμως πάντα κίνδυνος να κούώσει πρόσθετα ο άρρωστος ,γι'αυτό και πετυχαίνουμε το ίδιο πράγμα βάζοντας αντί για παγοκύστη ένα

μικρό σακκουλάκι με οτιδήποτε που με το βάρος του θα περιορίσει τις αναπνευστικές κινήσεις (το εύρος τους).

Οι κίνδυνοι για τον πάσχοντα από μια μεγάλη αιμορραγία των πνευμόνων είναι δύο:

α) Πνιγμονή , λόγω της απόφραξης των αεροφόρων οδών από το ζυγό το αίμα της αιμόπτυσης

β) Ραγδαία αιμορραγία με μεγάλη απώλεια αίματος που μπορεί να οδηγήσει σε μη ανατάξιμο SHOCK και σε καρδιακή ανακοπή.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ

Είναι γνωστή με το όνομα γαστρορραγία και δυνατόν να προέρχεται από αρκετές αιτίες (έλκος - όγκοι - γαστρίτιδα - δηλητηριάσεις - λήψη ερεθιστικών φαρμάκων όπως ασπιρίνη κ.λ.π) Πολλές φορές οφείλεται σε κακώσεις της κοιλιακής χώρας ή της κατωτέρας θωρακικής χώρας.

Η γαστρορραγία αποτελεί την πιο συνηθισμένη επιπλοκή του έλκους και εμφανίζεται κυρίως την άνοιξη και το φθινόπωρο.

Τις περιόδους αυτές του έτους ο ελκωπαθής πρέπει να φροντίζει το διαιτολόγιό του ιδιαίτερα και να αποφεύγει κάθε παράγοντα που ερεθίζει το έλκος. Είναι συνηθέστερη στο γαστρικό παρά στο δωδεκαδακτυλικό έλκος και συμβαίνει , όταν ο πυθμένας του έλκους , εξαιτίας της διαβρωτικής του τάσεως, φθάσει μέχρι τον υποβλενογόνο χιτώνα και διαβρώσει ένα αγγείο. Εκδηλώνεται με συμπτώματα της απότομης απώλειας αίματος , όπως λιγγοί , κόπωση , αδυναμία, δόξα , ωχρότητα, πτώση της αρτηριακής πίεσης , ταχυκαρδία , ταχυσφυγμία και

λιποθυμία, θόλωση διάνοιας, SHOCK και ακόμη θάνατος αν η αιμορραγία είναι μεγάλη.

Το αίμα που μαζεύεται κατ'αρχή στο στομάχι αν είναι σε μικρή ποσότητα θα ακολουθήσει την πεπτική οδό προς τα έντερα και θα αποβληθεί με τα κόπρανα οπότε λέγεται μέλαινα κένωση.

Πήρε την ονομασία από το χρώμα των κενώσεων που είναι μαύρο σαν πίσσα και προέρχεται από την επίδραση των γαστρικών υγρών στην αιμοσφαιρίνη του αίματος και λέμε πως έχουμε μέλαινα κένωση. Ακόμα, αν το αίμα δεν είναι πρόσφατο, η μέλαινα λέγεται παλιά. Ενώ αν η αιμορραγία είναι πρόσφατη λέγεται πρόσφατη. Οι διαφορές ανάμεσα στην πρόσφατη και στην παλιά μέλαινα είναι:

Πρόσφατη μέλαινα

- η κένωση είναι πολτώδης
- τα κόπρανα περιέχουν βλέννη
- τα κόπρανα κολλάνε στο τοίχωμα της λεκάνης
- τα κόπρανα είναι μαύρα και στις δύο περιπτώσεις

Παλιά μέλαινα

- η κένωση είναι σχηματισμένη
- τα κόπρανα δεν έχουν βλέννη
- τα κόπρανα δεν κολλάνε στο τοίχωμα.

Αυτή η διάκριση σε πρόσφατη ή παλιά μέλαινα έχει σημασία για να καταλάβουμε αν η γαστρορραγία σταμάτησε ή συνεχίζεται.

Όταν το αίμα που μαζεύεται στο στομάχι από την γαστρορραγία είναι σε μεγάλη ποσότητα τότε θα προκαλέσει σπασμό του στομάχου και θα αποβληθεί από το στόμα με εμετό.

Ο μετος αυτός είναι γνωστός σαν αιματέμεση και ξεχωρίζει απο την αιμόπτυση απο το χρώμα που είναι σκούρο , απο το ότι δεν έχει αφρούς και ότι συχνά έχει περιεχόμενο του στομάχου (υπολλεζμετα τροφών) και ακόμη αποβάλλεται με εμετο και όχι με βήχα.

Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατό να αποβάλλεται αίμα απο το στόμα που δεν έχει απόλυτα χαρακτηριστικά της αιματέμεσης.

Πρόκειται για ραγίδα και ακατάσχετη αιμορραγία απο ρήξη κίρσου του οισοφάγου. Στην περίπτωση αυτή η πρόγνωση είναι σοβαρή και σπανίως κατορθώνουν να επιβιώσουν οι πάσχοντες.

Π Ρ Ω Τ Ε Σ Β Ο Η Θ Ε Ι Ε Σ

Τοποθετούμε τον ασθενή σε ύπτια θέση με λυγισμένα τα πόδια και το κεφάλι γυρισμένο πλαγίως για να μπορεί να αποβάλλει τα εμέσματα. Συνιστούμε απόλυτη ακινησία και τοποθετούμε στο επιγάστριο παγοκύστη.

Αν η απώλεια αίματος είναι μεγάλη και κινδυνεύει ο πάσχοντας να παρουσιάσει ολιγαϊμικά SHOCK τότε ανυψώνουμε τα πόδια κατά 20-80 εκ. Φροντίζουμε για τη σύντομη μεταφορά του σε νοσοκομείο και αν έχουμε δυνατότητα χορηγούμε αιμοστατικά παρεντερικώς και του χορηγούμε πλάσμα ή υποκατάστατά του σε ενδοφλέβια έγχυση ,αν εκείνη τη στιγμή δεν υπάρχει τίποτα απο τα παραπάνω χορηγούμε ενδοφλεβίως φυσιολογικό ορό ή ισοόνομο διάλυμα γλυκόζης . Διατηρούμε τον ασθενή με συνεχή παρεντερική χορήγηση υγρών και δίνοντάς του αναλγητικά ή φάρμακα που ανεβάζουν την αρτηριακή πίεση.

Ποτέ δεν χορηγούμε υγρά απο το στόμα.

Ο ασθενής που αντιλήφθηκε ότι αιμορραγεί , με την αιματέμεση έχει ανάγκη ηθικής τονώσεως και ενισχύσεως. Παρακολουθούμε συνεχώς τις κενώσεις που εφόσον ενδεικτικό του αρρώστου που αιμορραγεί είναι η μέλαινα κένωση. Απο το στόμα δεν δίνουμε τίποτα , παρά μονάχα μερικές γουλιές νερό, και μεμια γάζα που είναι τυλιγμένη σε σπάτουλα του βρέχουμε τα χείλη του.

Θεραπεία: Εφόσον η αγωγή του αρρώστου ήταν συντηρητική και δεν έκανε χειρουργική επέμβαση , επιβάλλεται να γνωρίζει τα πρώτα συμπτώματα της αιμορραγίας του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου για έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας. Η μικρή αιμορραγία αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή-μετάγγιση αίματος, αμνησία, αιμοστατικά φάρμακα , παρεντερική χορήγηση υγρών , περιορισμένη λήψη τροφής και υγρών απο το στόμα. Οι γαστρορραγίες όμως που επαναλαμβάνονται και θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς έχουν ανάγκη χειρουργικής επέμβασης κατά την οποία γίνεται γασρεκτομή ή απολένωση του αγγείου του έλκους που αιμορραγεί.

Ε Ν Τ Ε Ρ Ο Ρ Ρ Α Γ Ι Α

Είναι η αιμορραγία που μπορεί να προέρχεται απο κάποιο τμήμα του εντέρου και οφείλεται σε διάφορες αιτίες όπως όγκοι , φλεγμονές , ειλεός , κακώσεις των κοιλιακών τοιχωμάτων . Το αίμα έχει χρώμα κόκκινο και δεν είναι αναμιγμένο με τα κόπρανα , αλλά αποβάλλεται ανεξάρτητα ή καλύπτει τα τελευταία κόπρανα.

Συνήθως η αποβολή αίματος είναι σε μικρή ποσότητα και σπανίως εμφανίζονται γενικά συμπτώματα αιμορραγίας.

Σαν πρώτες βοήθειες μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε παγοκύστη στην κοιλιακή χώρα , να συστήσουμε αποφυγή τροφής και να διακομίσουμε τον πάσχοντα στο νοσοκομείο για έρευνα και θεραπεία.

Α Ι Μ Α Τ Ο Υ Ρ Ι Α

Είναι δυνατόν να οφείλεται σε διάφορες παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (δγκιοι-φλεγμονές-λιθίαση) ή αιδήμη καιώσεις κυρίως της οσφυϊκής χώρας.

Το αίμα αποβάλλεται με τα ούρα σε μικρή και σπανίως σε μεγάλη ποσότητα και συνήθως δεν προκαλεί γενικά συμπτώματα αιμορραγίας. Συνιστούμε στον ασθενή κατάκλιση και ακινησία και φροντίζουμε να μεταφερθεί σε νοσοκομείο για έρευνα και θεραπεία.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΕΙ ΤΟ ΔΟΝΤΙ ΤΟΥΣ

Η αιμορραγία αυτή προέρχεται πιθανώς από το κενό που δημιουργείται στην οδοντοστοιχία αμέσως μετά την εξαγωγή ενός δοντιού . Σ' αυτήν την περίπτωση πρέπει να τυλίξουμε σφιχτά ένα μικρό κομμάτι γάζα , ώστε να χωρά στο κενό και να προεξέχει λίγο. Καλούμε τον ασθενή να δαγκώσει δυνατά τη γάζα , να πίνει κρύα και όχι ζεστά γιατί θα ενισχύσουν την αιμορραγία . Η πίεση του δαγκώματος της γάζας θα διακόψει την αιμορραγία.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΡΗΞΗ ΚΙΡΣΩΝ ΚΑΤΩΝ ΑΚΡΩΝ

Οι κίρσοι έχουν πολύ λεπτά τοιχώματα. Ένα μικρό χτύπημα αρκεί για να σπάσουν τα τοιχώματα αυτά. Δεν πρέπει να συγχέουμε αυτή τη συνεχή αιμορραγία με τη ρυθμική εκτίναξη αίματος από μια τραυματισμένη αρτηρία. Οποσδήποτε αρκεί ένας πρεστικός επίδεσμος για τη διακοπή της αιμορραγίας. Μετά την επίδεση τοποθετούμε το πόδι ψηλά και διακομίζουμε τον ασθενή σε νοσηλευτικό ίδρυμα για παραπέρα θεραπεία.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΙΡΣΩΝ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Είναι γνωστή με το όνομα κίρσορραγία. Οι κίρσοι του οισοφάγου εμφανίζονται στο κάτω τριτομόριό του και είναι συνηθισμένο εύρημα στο σύνδρομο πυλαίας υπερτάσεως από κίρρωση ήπατος και σπανιότερα από θρομβώση της πυλαίας. Η προσπάθεια αναπτύξεως παράπλευρης κυκλοφορίας, δια μέσου της στεφανιαίας του στομάχου, προς την άνω κοίλη φλέβα δημιουργεί τις φλεβικές αυτές διευρύνσεις. Ακόμη θρομβώσεις της σπληνικής φλέβας ή παθήσεις του σπληνός μπορούν να προκαλέσουν κίρσους του οισοφάγου.

Το μοναδικό σύμπτωμα ή επιπλοκή των κίρσων του οισοφάγου είναι η αιμορραγία, η οποία όχι σπάνια είναι τόσο ραγδαία, ώστε επιφέρει το θάνατο. Το αίμα, εφ' όσον δεν έχει υποστεί την επίδραση του υδροχλωρικού οξέος του στομάχου (το υδροχλωρικό οξύ μετατρέπει την αιμοσφαιρίνη σε υδροχλωρική αιματίνη),

διατηρεί τη χροιά του φλεβικού αίματος. Με τη βοήθεια του χρώματος γίνεται εύκολη η διαφορική διάγνωση μεταξύ αιμοπτύσεως, αιματεμέσεως και αιμορραγίας κερσών οισοφάγου. Ο καθορισμός του είδους της αιμορραγίας βοηθείται και από την συνύπαρξη συμπτωμάτων κερρώσεως ήπατος.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Επειδή η αιμορραγία από τους κερσούς είναι ραγδαία θα πρέπει να ενεργήσουμε αυτώματα. Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του αρρώστου, τον ακινητοποιούμε και επειδή ο άρρωστος μόλις αντιληφθεί ότι αιμορραγεί φοβάται, έχουμε υποχρέωση να του τονώσουμε το ηθικό και να τον ενισχύσουμε ψυχικά. Αν η απώλεια αίματος είναι μεγάλη και κινδυνεύει ο πάσχοντας να παρουσιάσει ολιγαιμικό SHOCK του ανυψώνουμε τα πόδια κατά 20-30 εκ.

Φροντίζουμε για τη σύντομη μεταφορά του στο νοσηλευτικό ίδρυμα και εάν έχουμε δυνατότητα χορηγούμε αιμοστατικά παρεντερικά και του χορηγούμε πλάσμα ή υποκατάστατα σε ενδοφλέβια έγχυση αν δεν έχουμε κάτι τέτοιο πρόχειρο και επειδή πρέπει να καταπολεμήσουμε όσο μπορούμε γρηγορότερα την ολιγαιμία του, του δίνουμε φυσιολογικό ορό ή ισοόνομο διάλυμα γλυκόζης και τον διακομίζουμε με συνεχή παρεντερική χορήγηση υγρών και δίνοντας αναλγητικά ή φάρμακα που ανεβάζουν την αρτηριακή του πίεση. Παρακολουθούμε τον ασθενή κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών, διατηρούμε αθόρυβο και ήρεμο περιβάλλον του

ασθενούς , για να μειώσουμε την ανησυχία του , παρακολουθούμε το χρώμα των κενώσεων , παίρνουμε συχνά τις σφύξεις του , μετρούμε και αναγράφουμε το χαρακτήρα , το χρόνο και τη ποσότητα του αίματος που αποβάλλεται. Δεν χορηγούμε τροφή και υγρά απο το στόμα. Αντιμετωπίζουμε το έντονο συναίσθημα της δίψας με πλύση του στόματος με δροσερό νερό. Παρακολουθούμε τον πάσχοντα για συμπτώματα περιφερικής καταπληξίας , απο την απώλεια αίματος. Παρακολουθούμε τον ασθενή κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αιμορραγίας. Παρακολουθούμε το χρώμα των κενώσεων. Περιφρουρούμε την ασφάλεια του ασθενούς γιατί ο ασθενής εμφανίζει διεγέρσεις , λόγω ανοξαιμίας εγκεφάλου απο την απώλεια αίματος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας χρησιμοποιούνται αιμοστατικά , μετάγγιση αίματος και στην περίπτωση κίρρωσης , βιταμίνη Κ και C καθώς και σκευάσματα θρομβίνης.

Αν η αιμορραγία συνεχίζεται , χρησιμοποιείται ειδικός σωλήνας ταμπόν (SENIETAKEN-BIAKEMORE) , για αιμόσταση με πίεση των κερσών του οισοφάγου που αιμορραγούν. Ο σωλήνας διατηρείται για 1-2 μέρες. Με αυτόν είναι δυνατή όχι μόνο η αιμόσταση αλλά και η αναρρόφηση των πηγμάτων του αίματος μέσα στο στομάχι.

Χειρουργικά οι κίρσοι του οισοφάγου αντιμετωπίζονται με αναστόμωση της πυλαίας.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΣ

Οι κίρσοειδεις διαστολές των φλεβών του δακτυλίου και της πύλων από αυτόν μορφές του απευθυσμένου ονομάζονται αιμορροΐδες. Οι κίρσοι λοιπόν του πρωκτού καλούνται αιμορροΐδες. Οι αιμορροΐδες εμφανίζονται κυρίως μεταξύ 30ου και 40ου έτους της ηλικίας.

Τα καθιστικά επαγγέλματα, η δυσκοιλιότητα, η κύηση, οι παθήσεις του ήπατος (κίρρωση) ευνοούν την εμφάνισή τους, γιατί στις παραπάνω καταστάσεις εξ αιτίας της πίεσης της πύλων πάνω στις φλέβες, δημιουργείται δυσκολία στη φλεβική κυκλοφορία, κυρίως στην επιστροφή του αίματος από το περίναιο.

Στο μηχανικό όμως παράγοντα της δύσκολης φλεβικής κυκλοφορίας προστίθεται και η αλλοίωση του τοιχώματος της φλέβας, που οφείλεται σε τοπική φλεγμονή γενικότερα ή σε σύνδρομο που χαρακτηρίζει πραγματικό κίρσο έδαφος όπως συμβαίνει στους παχύσαρκους, τους αρθριτικούς κ.λ.π. Οι αλλοιώσεις των αγγείων είναι μικρές σφαιροειδής ή ατρακτοειδής ή οφιοειδής διατάσεις των μικρών φλεβικών κλάδων του πρωκτού ή του απευθυσμένου.

Οι μικρές φλεβικές διαστολές αυξάνουν σε όγκο, συνενώνονται μεταξύ τους σε μικρές μάζες και σχηματίζουν τις λεγόμενες εσωτερικές αιμορροΐδες. Από το σημείο αυτό, αν οι φλεβικές αλλοιώσεις προχωρήσουν προς τα κάτω, με κατεύθυνση τους αρχικούς κλάδους της κάτω αιμορροϊδικής φλέβας, σχηματίζονται οι εξωτερικές αιμορροΐδες.

Όσοι υποφέρουν απο αιμορροΐδες , παρουσιάζουν δυσκολία για αποπάτηση , αίσθημα βάρους στο δακτύλιο , πολλές φορές κνησμός , καύσωνα , χαρακτηριστική αιμορραγία που ακολουθεί την κένωση , ορατούς έξω απο τον πρωκτό ή ψηλαφητούς μέσα στον ορθό αιμορροϊδικούς κόζου και τέλος ανώμαλο ψυχισμό.

Η αιμορραγία είναι το πρώτο σύμπτωμα στις περισσότερες απο τις περιπτώσεις. Ερχεται στο τέλος της αφοδεύσεως και το αίμα είναι ζωηρού ερυθρού χρώματος και παρουσιάζεται πάνω στα κόπρανα.

Οι μικρές και συχνές αιμορραγίες στις αιμορροΐδες προκαλούν την εμφάνιση χρόνιας μεθαιμορραγικής αναιμίας.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Όταν κάποιος μας ζητήσει βοήθεια , γιατί κατά την αφοδεύση έχει ισχυρή αιμορραγία , θα τον καλέσουμε να σηκωθεί απο την τουαλέτα και να σφίξει δυνατά τους γλουτούς για να σταματήσει η αιμορραγία. Η αιμορραγία που είχε προέρχονταν απο τις αιμορροΐδες του .Μια απο αυτές έσπασε καθώς προσπαθούσε , πιέζοντας να αφοδεύσει. Μετά πρέπει να τον βάλουμε να ξαπλώσει. Πιέζουμε με ένα καθαρό μαντήλι πάνω στο πρωκτό. Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη , εφαρμόζουμε επιπωματισμό τοπικά στον πρωκτό. Μετά ο ασθενής θα πρέπει να μεταφερθεί στο νοσηλευτικό ίδρυμα για παραπέρα θεραπεία.

Οι επιπλοκές των αιμορροϊδων είναι:

1. Ρήξη των ανευρισμένων φλεβών με αποτέλεσμα την αιμορραγία
2. Περισφυξη των αιμορροϊδων απο τον έξω σφυγιτήρα στην περι-
πτωση προσπώσεως τους.
3. Φλεγμονή και θρόμβωση των αιμορροϊδων.
4. Περιεδρικά αποστήματα.

Η θεραπεία των αιμορροϊδων είναι συντηρητική και χειρουργική.
Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει είτε την εκτομή των αι-
μορροϊδων δζων είτε τον περιβρογχιισμό τους , με τον οποιο η
αιμορροϊδα νεκρώνεται και πέφτει.

ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Εκτός απο λειτουργικές διαταραχές του εγκεφάλου και τα κατά-
γματα του κρανίου , οι κακώσεις της κεφαλής , μπορούν να προκα-
λέσουν και ανατομικές καταστροφές στον εγκέφαλο. Ο εγκέφαλος
θα παρουσιάσει βλάβες , στο σημειο που θα ενεργήσει η βία ή
στο αντίθετο μέρος (βλάβες εξ αντιπλήξεως).

Οι βλάβες αυτές αφορούν τις περισσότερες φορές το φλοιό του
εγκεφάλου και μπορεί να είναι απο απλή βλάβη μέχρι ρήξη του
εγκεφαλικού ιστού. Αν ο άρρωστος επιζήσει , ο κατεστραμμένος ι-
στός απορροφάται και στη θέση του σχηματίζεται ουλή ή κύστη.

Μια κάκωση όμως μπορεί να προκαλέσει και βλάβη στους μηνιγγες
του εγκεφάλου που παρουσιάζεται σαν ενδοκρανιακή αιμορραγία
απο τη ρήξη των μηνιγγικών αγγείων.

Ανάλογα με το που θα συγκεντρωθεί το αίμα στην αιμορραγία αυτή διακρίνεται:

1. Επισκληρίδια: Το αίμα βρίσκεται μεταξύ της σκληρής μήνιγγας και του περιόστεου.
2. Υποσκληρίδια: Το αίμα βρίσκεται μεταξύ της σκληρής και αραχνοειδούς μήνιγγας.
3. Υπαραχνοειδής: Το αίμα βρίσκεται μεταξύ της αραχνοειδούς και χοριοειδούς μήνιγγας.
4. Εγχεφαλική: Στην αιμορραγία αυτή το αίμα βρίσκεται σε μικρές εστίες μέσα στην εγχεφαλική ουσία.
5. Ενδοκοιλιακή: Το αίμα βρίσκεται μέσα σε κάποια κοιλία του εγκεφάλου από ρήξη του χοριοειδούς πλέγματος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Όσο στην επισκληρίδια όσο και στην υποσκληρίδια αιμορραγία το αίμα σχηματίζει αιμάτωμα και όλη η κλινική συμπτωματολογία είναι από την πίεση που εξασκεί το αιμάτωμα στον εγκέφαλο. Τα οξέα αιματώματα δημιουργούνται την βία στιγμή της κάκωσης και είναι συχνή αιτία θανάτου. Αντίθετα τα χρόνια αιματώματα απαιτούν ορισμένο χρονικό διάστημα για να παρουσιάσουν την συμπτωματολογία τους.

Στο ιστορικό του ασθενή αναφέρεται μετά την κάκωση απώλεια της συνείδησης για μικρό χρονικό διάστημα και μετά από αυτή η φωτεινή περίοδος χωρίς κανένα ενδόχλημα. Μετά δηλαδή την επάνοδο της συνείδησης, δηλαδή την αποδρομή της εγχεφαλικής διάσεισης, ο άρρωστος δεν παρουσιάζει κανένα ενδόχλημα. Το ε-

λεύθερο αυτό διάστημα ποικίλλει , για μεν τα επιοκληρίδια αιματώματα απο λίγα λεπτά μέχρι μια εβδομάδα , ενώ για τα υποοκληρίδια μπορεί να διαρκέσει μήνες .

Η φωτεινή περίοδος διακόπτεται απο μια σειρά συμπτωμάτων όπως πονοκέφαλοι , έμετοι και κύρια προοδευτική απώλεια της συνείδησης , που καταλήγει σε κώμα . Συχνά υπάρχουν και ορισμένα εστιακά κλινικά σημεία τα οποια θα βοηθήσουν το χειρουργο στο να εντοπίσει τη βλάβη για την εγχείρηση που πρέπει να ακολουθήσει αμέσως .

Αυτά είναι :

1. Ανισοκορία. Η μια κόρη του οφθαλμού είναι πιο διασταλμένη απο την άλλη . Η κάκωση αντίστοιχελ στην πλευρά της κόρης που έχει διαστολή .
2. Επιληπτοειδεις σπασμοί. Λέγονται και σπασμοί τύπου Τζάκσον .
3. Ετερόπλευρος μυϊκή εξασθένη. Παρουσιάζεται σαν ετερόπλευρος της βλάβης ημιπληγία .

Η ακριβής εντόπιση του εγκεφαλικού αιματώματος γίνεται με την αρτηριογραφία του εγκεφάλου . Αυτή γίνεται με ένεση σκευάσματος μέσα στην καρωτίδα .

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία είναι χειρουργική και επείγουσα .

Γίνεται κρανιοανάρτηση , αφαίρεση του αιματώματος και σταμάτημα της αιμορραγίας . Χρογηούνται αντιβιοτικά για τη μόλυνση καθώς και κορτιζόνη για το οίδημα . Επίσης δίνονται νευροπληγικά φάρμακα που ενεργούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα σαν

κατευναστικά. Όταν ο άρρωστος έχει πέσει σε κώμα η εγχείρηση γίνεται με τοπική αναισθησία , με την παρουσία όμως του αναισθησιολόγου για να φροντίζει την αναπνοή του αρρώστου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις διακρίνονται σε άμεσες και απότερες.

Στις άμεσες επιπλοκές είναι η μηνιγγίτιδα.

Στα επιπλεγμένα κατάγματα κρανίου που επεκλώνουν προς τα έξω , απευθείας, δια του τραύματος ή δια μέσω της ρινικής κοιλότητας ή του ακουστικού πόρου , μπορεί να συμβεί μόλυνση των μηνιγγων.

Η μηνιγγίτιδα διαγνώσκεται με οσφυονωτιαία παρακέντηση. Η θεραπεία της είναι η γενική αντιβίωση.

Άλλη επιπλοκή είναι η υπερπυρεξία. Είναι σοβαρή επιπλοκή και χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Συμβαίνει σε βλάβη του θερμορυθμιστικού κέντρου του εγκεφάλου , η δε θερμοκρασία ανεβαίνει στους 40-41 βαθμούς Κελσίου.

Στις απότερες επιπλοκές είναι:

α. Το μεταδισσειλικό σύνδρομο.

β. Η μετατραυματική επιληψία.

γ. Η μετατραυματική άνοια.

Μετά την υποχώρηση της απώλειας της συνείδησης μέσω διαδοχικών σταδίων διανοητικής σύγχυσης , που χαρακτηρίζει την οξεία φάση στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις , μένει στον τραυματία πολύ συχνά μια σειρά διαταραχών με τα εξής συμπτώματα:

πονοκέφαλος συνεχής και έντονος που δυναμώνει μετά απο κούραση ή συγκίνηση , ζάλη που γίνεται πιο έντονη στην αλλαγή θέσης , εμβοές στ' αυτιά , εύκολη κόπωση , σωματική και πνευματική , εικνευρισμός και έλλειψη αυτοπεποίθησης. Ο άρρωστος πιστεύει ότι δε θα γίνει ποτέ καλά. Ολα αυτά αποτελούν το μεταδιασεισικό σύνδρομο.

Σ' ένα ποσοστό 3-5% στις κλειστές κακώσεις της κεφαλής και 40% σε ανοικτές κακώσεις εμφανίζεται η μετατραυματική επιληψία. Οι επιληπτικές κρίσεις έχουν τη μορφή μεγάλης επιληψίας ή τη μορφή επιληψίας τύπου Τζάκσον. Εμφανίζονται μέσα σε λίγες εβδομαδες απο την κάκωση αλλά και μέσα σε μήνες ή και χρόνια.

Για τη θεραπεία αυτή της μετατραυματικής επιληψίας μερικές φορές γίνεται χειρουργική επέμβαση και αφαιρείται η επιληπογόνα εστία του φλοιού του εγκεφάλου.

Η μετατραυματική άνοια είναι μια σπάνια εξέλιξη των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Παρατηρείται συνήθως σε ηλικιωμένα άτομα , λόγω των αρτηριοσκληρωτικών αλλοιώσεων που έχουν τα αγγεία , οπότε δε γίνεται καλή αιμάτωση στον εγκέφαλο. Μια κάκωση ή πολλές μικρές κακώσεις επιταχύνουν την εξέλιξη.

Τα συμπτώματα στη κατάσταση αυτή είναι η εξασθένηση της μνήμης και της ικανότητας συγκεντρώσεως , έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλιών , μείωση ή απώλεια της ικανότητας της κρίσης , οι άρρωστοι δεν έχουν αναστολές και ενεργούν με ενστικτώδη τρόπο.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Οι πρώτες βοήθειές μας σε περίπτωση ενδοκρανιακής αιμορραγίας θα συγκεντρωθούν στην έγκαιρη μεταφορά του αρρώστου σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα , με ιδιαίτερη προσοχή στο κεφάλι του αρρώστου που πρέπει να ακινητοποιηθεί έτσι ώστε στη μεταφορά του να μη κουνηθεί καθόλου.

S H O C K

Το SHOCK , έννοια ταυτόσημη με την περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια , χαρακτηρίζεται από αιφνίδια ελάττωση της κυκλοφορίας στους ιστούς ολόκληρου του σώματος με συνέπεια την ανεπαρκή οξυγόνωση τους .

Το SHOCK , το λεγόμενο ολιγαϊμικό , οφείλεται σε απώλεια αίματος , πλάσματος ή υγρών γενικά . Γι' αυτό σε περίπτωση αιμορραγίας οι πρώτες βοήθειες μας θα πρέπει να δοθούν με ψυχραιμία αποφεύγοντας βίαιες και βιαστικές κινήσεις . Το SHOCK εγκαθίσταται απότομα, χωρίς προειδοποιητικά σημεία, γι' αυτό το λόγο σε κάθε απώλεια αίματος θα πρέπει να υποπτευόμαστε την εμφάνιση του SHOCK που εύκολα μπορεί να εμφανισθεί σε μια μεγάλη αιμορραγία που αργεί να αντιμετωπισθεί .

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο ασθενής είναι άλλοτε απαθής και άλλοτε ανήσυχος και συνήθως υπάρχει έντονη δίψα και ξηρότητα του στόματος . Το δέρμα του είναι ωχρό , υγρό και ψυχρό και περιλούεται από ιδρώτα , συχνά υπάρχει υποθερμία . Ο σφυγμός είναι μικρός

και συχνός (ταχυσφυγμια) και δυσκολα ψηλαφείται , ενώ η αναπνοή είναι συχνή (ταχύπνοια) και επιπόλαιη. Η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή συνήθως κάτω απο 80 mmHG.

Το SHOCK αποτελεί κατά κανόνα βαριά κατάσταση γιατί προκαλεί ανεπαρκή τροφοδοσία με αίμα στα διάφορα όργανα του σώματος με αποτέλεσμα να μην μπορούν αυτά να λειτουργήσουν. Ζωτικά όργανα του σώματος όπως η καρδιά , ο εγκέφαλος , οι νεφροί μπορούν να υποστούν σοβαρή βλάβη μέσα σε βραχύ χρονικό διάστημα. Γι' αυτό το λόγο το SHOCK αποτελεί μια κατάσταση που απειλεί άμεσα τη ζωή του πάσχοντα και αποκτελ άμεση φροντίδα.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Το SHOCK απαιτεί άμεση δράση , για να μην χειροτερεύσει, γιατί τότε και η καλύτερη ιατρική φροντίδα πιθανόν να μην μπορέσει να το ανατάξει.

Το δυσάρεστο στις περιπτώσεις αυτές είναι ότι το SHOCK δεν αναγνωρίζεται εύκολα, ακόμα και όταν τα συμπτώματά τους είναι τέτοια που να απειλούν τη ζωή του πάσχοντα. Μικρή ανησυχία του αρρώστου , ελαφρά εφίδρωση , εύξηση του αριθμού των σφύξεων και των αναπνοών , ωχρά χέλη και ψυχρά άκρα αποτελούν μερικά απο τα κύρια στοιχεία ενός αρχόμενου SHOCK. Πάντως όλα τα άτομα με SHOCK ή υπόνοια SHOCK απαιτούν ιατρική φροντίδα όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Καμιά φορά γίνεται έναρξη της θεραπείας ακόμα και σε απλή υπόνοια.

Πρωταρχικός σκοπός μας είναι να εξασφαλίσουμε ικανοποιητική αιμάτωση στον εγκέφαλο και την καρδιά.

Εάν ο ασθενής μας δεν παρουσιάζει κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ή τραύματα στο θώρακα, τοποθετείται σε κατάρροπη θέση με ανυψωμένα τα πόδια. Με αυτό επιδιώκουμε την επάνοδο στην κυκλοφορία του αίματος που λιμνάζει στα πόδια.

Φροντίζουμε για την αναπλήρωση αίματος με χορήγηση αίματος, πλάσματος, σακχαρούχων ή φυσιολογικών ορών ή υποκατάστατα του πλάσματος. Μια άλλη φροντίδα μας είναι η διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας του αρρώστου. Για το σκοπό αυτό σκεπάζουμε με κουβέρτες τον άρρωστο και στην ανάγκη χρησιμοποιούμε θερμοφύρες, οι οποίες όμως δεν πρέπει να έλθουν σε επαφή με το δέρμα γιατί είναι δυνατόν να προκαλέσουν εγκαύματα.

Η χορήγηση υγρών από το στόμα στον τόπο του ατυχήματος γίνεται μόνο όταν δεν υπάρχει απώλεια της συνείδησης και κακώσεις στην κοιλιακή χώρα.

Σ' όλη τη διάρκεια της προσφοράς των πρώτων βοηθειών δεν πρέπει να ξεχνάμε να ενθαρρύνουμε τον ασθενή όσο διατηρεί την επαφή του μαζί μας, να τονώσουμε το ηθικό του ενώ η διακομιδή του δεν πρέπει να αργοπορήσει.

Σκοπός μας λοιπόν, όταν έχουμε μια αιμορραγία είναι να την σταματήσουμε όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, μπορούμε χωρίς να χάσουμε άσκοπα χρόνο, γιατί μπορεί εύκολα να εμφανισθεί αλλά δύσκολα να αναταχθεί.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΗΞΗ ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΥ ΚΥΗΜΑΤΟΣ

Συνήθως η εξωμήτρια κύηση γίνεται αντιληπτή όταν επέλθει η ρήξη και η ασθενής καταληφθεί από έντονο άλγος κατά το ένα ή το άλλο υπογάστριο και με λιποθυμία λόγω εσωτερικής αιμορραγίας . Η αρτηριακή πίεση κατέρχεται , ο σφυγμός γίνεται ταχύς και λεπτός και το SHOCK εγκαθίσταται κατά τρόπο θορυβώδη . Εάν η ασθενής δεν διακομισθεί εγκαίρως ή καθυστερήσει η εγχείρηση , ο θάνατος επικρατεί .

Διαγνωστικά προβαίνουμε σε παρακέντηση δια του οπισθίου θόλου του κόλπου οπότε εξέρχεται αίμα με μικρούς θρόμβους , άλλη μέθοδος είναι η κοιλιοσκοπία . Δι' αυτής αποκαλύπτεται αιμορραγία στην περιτοναϊκή κοιλότητα . Μόλις διαγνωσθεί η ρήξη της εξωμητρίου επιβάλλεται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση δια της οποίας θα απολινωθεί η σάλπιγγα με τα αιμορραγούντα αγγεία , θα εκταμεί το κατεστραμμένο τμήμα και θα αφαιρεθούν οι θρόμβοι του αίματος . Συνήθως η γενική κατάσταση της ασθενούς αποκαθίσταται ταχέως . Συχνά απαιτείται μετάγγιση αίματος .

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

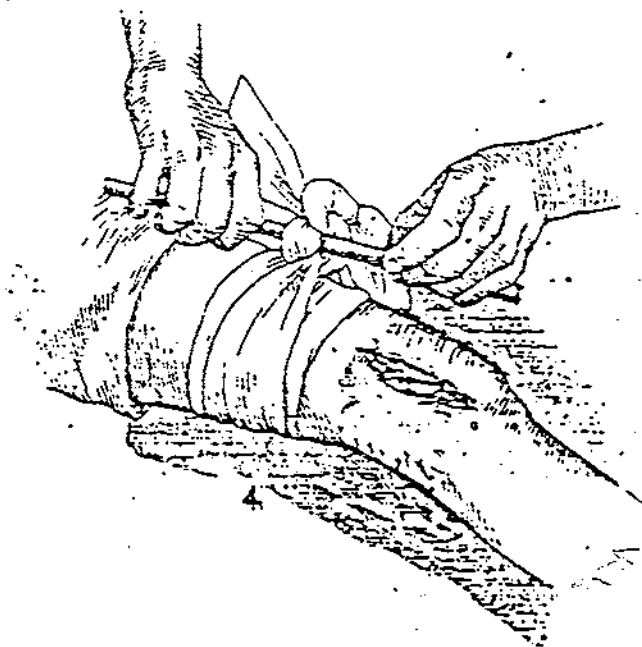
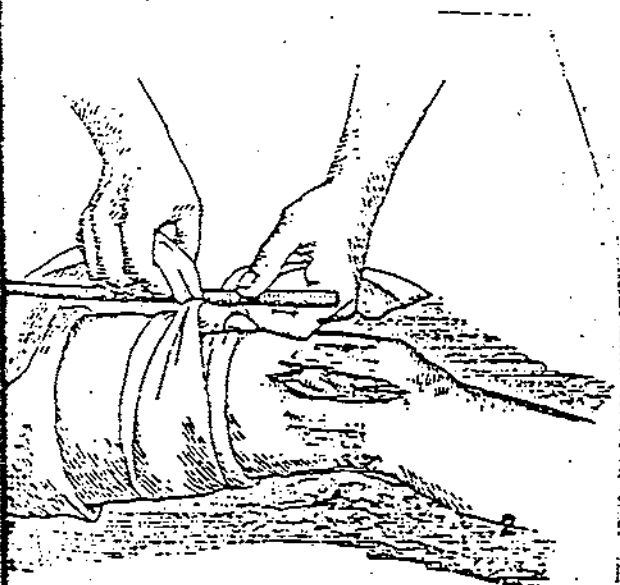
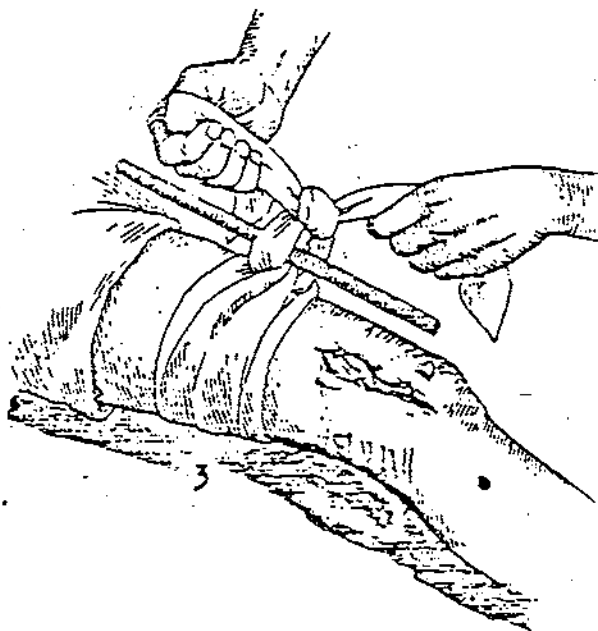
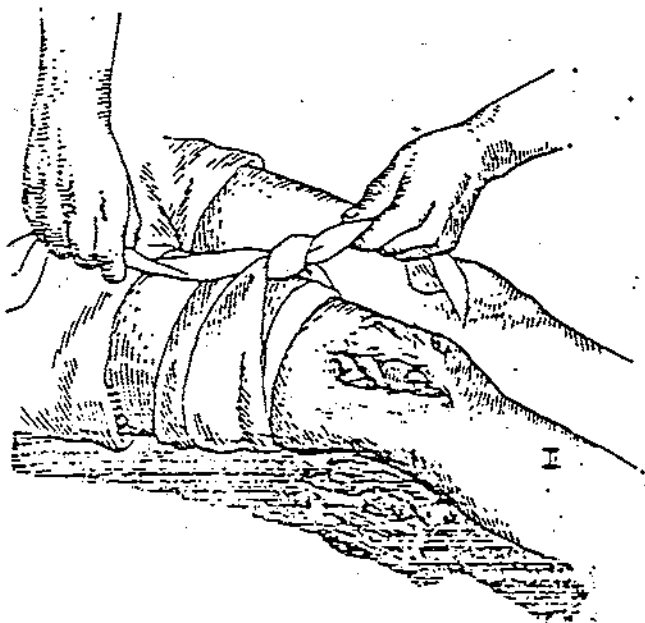
ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

Βασικό μας μέλη σε κάθε αιμορραγία είναι να την σταματήσουμε όσο πιο έγκαιρα μπορούμε και αμέσως να αποκαταστήσουμε τον όγκο του αίματος και ύστερα τα έμμορφα στοιχεία του . Ετσι , πρώτα-πρώτα φροντίζουμε να σταματήσουμε τη ροή του αίματος , έξω απο τα αγγεία , δεύτερο να δώσουμε υγρά απο το στόμα ή ορούς για να αποκαταστήσουμε τον όγκο του ενδαγγειακού υγρού . Και τρίτον να κάνουμε μεταγγίσεις σε αίμα και να χορηγήσουμε αιμοποιητικά φάρμακα (σιδηρο , βιταμίνες B₁₂ κ.λ.π) .

Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε πως , οι ουσιαστικές πρώτες βοήθειες σε μια αιμορραγία αποσκοπούν στο σταμάτημά της , που διακρίνεται σε προσωρινό και μόνιμο . Βέβαια , για τις μικρές αιμορραγίες κι όταν αυτές επιουμβαίνουν σε άτομα δίχως άλλη παθολογική προηγούμενη κατάσταση που να σχετίζεται με την πήξη του αίματος , δεν υπάρχει ουσιαστικό πρόβλημα , αφού οι πρώτες βοήθειες που αποσκοπούν σε προσωρινό σταμάτημα επιφέρουν και το μόνιμο , ενώ αιμορραγίες απο μεγάλα αγγειακά στελέχη απαιτούν σε δεύτερο χρόνο και συρραφή ή χειρουργική απολ-
νωση .

ΙΣΧΑΙΜΗ ΠΕΡΙΔΕΣΗ



Η ουσιαστική μας πρώτη βοήθεια σ' οποιαδήποτε αιμορραγία είναι η εφαρμογή ίσχαιμης περίδεσης που σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντικατασταθεί με ίσχαιμη πίεση που μπορεί να εφαρμοσθεί ακόμα και με τα χέρια μας, όπως θα δούμε παρακάτω. Η ίσχαιμη αυτή περίδεση μπορεί να πραγματοποιηθεί ή με τον κλασσικό ελαστικό επίδεσμο ή με οποιοδήποτε επίδεσμο ή με ένα μαντήλι, ένα κομμάτι ύφασμα, ζώνες, βούρλα, φλίδες από φλοιούς από δέντρα κ.λ.π.

Η ίσχαιμη περίδεση εφαρμόζεται κεντρικά, όταν πρόκειται για αρτηριακές αιμορραγίες, ή περιφερικά, όταν πρόκειται για φλεβικές, ενώ στις τριχοειδικές εφαρμόζεται επάνω τους· οι τελευταίες σταματούνε σύντομα έτσι, που να μη δημιουργούν κανένα ουσιαστικό πρόβλημα.

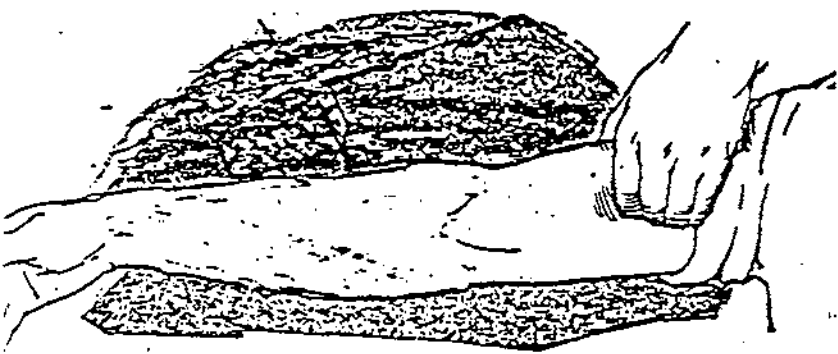
Σε περιπτώσεις που η αιμορραγία είναι μεγάλη και πιστεύουμε πως ο ασθενής θα αργήσει να φτάσει σε οργανωμένο κέντρο για χειρουργική ραφή ή απολίνωση και έχουμε εφαρμόσει ίσχαιμη περίδεση, πρέπει στη διακομιδή να ανοίγουμε για λίγο την ίσχαιμη περίδεση, με μεσοδιαστήματα 1-2 ωρών· αυτό διευκολύνει την περιοδική αιμάτωση της περιοχής και αποτρέπει τη πλθα-

νότητα να δημιουργηθεί γάγγραινα στο άκρο.*

* για την περίπτωση αυτή, είναι πολύ καλά να περι-
δένουμε μαζί (στον ίδιο επίδεσμο) και ένα κομμάτι
ξύλο, και χωρίς να δέσουμε σφιχτά τον επίδεσμο, να
τον σφίξουμε με στροφές του ξύλου, σαν κοχλία.
Έτσι, στη διακομιδή, μπορούμε να γυρνάμε, οπότε
χρειάζεται, ανάποδα 2-3 φορές το ξύλο, να ανοίγει η
ίσχαιμη περίδεση και στη συνέχεια, γυρνώντας το
ξύλο αντίστροφα, να ξανασφίγγει η ίσχαιμη περίδεση.
Με τον τρόπο αυτό, αποφεύγουμε κάθε πιθανή αστοχία
ή επικίνδυνο οριστικό λύσιμο του επιδέσμου, που μπο-
ρούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

Αν πάλι η ίσχαιμη περίδεση είναι αδύνατη, από
την περιοχή που βρίσκεται το αγγείο που αιμορραγεί
(ας πούμε στην κοιλιά), τότε αυτοσχεδιάζουμε υποχρεω-
τικά στην εφαρμογή ίσχαιμης πίεσης στην περιοχή της
αιμορραγίας, μέχρι να φθάσει ο άρρωστος στο χειρουργ-
γείο. Έτσι, σε αιμορραγία :

- της κοιλιακής αορτής : πλέζουμε με την γροθιά
μας λίγο αριστερά της
λευκής γραμμής στην κοι-
λιά, πιο κάτω από το πλευ-
ρικό τόξο και με τον άρ-
ρωστο ξαπλωμένο ανάσκε-
λα, οπωσδήποτε σε σκληρό
δάπεδο, για να προβάλλε-



Πέση βραχιονίου αρτηρίας



Πέση καρωτίδος



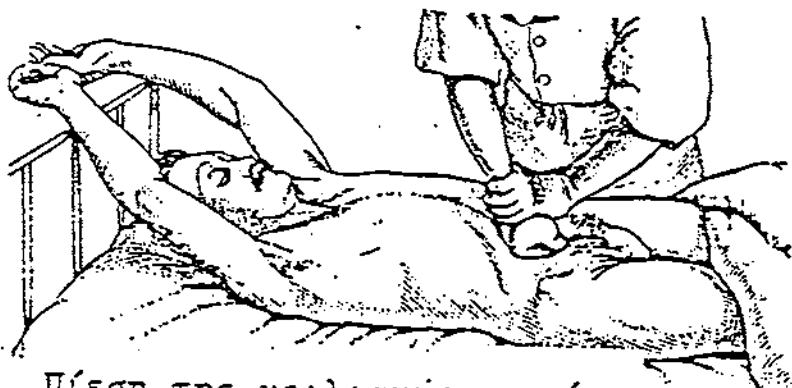
Πέση υποκλειθίου αρτηρίας



Πέση μασχάλιας αρτηρίας



Πέση της μηριαίας αρτηρίας.



Πέση της κοιλιακής αορτής

ται αντίσταση στην πίεσή μας.

- των έσω λαγονίων : (δεξιάς ή αριστερής πλευράς το ίδιο) : όπως και παραπάνω, εφαρμόζοντας την πίεση στο ύψος του ομφαλού.
- της μηριαίας : πιέζουμε σύστοιχα με τον αντίχειρά μας πάνω στο ηβικό οστό (προς τα μέσα και στο βάθος έτσι, που να συμπιέσθει η μηριαία ανάμεσα στο ηβικό οστό και στον αντίχειρά μας).
- της υποκλείδιας : πιέζουμε με τον αντίχειρα πάνω στην πρώτη πλευρά (σύστοιχα πάντα), στο μέρος κάτω από την κλείδα.
- της βραχιόνιας : πιέζουμε σε κύκλο με τα δυο μας χέρια (ο αντίχειρας ο ένας απέναντι από τον άλλον και τα δάκτυλα το ίδιο), τον βραχίονα, συνθλίβοντας τα μαλακά μορια πάνω στο βραχιόνιο οστό.
- της καρωτίδας : πιάνουμε τα αγγεία μαζί με το χείλος του σύστοι-

χου στερνοκλειδομαστο-
ειδή μυ και τα πιέζουμε
προς το βάθος, προς τις
εγκάρσιες απόφύσεις των
σπονδύλων της αυχενικής
μοίρας της σπονδυλικής
στήλης.

Παραπλήσια με τα παραπάνω ενεργούμε και σ' οποια-
δήποτε άλλη περίπτωση, ενώ στο παρακάτω σχήμα δείχνου-
με τα σημεία διαδρομής για τα μεγάλα αγγεία που έχου-
με στο σώμα, κι εκεί που πρέπει να ασκούμε αιμοστατι-
κά πιέσεις.

καρωτίδα

βραχιόνια

αορτή κοιλιάς

μηριαία

-Σημεία για αιμόσταση στη διαδρομή των βασικών
αγγείων.

Μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας φροντίζουμε
για την γενική κατάσταση του τραυματία. Τοποθετούμε
τα πόδια του ψηλότερα απο το υπόλοιπο σώμα, τον σκε-
πάζουμε για να ζεσταθεί, τονώνουμε το ηθικό, χορηγού-
με υγρά από το στόμα και παρεντερικώς για να αναπλη-
ρώσουμε κατά το δυνατόν την απώλεια του αίματος και

μεριμνούμε για την σύντομη και ασφαλή μεταφορά του.

Εκτός απο τις περιπτώσεις των εξωτερικών αιμορραγιών έχουμε πολλές φορές εσωτερικές αιμορραγίες που δυνατόν να οφείλονται σε διάφορα αίτια, π.χ. πτώσεις απο ύψος, τροχαία ατυχήματα κ.λ.π. Σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζεται ακατάσχετη εσωτερική αιμορραγία και ο τραυματίας πεθαίνει πριν προλάβουμε να προσφέρουμε βοήθεια. Σε άλλες ελαφρότερες περιπτώσεις που δεν έχουμε εμφανή σημεία αιμορραγίας θα βασισθούμε στη διάγνυσή μας ότι πρόκειται για εσωτερική αιμορραγία απο τη γενική κατάσταση που παρουσιάζει ο τραυματίας και απο ορισμένα, ενδεικτικά συμπτώματα που είναι δυνατόν να είναι :

- α) Αφρώδες κόκκινο αίμα απο το στόμα που βγαίνει με βήχα.
- β) Έμετος με αίμα
- γ) Κόπρανα με αίμα
- δ) Αιματοουρία.

Στον πάσχοντα που παρουσιάζει εσωτερική αιμορραγία δεν χορηγούμε υγρά απο το στόμα και φροντίζουμε να μεταφερθεί γρήγορα στο νοσοκομείο ξαπλωμένος ανάσκελα με ανυψωμένα τα πόδια περιπου 30 εκ.μ. _Εάν έχει απώλεια των αισθήσεων, κάνει εμετό ή έχει αίμα στη στοματική κοιλότητα τότε η μεταφορά του γίνεται σε πλαγία θέση ώστε να μπορεί να αποβάλλει τις εκκρίσεις απο το στόμα και να αναπνέει ελεύθερα.

1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

ΚΑΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΣΕ

ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο Α Σ Θ Ε Ν Η

Ο Γ.Π. ετών 64 εισέρχεται στις Πρώτες Βοήθειες αναφέροντας πως παρουσίασε δύο κενώσεις χρώματος μαύρου (μέλαινες) δύσοσμες. Εκτος απο τις μέλαινες κενώσεις αναφέρει αδυναμίας, εντονο αίσθημα δίψας και τάση για λιποθυμία. Μετά απο λίγη ώρα παρουσίασε εμετο χρώματος σικοτεινού ερυθρού.

Ο Γ.Π. προ ενός έτους παρουσίασε γαστρίτιδα και νοσηλεύτηκε στο Νοσοκομείο ακολουθώντας συντηρητική αγωγή. Μετά την έξοδο του απο το Νοσοκομείο συνέχισε την συντηρητική αγωγή που του δόθηκε απο τον θεράποντα γιατρό και αναφέρει πως δεν παρουσίασε κάποιο σοβαρό ενδόχλημα. Εχει διακρίψει το κάπνισμα προ 6 μηνών και δεν πίνει αλκοόλ. Το διαιτολόγιό του ήταν σύμφωνο με τις οδηγίες του θεράποντα γιατρού. Δεν είχε στο παρελθόν κάποιο άλλο πρόβλημα (καρδιολογικό κ.λ.π). Αναφέρει πως είναι αγχώδη άτομο.

Τις τελευταίες μέρες ένιωσε κάποια αδιαθεσία και πήρε ασπιρίνη. Μετά την λήψη της ασπιρίνης παρουσίασε τα παραπάνω συμπτώματα για τα οποία εισήλθε στις Πρώτες Βοήθειες.

Η αντιμετώπιση του ασθενούς στις Πρώτες Βοήθειες ήταν χορήγηση ορού Δ/W 5% 1000CC. Έκανε α/α κοιλίας σε όρθια θέση και σύμφωνα με την εκτίμηση της κατάστασής του απο τους γιατρούς μεταφέρθηκε στη Χειρ/ική Κλινική για να νοσηλευτεί.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ | ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|--|--|--|------------|
| -Αιματέμεση (εμετος χρώματος σκούρου κόκκινου που περιέχει υπολείμματα τροφών) | -Αποφυγή πνιγμού -Ακινησία του ασθενή -Ελάττωση αιμορραγίας -Ενυδάτωση του ασθενή ενδοφλεβίως | -Τοποθέτηση του πάσχοντα σε ύπτια θέση με λυγισμένα τα πόδια και το κεφάλι γυρισμένο πλαγίως για να μπορεί να αποβάλλει τα εμέσματα. -Συνιστούμε απόλυτη ακινησία και τοποθετούμε στο επιγάστριο παγοκύστη για μείωση αιμορραγίας. -Ανυψούμε τα πόδια κατά 20-30εκ. μ. προς αποφυγή ολιγαυμικού SHOCK. -Αποφυγή λήψης τροφής και υγρών απο το στόμα. -Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα EWALD και πλύση του στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσπασής και αφαίρεση θρόμβων απο το στομάχι. | |

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Αιματέμεση

-Λήψη και αναγραφή ζω-
τικών σημείων σε συχνά
χρονικά διαστήματα.

-Μέτρηση και αναγραφή του
χαρακτήρα , του χρόνου
και της ποσότητας των
εμέτων.

-Περιποίηση της στοματικής
κοιλότητας μετά τον εμε-
το.

-Διατήρηση ανοικτής φλέβας
για ενυδάτωση του ασθενή
και μετάγγιση.

-Παρακολούθηση του χρώμα-
τος των κενώσεων.

-Κατόπιν εντολής Ιατρού
δίνεται σιρόπι MAALOX.

-Χορήγηση DEXTROSE 5%
εμπλουτισμένο με δύο α-
μπούλες Καλίου και 2 α-
μπούλες Νατρίου κατόπιν
εντολής Ιατρού , καθώς
και 1000CC NACC 0,9%.

-Περιορισμ
των εμετω

-Φυσιολογι
ζωτικά ση
μεία.

-Ισοζύγιο
υγρών κα-
νονικό.

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ | ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|--------------------------|
| -Συμπτώματα αιμορραγίας (Πτώση αρτηριακής πίεσης, ταχυσφυγμία, ωχρότης, θόλωση της διόνοιας SHOCK) | -Αύξηση του όγκου του αίματος -Ανακούφιση από τα συμπτώματα | -Συνεχής παρακολούθηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης του αίματος για να επιτηρηθεί πόσο αίμα χάνει ο άρρωστος. -Χορήγηση αίματος και υποκαταστατών του (πλάσμα, δεξτράνη, ορός) -Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή κατά τη χορήγηση αίματος για τυχόν εμφάνιση αντιδράσεων. -Τονώνουμε και ενισχύουμε το ηθικό του ασθενή ο οποίος είναι τρομοκρατημένος. -Χορήγηση κατευναστικών για μείωση της αγωνίας και του άγχους. -Τοποθέτηση κυστικού καθετήρα FOLEY για τον έλεγχο της διουρήσεως. -Σκεπάζουμε με κουβέρτες τον άρρωστο για τη διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας. -Διατηρούμε ελεύθερες τις αναπνευστικές οδούς και υποβοηθούμε την αναπνοή ασθενή. | |

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ | ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|----------------------------|---------------------------|---|---|
| -Συμπτώματα αιμορραγίας | | -Μέτρηση και αναγραφή του χαρακτήρα, του χρόνου και της ποσότητας του αίματος που αποβάλλεται. -Χορήγηση αιμοστατικών φαρμάκων. -Αντιμετώπιση του έντονου αισθήματος της δίψας με πλύση του στόματος με δροσερό νερό. -Περιορισμός των κινήσεων του ασθενή | -Αποκατάσταση του όγκου κατόπιν με- τάγγισης. -Φυσιολογικά ζωτικά ση- μεία. -Ανακούφιση απο τα συμπτώματα. |

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

-Μέλαινα κένωση και μετεωρισμός κοιλίας.

-Παύση της αιμορραγίας ώστε να επέλθει φυσιολογική κένωση.
-Ανακούφιση του ασθενή.

-Παρακολούθηση των κενώσεων ως προς τον αριθμό, την οσμή, το χρώμα και καταγραφή αυτών.

-Αποφυγή λήψης τροφής και υγρών από το στόμα.

-Παρεντερική χορήγηση υγρών.

-Ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια. Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο για την αποβολή των αερίων. Τοποθέτηση θερμοφώρας στο επιγάστριο, η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή των αερίων.

-Μικρός υποκλυσιμός με υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου 15-20% για αύξηση της περισταλτικότητας του εντέρου και βοήθεια για την αποβολή των αερίων.

-Τοπική καθαριότητα του ασθενή μετά την κένωση.

-Εξακολουθούν οι κενώσεις να είναι μέλαινες.

-Ανακούφιση του ασθενή από τον μετεωρισμό.

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ | ANAMENOMENO ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ | ΑΣΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|--|---|--|------------|
| <p>-Συνέχιση της αιμορραγίας και προετοιμασία ασθενούς για ενδοσκοπική (κολονοσκόπηση)</p> | <p>-Ενημέρωση του ασθενή για την φύση της εξέτασης που πρόκειται να υποβληθεί και συνεργασία αυτού κατά την διάρκεια της εξέτασης.</p> <p>-Σωστή προετοιμασία του ασθενή για την ενδοσκοπηση, ώστε να υπάρξουν αξιόπιστα αποτελέσματα σχετικά με την εντόπιση της αιμορραγίας</p> | <p>-Αποχή του ασθενή από τροφή 10 ώρες πριν την ενδοσκοπηση.</p> <p>-Γίνεται υποκλυσμός για εκκένωση του εντέρου την προηγούμενη από την ενδοσκοπηση μέρα καθώς και το πρωί της βίας μέρας, δύο ώρες πριν την κολοσκόπηση για να ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του εντέρου.</p> <p>-Μετά τον υποκλυσμό γίνεται έλεγχος για το αν η εκκένωση του εντέρου είναι ικανοποιητική.</p> <p>-Ενημερώνουμε τον ασθενή για τη νοσηλεία που είναι επώδυνη και πολύ δυσάρεστη και τον εμπυχνώνουμε.</p> <p>-Γίνεται τοπική καθαριότητα.</p> <p>-Συνοδεύουμε τον ασθενή στο ενδοσκοπικό τμήμα και βρισκόμαστε συνέχεια κοντά του για να τον βοηθήσουμε.</p> <p>-Τον τοποθετούμε στο εξεταστικό κρεβάτι σε γονατοαγκωνιαία θέση και τον</p> | |



ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΑΣΘΕΝΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

-Προετοιμασία για ενδοσκοπικό έλεγχο (κολονοσκόπηση)

-σκιπάζουμε με σεντόνι που έχει άνοιγμα στην περιοχή του σφιγκτήρα του ορθού.
-Κατά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου από τον Ιατρό, παρακολουθούμε τον ασθενή και του συνιστούμε να παίρνει βαθιές εισπνοές ώστε να διευκολύνει τον Ιατρό στο έργο του.
-Μετά την αφαίρεση του ενδοσκοπίου καθαρίζουμε την περιοχή του πρωκτού και βοηθούμε τον ασθενή να επιστρέψει στο κρεβάτι.

-Συνεργασία του ασθενή κατά την ενδοσκόπηση: αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού συστήματος

-Λόγω επαναλαμβανόμενης αιμορραγίας ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε γαστρεκτομή. Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη αγωνία για την έκβαση της κατάστασής του.

-Τόνωση του ηθικού.
-Συνεργασία του ασθενή.
-Ενημέρωση της οικογένειάς του.
-Προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή.

-Ενημερώνουμε τον ασθενή για τη φύση της επέμβασης.
-Τον παροτρύνουμε να εκφράσει τους φόβους και τις αγωνίες του και του συμπαραστεκόμαστε.
-Ερχόμαστε σε επαφή με τους συγγενείς του ασθενή και τους ενημερώνουμε απαντώντας στα ερωτήματά τους.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΑΣΘΕΝΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

-Εισαγωγή του ασθενή στο χειρουργείο και ετοιμασία αυτού.

-Αποφεύγουμε να χορηγήσουμε τροφή απο το στόμα και χορηγούμε υγρά παρεντερικά.

-Γίνονται δύο καθαρτικοί υποκλισμοί ,ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως ,για την εκκένωση του εντερικού σωλήνα.

-Παρακολουθούμε τα αποτελέσματα των υποκλισμών.

-Κάνουμε λουτρό καθαριότητας του ασθενούς για καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεων.

-Περιποιούμαστε και κάνουμε καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

-Ετοιμάζουμε το εγχειρητικό πεδίο στην περιοχή της κοιλιάς κάνοντας αποτροχωση και αντι-

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ | ANAMENOMENO | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|--|-------------|--|------------|
| ΑΣΘΕΝΗ | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ | | |
| -Επελγούσα εισαγωγή του ασθενή στο χειρουργείο-προεγχειρητική ετοιμασία αυτού. | | σηψία του δέρματος. -Έχουμε φροντίσει για τις γενικές εξετάσεις αίματος ,αιματοκρίτη, χρόνο ροής , πήξης ,χρόνο προθρομβίνης ,ομάδας αίματος και RH ,γενικής ούρων και σε συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς αξιολογούμε τα αποτελέσματα των εξετάσεων. -Κάνουμε ηλεκτροκαρδιογράφημα προς ενημέρωσή μας σχετικά με την κατάσταση της καρδιακής λειτουργίας και το παραπέμπουμε σε καρδιολόγο για γνωμάτευση. -Γίνεται λήψη αρτηριακής πίεσης, σφυγμών και θερμοκρασίας για τυχόν παρέκκλισή τους απο τα φυσιολογικά όρια. -Αφαιρούμε τα κοσμήματα του ασθενή (ρολόϊ, δακτυλίδι) καθώς και την τεχνητή του οδοντοστοιχεία και τα παραδίδουμε σε συγγενικό του πρόσωπο για φυλάξη. | |

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

-Του φοράμε υποκάμισο χειρουργικό , ποδονάρια στα κάτω άκρα αφού προηγουμένως του έχουμε αφαιρέσει τις πυζάμες και τα εσώρουχά του .

-Κάνουμε προνάρκωση ενδομυϊκώς μισής πεθιδίνης και μισής ατροπίνης κατόπιν εντολής Ιατρού.

-Φροντίζουμε για την μεταφορά του ασθενή με φορέο ως το χειρουργείο , από ειδικό νοσοκόμο.

-Μετά την αποχώρησή του ασθενούς για το χειρουργείο ετοιμάζουμε το κρεβάτι που θα δεχτεί τον χειρουργημένο και φροντίζουμε να βρισκονται στο κομοδίνο του ποτήρι με δροσερό νερό , PORT COTTON και νεφροειδές σε περίπτωση εμέτου.

Προετοιμασία και εισαγωγή του ασθενή στο χειρουργείο σύμφωνα με τις οδηγίες των Ιατρών.

-Μετά την χειρουργική επέμβαση παραλαμβάνουμε τον ασθενή.

-Προστασία του ασθενούς κατά την ανάνηψή του.
-Παρακολουθούμε τις μετεγχειρητικές εξελίξεις της ασθένειάς του

-Τοποθετούμε τον ασθενή στο κρεβάτι του σε ύπτια θέση, με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως προς αποφυγή εισροφήσεως, σε τυχόν έμετο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

-Ανακούφιση του
απο ενοχλήματα
-Πρόληψη επιπλο-
κών
-Βοήθεια του α-
σθενούς για να
επανέλθει το
ταχύτερο στη
φυσιολογική του
κατάσταση.

-Λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία
(αρτηριακή πίεση ,θερμοκρασία,
σφυγμούς) για τυχόν παρέκκλιση
απο τα φυσιολογικά όρια.
-Ελέγχουμε το χειρ/κό τραύμα,
την παροχέτευση του , τον κα-
θετήρα ουροδόχου κύστης καθώς
και τους ορούς.
-Βρισκόμαστε κοντά στον ασθενή
και του υποδεικνύουμε να
παίρνει βαθιές εισπνοές για
την ταχύτερη απονάρκωσή του.
-Τον σκεπάζουμε και προσπαθούμε
να τον διατηρήσουμε ζεστό και
μακριά απο ρεύματα αέρα.
-Μετρούμε και καταγράφουμε τα
αποβαλλόμενα και προσλαμβάνο-
μενα υγρά(ο ασθενής φέρει κα-
θετήρα ουροδόχου κύστης FOLLEY
και ρινογαστρικό σωλήνα IEVIU)
παροχέτευση τραύματος.

-Ζωτικά σημεία
φυσιολογικά.
-Ταχεία απο-
νάρκωση
-Ισοζύγιο υ-
γρών κανονικό.
-Ο ασθενής
είναι ήσυχος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

-Ο ασθενής κατά την απονάρκωσή του και μετά αισθάνεται έντονη δόξα

-Ανακούφιση από την δόξα.
-Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας ώστε να είναι καθαρή και υγρή.

-Πρόληψη ξηρότητας των χειλέων

-Μετεγχειρητικός πόνος στην περιοχή της κοιλιάς και του τραύματος.

-Ανακούφιση του ασθενή για να αισθάνεται ήσυχος και άνετος όλες τις ώρες.

-Υγιεινή στόματος όταν είναι ανάγκη και ύγραση της στοματικής κοιλότητας και των χειλέων με νερό.

-Βαζελίνη στα χείλη.

-Κατόπιν εντολής Ιατρού ο ασθενής δεν πρέπει να

πιει νερό τις 4 πρώτες ώρες. Αργότερα μπορεί να πιει νερό και τσάι.

-Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση η οποία προκαλεί χαλάρωση των μυών.

-Περιορίζουμε τις κινήσεις του ασθενή βοηθώντας τον σε κάθε του ανάγκη.

-Του υποδεικνύουμε σε περίπτωση που θέλει να βήξει να κρατεί και να πιέζει ελαφρά την περιοχή του τραύματος για να αποφευχθεί ο πόνος.

-Κατόπιν εντολής Ιατρού και όταν ο πόνος είναι έντονος κάνουμε ενδομυϊκώς μισή αμπούλα PETHIDINE.

-Μείωση της δόξας

-Καθαρή στοματική κοιλότητα.

-Μείωση του πόνου.

-Ο ασθενής είναι ήσυχος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

-Πρόβλημα δυ-
σκοιλιδότητας
λόγω ελλείψεως
τροφής απο το
στόμα και πα-
ραμονής στο
κρεβάτι.

-Ανικανότητα
του ασθενή να
φροντίσει την
ατομική του
υγιεινή.

-Πρόβλημα από-
χρεμψης γλεγμα-
των λόγω ακινη-
σίας.

-Ομαλές κενώσεις
στομάχου κάθε
1-2 μέρες.

-Διατήρηση κα-
λής υγιεινής

-Ανακούφιση
του ασθενή απο
τη δυσφορία.

-Εφόσον ο ασθενής δεν ε-
νεργήθηκε εδώ και τρεις
ημέρες γίνεται υποκλυσμός
ENEMA.

-Παρατηρούμε τις κενώσεις
για τυχόν ίχνη αίματος.

-Καταγράφουμε τον αριθμό
των κενώσεων.

-Φροντίζουμε για την καθα-
ριότητα του ασθενή.

-Βοηθούμε τον ασθενή με
μπάνιο στο κρεβάτι κα-
θημερινά.

-Βοηθούμε στο πλύσιμο και
καθαρισμό των τεχνητών
οδοντοστοιχιών του.

-Αλλαγή κλινοσκεπασμάτων
με γύρισμα του ασθενή στη
μια και στην άλλη πλευρά
με ήπιες κινήσεις.

-Βάζουμε τον ασθενή σε ημι-
καθιστική θέση για διευ-
κόλυση της αναπνοής.

-Κάνουμε εντριβή στην πλάτη
με ελαφρά χτυπήματα για
διευκόλυση της απόχρεμψης.

-Κατόπιν εντολής ιατρού χο-
ρηγούμε ενδομυϊκά BISOLVON
AMP.

-Καθημερινά
φυσιολογική
κένωση.

-Διατήρηση
καλής υγιει-
νής σε κα-
θημερινή
βάση.

-Απόχρεμψη
και μείωση
δυσφορίας

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

-Πρόβλημα ύπνου κατά τις νυκτερινές ώρες λόγω άγχους.

-Μείωση του άγχους και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή
-Εξασφάλιση επαρκούς και άνετου ύπνου.

-Δίνουμε την ευκαιρία στον ασθενή να μας μιλήσει για τους φόβους και τις ανησυχίες του σχετικά με την παρούσα κατάσταση της νόσου του και για άλλα τυχόν οικογενειακά ή οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει.
-Δείχνουμε πρόθυμοι να τον βοηθήσουμε και να τον στηρίξουμε ψυχολογικά.
-Ζητάμε από συγγενικό του πρόσωπο να παραμένει τις νύκτες κοντά του.

-Ησυχος κατά τις νυκτερινές ώρες-επαρκής ύπνος.

-Χορηγούμε κατόπιν εντολής ιατρού ήπιο ηρεμιστικό για εξασφάλιση ήσυχου ύπνου.
-Φροντίζουμε για το διααιτολόγιο του ασθενούς.
το οποίο θα πρέπει να περιλαμβάνει γάλα, κρέμα, αμυλώδη και στεγνό κρέας τα οποία θα πρέπει να δίδονται σε μικρή ποσότητα και τακτά χρονικά διαστήματα.

-Πρόβλημα διατροφής μετά την αφαίρεση του IEVIN

-Πρόληψη επιπλοκών
-Σωστή διατροφή

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ

ANAMENOMENO

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

-Του συνιστούμε να αποφεύγει ερεθιστικές τροφές και φάρμακα τα οποία δυνατόν να υποτροπιάσουν τη νόσο.

-Του συνιστούμε να πίνει πολλά υγρά και μετρούμε και καταγράφουμε τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.

-Ενθαρρύνουμε τον ασθενή και τον βοηθούμε όταν έχει ανάγκη να σηκώνεται από το κρεβάτι. Αυτό έχει ως συνέπεια και ο ασθενής να νιώθει άνετα αλλά και να αποφευχθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές λόγω μακροχρόνης κατάκλισης.

-Συνιστούμε να ακολουθεί πιστά την φαρμακευτική αγωγή που του υποδείξαν οι θεράποντες Ιατροί.

-Τον ενημερώνουμε σχετικά με με το διαιτολόγιο που

-Επαρκής διατροφή σύμφωνα με το ειδικό διαιτολόγιο που ακολουθεί

-Ο ασθενής αισθάνεται άνετα τώρα που μπορεί να αυτοεξυπηρετείται.

-Αγχος λόγω περιορισμένης κινητικότητας

-Αυτοεξυπηρέτηση εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση του

-Εγερση από το κρεβάτι, κατόπιν εντολής Ιατρού.

-Αγωνία του ασθενή, κατά την έξοδο του από το Νοσοκομείο, για επανεμφάνιση των συμπτωμάτων.

-Σωστή ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΑΣΘΕΝΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

πρέπει να ακολουθεί. Να αποφεύγει ερεθιστικές τροφές, να μην κάνει χρήση καπνού, να αποφεύγει το αλκοόλ, τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα καθώς και το άγχος.

-Τον ενθαρρύνουμε και τον προτρέπουμε να ακολουθήσει τόσο τις οδηγίες των ιατρών όσο και τις δικές μας, προς αποφυγή επιπλοκών.

-Σωστή ενημέρωση του ασθενή και μείωση του άγχους.

Ο ασθενής μας ευχαρίστησε θερμά για τη φροντίδα που του προσφέραμε.

2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ
ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΣΕ
ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Η Α. Σ . , 50 ετών , εισέρχεται στις Πρώτες Βοήθειες με ρινορραγία. Η ρινορραγία οφείλεται σε πτώση της ασθενούς λόγω λιποθυμικού επεισοδίου , με αποτέλεσμα τον τραυματισμό της μύτης.

Σύμφωνα με πληροφορίες που πήραμε απο την ασθενή δεν έχει παρουσιάσει στο παρελθόν άλλο λιποθυμικό επεισόδιο και ούτε έχει κάποιο άλλο παθολογικό πρόβλημα. Η αρτηριακή πίεση ήταν 120/80 ΜΤΤΓ. Παρά τις πρώτες βοήθειες που της εδόθησαν η ρινορραγία δεν σταμάτησε κι έτσι έγινε πρόσθιος επιπωματισμός

Η ασθενής μεταφέρθηκε στο ακτινολογικό εργαστήριο για ανεύρεση τυχόν κακώσεων των ρινικών οστών . Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε πως δεν υπήρχε κάκωση αυτών.

Η ασθενής μεταφέρθηκε σε Ω.Ρ.Α. κλινική για έλεγχο της κατάστασής της.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ | ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|---|--|---|------------|
| -Αιμορραγία απο τη μύτη μετά το χιτύπημα | -Σταμάτημα της αιμορραγίας -Εξασφάλιση ε- λεύθερης αναπ- νοής. -Αποφυγή εισροδ- φησης αιματος. | -Βάζουμε τον ασθενή να καθίσει με το κεφάλι σηκωμένο προς τα εμπρός ώστε να μη ρέει το αίμα προς το φάρυγγα. -Συνιστούμε να φτύνει το αίμα που συγκεντρώνεται στο στόμα. -Πιέζουμε με τον δείκτη και τον αντίχειρα του ενός χε- ριού το ρουθούνι που αιμορ- ραγεί ,ελαφρά και σταθερά τα πτερύγια της μύτης για 5-10 λεπτά για να σταματήσει η αιμορραγία. -Συνιστούμε στην ασθενή να αναπνέει απο το στόμα αφού τα ρουθούνια είναι κλειστά. -Δεν αφήνουμε την ασθενή να σηκώσει το κεφάλι της για να μην εισροφήσει αίμα. -Φροντίζουμε για την καθαριδ- τητα της περιοχής γύρω απο τη μύτη και το στόμα με ήπιες κινήσεις. | |

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

-Τοποθετούμε κρύα κομπρέσσα πάνω
στη μύτη και στη γύρω περιοχή
για να σταματήσει η αιμορραγία

-Παρά τις προ-
σπάθειές μας
η ρινορραγία
συνεχίζεται
και γίνεται
απο τον ια-
τρό πρόσθιος
επιπωματισμός
του ροθουνιού
που αιμορραγεί

-Σταμάτημα της
αιμορραγίας.

-Αύξηση του δ-
γκου του αιμα-
τος.

-Φυσιολογικά
ζωτικά σημεία.

-Συνιστούμε στην ασθενή να φυγή-
ξει δυνατά τη μύτη της για να
αποβληθούν οι θρόμβοι του
αίματος και να καθαρίσει η
ρινική κοιλότητα.

-Έχουμε σε ετοιμότητα λωρίδες
βαζελινούχας γάζας και λαβίδες
για να βοηθήσουμε τον ιατρό
στο έργο του.

-Εμφυχώνουμε την ασθενή και
βρισκόμαστε συνέχεια κοντά
της και την παρακολουθούμε.

-Συνιστούμε στην ασθενή απο το
στόμα να αναπνέει

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

κατά την εισαγωγή της γάζας στο ρουθούνι.

- Παρακολουθούμε την αρτηριακή πίεση σε τακτά χρονικά διαστήματα για τυχόν παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια και την καταγράφουμε.

- Χορηγούμε NORMAL SALINE 1000 CC για αύξηση του όγκου αίματος που χάθηκε λόγω αιμορραγίας.

- Παρακολουθούμε την ασθενή για τυχόν εικρή αίματος από το ρουθούνι στο οποίο έγινε επιπωματισμός.

- Συμβουλεύουμε την ασθενή να αποφύγει κάθε σωματική άσκηση και συνιστούμε κατά τις ώρες του ύπνου να βρίσκεται σε ημικαθιστική θέση με το κεφάλι όρθιο προς αποφυγή εισρόφησης αίματος.

- Φροντίζουμε για καθημερινή αιματολογική έρευνα (χρόνος ροής και πήξεως, χρόνος προθρομβίνης, λευκά αιμοσφαίρια και τύπος).

- Φυσιολογική
Α.Π: 120/80
MPEG

- Σταμάτημα
της αιμορραγίας

ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΑΣΘΕΝΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

-Η ασθενής είναι ευάλωτη σε λοιμώξεις λόγω της κατάστασης της (λοιμώξεις νοσοκομειακής προέλευσης και λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού συστήματος).

-Πρόληψη

-Ανακούφιση της ασθενούς και μείωση του οιδήματος.

-Χορηγούμε μετά απο εντολη γιατρού ZINADOL 1 X2 (ανθεκτική κεφαλοσπορίνη και δραστική σε μεγάλο αριθμό GRAM-θετικών και GRAM αρνητικών μικροβίων)

-Εωστή πρόληψη. Δεν παρουσίασε λοίμωξη.

-Οίδημα μύτης λόγω τραυματισμού αυτής και πόνος.

-Ανακούφιση της ασθενούς και μείωση του οιδήματος.

-Χορηγούμε μετά απο εντολη γιατρού BRASSANTABI 1 X 4 για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του οιδήματος.

-Για μείωση του πόνου συνιστούμε στην ασθενή να αποφεύγει κινήσεις που αυξάνουν τον πόνο (δυνατό φύσημα μύτης)

- Η ασθενής ανακουφίστηκε απο τον πόνο. Μειώθηκε το οίδημα μετά τη δεύτερη μέρα.

-Ξηρότητα και ερεθισμός μύτης εξωτερικά.

-Ελαστικότητα δέρματος.

-Επαλείφουμε σε τακτά χρονικά διαστήματα με βαζελίνη κάνοντας ήπιες κινήσεις

Το δέρμα απέκτησε ελαστικότητα και ο ερεθισμός υποχώρησε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

-Αγωνία για την πρόγνωση της κατάστασής της

-Ανακούφιση της ασθενούς μετά απο πληροφορίες που θα τις δοθούν

-Φροντίζουμε να έρθει σε επαφή με τον θεράποντα ιατρό και να πληροφορηθεί την πρόγνωση.

-Φροντίζουμε μαζί με τον θεράποντα ιατρό να εξεταστεί και απο ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (παθολόγο, νευρολόγο) για να εξακριβωθεί που οφείλεται το λιποθυμικό επεισόδιο που της συνέβει.

-Η ασθενής συζήτησε με τον θεράποντα ιατρό και μετά τις πληροφορίες που της έδωσε μειώθηκε η αγωνία της.
-Υποβλήθηκε σε εξετάσεις απο παθολόγο και νευρολόγο και δεν βρήκανε κάποιο πρόβλημα.

-Η ασθενής εξήλθε απο το Νοσοκομείο εφόσον η έκβαση της της κατάστασής της

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ήταν ίαση ενώ
μας ευχαρίστη-
σε θερμά για
την φροντίδα
που της προ-
σφέραμε.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

Η γενική απαίτηση για την παροχή πρώτων βοηθειών ανταποκρίνεται στην κοινή λογική. Αν περιμένουμε να μας βοηθήσουν οι άλλοι άνθρωποι, όταν χρειαζόμαστε τη βοήθειά τους, τότε πρέπει να είμαστε έτοιμοι να προσφέρουμε και εμείς σ'αυτούς τη δική μας βοήθεια. Μόνο στους ασύνητους ανθρώπους χρειάζεται να επιστηθεί δικαιολογημένα η προσοχή στο ότι σύμφωνα με τον ποινικό κώδικα η παράλειψη παροχής βοήθειας τιμωρείται.

Ο σκεπτόμενος άνθρωπος αναλαμβάνει τις ευθύνες του και εξασκείται στην παροχή πρώτων βοηθειών. Έτσι αποκτά τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να είναι έτοιμος, όταν χρειαστεί να δώσει πρώτες βοήθειες.

Έτσι η παροχή πρώτων βοηθειών είναι πεδίο δράσης για όλους τους ανθρώπους. Οι πρώτες βοήθειες τελειώνουν βασικά με τη σκέψη, κατά πόσο χρειάζεται ή όχι να πάμε τον άνθρωπο που βοηθήσαμε, σε κάποιο γιατρό. Η αρχή αυτή παίρνει υπόψη της το ότι συχνά δεν αρκούν οι πρώτες βοήθειες. Πρέπει να ακολουθηθεί συνήθως η ιατρική περίθαλψη, με σκοπό την οριστική αποκατάσταση της βλάβης, που έχει γίνει.

Αυτός που προσφέρει πρώτες βοήθειες, αδιάφορο, αν έχει ή όχι ιατρικές γνώσεις, μπορεί να προσφέρει

μόνο πρώτες βοήθειες * δεν μπορεί να προσφέρει ιατρική περίθαλψη. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η σημασία παροχής πρώτων βοηθειών για τη σωτηρία τραυματισμένων ανθρώπων. Ο αυτόπτης ή αυτός που φτάνει πρώτος στον τόπο του ατυχήματος, χρειάζεται συχνά να παρέμβουν για να σώσουν τη ζωή ενός ανθρώπου. Από την τολμηρή και την ορθή επέμβασή τους εξαρτάται, αν θα καταφέρουν να σώσουν τη ζωή του τραυματία ή του ασθενούς . Σ'αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι τόσο σημαντική η ταχύτητα, με την οποία μπορούμε να μεταφέρουμε έναν τραυματία στο νοσοκομείο· περισσότερο σημαντικό είναι να φτάσει ο τραυματίας ζωντανός στο νοσοκομείο. Γι'αυτό είναι αναγκαίο να κάνουμε στον τόπο του ατυχήματος ορισμένες ορθές ενέργειες με αποφασιστικότητα και προσοχή, που θα οδηγήσουν στην σωτηρία της ζωής του. Κάθε εκνευρισμός και άσκοπη βιασύνη θέτουν σε κίνδυνο την ζωή του τραυματία. Με ηρεμία και αποφασιστικότητα μπορούν όμως να παρέμβουν μόνο όσοι ξέρουν να προσφέρουν πρώτες βοήθειες και δεν επηρεάζονται από την ταραχή των άλλων ή το φοβερό θέαμα, που μπορεί να παρουσιάσει ένας βαριά τραυματισμένος.

Αφού διαγράψαμε τα όρια δραστηριότητας του ανθρώπου που προσφέρει τις πρώτες βοήθειες, πρέπει να διαπιστώσουμε επιπλέον ,πως το μέγεθος ευθύνης για τη σωτηρία της ζωής του ανθρώπου, που κινδυνεύει να πεθάνει, μπορεί να ξεπερνάει τις δυνάμεις του.

Πρέπει μόνος του λοιπόν να σκεφθεί τα όρια της δραστηριότητάς του, για ν'αποφασίσει έγκαιρα, να αφήσει την ευθύνη για τη ζωή ενός ανθρώπου στο γιατρό.

Ο άνθρωπος, που προσφέρει ορθά τις πρώτες βοήθειες, βοηθά με την πράξη του αυτή ν'ακολουθήσει μια σωστή ιατρική περίθαλψη. Πρέπει να προσφέρει επομένως τη βοήθεια αυτή στα πλαίσια της ιατρικής περίθαλψης και πρέπει να αισθάνεται σαν να κάνει μια προεργασία για τον γιατρό, ή - για να το διατυπώσουμε διαφορετικά - σαν προέκταση του γιατρού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γαρδλιανός Δ.Κ. "Αιματολογία" Έκδοση 4η ,Επιστημονικές
Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1981
- Γερμενής Τάσος "Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα
Υγείας" Β' Έκδοση ,Εκδόσεις Βήτα MEDICAL ARTS, Αθήνα 1986
- Γρίτσιος Θ.Κωνσταντίνος "Νοσολογία-Εξέταση Συστημάτων"
Β' Έκδοση,Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων
Αθήνα 1987
- Μαγαρινού Μ.Α.-Κωνσταντινίδου Σ.Φ."Νοσηλευτική-Γενική ,
Παθολογική,Χειρουργική "Τόμος Α' Έκδοση 10η ,
Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων
"Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1987
- Πούγγουρας Θ.Παναγιώτης Μαιευτική - Γυναικολογία,Έκδοση
Α', Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων,Αθήνα 1983
- Ράικιας Δ. Αστέριος "Πρώτες Βοήθειες" Τεχνολογικό Ίδρυμα
Θεσσαλονίκης, Σχολή Εφαρμογών Υγείας Πρόνοιας
Θεσσαλονίκη 1987
- Συμπαρούνης Ν.Χαράλαμπος "Γενική Χειρουργική ,Κοιλιά-
Αγγεία" Τόμος Γ' ,Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων
και περιοδικών UNIVERSITY STUDIO PRESS" Θεσ/νίκη 1991
- Τούντας Κωνσταντίνος "Πρώτες Βοήθειες-Επελγούσα Διαγνωστι-
κή-Θεραπευτική" Νέα Έκδοση,Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.
Παρισιάνος , Αθήνα 1983.

Πίνακας Περιεχομένων

| | Σελίδα |
|--|--------|
| Εισαγωγή Μελέτης | I |
| <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</u> | |
| Αίμα-Λειτουργίες αίματος | 1 |
| Σύσταση αίματος-Λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια , αιμοπετάλια, πλάσμα | 2 |
| Ο ρόλος του αίματος στην άμυνα του οργανισμού | 4 |
| <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</u> | |
| Τι είναι αιμορραγία-Κλινική εικόνα αιμορραγιών | 6 |
| Διαφορική Διάγνωση | 8 |
| Εκτίμηση Αιμορραγίας | 9 |
| Εξάρτηση Αιμορραγίας | 10 |
| Κίνδυνοι απο την αιμορραγία | 11 |
| <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III</u> | |
| Ιδιαίτεροι τύποι αιμορραγιών-Ρινορραγία | 13 |
| Πρώτες Βοήθειες | |
| Ωτορραγία-Πρώτες Βοήθειες | 16 |
| Αιμορραγία Πνευμόνων | 17 |
| Αιμορραγία απο το στομάχι-Πρώτες Βοήθειες | 22 |
| Εντερορραγία | 25 |
| Αιματοουρία | 26 |

| | |
|--|----|
| Πρώτες βοήθειες σε άτομα που αιμορραγεί το δόντι τους | 26 |
| Πρώτες βοήθειες σε ρήξη κερσών κάτω άκρων | 27 |
| Αιμορραγία κερσών οισοφάγου | |
| Πρώτες βοήθειες-θεραπεία | 27 |
| Αιμορραγία από τις αιμορροΐδες- | |
| Πρώτες βοήθειες | 30 |
| Ενδοκρανιακή Αιμορραγία-Κλινική εικόνα-θεραπεία-Επιπλοκές | 32 |
| SHOCK-Κλινική εικόνα-Πρώτες βοήθειες | 37 |
| Αιμορραγία μετά από ρήξη εξωμητρίου κυήματος | 40 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

| | |
|--|----|
| Βασικές Πρώτες βοήθειες και Νοσηλευτική φροντίδα σε αιμορραγίες | 41 |
| Νοσηλευτική φροντίδα σε γαστρορραγία | 47 |
| Νοσηλευτική φροντίδα σε ρινορραγία | 65 |
| Επίλογος | 73 |
| Βιβλιογραφία | 76 |
| Πίνακας Περιεχομένων | 77 |

