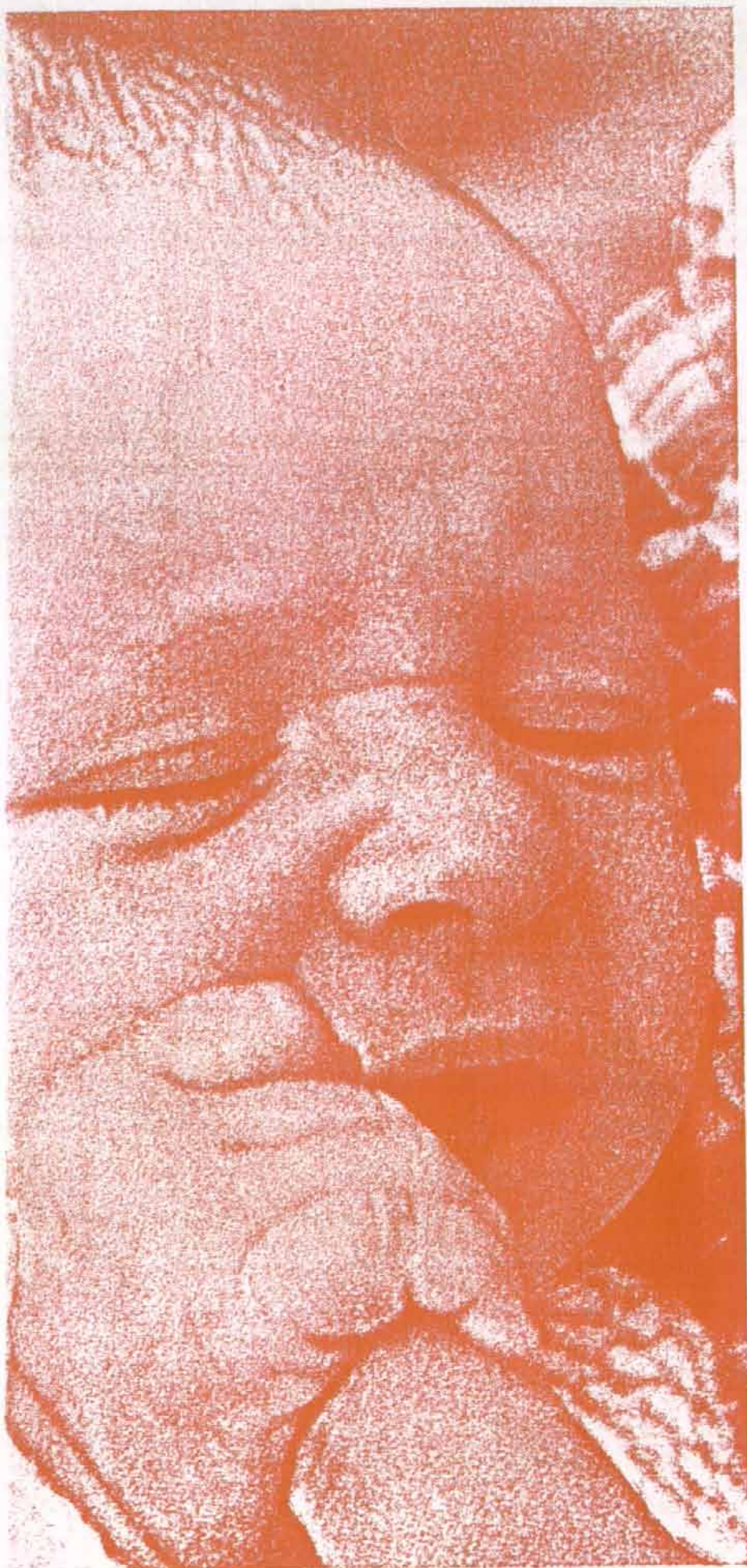


Π  
ρ  
ό  
ω  
ρ  
α  
  
Ν  
ε  
ο  
γ  
ν  
ά



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΩΡΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

(με Νοσηλ. Διεργασία)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Δίδα: ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
ΚΑΡΒΟΥΝΙΔΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ

1) Δίδα Νάνου

2)

3)

|                      |     |
|----------------------|-----|
| ΑΡΙΘΜΟΣ<br>ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 814 |
|----------------------|-----|



Ευχαριστώ θερμά την υπεύ-  
θυνη καθηγήτρια Δδ. Νάνου,  
για τη βοήθεια που μου προ-  
σέφερε, και με βοήθησε να  
διεκπεραιώσω την εργασία  
αυτή.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|               |        |
|---------------|--------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | Σελ. 1 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | " 2    |

### ΜΕΡΟΣ I

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| Αιτιολογία προωρότητας..... | " 4 |
| Πρόγνωση και εξέλιξη.....   | " 6 |

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| Προβλήματα προωρότητας..... | " 7 |
|-----------------------------|-----|

### ΜΕΡΟΣ II

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| Περίθαλψη προώρου νεογνού.....    | " 13 |
| Ψυχολογική υποστήριξη γονέων..... | " 15 |
| Σύνδεση των γονέων.....           | " 18 |

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

|  |      |
|--|------|
| Συμπεριφορά του προώρου νεογνού και το περιβάλλον της εντατικής μονάδας νοσηλείας νεογνών..... | " 22 |
| Αύξηση της οργανώσεως του προώρου.....   | " 24 |
| Αναχώρηση του προώρου για το σπίτι.....  | " 28 |

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

|   |      |
|---|------|
| Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα του προώρου..... | " 30 |
| Διατροφή του νεογνού.....   | " 38 |
| ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ I.....  | " 46 |
| Νοσηλευτική διεργασία.....  | " 47 |
| ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ II.....   | " 50 |
| Νοσηλευτική διεργασία.....  | " 51 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Επίλογος.....Σελ. 55  
Βιβλιογραφία..... " 56

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην εργασία αυτή γίνεται αναφορά, στα πρόωρα νεογνά και στα προβλήματά τους. Αναφέρονται και εξετάζονται οι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της προωρότητας καθώς και την σωστή αντιμετώπισή της.

Επίσης γίνεται αναλυτική αναφορά στη νοσηλευτική φροντίδα του πρόωρου νεογνού, αναφέροντας τα προβλήματα των προώρων. Εξαίρουμε και τονίζουμε την συμβολή της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης που σκοπός τους είναι να αποκαταστήσουν τη φυσιολογική λειτουργεία του νεογνού αυτού.

Κατά την πρακτική μου εξάσκηση στο τμήμα προώρων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, είχα την δυνατότητα να δώ από κοντά, περιπτώσεις προώρων νεογνών και να γνωρίσω τα προβλήματα, που αυτά αντιμετωπίζουν καθώς και οι οικογένειές τους. Επίσης στην εργασία μου αυτή περιλαμβάνονται δυο περιστατικά προώρων νεογνών καθώς και η ολοκληρωμένη-εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΡΩΡΟΥ

Τα βρέφη που γεννιούνται πριν από την καθορισμένη ημερομηνία, με βάση την ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρήσης, ονομάζονται **πρόωρα**.

Συχνά η προωρότητα αυτή συνδέεται με χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, βάρος που είναι κατώτερο του φυσιολογικού, και επειδή αυτό το χαμηλό βάρος είναι δείκτης ενός νεογνού ιδιαίτερα ευαίσθητου και που έχει ανάγκη από παρακολούθηση καθ' όλα ειδική, συνηθίζεται να ορίζονται σαν πρόωρα τα νεογνά των οποίων το βάρος κατά τη γέννησή τους δεν ξεπερνά τα 2.500 γραμ.

Εξετάζουμε τώρα ποιές είναι οι αιτίες που οδηγούν ένα βρέφος να γεννηθεί εκτός χρόνου ή με τόσο χαμηλό βάρος. Οι αιτίες της προωρότητας περιλαμβάνουν μια σειρά από ανωμαλίες της μήτρας: Μπορεί δηλαδή να πρόκειται για μια ανωμαλία του σχήματος, που εμφανίζεται κατά τη γέννηση ή και πάλι για μια ανικανότητα ή ανεπάρκεια του τραχήλου της μήτρας να κρατήσει το έμβρυο, συχνά κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, κάποια ανωμαλία του πλακούντα μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη αποκόλληση ή πάλι σε ανώμαλη θέση του εμβρύου στη μήτρα. Πρόωρος τοκετός μπορεί να προκληθεί από τον υπερβολικό όγκο των προΐόντων της κύησης, όπως συμβαίνει με τη δίδυμη κύηση, από μια ανώμαλη αύξηση του αμνιακού υγρού, ή από έναν όγκο της μήτρας που συνυπάρχει με την εγκυμοσύνη.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την προωρότητα είναι:

α) Χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη.

β) Πρόωρος τοκετός σε προηγούμενη κύηση - αν ένα προ-

ηγούμενο νεογνό ήταν πρόωρο, η τωρινή κύηση έχει  
τρεις ως τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να  
καταλήξει σε πρόωρο τοκετό.

γ) Νεαρή ηλικία της μητέρας.

δ) Μικρό διάστημα ανάμεσα στις κυήσεις.

ε) Αιμοραγία από τον κόλπο, π.χ. προδρομικός πλακούν-  
τας.

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### Αιτιολογία Προωρότητας

#### Αιτιολογία

Τα αίτια της προωρότητας δεν είναι σαφή. Η προωρότητα είναι πιο συχνή στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, στις νεαρές ή μεγάλης ηλικίας και στις άγαμες μητέρες. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την προωρότητα, είναι οι πολλές και με μικρά διαστήματα ανάμεσά τους κυήσεις, προηγούμενος πρόωρος τοκετός, ή προηγούμενος θάνατος εμβρύου, ασυμπτωματική μικροβιουρία της μητέρας κ.λπ..

#### Παθοφυσιολογία

Το πρόωρο νεογνό, σε σχέση με το τελειόμηνο, παρουσιάζει πολλά ανατομικά και λειτουργικά μειονεκτήματα, των οποίων η βαρύτητα είναι αντιστρόφως ανάλογη με τη διάρκεια της κύησης. Τα κυριότερα μειονεκτήματα είναι η ανωριμότητα του αναπνευστικού (σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας κλπ.), του πεπτικού (διαταραχές στη λήψη τροφής, νεκρωτική εντεροκολίτιδα), των νεφρών (οίδημα οξέωση, κλπ), του ήπατος (υπερχολερυθριναιμία, υποπροθρομβιναιμία), του κεντρικού νευρικού συστήματος (απουσία αντανακλαστικών, διαταραχές αναπνοής, κρίσεις δύσπνοιας, ενδοκοιλιακή αιμορραγία κλπ). Τα πρόωρα νεογνά, από ανωριμότητα των διαφόρων οργάνων και των ενζυμικών τους λειτουργιών, παρουσιάζουν διαταραχές στην ομοιόσταση του ύδατος (οίδημα, αφυδάτωση), των ηλεκτρολυτών (υπονατριαιμία, υπερνατριαιμία, κλπ), της οξεοβασικής ισορροπίας (μεταβολική οξέωση κλπ) της γλυκαιμίας (υπογλυκαιμία), της ασβεστιαίμιας (υπασβεστταίμια), της θερμοκρασίας του σώματος (υποθερμία, υπερθερμία), σε μεγα-

λύτερο βαθμό σε σχέση με τα τελειόμηνα νεογνά. Τα πρόωρα νεογνά δεν έχουν αρκετά αποθέματα σιδήρου, Βιταμίνης Κ, Βιταμίνης D, Βιταμίνης Α, ασβεστίου, φωσφόρου κλπ., ώστε εύκολα παθαίνουν σιδηροπενική αναιμία, αιμορραγική νόσο, ραχίτιδες κλπ.. Το ανοσολογικό σύστημα του πρόωρου νεογνού δεν είναι καλά ανεπτυγμένο. Οι ανοσοσφαιρίνες του τύπου των γβ σφαιρινών τις οποίες το πρόωρο παίρνει από τη μητέρα, είναι ελαττωμένες. Επίσης, τόσο η ενεργητική χημική, όσο και η κυτταρική ανοσία του νεογνού δεν είναι ώριμες, με αποτέλεσμα αυτό να κινδυνεύει περισσότερο από λοιμώξεις και ιδιαίτερα από αυτές που οφείλονται σε GRAM αρνητικά μικρόβια, τον σταφυλόκοκκο και ορισμένους ιούς.

#### Κλινική εικόνα

Το πρόωρο νεογνό παρουσιάζει τις παρακάτω διαφορές σε σχέση με το τελειόμηνο. Έχει μεγάλη κεφαλή σε σχέση με τον κορμό και τα άκρα. Το χόνδρινο περύγιο των αυτιών δεν είναι καλά ανεπτυγμένο, το δέρμα είναι κόκκινο, λεπτό και έχει ελαττωμένο υποδόριο λίπος. Οι θηλές των μαστών δεν έχουν αναπτυχθεί (έλλειψη σκληρότητας). Ο θώρακας είναι κωνικός, η κοιλιά προέχει και τα κοιλιακά τοιχώματα είναι χαλαρά. Τα αρχέγονα αντανεκλαστικά δεν παράγονται καλά. Τα γεννητικά όργανα δεν είναι καλά ανεπτυγμένα. Συχνά οι όρχεις δεν είναι στο σχεο. Τα νύχια δεν είναι καλά ανεπτυγμένα. Τα πιο συχνά προβλήματα πνοιας, οι διαταραχές του θηλασμού και της κατάποσης, η υποθερμία, ο ίκτερος, η υπογλυκαιμία, οι λοιμώξεις, η ενδοκοιλιακή αιμορραγία, ο παραλυτικός ειλεός και η νεκρωτική εντεροκολίτιδα.

### Πρόγνωση και εξέλιξη

Η θνησιμότητα των προώρων νεογνών εξαρτάται από το βάρος γέννησης και την ηλικία κύησης. Περισσότερο κινδυνεύουν τα νεογνά που έχουν βάρος γέννησης <1000 GR και ηλικία κύησης <30 εβδομάδες (θνησιμότητα 80-90 %). Καθώς το βάρος αυξάνει . από 500 GR σε 3000 GR παρατηρείται λογαριθμική ελάττωση της νεογνικής θνησιμότητας και για κάθε αύξηση δυο εβδομάδων της ηλικίας κύησης, από την 25η μέχρι την 37η εβδομάδα, η νεογνική θνησιμότητα ελαττώνεται σχεδόν στο μισό. Γενικά η θνησιμότητα των προώρων που επιζούν είναι σχεδόν τρεις φορές μεγαλύτερη απ' ό τι στα τελειόμηνα νεογνά, στη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της ζωής. Οι περισσότεροι από τους θάνατους αυτούς οφείλονται σε λοιμώξεις, οι οποίες μπορεί να προληφθούν. Άλλοι παράγοντες που επιβαρύνουν τη θνησιμότητα των προώρων είναι διάφορες συγγενείς ανωμαλίες, οι οποίες παρατηρούνται πιο συχνά σ' αυτά; όπως και διάφορες νευρολογικές διαταραχές από το Κ. Ν.Σ. η σωματική αύξηση των προώρων νεογνών φτάνει εκείνη των τελειόμηνων, στο δεύτερο χρόνο της ζωής. Συνήθως δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές στους ενηλίκους που προέρχονται από πρόωρα ή τελειόμηνα νεογνά, εκτός βέβαια εαν πρόκειται για πολύ μικρά πρόωρα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### Προβλήματα προωρότητας

Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με την δυσκολία προσαρμογής του νεογνού στην εξωμήτρια ζωή εξαιτίας ανωριμότητας οργανικών συστημάτων και είναι τα ακόλουθα:

#### Αναπνευστικά προβλήματα

Τα πρόωρα νεογνά είναι δυνατόν να έχουν δυσκολίες προσαρμογής στην αναπνοή. Η κατάσταση αυτή μπορεί να εμφανισθεί αρχικά σαν ασφυξία στην αίθουσα τοκετών. Σε περίπτωση ανωριμότητας των μηχανισμών ελέγχου είναι δυνατό να παρατηρηθεί άπνοια.

Τα αίτια της ανώμαλης αναπνοής του προώρου εντοπίζεται κύρια στην κακή λειτουργία των πνευμόνων. Μπορεί πράγματι να πρόκειται για μια ατελή ανάπτυξη της κοιλότητας με τυφλό άκρο, που κλείνει τους τελευταίους κλάδους των βρόγχων ή κυψελίδων και στην επιφάνεια των κυψελίδων μπορεί να είναι ελλιπής η παρουσία μιας ειδικής ουσίας (σουρφακτάνης) η οποία βοηθάει στην αύξηση της επιφάνειας ή μπορεί να ωφείλεται σε βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος ή των νευρικών κέντρων που καθοδηγούν την αναπνοή.

Άλλη αιτία της κακής λειτουργίας του αναπνευστικού συστήματος στα πρόωρα είναι οι αναπνευστικοί μύες (μύες του θώρακα), είναι περισσότερο αδύναμοι απ' ότι στα φυσιολογικά νεογνά και αυτό συντελεί στην επιβάρυνση της όλης κατάστασης.

#### Θερμοκρασία του σώματος

Η θερμοκρασία του σώματος μειονεκτεί έναντι εκείνης του περιβάλλοντος και δεν ακολουθεί τις διάφορες αυξομειώσεις σ' αυτό. Αυτό οφείλεται στην ανωριμότητα των συστημάτων που ελέγχουν την θερμοκρασία του σώματος, και στο γεγονός ότι η επιφάνεια του σώματος στα πρόωρα είναι σε αναλογία μεγαλύτερη

εκείνης των φυσιολογικών νεογνών. Αυτό επιτείνει την σπατάλη της θερμότητας και της υγρασίας με τον ιδρώτα από το δέρμα. Πάντα για αυτόν τον παράγοντα (σε συνδιασμό με το γεγονός ότι οι νεφροί του νεογνού και ακόμη περισσότερο του προώρου είναι ανίκανοι να συμπυκνώνουν τα ούρα τους, και επομένως να συγκρατήσουν νερό και υγρά ανάλογα με τις ανάγκες), υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης.

Αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη λόγω της ευκολίας με την οποία τα νεογνά αυτά παρουσιάζουν μια μειωμένη ανοχή στη διατροφή, γι' αυτό και κάνουν αμέσως εμετό, εκείνο το οποίο μόλις έχουν φάει. Δεν πρέπει λοιπόν να μας ξαφνιάζει το γεγονός ότι στα νεογνά αυτά η θερμοκρασία υπερβαίνει την θερμοκρασία του φυσιολογικού. Αυτή η διαφορά καλύπτεται με μεγαλύτερο κόπο και πιο αργά απ' ό,τι σε ένα φυσιολογικό νεογνό.

#### Ηπατική ανωριμότητα

Η ανωριμότητα του νεογνού αφορά και την λειτουργεία των οργάνων όπως συμβαίνει με το **ηπαρ**, το οποίο δεν καταφέρνει να συνθέσει και να εξουδετερώσει, δια μέσω της χολής, όλη τη χολερυθρίνη που κυκλοφορεί. Η χολερυθρίνη προϊόν διάσπασης της αιμοσφαιρίνης, μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο επίπεδο του νευρικού συστήματος του νεογνού, μια που μεγάλες ποσότητες απ' αυτή (πάνω από 20mg σε 100 ml) μπορούν με μεγάλη ευκολία να περάσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, να αποθηκευθούν και να βλάψουν ειδικούς σχηματισμούς του εγκεφάλου. Έτσι εκτός από το κιτρινωπό χρώμα του δέρματος και των βλενογόνων, θα έχουμε έμετο, επίμονη μυϊκή ατονία και υπερβολική υπνηλία. Στον ενήλικα αντίθετα ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός, δηλ. εκείνη η ειδική μονάδα που σχηματίζεται από τα τοιχώματα των τριχοειδών αγγείων και από τις διακλαδώσεις των κυττάρων της νευρολογί-



ας(ιστός που στηρίζει την νευρική ουσία),είναι τόσο ανεπτυγμέ-  
νος που δεν επιτρέπει την διόδο της χολερυθρίνης,πράγμα που  
δεν συμβαίνει στο νεογνό,και την είσοδο τοξικών ουσιών.

Εκτός αυτών υπάρχει και ο ίκτερος που φυσιολογικά εμφα-  
νίζεται κατά την τρίτη ή τέταρτη ημέρα,γι'αυτό λέγεται φυσι-  
ολογικός νεογνικός ίκτερος,και που στα φυσιολογικά νεογνά ε-  
ξαφανίζεται ταχέως.Δεν είναι παθολογικός.

#### Οίδημα

Συχνή εκδήλωση στο πρόωρο είναι η λεγόμενη διήθηση των κυττα-  
ρικών ιστών,υποδορίων και σπλαχνικών,από ένα υγρό που γίνεται  
εμφανές κύρια στα άνω και κάτω άκρα.Αυτό το φαινόμενο που λέ-  
γεται οίδημα οφείλεται σε μια προσωρινή ανεπάρκεια της νεφρι-  
κής λειτουργίας και είναι τυπικό των πρώτων ημερών του προώ-  
ρου,που όμως πολύ γρήγορα επαναροφάται.

#### Υαλοειδής μεμβράνη

Μια από τις πιο συχνές ασθένειες,μα πάνω απ'όλα τις πιο σο-  
βαρές,είναι εκείνη της υαλοειδούς μεμβράνης.Προκειται για μια  
πολύ επικίνδυνη πνευμονική ασθένεια,που συνίσταται στην ανι-  
κανότητα των κυψελίδων να διαταθούν φυσιολογικά την στιγμή  
της γέννησης,όταν το βρέφος προσπαθεί να εισπνεύσει αέρα στους  
πνεύμονές του για πρώτη φορά.Χαιτία οφείλεται στην έλειψη  
μιας ουσίας που στο φυσιολογικό βρέφος καλύπτει τα τοιχώμα-  
τα των κυψελίδων(surfactant).Οι πνεύμονες του προώρου δεν  
είναι σε θέση να παράγουν σε επαρκή ποσότητα αυτή την ουσία.  
Το αίμα επομένως δεν καταφέρνει να οξυγονοθεί επαρκώς,εξαιτί-  
ας της αδυναμίας του πνεύμονα να διαταθεί.Αυτή η έλειψη του  
οξυγόνου αφορά όλους τους ιστούς και ειδικά τα αγγειακά τοιχώ-  
ματα,που γίνονται περισσότερο διαπεραστικά.Αυτό συμβαίνει και

στις κυψελίδες, όπου από τα αιμοφόρα αγγεία διαπηδά υλικό που πάει κι εναποτίθεται στην επιφάνειά τους:

Πρόκειται για μία πρωτεϊνική ουσία, το ινώδες, όπου πήζοντας μετατρέπεται σ' ένα υλικό που λέγεται υαλίνη. Επομένως, στην θέση του Surfactant οι κυψελίδες των πρόωρων νεογνών είναι καλυμμένες από υαλώδες υλικό που τείνει να σχηματίσει μεμβράνες από τις οποίες προέρχεται και το όνομα της ασθένειας. Κοντά σ' αυτές τις κυψελίδες που είναι ανίκανες να διαταθούν και να οξυγονωθούν, υπάρχουν άλλες κυψελίδες αρκετά υγιείς, ώστε να καταφέρουν να διαταθούν. Μα σε αυτήν την περίπτωση η διάτασή τους επέρχεται κατά τρόπον όχι φυσιολογικό για να καλύψει την έλλειψη διάτασης των γειτονικών κυψελίδων (αντιρροπιστικό εμφύσιμα). Γενικά οι πνεύμονες φαίνεται να έχουν συμπιεσθεί και το βρέφος είναι κυανωτικό από την αναπνευστική δυσχέρεια. Εγκαθίσταται έτσι ένας φαύλος κύκλος όπου η μειωμένη οξυγόνωση του αίματος επιδεινώνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση στο πνευμονικό πεδίο, αυξάνοντας την ποσότητα του ινώδους το οποίο εναποτίθεται στις κυψελίδες. Η ασθένεια επομένως είναι περισσότερο σοβαρή και πρώιμη όσο περισσότερο πρόωρο είναι το νεογνό. Συνήθως στα νεογνά πάνω από 1500 γρ. εμφανίζεται μετά την πρώτη ημέρα της ζωής του και εάν επιβιώσει το παιδί μετά την τρίτη με τέταρτη ημέρα, ο επιφανειακός παράγοντας επανεμφανίζεται και ο πνεύμονας, αρχίζει να επαναδιατείνεται και να οξυγονώνεται. Η θεραπεία αυτών των ασθενών στηρίζεται στο να διατηρηθούν στη ζωή τόσες μέρες που φτάνουν για να επιτρέψουν στον επιφανειακό παράγοντα να ξανασχηματισθεί. Συνήθως επιβάλλεται η χορήγηση οξυγόνου υπό στενή παρακολούθηση και αντιόξινων για την καταπολέμηση των αποτελεσμάτων της έλλειψης οξυγόνου στο

αίμα του βρέφους. Στην περίπτωση που καταφέρουμε να ξεπεράσει το βρέφος το κρίσιμο σημείο η συμπτωματολογία μπορεί να υποχωρίσει τελείως.

Εάν η μειωμένη παροχή οξυγόνου διατηρήθηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα και σημειώθηκε οξείδωση μπορεί να εκδηλωθούν μετά την πάροδο του χρόνου αλλοιώσεις του νευρικού συστήματος, και ψυχικές διαταραχές. Είναι γι' αυτό απαραίτητο τα βρέφη που έχουν επιβιώσει από σοβαρή μορφή αυτής της ασθένειας να υποβάλλονται σε περιοδικές επισκέψεις και εξετάσεις στο νευρολόγο και στον οφθαλμίατρο.

Στα πρόωρα με βάρος μικρότερο των 1500 γρ. η εμφάνιση της ασθένειας γίνεται αμέσως μετά τον τοκετό και η σοβαρότητα αυτής είναι μεγάλη.

#### Καρδιαγγειακά προβλήματα

Τα πρόωρα νεογνά είναι δυνατόν να διατρέχουν κίνδυνο υποτάσεως και υποογκαιμίας, επειδή τα αποτελέσματα της απώλειας αιματος ή υγρών επιτείνονται από το μικρό τους μέγεθος. Συχνό πρόβλημα που μπορεί να οδηγήσει σε συμφοριτική καρδιακή ανεπάρκεια, είναι η παραμονή του αρτηριακού πόρου.

#### Αιματολογικά προβλήματα

Ιδιαίτερα αναιμία και αιμοραγικές διαθέσεις παρατηρούνται συχνά.

#### Προβλήματα διατροφής και γαστρεντερικά προβλήματα

Πόλλες φορές τα προβλήματα διατροφής είναι σημαντικά και απαιτούν ειδική προσοχή ως προς τον τύπο, και την ποσότητα καθώς και την οδό διατροφής. Η νεκροτική εντεροκολίτιδα περι-

ορίζεται γενικά στα πρόωρα νεογνά. Η ανωριμότητα του πεπτικού συστήματος έχει σαν αποτέλεσμα την αδυναμία σύτισης των νεογνών μικρού βάρους με θηλασμό ή biberon ή την μειωμένη έκκριση υδροχλωρικού οξέως και ενζύμων με αποτέλεσμα τη πέψη γενικά, στο πρόωρο να υστερεί.

#### Μεταβολικά προβλήματα

Είναι δυνατόν να εκδηλωθούν σαν υπασβαισταινία ή υπογλυκαιμία ή στα πρόωρα να παρουσιαστούν σαν προβλήματα από τα οστά. Τα νεογνά <sup>με</sup> υπερχολερυθριναιμία, απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, γιατί ακόμη και τα χαμηλά επίπεδα χολερυθρίνης μπορεί να είναι τοξικά για το νευρικό σύστημα πολύ πρόωρων νεογνών.

#### Νεφρικά προβλήματα

Ο ανώριμος νεφρός χαρακτηρίζεται από χαμηλό ρυθμό σπειραματικής διηθήσεως και από αδυναμία διακινήσεως του νερού, των διαλυτικών ουσιών και των οξέων. Όλα αυτά καθιστούν δύσκολη την ρύθμιση των υγρών και των ηλεκτρολυτών.

#### Μικροβιακές λοιμώξεις

Επειδή οι ανοσιολογικοί μηχανισμοί των πρόωρων είναι ανώριμοι, αυτοί κινδυνεύουν από λοιμώξεις περισσότερο από τα τελειώμνα. Το γεγονός αυτό επιβάλλει την σχολαστική τήρηση των κανόνων υγιεινής ώστε να προλαμβάνονται οι λοιμώξεις. Επί πλέον πρέπει, να παρακολουθούνται στενά, ώστε να διαγνώσκειται και να αντιμετωπίζεται η τυχόν έναρξη της λοίμωξης.

Η θεραπεία των λοιμώξεων συνήσταται στην στενή παρακολούθηση, του πρόωρου <sup>ως</sup> τη χορήγηση αντιβιοτικών ευρείας δράσης και αποσκοπεί στην πρόληψη πιθανών δευτεροπαθών επιπλοκών που θα χειροτέρευαν μια ήδη άσχημη κατάσταση.

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### Περίθαλψη του πρόωρου νεογνού

Για την περίθαλψη του πρόωρου νεογνού πρέπει να παίρνουμε σοβαρά υπόψη μας τις ατέλειές του και κυρίως αυτές που σχετίζονται με τη λειτουργία της αναπνοής, τη θερμορρύθμιση, το μεταβολισμό του νερού και των ηλεκτρολυτών, την οξεοβασική ισορροπία, τη διατροφή, την αντίσταση στις λοιμώξεις κλπ..

Για την αντιμετώπιση των διαταραχών της αναπνοής, πρέπει να γίνεται σωστή χρησιμοποίηση του οξυγόνου.

Για τη διατήρηση της κανονικής θερμοκρασίας του σώματος, χρειάζεται προσεκτική ρύθμιση της θερμοκρασίας και της υγρασίας του περιβάλλοντος. Για την πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να παίρνονται αυστηρά μέτρα ασηψίας, αντισηψίας και καθαριότητας γενικά, όταν γίνεται η περιποίηση του νεογνού. Τα παραπάνω γίνονται καλύτερα μέσα σε σύγχρονες θερμοκοιτίδες. Για τη σωστή διατροφή του πρόωρου νεογνού, πρέπει να παίρνουμε υπόψη μας τις ατέλειες του πεπτικού του συστήματος και του μεταβολισμού του καθώς και τα λιγότερα αποθέματά του σε θρεπτικές ουσίες.

#### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

##### ΤΟΥ ΔΕΣΜΟΥ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΝΕΟΓΝΟΥ

Πολλοί νομίζουν ότι ο ρόλος της νοσηλεύτριας εξαντλείται στην παροχή σωστής νοσηλευτικής φροντίδας στο νεογνό. Η προσφορά της όμως είναι εξίσου σημαντική στη σωστή ψυχοκινητική εξέλιξη του νεογνού και καθοριστική στη δημιουργία σωστής σχέσης μεταξύ μητέρας και νεογνού. Έτσι το χάιδεμα, το αγκάλιασμα, λίγες γλυκές κουβέντες, το τραγούδι και το νανούρισμα,,

πράξεις που εκ πρώτης όψης φαίνονται τόσο απλές, έχουν κεφα-  
λαιώδη σημασία στην ανάπτυξη του νεογνού.

Εκτός όμως από την απευθείας παρέμβαση της νοσηλεύτριας  
στη σωστή ανάπτυξη του νεογνού, σημαντικότερος είναι ο ρόλος  
της στη δημιουργία σωστής σχέσης μητέρας - νεογνού. Για το  
σκοπό αυτό είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί προσωπική επαφή  
των γονιών με μια συγκεκριμένη αδελφή, η οποία ενθαρρύνει τους  
γονείς να επισκέπτονται όσο το δυνατό περισσότερο το νεογνό  
τους, τους προτρέπει να τηλεφωνούν για πληροφορίες όποτε θέ-  
λουν και τους ενθαρρύνει στην ανάληψη ευθυνών στην καθημερινή  
φροντίδα του νεογνού.

Είναι πολύ σημαντικό η νοσηλεύτρια να φροντίσει στην ε-  
ξάλειψη του φόβου που φυσιολογικά δημιουργείται στους γονείς  
βλέποντας το μωρό τους γυμνό και αδύνατο ανάμεσα στα ηλεκτρό-  
δια, συνδεδεμένο με κάθε λογής αγνώστα γι' αυτούς μηχανήματα  
και κυρίως με τα μάτια σκεπασμένα με γάζα λόγω της φωτοθερα-  
πείας. Πρέπει να τους εξηγεί με απλό τρόπο τη λειτουργικότητα  
και τη χρησιμότητα των διαφόρων μηχανημάτων, καθησυχάζοντάς τους  
παράλληλα ότι τα μάτια του μωρού δεν έχουν τίποτε και ότι η  
κάλυψή τους γίνεται για προληπτικούς λόγους.

Μ'αυτόν τον τρόπο ο γονιός συνειδητοποιεί ότι το παιδί  
του έχει ελπίδα σωτηρίας κι ότι το σύνολο των προσπαθειών κα-  
τευθύνεται από το περιβάλλον της μονάδας, με μοναδικό σκοπό να  
βοηθήσει το νεογνό στο δύσκολο αγώνα του για επιβίωση. Αυτό  
το αίσθημα έρχεται να απαλύνει το δυσάρεστο πρώτο συναίσθημα  
που δημιουργεί ο πρόωρος αποχωρισμός και εξουδετερώνει όλες  
τις ανεύθυνες εκείνες πληροφορίες που έρχονται στους γονείς  
από τρίτους και που συνήθως είναι καταδικαστικές για τη ζωή

του νεογνού. Γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η κρατούσα κοινωνική αντίληψη θεωρεί τα προβληματικά νεογνά και ειδικά τα πολύ πρόωρα, σαν όντα χωρίς καμιά ελπίδα, χωρίς προοπτική. Η γλώσσα της αλήθειας είναι ο πιο σωστός τρόπος επικοινωνίας με τους γονείς.

Μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στην πρώτη επίσκεψη των γονιών στη μονάδα. Αυτές τις στιγμές η νοσηλεύτρια βρίσκεται πλάι στη μητέρα, απαντώντας στις ερωτήσεις της με απλό τρόπο, τονίζοντας τα θετικά στοιχεία του νεογνού (μάτια, μαλλιά). Όλα αυτά βοηθούν τη μητέρα να αποβάλλει το άγχος της και την προετοιμάζει στη δημιουργία σωστής σχέσης με το παιδί της. Η επαφή νοσηλεύτριας μητέρας είναι πολύ σημαντική και για άλλο ένα ακόμη λόγο: από τη σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης ανταλλάσσονται σημαντικές πληροφορίες για το ενδιαφέρον των γονιών για το νεογνό, για τις κοινωνικές αλλά και οικονομικές συνθήκες της οικογένειας. Έτσι η νοσηλεύτρια είναι η πρώτη που ανιχνεύει τα προβλήματα, τα οποία σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό και την κοινωνική λειτουργό πρέπει να επιλυθούν, πριν ακόμα το νεογνό εγκαταλείψει το τμήμα. Με την έξοδο του νεογνού η νοσηλεύτρια θα καθοδηγήσει τη μητέρα διδάσκοντάς της την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων (τάισμα, μπάνιο κλπ).

#### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΟΝΕΩΝ

Πιο δύσκολη και εξίσου σημαντική είναι η συμβολή της νοσηλεύτριας στην υποστήριξη της οικογένειας, της οποίας το νεογνό έχει συγγενείς ανωμαλίες. Πρέπει στις περιπτώσεις αυτές, σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, πάντα λέγοντας την αλήθεια, να φροντίσει στην άμβλυση του άγχους και της ενοχής που νιώθει η μητέρα.



που νιώθουν οι γονείς τέτοιων νεογνών. Οι γονείς θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την ανωμαλία και νιώθουν στιγματισμένοι. Εδώ πρέπει να βοηθήσει η νοσηλεύτρια, να θωρακίσει την οικογένεια από τις προλήψεις και τις προκαταλήψεις. Αν υπάρχουν τρόποι διόρθωσης της δυσμορφίας, βοηθάει πολύ να δείχνονται στους γονείς φωτογραφίες άλλων νεογνών που έπασχαν από την ίδια δυσμορφία πριν και μετά τη χειρουργική αποκατάσταση.

Σημαντική επίσης βοήθεια που μπορούμε να προσφέρουμε, είναι όταν τους φέρουμε σ'επαφή με άλλους γονείς νεογνών με ανάλογα προβλήματα.

Ένα άλλο πρόβλημα, όπου η συμβουλή της νοσηλεύτριας είναι σημαντική, είναι στην αντιμετώπιση και φροντίδα των νεογνών με χρόνια πάθηση. Πρέπει εδώ να πείσει τη μητέρα να ξεπεράσει μέσα της το αίσθημα του χρόνιου και αξεπέραστου, γιατί κι αυτά τα νεογνά χρειάζονται αγάπη και φροντίδα.

Η πληροφόρηση των γονιών πρέπει να είναι ενιαία και ταυτοσημνή. Η πιο δύσκολη στιγμή ίσως για το προσωπικό μιας μονάδας, είναι η στιγμή που το νεογνό πεθαίνει. Εδώ όλοι πρέπει να οπλισθούν με κατανόηση, υπομονή και προπάντων κρυπαύσθησία στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Η ανακοίνωση του θανάτου γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε ο γονιός να αισθάνεται ότι όλο το προσωπικό της μονάδας συμμετέχει στη θλίψη του και να πεισθεί ότι έγινε κάθε τι δυνατό για τη σωτηρία του νεογνού.

Η παρέμβαση της νοσηλεύτριας στη σωστή ανάπτυξη ενός νεογνού και στη δημιουργία σωστής σχέσεως γονιών - νεογνών, είναι καθοριστική. Στηρίζεται στη γνώση και προϋποθέτει την αγάπη για το νεογνό.



### ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

#### **A. Προετοιμασία των γονέων**

Η γέννηση του πρόωρου νεογνού είναι μια παραβίαση της κανονικής συνέχειας των ψυχολογικών και φυσιολογικών διαδικασιών που κορυφώνονται με τον τοκετό στο φυσιολογικό τέλος της κυήσεως. Και για τους δυο γονείς, το μεγαλύτερο μέρος αυτής της προετοιμασίας συμβαίνει τους δυο τελευταίους μήνες της κυήσεως. Οι γονείς πρόωρων νεογνών, δεν είχαν το χρόνο να επεξεργαστούν τα συναισθήματά τους για την υγεία του παιδιού τους, το φύλο που θα επιθυμούσαν να έχει, την ικανότητά τους σα γονείς και για άλλες ανησυχίες. Τώρα πρέπει να τα βγάλουν πέρα σε μια πολύ δύσκολη στιγμή, δηλαδή όταν βρίσκονται αντιμετώπι με μια κρίση - μπροστά στην ενδεχόμενη απώλεια του παιδιού

#### **B. Προσαρμογή προς το νεογνό**

Ακόμα κι αν δεν έχουν ιδανική κοινωνική υποδομή, οι γονείς του πρόωρου νεογνού πρέπει να αντιμετωπίσουν έντονα αισθήματα ενοχής, απώλειας, αποτυχίας και προσωπικής ανεπάρκειας' αυτά μπορεί να μοιάζουν σαν παράλογοι φόβοι, είναι όμως οι φυσικές συνέπειες της διακοπής της κανονικής πορείας της κύησης και του τοκετού. Πρέπει επίσης να προσαρμοστούν στην ύπαρξη ενός νεογνού που δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους για το πως θα πρέπει να είναι παιδί. Τα πρόωρα είναι "καχεκτικά", δείχνουν ταλαιπωρημένα, δεν έχουν μαλλιά και μπορεί να είναι πολύ απασθη' συχνά φαίνονται σαν ν' αποτελούν μάλλον μέρος των μηχανημάτων επιβιώσεώς τους παρά σαν παιδιά.

### Γ. Σύνδεση του προσωπικού

Πολλά μέλη του προσωπικού, περνούν από παράλληλη πάλη για να συνδεθούν μ' αυτά τα νεογνά. Ενώ αυτό μπορεί συχνά να οδηγήσει σε περιόδους ανταγωνισμού ανάμεσα στους γονείς και το προσωπικό, η αυτοεξέταση αυτής της διαδικασίας μπορεί να αποτελεί πολύτιμο μέσο για την κατανόηση των συναισθημάτων και διανοητικών προβλημάτων που θα προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν οι γονείς.

### Δ. Προσήλωση στην ανατροφή

Ο γιατρός και η αδερφή που είναι υπεύθυνοι για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, που γνωρίζουν την οικογένεια και το ιστορικό της διαπλάσεως του νεογνού, έχουν μεγάλη σημασία για αυτόν στον τομέα της φροντίδας.

Οι γονείς πρέπει να δουν το νεογνό και πρέπει να το πάρουν στα χέρια τους όταν θα είναι έτοιμοι. Στην αρχή μπορεί να είναι δυστάκτικοί· η έναρξη της επαφής με το παιδί προτού να είναι ψυχολογικά έτοιμοι για αυτή δε θα βοηθήσει. Είναι εξαιρετικής σημασίας η απόδοση προσοχής στην περιγραφή των ανησυχιών τους που εμποδίζουν την παραπέρα επαφή με το νεογνό. Συχνά και μόνο αν τους ακούσουμε, μπορούμε να τους απελευθερώσουμε από τους περιορισμούς. Ενώ είναι δυνατό να θέλουν ενθάρρυνση από το γιατρό, οι γονείς επαναλαμβάνουν το πόσο σημαντικό είναι να αναγνωρίζουν οι άλλοι την πραγματικότητα και τη σπουδαιότητα των φόβων τους· δε θα πρέπει να αναμένεται πάντως, ότι η ενθάρρυνση θα εξαφανίσει αυτούς τους φόβους. Η αποτελεσματική λειτουργία των ομαδικών συμβουλευτικών συ-

ναντήσεων αυτών των γονέων είναι εξαιρετικά δύσκολη. Όταν το νεογνό παρουσιάσει μια κρίση, πολλοί από τους φόβους που καταλάγιασαν την πρώτη μέρα θα ξαναεμφανιστούν. Κάτι τέτοιο είναι φυσικό και δεν αποτελεί υπερβολική αντίδραση. Πολλές φορές ο πατέρας επισκέπτεται το νεογνό στη μονάδα εντατικής νοσηλείας πριν από τη μητέρα. Αυτό αποτελεί την κοινωνία μιας ασυνήθιστης θέσης για τον άνδρα. Οι πατέρες θα αναπολούν συχνά με πολλή αγάπη αυτή την περίοδο, κατά τη διάρκειά της όμως έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές αλληλοσυγκρουόμενες έγνοιες και αισθήματα, που το προσωπικό μπορεί να ακούσει και να βοηθήσει να ξεπεραστούν.

Διάφορα στάδια της κλινικής πορείας και της διαπλάσεως του νεογνού, ακολουθούνται από παράλληλη αύξηση της προσηλώσεως των γονέων, καθώς οι τελευταίοι γνωρίζουν καλύτερα το νεογνό και οι ελπίδες τους ότι θα ζήσει μεγαλώνουν, ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν τα προσωπικά τους ζητήματα. Πολλοί γονείς δείχνουν τέτοιες ώρες, να αναπτύσουν το συναίσθημα του "πραγματικά έχουμε ένα μωρό". Κλινικά αυτό φαίνεται να είναι το φυσικό αποτέλεσμα των φροντίδων μας και οι γονείς βρίσκουν τρομερά σπουδαίο να αναγνωρίζουμε εμείς πόσο σημαντικά είναι αυτά τα βήματα για αυτούς· η πρόοδος του νεογνού δίνει αξία στις ελπίδες τους. Συνοπτικά τα στάδια αυτά είναι τα ακόλουθα:

**α) Αρχική κλινική σταθεροποίηση:** Είναι η στιγμή να αρχίσει με τους γονείς η συνομιλία και η εξεκρίβωση των πιο σημαντικών από τα θέματα που τους απασχολούν, καθώς και τα ιατρικά προβλήματα.

**β) Διακοπή της εφαρμογής αναπνευστήρα ή της χορήγησης οξυγόνου στο νεογνό:** Σε πολλές περιπτώσεις είναι η κατάλληλη στιγμή να

ενθαρρυνθούν οι γονείς να αγγίξουν το νεογνό περισσότερο , πράγμα που θα εξελιχθεί στο να το πάρουν περισσότερο στα χέρια τους.

γ) **Έναρξη των γευμάτων:** Στο σημείο αυτό υπάρχουν πολλές φροντίδες, που μπορούν ν' αρχίσουν να αναλαμβάνονται από τους γονείς. Είναι το διάστημα που οι γονείς και το νεογνό μπορούν να αρχίσουν να δοκιμάζουν τη συνεργασία τους. Η επιτυχία μπορεί να είναι τραυματική αλλά η επιτυχία είναι εξαιρετικής σημασίας.

δ) **Μεταφορά από το χώρο εντατικής νοσηλείας στο χώρο παρακολούθησης και αναρρώσεως:** Συχνά η μεταφορά αυτή σημαδεύει τη στιγμή από την οποία οι γονείς αρχίζουν να κοιτάζουν προς το μέλλον. Δύσκολα μπορούν να πιστέψουν ότι έφτασαν σ' αυτό το σημείο.

ε) **Έκποθέτηση του νεογνού σε ανοιχτή κούνια:** Τώρα οι γονείς πρέπει να συνηθίσουν χωρίς τη βοήθεια των συσκευών παρακολούθησης που τους λένε ποιά είναι η κατάσταση του νεογνού. Καθώς τα πράγματα πάνε καλά η ευχαρίστηση του να κρατούν περισσότερο το νεογέννητο, βοηθά στην ανάπτυξη των πιο θετικών αισθημάτων. Αυτή την περίοδο, η από κοινού παρατήρηση της συμπεριφοράς του νεογνού είναι πραγματικά άτομα. Μπορούν επιτέλους να αρχίσουν τις προετοιμασίες του "δωματίου του μωρού" στο σπίτι και να αρχίσουν να οργανώνουν τους οικογενειακούς και εξωτερικούς υποβοηθητικούς μηχανισμούς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### Η συμπεριφορά του πρόωρου νεογνού και το περιβάλλον της μονάδας εντατικής νοσηλείας νεογνών

Μέσα στα αρκετά χρόνια που πέρασαν, τα μέλη της Child Development Unit του Children's Hospital medical Center και οι αδελφές των μονάδων εντατικής νοσηλείας έχουν διαμορφώσει ορισμένες προσεγγίσεις που τις βρίσκουμε υποβοηθητικές για το χειρισμό των αρρώστων, πρόωρων νεογνών και των γονιών τους. Οι προσεγγίσεις αυτές βασίζονται κυρίως στην παρατήρηση και την αιτιολόγηση και πρέπει να θεωρούνται δοκιμαστικές μέχρις ότου γίνουν περισσότερες έρευνες, που θα μπορέσουν να ξεκαθαρίσουν τις σημαντικές επιδράσεις του περιβάλλοντος στην αρχή της ζωής των πρόωρων νεογνών, από τις ασήμαντες.

#### ΓΕΝΙΚΑ

- A. Ερεθίσματα. Τα πρόωρα νεογνά είναι ευάλωτα στην αισθητηριακή υπερφόρτωση. Το περιβάλλον τους δεν είναι περιβάλλον στερήσεως αλλά μάλλον κορεσμού. Είναι ανίκανα να μεταχειριστούν σωστά τα ερεθίσματα.
- B. Τα νεογνά αυτά ανταποκρίνονται καλύτερα όταν τους δίνονται να εκτελέσουν μια αποστολή κάθε φορά: για παράδειγμα ένα νεογνό με ηλικία κυήσεως 37 εβδομάδων μπορεί να σιτισθεί καλύτερα όταν συμβαίνουν λιγότερα πράγματα κατά τη διάρκεια του γεύματος και γι' αυτό είναι καλύτερα να μην συνδυάζονται γεύμα, κουβέντα, κοίταγμα και κούνημα.
- Γ. Τα πρόωρα νεογνά δε βρίσκονται σε κάποιο χρονοδιάγραμμα και έτσι στις 40 εβδομάδες μετά τη σύλληψη, δε μπορούν να συγκριθούν με τα τελειόμηνα.

Δ. Οργάνωση. Η εκμάθηση της σωστής ανταποκρίσεως στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος αποτελεί διαδικασία κλειδί στην εξέλιξη του πρόωρου νεογνού.

1. Εκείνοι που φροντίζουν το παιδί, αντί να κάνουν στατικές εκτιμήσεις, μπορούν να δώσουν μια ακριβέστερη εικόνα αυτού του συγκεκριμένου νεογνού, παρατηρώντας την πρόοδο της εξελίξεώς του. Η ίδια η σειρά της εξελίξεως είναι σπουδαία όσο και η ηλικία της κηΐσεως του νεογνού.

2. Η αναπτυξιακή διαδικασία θα καθυστερήσει από κρίσεις, λοιμώξεις, κακή διατροφή, ή άλλα προβλήματα.

Ε. Ενέργεια. Η διευκόλυνση μιας κατάλληλης αντιδράσεως απέναντι στο περιβάλλον, ιδιαίτερα σε μικρά νεογνά με περιορισμένη πρόσληψη θερμίδων, μπορεί να ελαττώσει την κατανάλωσή τους και -συντά-να επιτρέψει την αύξηση της προσλήψεώς τους.

ΣΤ. Η αύξηση είναι αργή διαδικασία, ακόμα και στο καλύτερο περιβάλλον, τόσο για τους γονείς, όσο και για το νεογνό. Η αντιμετώπιση των ανησυχιών των γονέων για την αύξηση και τη διάπλαση του νεογνού έχει μεγάλη σημασία.

Ζ. Η σύνδεση (με τους γονείς) είναι διαδικασία μακροπρόθεσμη και δεν αποκαθίσταται με την πρώτη επαφή με το πρόωρο νεογνό.

Όλες σχεδόν οι οικογένειες ανταποκρίνονται σε πολλά από τα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί για τον προσδιορισμό του κινδύνου μειωμένης συνδέσεως των γονέων. Οι περισσότεροι γονείς κατορθώνουν να το αντιμετωπίσουν και εμείς μπορούμε να διευκολύνουμε αυτή τη διαδικασία μιλώντας μαζί τους για το πόσο αποτελεσματικά αγωνίζονται· είναι σημαντικό να αποφεύγεται η



εκτεταμένη συζήτηση πάνω στην κλινική κατάσταση του νεογνού . Πρόκειται για κρίση που περνά όχι μόνο το ίδιο το νεογέννητο αλλά και οι γονείς. Θα πρέπει κανείς να αναγνωρίζει όχι μόνο τις ιατρικές τους ανησυχίες αλλά και τα αισθήματά τους. Οι ενέργειες για την αντιμετώπιση της καταστάσεως είναι αγχώδεις, γιατί όλοι οι γονείς λυπούνται για το χάσιμο της ελπίδας τους να έχουν ένα τέλειο παιδί.

#### ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΠΡΩΟΥ

A. Τα πρόωρα νεογνά είναι ανεπτυγμένα νευρολογικά περισσότερο από όσα έχουμε μάθει να πιστεύουμε, αλλά χρειάζονται πραγματικά ειδική αντιμετώπιση από αυτούς που τα φροντίζουν.

B. Μεταβολές του περιβάλλοντος του πρόωρου νεογνού.

Το πιο κατάλληλο άτομο που μπορεί να κάνει τις αναγκαίες αλλαγές στο περιβάλλον του νεογνού είναι μια αδελφή πρωτοβαθμίας περιθάλψεως, που το γνωρίζει.

**1. Φυσιολογική σταθερότητα.** Ειδικά στο νεογνό που η ηλικία κύησής του είναι μικρότερη από 34 εβδομάδες, ή στο άρρωστο νεογνό, όλη σχεδόν η διαθέσιμη ενέργεια χρησιμοποιείται για τη διατήρηση του φυσιολογικού ελέγχου. Τα έντονα ερεθίσματα είναι δυνατό να προκαλέσουν οξεία αποσταθεροποίηση (αλλαγή του χρώματος, αστάθεια των ζωτικών σημείων) και μπορούν ακόμα να οδηγήσουν σε άπνοια και βραδυκαρδία.

α) Το νεογνό πρέπει να γυρίζεται αργά και να υποστηρίζονται το κεφάλι και τα κάτω άκρα του. Οι ξαφνικές μεταβολές της θέσεως πρέπει να αποφεύγονται.

β) Οι ξαφνικοί θόρυβοι, ακόμα και το δυνατό κλείσιμο της θύρας της θερμοκοιτίδας του νεογνού είναι δυνατό να προκαλε-

σουν υπερένταση. Ο θόρυβος πρέπει να ελέγχεται συνεχώς. Μορφές διαρκούς έντονου ερεθισμού είναι και οι δυνατές συνομιλίες και το συνεχές έντονο φως.

**2. Ο ύπνος** είναι σημαντική λειτουργία για την οργάνωση και τη σταθεροποίηση. Είναι σημαντικός παράγοντας για την παραπέρα ανάπτυξη και διατηρεί την ενέργεια του νεογνού, που έχει σπουδαία σημασία για τη βελτίωση της αυξήσεως του βάρους του. Συχνά τα πρόωρα νεογνά δεν κοιμούνται καλά στο περιβάλλον του τμήματος νεογνών.

α) Απομόνωση του ήχου. Τα ευαίσθητα νεογνά πρέπει να τοποθετούνται στις πιο ήσυχες περιοχές του τμήματος.

β) Πρόγραμμα. Η τακτική φροντίδα πρέπει να προγραμματίζεται με τρόπο που να παρέχει καταστάσεις ώστε να μη διακόπτονται οι περίοδοι ύπνου του παιδιού.

γ) Η κάλυψη της θερμοκοιτίδας ελαττώνει την ένταση του φωτός (τα πόδια του παιδιού μπορούν να φαίνονται και ακόμα και συσκευές παρακολούθησεως συνήθως λειτουργούν). Στο νεογνό ηλικίας κνήσεως 36-40 εβδομάδων η μέθοδος αυτή μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση του προβλεπτού ρυθμού περιόδων ύπνου και εγρηγόρσεως. Όταν εγκατασταθεί αυτός ο ρυθμός, το νεογνό μπορεί να διατραφεί με βάση μάλλον ένα ευέλικτο πρόγραμμα αντί του αυστηρού ωραρίου των γευμάτων κάθε 3ωρο, αφού θα ξυπνήσει μόνο του για να σιτισθεί.

Επίσης θα αρχίσει να μακραίνει τις περιόδους "παιγνιδιού" συχνά μάλιστα όταν το επισκέπτονται οι γονείς του.

**3. Διατροφή.** Τα περισσότερα πρόωρα που παρουσιάζουν προβλήματα διατροφής τα καταφέρνουν καλύτερα όταν η κοινωνική παρεμβολή στο φαγητό τους, διατηρείται στο χαμηλότερο δυνατό επίπεδο. Θα

πρέπει κανείς να παίζει μετά, και όχι κατά τη διάρκεια του γεύματος.

α) Αν αποκατασταθεί κανονικός κύκλος ύπνου και εγρήγορσης, τα γεύματα μπορούν να δίνονται όταν το νεογνό ζητά να σιτισθεί.

β) Θηλασμός. Το νεογνό με βροχοπνευμονική δυσπλασία, που παίρνει οξυγόνο και κουράζεται εύκολα, ωφείλεται παρ' όλ' αυτά να θηλάσει ακόμα και 15 ml γάλακτος, γιατί του δίνει την ευκαιρία να ασκήσει τον κινητικό του συντονισμό και να απολαύσει μια αισθητική και κοινωνική ικανοποίηση.

γ) Συχνά η διατροφή θα προχωρήσει καλύτερα αν διάφορες διαδικασίες, π.χ. ενέσεις, ή αλλαγές καθετήρων καθυστερούν ώσπου το νεογνό να έχει φάει και μένει ήσυχο για λίγα λεπτά. Τις ώρες αυτές το νεογνό οργανώνεται και αφιερώνει όλη του την ενέργεια στα γεύματα. Η υπερβολική διέγερση πριν από τα γεύματα προκαλεί συχνά ελάττωση του θηλασμού, ελάττωση της γαστρεντερικής κινητικότητας και εμετό ή αναγωγή της τροφής.

**4. Κράτημα του νεογνού.** Τα πρόωρα νεογνά παρουσιάζουν συχνά stress εξ' αιτίας αποδιοργάνωσης της κινητικής τους δραστηριότητας που είναι επανειλημμένα κυκλική. Αυτό μπορεί να συμβεί π.χ. μετά από ξαφνικές αλλαγές θέσεως, από μεταβολές της εντάσεως των αισθητικών ερεθισμάτων ή από παρατεταμένη αλληλεπίδραση.

α) Η καθυσύχασση με ελαφρά χτυπήματα στην πλάτη ή το κράτημα σαν αγιάλιασμα, μπορούν να βοηθήσουν αυτά τα νεογνα να ηρεμήσουν και να ελαττώσουν την κατανάλωση ενέργειας.

β) Η απασχόληση του νεογνού να βάζει το χέρι στο στόμα πρέπει να ενθαρρύνεται. Ηρεμεί πολλά νεογνά ακόμα και το γεγονός ότι το χέρι είναι πάντα εκεί. Ακόμα και το να αφήνεται ένα πο-

λύ μικρής ηλικίας νεογνό να κρατά ένα δάχτυλο, θα το ηρεμήσει και θα το οργανώσει.

**5. Κοινωνική αλληλεπίδραση.** Το πρόσωπο δεν αντιδρά όπως το τελειόμηνο. Το περιβάλλον το υπερδιεγείρει και το προσωπικό θα πρέπει να περιορίζει ανάλογα το επίπεδο της διεγέρσεως. Για παράδειγμα, μερικά νεογνά αντιδρούν με τρόπους που δείχνουν ότι τους αρέσουν η μουσική, ή τα χρωματιστά αντικείμενα· πολλά όμως δε φανερώνουν τίποτα.

α) Τα νεογνά ηλικίας κυήσεως 36 εβδομάδων μπορεί να είναι ικανά να ανταποκριθούν σε οπτική επαφή, ή να προσέξουν σε ομιλία· η ανοχή τους όμως και για τα δυο, ιδιαίτερα ταυτόχρονα, είναι περιορισμένη.

β) Πολλά νεογνά παρουσιάζουν μια αντίδραση "απομονώσεως" στο σημείο που προσηλώνονται σε ένα ερέθισμα (π.χ. πρόσωπο). Συχνά αυτό φαίνεται σαν σωστή κοινωνική ανταπόκριση, συνήθως όμως είναι δαπανηρό σ' ενέργεια και, αν δε μπορούν να αποσπαστούν μόνα τους από το ερέθισμα, η συνέχεια θα πρέπει να διακόπτεται απ' αυτούς που το φροντίζουν.

γ) Τα πρόωρα νεογνά παρουσιάζουν συχνά έντονες αντιδράσεις, θετικές ή αρνητικές, που αποτελούν κλειδί για την κατανόηση του κοινωνικού συστήματος του καθενός τους.

### Αναχώρηση του προώρου για το σπίτι

Ανεξάρτητα από το τι έχει συμβεί, οι γονείς τρομάζουν που το "μωρό τους" θα απομακρυνθεί από το προστατευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Είναι ανάγκη να τονιστεί η συνεχιζόμενη βοήθεια του προσωπικού της μονάδας. Συχνά οι οδηγίες για τη διατροφή ή τα φάρμακα δεν "γίνονται κατανοητές" εξαιτίας του άγχους της περιστάσεως και οι γονείς πρέπει να ξέρουν ότι μπορούν να επικοινωνήσουν με τη μονάδα.

Το προσωπικό πρέπει να τονίσει ότι υπάρχουν λίγες μεταβατικές μέρες που είναι δυνατό να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του νεογνού στο φαγητό, στον ύπνο και στο κλάμα. Πρόκειται για τυπική προσαρμογή του νεογνού που δεν αντανakλά άσχημα στους γονείς όσο η δική τους ανησυχία. Θα πρέπει επίσης να δοθούν στους γονείς μερικά σημεία κλειδιά για να τα προσέχουν: αυτά αντανakλούν τόσο την επιβίωση του παιδιού όσο και το γεγονός ότι έχουν ένα "πραγματικό μωρό" - παραδείγματα τέτοιων σημείων είναι το μέγλωμα των νυχιών, η ανάπτυξη των μαλλιών και η αύξηση της κοινωνικότητας του νεογνού. Σημαντική είναι επίσης η ενίσχυση από τους παππούδες - γιαγιάδες καθώς και την υπόλοιπη οικογένεια. Πολλοί άνθρωποι δεν ξέρουν τι να πούν στους γονείς, ή τι να κάνουν για αυτούς και οι γονείς δεν έχουν πείρα ή κοινωνική προπαρασκευή για τη συναισθηματική διαδικασία που συνεπάγεται ή απόκτηση ενός πρόωρου νεογνού. Ακόμα και στις πιο "δεμένες" οικογένειες μπορεί να παρατηρηθεί εξαφάνιση της υποστηρίξεως, ώσπου το νεογνό νάρθει στο σπίτι και να παραδεχτούν όλοι ότι θα ζήσει σαν ένα ακέραιο ανθρώπινο όν.

Κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων, πολλές φορές υπάρχει

ανάγκη επανεξετάσεως της προόδου, καθώς και συζητήσεως ανησυχιών που εξακολουθούν να υπάρχουν και δεν έχουν διαλυθεί τελείως. Μερικοί γονείς ανησυχούν τόσο πολύ, που δε βγαίνουν έξω από το σπίτι για ολόκληρο χρόνο.

α) 3-4 μηνών Συχνά περιόδους κρίσεως εξ αιτίας φόβων και ανησυχιών που παραμένουν.

β) 8 μηνών Ακόμα και μια βόλτα ως το μπακάλη μπορεί να είναι καταστροφή· το παιδί τους φαίνεται τόσο διαφορετικό και συμπεριφέρεται τόσο διαφορετική από ένα τελειόμηνο βρέφος.

γ) 12-15 μηνών Θετική χρονική στιγμή· έκρηξη της κινητικής ανάπτυξεως του βρέφους.

δ) 18-24 μηνών Άλλη μια θετική στιγμή· βελτίωση της συγκρίσεως με τα συνομήλικα παιδιά ("μοιάζει με τα άλλα παιδάκια").

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Ολοκληρωμένη και εξαστομικευμένη Νοσηλευτική

φροντίδα προύρου

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ - ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ

Καθημερινά στο νεογνό εντατικής νοσηλείας πρέπει να ελέγχονται τα εξής:

**1.Θερμοκρασία:** Αυτή παίρνεται με το ατομικό θερμόμετρο το οποίο τοποθετείται στο ορθό μετά από επάλειψη με βαζελίνη σε βάθος 2-3 cm. Η θερμοκρασία παίρνεται κάθε δυο ώρες και σε υποθερμικά νεογνά κάθε μια ώρα.

**2.Σφύξεις αναπνοές:** Μετρούνται κάθε δυο ώρες, χωρίς να παίρνονται υπόψη, οι αντίστοιχες τιμές που δείχνει το Monitor.

**3.Αρτηριακή πίεση:** Με την είσοδο του νεογνού μετριέται απαραίτητα η αρτηριακή πίεση και κατόπιν 2-3 φορές το 24ωρο, τουλάχιστον, όταν δεν υπάρχει δυνατότητα για συστηματική παρακολούθηση.

**4.Ζύγισμα:** Γίνεται δυο φορές το 24ωρο και πάντα κάτω από τις ίδιες συνθήκες ζύγισης. Πρέπει να αναγράφονται τυχόν επιπρόσθετα αντικείμενα που φέρει το νεογνό.

**5.Έλεγχος ούρων:** Τουλάχιστον δυο φορές την ημέρα και σε νεογνά με διαταραχές στο ισοζύγιο τέσσερις φορές την ημέρα. Προσεκτική πρέπει να είναι στην περιποίηση αυτή, η μέτρηση του ειδικού βάρους των ούρων.

**6.Γλυκόζη αίματος:** Σε νεογνό που είναι σε ολική παρεντερική διατροφή, ελέγχεται 3 φορές το 24ωρο, ενώ σε νεογνά που σιτίζονται από το στόμα, 2 φορές. Σε νεογνά με υπογλυκαιμία ή δυστροφικά νεογνά, η γλυκόζη ελέγχεται κάθε μια ώρα μέχρι να σταθεροποιηθεί.

Σε νεογνά διαβητικής μητέρας ελέγχεται η γλυκόζη του αίματος κάθε 2-4 ώρες, το πρώτο 24ωρο ζωής. Πρέπει να τονιστεί ότι η ταινία του Dextostix, δεν ξεπλένεται κάτω από τη βρύση, αλλά υπάρχει ειδικό φιαλίδιο με νερό που εκτοξεύεται με χαμηλή πίεση.

**7.Καταγραφή:** ολικής ποσότητας αίματος που παίρνεται καθημερινά από το νεογνό με τις αιμοληψίες.

**8.Περιποίηση νεογνού:** Καθημερινό μπάνιο εφόσον αυτό είναι δυνατό. Το μπάνιο γίνεται σε ατομική λεκάνη με ειδικό ατομικό σφουγγάρι, ουδέτερο σαπούνι, σε νερό θερμοκρασίας του σώματος. Γίνεται επίσης καθημερινή περιποίηση του σφαλού με αντισηπτικό και ακολούθως με καθαρό οινόπνευμα, περιποίηση χειλιών με ελαιούχα διαλύματα, μύτης με βαμβακοφόρο αποστειρωμένο στυλεό, αυτιών, ματιών και ευαίσθητων περιοχών.

#### ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Κατ' αρχήν η νοσηλεύτρια πρέπει να μπορεί να εκτιμήσει τη βαρύτητα του αναπνευστικού προβλήματος, παρατηρώντας τα ζωτικά σημεία, την κλινική εικόνα και με την ακρόαση να ελέγχει το αναπνευστικό ψιθύρισμα. Ανάλογα με τη βαρύτητα του προβλήματος, το νεογνό μπορεί να αντιμετωπισθεί με:



1. Διάχυτο οξυγόνο στο περιβάλλον. Εδώ πρέπει να ελέγχεται η πικνότητα του οξυγόνου με οξυγονόμετρο.
2. Χορήγηση οξυγόνου μέσω πλαστικού καλύματος (Hood). Το οξυγόνο πρέπει να υγροποιείται και να θερμαίνεται, πριν δοθεί στο νεογνό.
3. Χορήγηση οξυγόνου μέσω συστήματος συνεχούς αναπνευστικής πίεσης από τη μύτη. Πρέπει να ελέγχεται η εφαρμογή και να δίνεται προσοχή στη στερέωσή του. Πρέπει οπωσδήποτε να τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας ανοιχτός σε καβάκι με αποσταγμένο νερό για την παροχέτευσή του, αέρα από το στομάχι. Επίσης να γίνεται περιποίηση της μύτης, εαν χρειαστεί με αλοιφή κορτιζονούχο.
4. ΣΘΑΠ μέσω τραχειοσωλήνα. Πρέπει να ελέγχεται το μήκος του τραχειοσωλήνα πριν από τη διασωλήνωση και να καταγράφεται, ώστε να διευκολυνθεί κάθε μελλοντική διασωλήνωση. Τακτικός έλεγχος της θέσης του τραχειοσωλήνα πρέπει να γίνεται και μετά από κάθε αναρρόφηση όχι μόνο οπτικά, αλλά και με αιρδάση του θώρακα.
5. Μηχανισμός αερισμού. Εδώ επιπλέον πρέπει:
  - α) Να ελέγχονται τακτικά τα στοιχεία του αναπνευστήρα και να καταγράφονται.
  - β) Να ελέγχεται το κύκλωμα, να αλλάζεται κάθε 48 ώρες, και να καθαρίζεται τακτικά από το νερό που αρθρορίζεται. Να ελέγχεται η λειτουργία του θερμαντικού υγραντήρα. Ο υγραντήρας πρέπει να περιέχει απεσταγμένο νερό και να αλλάζεται 3 φορές το 24ωρο.
6. Φυσιοθεραπεία. Μεγάλη σημασία στα νεογνά με αναπνευστικά προβλήματα έχει η φυσιοθεραπεία. Πρέπει να γίνεται κάθε 2-8ώ-

Υ.Α. (ΣΘΑΠ - Συνεχής Θερμική Αναπνευστική Πίεση)

ρες ανάλογα με το πρόβλημα του νεογνού και την ποσότητα των εκρίσεων που έχει. Γίνεται είτε με ήπιες μαλάξεις του θωρακικού τοιχώματος, είτε με ειδική συσκευή που πάλλεται, ρυθμικά και απαλά. Μικρές αλλαγές της θέσης του νεογνού χρειάζονται, για την αποφυγή ατελεκτασιών.

Μετά τη φυσιοθεραπεία ακολουθούν οι:

7. Αναρροφήσεις: Πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή γιατί μια αναρρόφηση μπορεί αντί να βοηθήσει, να επιβαρύνει την κατάσταση του νεογνού. Γίνεται κάθε 2-8 ώρες ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του νεογνού. Πριν και μετά κάθε αναρρόφηση αυξάνουμε το χορηγούμενο οξυγόνο κατά 5-10 %. Χρησιμοποιούμε μίγμα διττανθρακικού απεσταγμένου νερού σε αναλογία 1:1 και σε ποσότητα 0,5 ml. Τοποθετούμε το διάλυμα στην τραχεία μέσω καθετήρα 3-4 cm βαθύτερα από το μήκος του τραχειοσωλήνα, για να αποφευχθεί τραυματισμός ή και διάτρηση του πνεύμονα. Οι κινήσεις είναι ήπιες και η αναρρόφηση παραμένει κλειστή. Η έξοδος του καθετήρα γίνεται αργά. Δεν συνίσταται η χρήση ασκού ανάνηψης πριν ή και μετά την αναρρόφηση για την αποφυγή υπερβολικής εκτατικής πίεσης. Δυο φορές την εβδομάδα παίρνονται καλλιέργειες από την τραχεία.

Σε επιδείνωση της κατάστασης του νεογνού που βρίσκεται σε μηχανικό αερισμό, πρέπει να σκεφθούμε:

- 1) Απόφραξη ή μετατόπιση του τραχειοσωλήνα.
- 2) Κακή λειτουργία του αναπνευστήρα.
- 3) Πνευμοθώρακα.

Η διάγνωση του πνευμοθώρακα, εκτός από την ακτινογραφία και την ακρόαση, μπορεί να γίνει με την τοποθέτηση πεταλούδας στο δεύτερο μεσοπλεύριο διάστημα.

Το άκρο της πεταλούδας βυθίζεται μέσα σε καψάκι με νερό, οπότε βγαίνει σ'αέρα. Η τοποθέτηση πεταλούδας μπορεί να αποδειχθεί, σωτηρία για τη ζωή του νεογνού. Η μόνιμη όμως αντιμετώπιση του προβλήματος θα γίνει με την τοποθέτηση καθετήρα παροχέτευσης.

#### ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ

Πρέπει να ελέγχονται τακτικά τα μηχανήματα παρακολούθησης και υποστήριξης των νεογνών.

1. Αναπνευστήρας: Έλεγχος σωστής σύνδεσης του κυκλώματος. Να μην υπάρχει διαφυγή αέρα, να μην υπάρχει νερό στις σωληνώσεις, να λειτουργούν οι συναγερμοί και το θερμαντικό του υγραντήρα.
2. Monitor: Έλεγχος σωστής σύνδεσης με το νεογνό. Να χρησιμοποιούνται αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια, κατάλληλου μεγέθους, να βρίσκονται στη σωστή θέση, για άμεση παρακολούθηση, να λειτουργούν οι συναγερμοί. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα Monitors βοηθούν αλλά δεν καταργούν την παρακολούθηση του νεογνού από τη νοσηλεύτρια.
3. Πιεσόμετρο: Σωστό μέγεθος περιχειρίδας και σωστή τοποθέτηση στο χέρι του νεογνού, αποτελούν βασική προϋπόθεση.
4. Οξυγονόμετρα: Έλεγχος φόρτισης του συσσωρευτή και ρύθμιση πριν από κάθε χρήση.
5. Αντλίες έγχυσης ούρων: Να ελέγχεται η σωστή λειτουργία.

#### ΦΛΕΒΟΚΕΝΤΗΣΗ

Σχολαστική καθαριότητα της περιοχής με αντισηπτικό διάλυμα και καθαρό οινόπνευμα.

### ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΜΦΑΛΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Γίνεται με τον ελάχιστο τρόπο. Είναι απαραίτητο, όσοι ασχολούνται με τον καθετηριασμό, να μην παραλείπουν τη σχολαστική καθαριότητα των χεριών, τη χρησιμοποίηση καλλυμμάτων κεφαλιού, αποστειρωμένης μπλούζας, αποστειρωμένων γαντιών και οπωσδήποτε μάσκας.

Το σετ καθετηριασμού περιλέχει:

- 1) Δυο λαβίδες κόχερ.
- 2) Δυο αιμοστακτικές λαβίδες.
- 3) Δυο ρινολαβίδες.
- 4) Μια ανατομική λαβίδα.
- 5) Μια χειρουργική λαβίδα.
- 6) Ένα βελονοκάτοχο.
- 7) Ένα ψαλίδι.
- 8) Μια μύλη διαστολέα.
- 9) Δυο καψάλια.
- 10) Ένα νεφροειδές - τετράγωνο αποστειρωμένο.

Επίσης είναι απαραίτητα:

- Ομφαλικοί καθετήρες Νο 3,5 και Νο 5.
- Ηπαρινισμένος ορός.
- Στρόφιγγες τριπλής κατεύθυνσης.
- Σύριγγες 2,5 ml και 10 ml.
- Μαχαιρίδιο.
- Ράμμα.

Τα νεογνά πρέπει να ελέγχονται τακτικά, ειδικά τις πρώτες ώρες μετά τον καθετηριασμό και ειδικότερα οι γλουτοί και τα κάτω άκρα τους για την παρουσία ισχαιμικών φαινομένων. Στην περίπτωση αυτή ειδοποιείται ο γιατρός, ελέγχεται η θέση του

καθετήρα, θερμαίνεται το άκρο και αν δεν υποχωρήσει η ισχαιμία αφαιρείται ο καθετήρας.

#### ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ ΣΕ ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση της φωτοθεραπείας είναι το πιο συχνό μέσο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του νεογνικού ικτέρου. Οι χρησιμοποιούμενες λυχνίες είναι συνήθως ψυχρού λευκού φωτός και τοποθετούνται πάνω ή στα πλάγια του νεογνού. Η καλή λειτουργία των λυχνιών εξασφαλίζεται είτε με αντικατάσταση όσων συμπληρώνουν 1500-2000 ώρες λειτουργίας, είτε αλλάζοντας όλες τις λυχνίες κάθε τρεις μήνες περίπου.

Κατά τη διάρκεια της φωτοθεραπείας το νεογνό πρέπει να είναι γυμνό, να αλλάζει συχνά θέσεις, ώστε να εκτίθεται ομοιόμορφα το δέρμα στο φως και να καλύπτονται τα μάτια του με αλουμόχαρτο, το οποίο συγκρατείται με γάζα.

Η θερμοκρασία των νεογνών σε φωτοθεραπεία, παρακολουθείται κάθε δυο ώρες. Απαραίτητη είναι η συχνή ζύγιση, ειδικά των πιο μικρών νεογνών, προκειμένου να ρυθμίζονται οι ανάγκες σε υγρά, που είναι αυξημένες, λόγω απώλειας υγρών με την άδηλη ~~απώλεια~~.

#### Η ΑΦΑΙΣΟΜΕΤΑΓΓΙΣΗ (Α.Φ.Μ)

Μετά τον καθετηριασμό της ομφαλικής φλέβας που γίνεται με κανόνες αντισηψίας και με το set καθετηριασμού των ομφαλικών αγγείων, αρχίζει η ΑΦΜ πάντα με την παρουσία νοσηλεύτριας. Το νεογνό συνδέεται με Monitor και πιεσόμετρο και τοποθετείται κάτω από πηγή θερμότητας. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί το χρώμα του και τις τυχόν αντιδράσεις του. Προσοχή χρειάζεται

στο στερέωμα του ομφαλικού καθετήρα και στην περιποίησή του.

#### ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Σχολαστική πρέπει να είναι η προετοιμασία των ορών που περιέχουν φάρμακα για ενδοφλέβια χρήση. Πρέπει να παίρνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα αντισηψίας. Με την προετοιμασία ασχολούνται δυο νοσηλεύτριες φορώντας μάσκες, που αποστειρώνουν τα φιαλίδια, τα μαχαιρίδια και τις φύσιγγες με ισχυρό αντισηπτικό και καθαρό οινόπνευμα.

Σχολαστικός πρέπει να είναι ο υπολογισμός των δόσεων των παρεντερικά χορηγούμενων φαρμάκων. Απαραίτητος είναι και ο προσδιορισμός των επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα για μεγαλύτερη φροντίδα.

#### ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Η πρόληψη των λοιμώξεων είναι ο αντικειμενικός στόχος του προσωπικού ενός νεογνικού τμήματος. Πρέπει να εφαρμόζονται αυστηρά οι κανόνες αντισηψίας τόσο στο προσωπικό όσο και στους γονείς που επισκέπτονται το τμήμα.

Έτσι:

- 1) Κάθε εισερχόμενος στο τμήμα, αφού αφαιρέσει από τα άνω άκρα κάθε αντικείμενο (ρολόγια, δαχτυλίδια, κλπ.), παίρνεται με ειδικό αντισηπτικό μέχρι το ύψος του αγκώνα, τουλάχιστον για 3'-5'.
- 2) Γίνεται καλό σκούπισμα των χεριών, ώστε να μην υπάρχει υγρασία που ευνοεί ανάπτυξη μυκήτων.
- 3) Χρησιμοποιείται προφυλακτική μπλούζα.
- 4) Το προσωπικό του τμήματος, πριν ασχοληθεί με κάθε νεογνό,

ξαναπλένει τα χέρια περίπου για 1:

5) Οι γονείς πρέπει να ρωτιούνται αν έχουν πρόβλημα υγείας όπως:

- α) πυρετό, κρυολόγημα
- β) δερματικό εξάνθημα
- γ) διάρροια ή ηπατίτιδα.

Εκτός από την ατομική καθαριότητα, άλλα μέσα που βοηθούν είναι τα εξής:

1) Κάθε εβδομάδα, απολύμανση του χώρου με αντισηπτικά διαλύματα και καθημερινός καθαρισμός δαπέδων.

2) Κάθε αντικείμενο που πέφτει στο δάπεδο δεν ξαναχρησιμοποιείται.

3) Ο ακάθαρτος ιματισμός, τοποθετείται εκτός χώρου νοσηλείας, και αν αυτό είναι ~~αδύνατο~~, τότε φυγαδεύεται σε ειδικά δοχεία με αντισηπτικό διάλυμα.

4) εκπαιδευμένες καθαρίστριες, με υψηλό αίσθημα ευθύνης ασχολούνται αποκλειστικά στο τμήμα νεογνών.

5) Οι θερμοκοιτίδες αλλάζονται κάθε τρία 24ωρα και αποστειρώνονται με ισχυρά αντισηπτικά, σε ειδικό χώρο. Μετά την αποστείρωση παραμένουν εκτός λειτουργίας με καλό αερισμό για ένα 24ωρο.

Σε ότι τέλος έχει σχέση με την καθαριότητα του τμήματος δεν πρέπει να ισχύουν οι κανόνες οικονομίας.

#### ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Τα νεογνά που δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα, μπορούν να σιτισθούν με μπιμπερό ή με συνδυασμό μπιμπερό και ρινογαστρικό καθετήρα.

Η θερμοκρασία του γάλακτος, πρέπει να είναι αυτή του δω-  
ματίου. Η θέση του νεογνού πρέπει να είναι άνετη. Το μπιμπερό  
κρατιέται σε όρθια θέση, έτσι ώστε να μην υπάρχει αέρας στη  
θηλή την ώρα της κατ'άποσης. Ποτέ δεν πρέπει να ταΐζεται το  
μωρό ξαπλωμένο, με το μπιμπερό τοποθετημένο σε κάποιο στήρι-  
γμα.

Στο μέσο και στο τέλος κάθε γεύματος βοηθάμε το νεογνό  
να αποβάλει τον αέρα που τυχόν κατάπιε, τοποθετώντας το στον  
ώμο μας και χαϊδεύοντάς το απαλά στην πλάτη. Μετά το γεύμα και  
το ρέξιμο, το νεογνό τοποθετείται στο κουνάκι σε ~~πρήλη~~ θέση.

Το νεογνό παίρνει την ποσότητα γάλακτος που το ίδιο θέ-  
λει και η ποσότητα αυτή καταγράφεται.

Η νοσηλεύτρια ή η μητέρα που ταΐζει το νεογνό, φοράει  
προφυλακτική μπλούζα και πρέπει να είναι οπλισμένη με υπομονή  
και αγάπη, γιατί και τα δυο αυτά είναι εξίσου σημαντικά με τη  
χορήγηση θρεπτικών ουσιών.

Το κάθε νεογνό έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες στη σί-  
τιση. Πρέπει να αναφέρονται τυχόν προβλήματα κατά τη διάρκειά  
της. Ο μητρικός θηλασμός πρέπει να ενθαρρύνεται σε κάθε επαφή  
με τη μητέρα, ενώ η νοσηλεύτρια δίνει συγχρόνως οδηγίες για  
την περιποίηση των θηλών του μαστού και συνιστά τακτικό άδει-  
ασμα του στήθους με θήλαστρο, προκειμένου για μητέρες προβλη-  
ματικών νεογνών που δεν είναι σε θέση να θηλάσουν.

Το γάλα αυτό μπορεί να διατηρηθεί στο ψυγείο για 24 ώρες  
περίπου και να δοθεί στο νεογνό με καθετήρα. Ο καθετήρας το-  
ποθετείται, είτε στο στομάχι, είτε στη νηστίδα. Ο ρινογαστρι-  
κός καθετήρας χρησιμοποιείται για μικρά πρόωρα (< 32 εβδομά-  
δες), για νεογνά με αναπνευστική δυσχέρεια ή για όσα παρουσι-

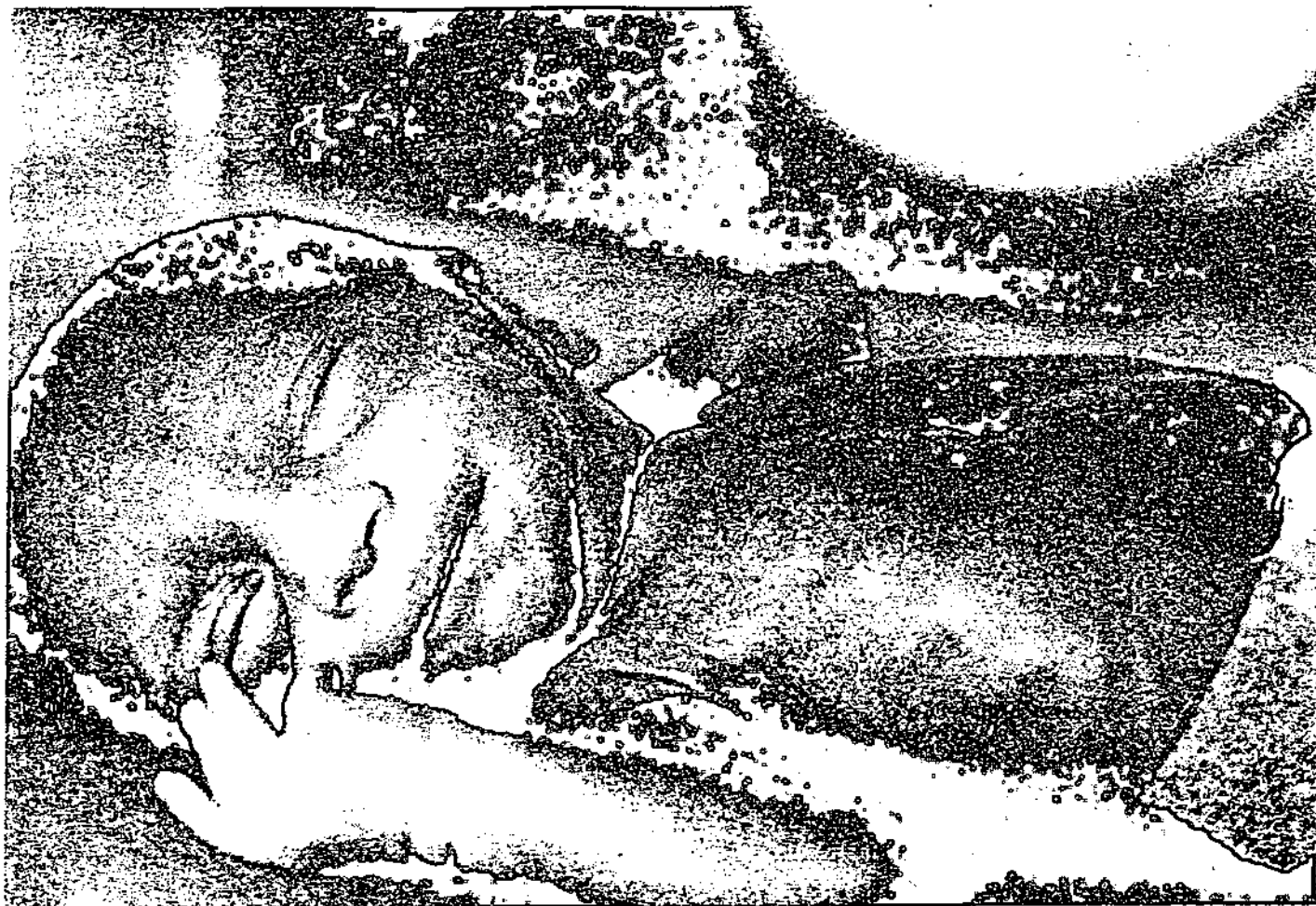


άζουν άρνηση θηλασμού ή ασυνέργεια των μυών καταπόσεως. Η το-  
θέτηση του ρινογαστρικού καθετήρα γίνεται από τη νοσηλεύτρια,  
η οποία μετράει καταρχήν το μήκος του καθετήρα που πρέπει να  
εισαχθεί. Κατόπιν με στραμμένο το κεφάλι του νεογνού σε πλά-  
για θέση, εισάγει με ήπιες κινήσεις, του καθετήρα. Ελέγχει τη  
θέσης του, με αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου, το οποίο  
επιστρέφεται πάλι στο στομάχι.

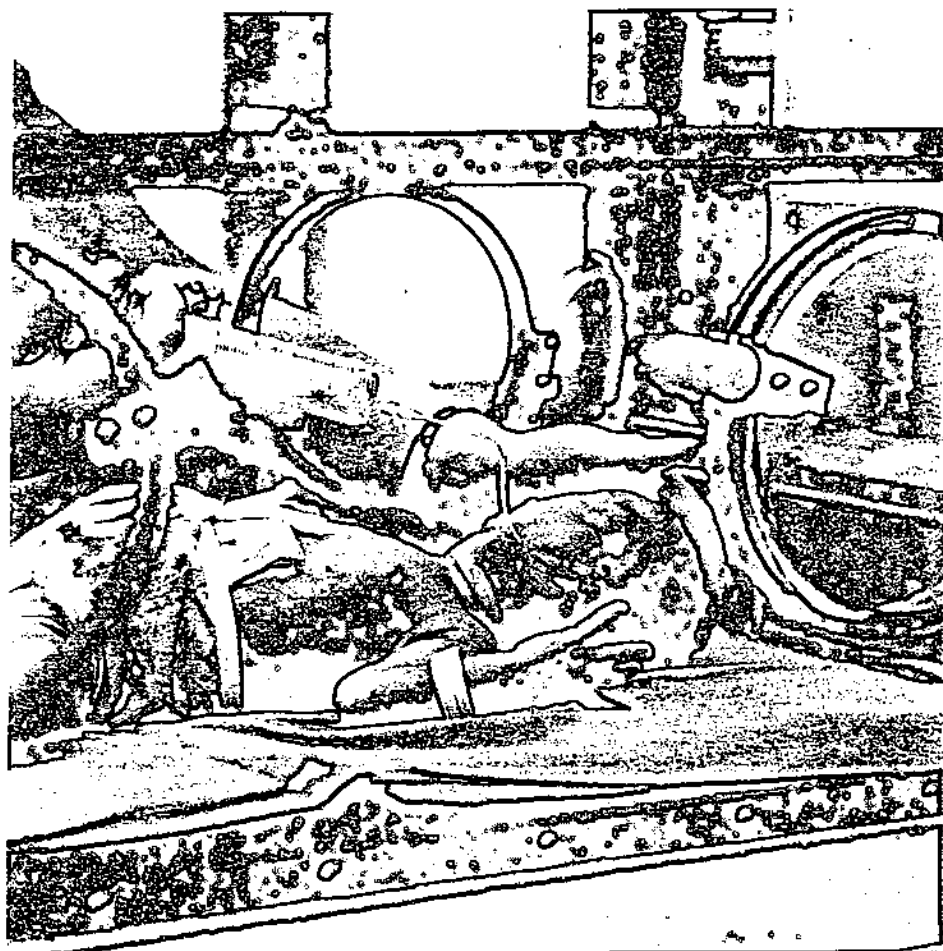
Αφού τοποθετηθεί ο καθετήρας, στερεώνεται και χορηγείται  
το γάλα με σύριγγα, η οποία όμως δεν πρέπει να βρίσκεται σε  
ύψος μεγαλύτερο από 7-8 cm από το νεογνό. Το περιεχόμενο του  
στομάχου ελέγχεται τακτικά (κάθε 4 ώρες) μετά την έναρξη της  
σίτισης και η χορηγούμενη ποσότητα γάλακτος, ελαττώνεται κατά  
όγκο ίσο με το υπόλειμα. Πολλές φορές, ειδικά σε μικρά πρό-  
ωρα, χρησιμοποιείται συνεχής έγχυση γάλακτος με αντλία. Ο ρι-  
νογαστρικός καθετήρας πρέπει να ελέγχεται τακτικά, γιατί μπο-  
ρεί να μετατοπισθεί.

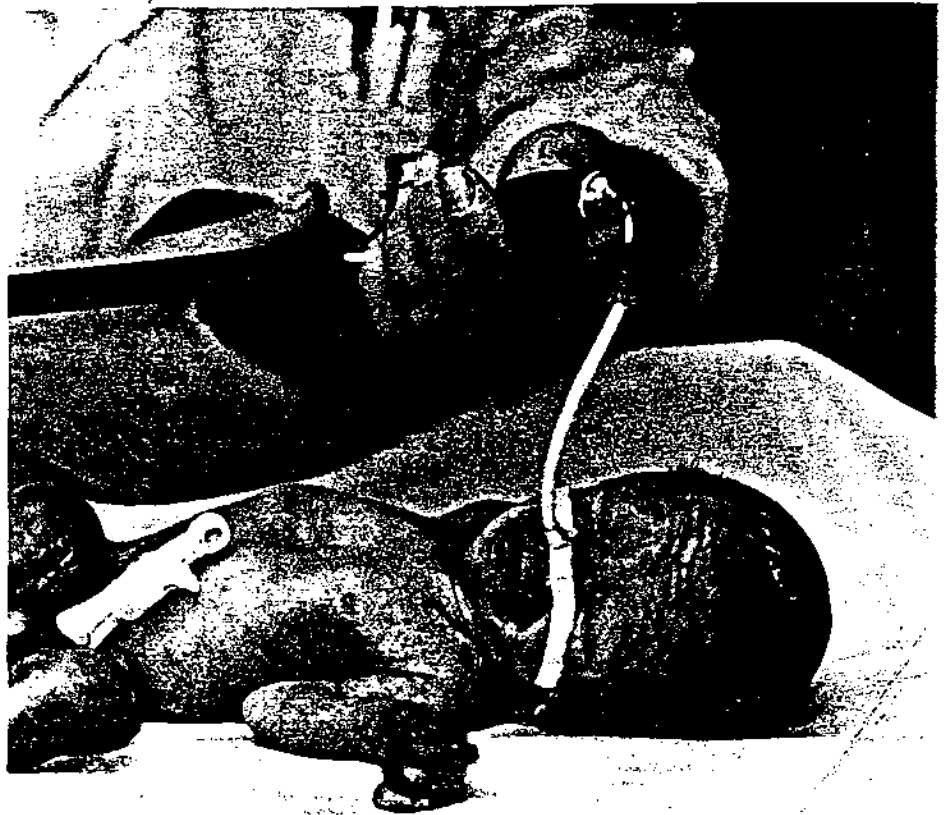
Ο ρινονηστηδικός καθετήρας χρησιμοποιείται σε ειδικές  
περιπτώσεις, σε νεογνά που δεν μπορούν να σιτισθούν με ρινο-  
γαστρικό, λόγω αναγωγών ή διάτασης του στομάχου.

Για την τοποθέτηση του ρινονηστηδικού καθετήρα μετράμε  
αρχικά το μήκος που πρέπει να εισαχθεί και που αντιστοιχεί  
στην απόσταση μύτη-γόνατο, του νεογνού. Εισάγουμε αρχικά τον  
καθετήρα στο στομάχι κατά τα γνωστά και κατόπιν τον προωθούμε  
κάθε 15' κατά 1 cm μέχρι να καλυφθεί η απόσταση που είναι α-  
παραίτητη για να φτάσει στη νήστιδα. Σ' αυτό το διάστημα το  
νεογνό βρίσκεται σε δεξιά πλάγια θέση. Ελέγχεται στη συνέχεια  
η θέση του καθετήρα μ' ακτινογραφία, καθώς και η μέτρηση του  
PH του υγρού της αναρρόφησης ή με την τοποθέτηση ρινογαστρικού

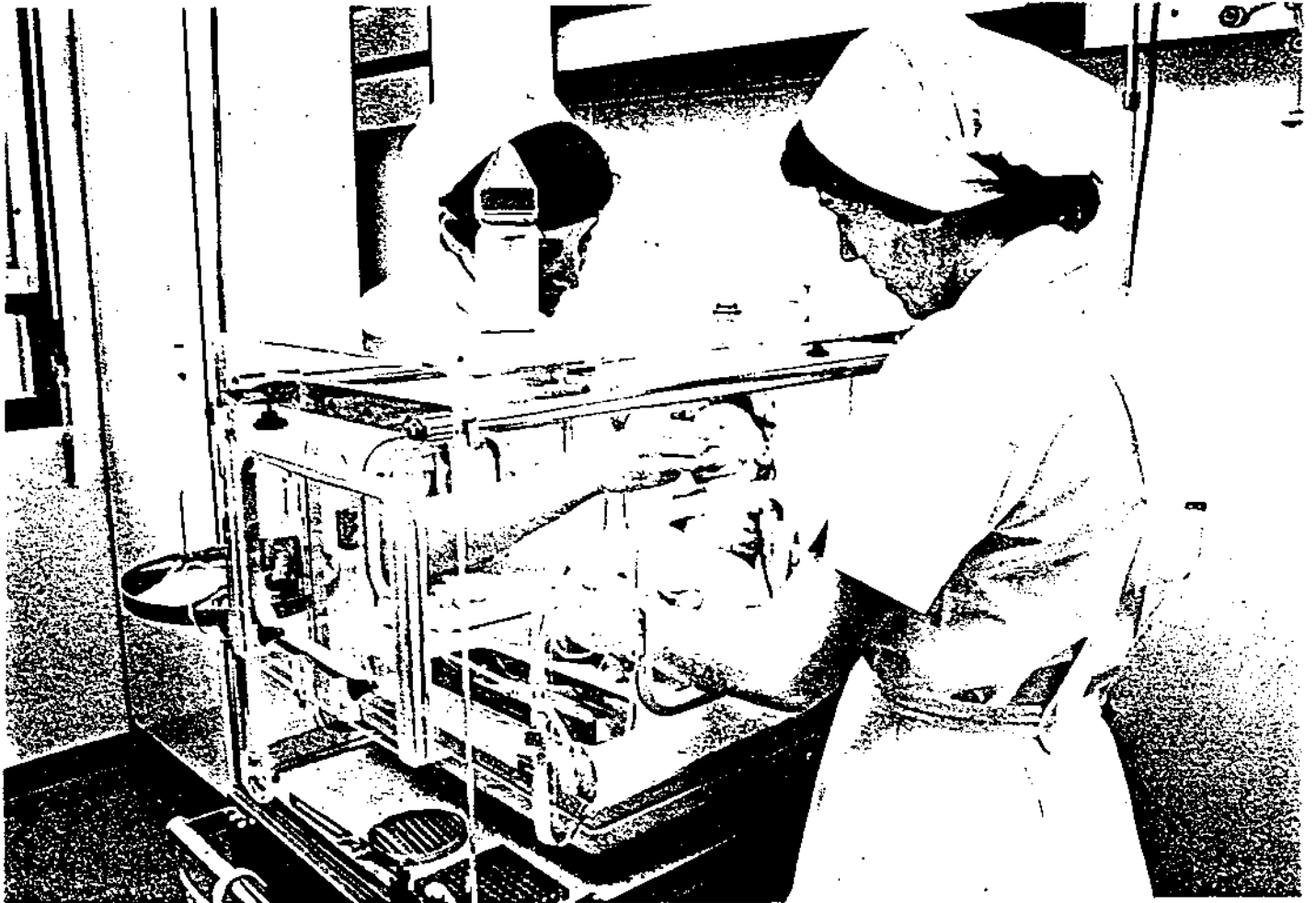


Συνήθως θεωρούνται πρόωρα τα νεογνά με βάρος μικρότερο των 2.500 γρ. Η πρωσοφία αντικαλύπτεται και στο εμβρυό του ηπίου, με εμφάνιση του χαρακτηριστικού κτηνιακού χρώματος (βλέπε εικόνα άνω). Συνήθως η διατροφή του πρόωπου γίνεται με τη βοήθεια της μητέρας (βλέπε εικόνα κάτω).





*Η χρήση του καθετήρα για τη διατροφή του προωρού είναι συχνά απαραίτητη, γιατί το νεογνό δεν έχει τη δυνατότητα να θηλάσει το γάλα και η προσοχή του για αυτό μπορεί να είναι πέρα από τις δυνάμεις του.*



καθετήρα, ο οποίος, αν ο νησθηδικός είναι στη σωστή θέση, δεν πρέπει να δίνει κατά την αναρρόφηση γάλα.

Σε νεογνά με ρινονησθηδικό, πρέπει να παρακολουθείται η παράμετρος της κοιλιάς, ν' αναφέρονται οι τυχόν διάρροιες και να γίνεται τακτική εξέταση κοπράνων.

#### ΑΠΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Είναι συνηθισμένο φαινόμενο στις μονάδες εντατικής νοσηλείας ειδικά στα πολύ μικρά πρόωρα νεογνά.

Είναι πολύ σημαντικό η νοσηλεύτρια να μπορεί ν' αναγνωρίσει την άπνοια. Έτσι σαν άπνοια, ορίζεται η διακοπή της αναπνοής που διαρκεί πάνω από 20" και συνοδεύεται από βραδυκαρδία ή απλή κυάνωση. Η αντιμετώπισή της γίνεται αρχικά με εξθισμό του δέρματος που δεν πρέπει να είναι επώδυνος. Σε περίπτωση αποτυχίας χρησιμοποιείται ασκός ανάνηψης με προσωπίδα. Αν οι άπνοιες επαναλαμβάνονται, χρειάζονται πιο δραστη- μέτρα.

Με τη διαπίτωση των άπνοιών ελάγχονται τα εξής:

1. Γλυκόζη αίματος.
2. Θερμοκρασία νεογνού.
3. Βατότητα των αναπνευστικών οδών.
4. Θέση της κεφαλής του νεογνού.

#### ΕΛΑΧΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ

Το ανώριμο νευρικό σύστημα αυτών των νεογνών είναι αιτία ώστε να μην ανέχονται καλά όλες τις μορφές χειρισμού που πρέπει να γίνονται. Κατά τη διάρκεια των χειρισμών αυτών στα νεογνά μεταβάλλονται οι ακόλουθες παράμετροι:

- 1)Καρδιακός ρυθμός.
- 2)Μέση αρτηριακή πίεση.
- 3)Διαδερμικό  $PO_2$ .
- 4)Διαδερμικό  $PCO_2$ .
- 5)Κορεσμός σε οξυγόνο.
- 6)Ενδοκρανιακή πίεση.

Μελέτη που έγινε στο νοσοκομείο Queen's Charlotte του Λονδίνου, έδειξε ότι σε διάρκεια 3-4 ωρών στα νεογνά αυτά γίνονται κατά μέσο όρο 35 χειρισμοί, ενώ ταυτόχρονα παρατηρήθηκαν 19 αλλαγές στο εισπνεόμενο οξυγόνο. Οι διάφοροι τύποι ερεθισμών που έγιναν από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια χειρισμών και η μέση διάρκειά τους σε δευτερόλεπτα ήταν:

| <u>ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ</u>              | <u>ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ (sec)</u> |
|-------------------------------|----------------------------|
| Φροντίδα γλουτών              | 27,5                       |
| Αλλαγή θέσης                  | 45,6                       |
| Φυσιοθεραπεία θώρακα          | 533,6                      |
| Ενστάλλαξη στον τραχειοσωλήνα | 7,4                        |
| Αναρρόφηση τραχειοσωλήνα      | 7,5                        |
| Στοματική αναρρόφηση          | 52,3                       |
| Εκδήλωση αγάπης               | 309                        |
| Ξαφνικός θόρυβος              | 5,7                        |

Επίσης οι διάφοροι τύποι ερεθισμού κατά τη διάρκεια διαγνωστικών εξετάσεων ήταν:

| <u>ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ</u>          | <u>ΔΙΑΡΚΕΙΑ(sec)</u> |
|---------------------------|----------------------|
| Καρδιακός αναπ. ρυθμός    | 125                  |
| Αρτηριακή πίεση με Porler | 160,3                |
| Θερμοκρασία όρθου         | 77,8                 |

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Αέρια αίματος           | 113,8 |
| Λήψη αίματος από πτέρνα | 64,8  |
| Ζύγισμα                 | 630   |
| Υπερηχογράφημα          | 1126  |
| Ακτινογραφία            | 208   |
| Εξέταση από γιατρό      | 111,7 |

Συμπερασματικά, οι διάφοροι χειρισμοί κατά τη νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της πυκνότητας του οξυγόνου του αίματος ( $PO_2$ ) του κορεσμού σε οξυγόνο ( $SAO_2$ ) και την αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης. Είναι βεβαιωμένη ότι υπάρχει σχέση μεταξύ χρονικής διάρκειας του χειρισμού και αποτελέσματος στο νεογνό. Έτσι ώστε και αν ο χειρουργός διαρκούσε τον ελάχιστο δυνατό χρόνο, το νεογνό χρειαζόταν τουλάχιστον 4 λεπτά για να επανέλθει στην προηγούμενη κατάστασή του. Ο χρόνος που χρειαζόταν η νοσηλεύτρια για να τελειώσει τη νοσηλεία του νεογνού δεν ξεπερνούσε κατά μέσο όρο τα 1,3 λεπτά.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν πόσο αναγκαίο είναι να περιορίζονται στο ελάχιστο δυνατό χρόνο

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ι

Όνοματεπώνυμο: ΝΤΟΥΛΑ Μ.

Ημ.Γέννησης : 17-5-91

Αιτία Εισόδου: προωρότης αναπνευστική δυσχέρεια.

Ημερ. " : 18-5-91

Ημερ. Εξόδου : 17-7-91

Προγεννητικό ιστορικό

Νεογνό θήλυ 32 εβδ.κύησης, κανονικό για την ηλικία κύησης (AGA), που γεννήθηκε από μητέρα 31 ετών.

Εγκυμοσύνη: Α' τρίμηνο: Καυτηριασμός τραχηλικού πολύποδα. Σταγονοειδή αιμοραγία και περίδεση τραχήλου Β και Γ τρίμηνο αιμοραγία.

Τοκετός: Φυσιολογικός. Ρήξη μεμβρανών 8,5 ώρες. Χορηγήθηκε στην μητέρα Dexamethasone, argar min 10.

Αμέσως μετά τον τοκετό παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια. Διεκομίσθει στη ΜΕΘ νεογνών σε θερμοκοιτίδα με διάχυτο O<sub>2</sub>, 45 MIN μετά την γέννησή του.

Ομάδα αίματος μητέρας: A RH (+) ομάδα αίματος νεογνού A RH (+).

Ευρήματα εισόδου

Βάρος: 1610 γρ. Μήκος: 42 CM Περίμετρος κεφαλής: 28,5 CM  
Σφύξεις 145|MIN Αναπνοές: 60|MIN Απ=38|25 MM HG Dextrostix 22

Κατά την εισαγωγή που ήταν ροδαλό με ακροκυάνωση, νωθρό κλάμα, ελαυρά γενικευμένη υποτονία, αραιές ενεργητικές κινήσεις, φυσιολογικό ψυθύρισμα με ταχύπνοια και γογγισμό. 51-52 ευκρινείς *ανοιχτές* χωρίς φύσημα μηριαίες ψηλαφητές, κοιλιά μαλακή, μπάρ=2 CM, πηγές ανοικτές, προκεφαλή, εκχυμωτικό προσωπείο, καλή απαγωγή ισχίων, ORTOLANI (-). Νεογνικά αντανακλαστικά εκλύονταν ατελώς.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Π Νόσηλευτική Διεργασία

| Πρόβλημα                   | Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλ. Φρ          | Προγραμματισμός Ν.Φ   | Εφαρμογή Ν.Φ   | Εκτίμηση Αποτέλεσμα   |
|----------------------------|--|---|--|---|
| - Αναπνευστική οξείωση     | - Αντιμετώπιση αναπνευστικού προβλήματος | -Χορήγηση O <sub>2</sub><br>-Συνεχής παρακολούθηση νεογνού (μελανά αίμα)<br>έκπτυξη στήθους κ.ά.<br>Μέτρηση ζωτικών σημείων | Αμέσως μόλις ει-σφίξει το νεογνό στη μονάδα τέθηκε HPOD O <sub>2</sub> 2 κ.κ.ά-θε μια ώρα γίνεται μέτρηση ζωτικών σημείων.<br>ΑΠ=38/25 MIN<br>ΣΦ=145 MIN<br>Αναπνοές: 60 MIN<br>Επίσης το νεογνό είχε ελάχιστα με-λανά αίμα. | Η κνάνωση έχει σχεδόν υποχωρήσει μετά την χρήση O <sub>2</sub> ενώ τα Ζ.Σ. παραμένουν στα ίδια επίπεδα. |
| - Υπόταση:<br>ΑΠ=38/25/146 | -Ρύθμιση ΑΠ στα φυσιολογικά επίπεδα      | -Χορήγηση αντιυποτασικών φαρμάκων<br>-Συνεχής λήψη Ζ.Σ  | Γίνεται συνεχής λήψη Α.Π και σφαιρών Χορηγήθηκε DOPAMINE όπου και θα γίνεται συστηματικά κάθε 4 ημέρες.  | Η Α.Π επαύθη σε φυσιολογικά επίπεδα 50/30 MMHG<br>Η χορήγηση DOPAMINE εξομαλυνθεί να γίνεται            |



|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <p>1<sup>η</sup> 24 ωρο<br/>- Χαμηλό βάρος<br/>1610 KG</p>                                   | <p>- Ελέγχος του βάρους.<br/>- Αύξηση του βάρους του νεογνού</p> | <p>-Καθημερινό ζύγισμα του νεογνού</p>  | <p>Το νεογνό ζυγίζεται κάθε μέρα πρωί-βράδυ</p>  | <p>-Το βάρος του δεν σημειώσε σημαντική αύξηση τις επόμενες ημέρες.</p>  |
| <p>2<sup>η</sup> 24ωρο<br/>- νεφρική ανεπάρκεια.<br/>(ουραιμία, αύξηση βάρους, οίδημα-τα</p> | <p>-Αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας.</p>                   | <p>-Εργαστηριακός έλεγχος Na, Κα, ουρία κ.ά.: Μέτρηση υγρών<br/>-ζύγισμα νεογνού</p>                                | <p>Εγινε έγκυρος έλεγχος. Ελέγχονται τα υγρά που παίρνει και αποβάλλει και χρησιμοποιούνται κομπρέσες για τα οίδηματα. Το νεογνό ζυγίζεται πρωί-βράδυ</p>  | <p>Η νεφρική ανεπάρκεια αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Τα οίδηματα άρχισαν να υποχωρούν.</p>   |
| <p>3<sup>η</sup> 24ωρο<br/>- Νεογνικός ίκτερος</p>   | <p>-Διόρθωση των κλινικών εκδηλώσεων</p>                         | <p>-Χρήση φωτοθεραπείας. Συχνή λήψη αίματος για εξέταση χολερυθρίνης. Παρακολούθηση θερμοκρασίας. Συχνό ζύγισμα</p> | <p>Το νεογνό τέθηκε σε φωτοθεραπεία (γυμνό) έγινε κάλυψη των ματιών με αλαμινοχάρτι τυλιγμένο σε γάζα επίσης γυμνώθηκε σε θερμοκρασία 36-37°C. για αμοιόρροφη έκθεση του δέρματος στο φως. Εγινε λήψη αίματος για εξέταση χολερυθρίνης. Η θερμοκρασία είναι 36-37°C.</p> | <p>Το νεογνό παρέμεινε στη φωτοθεραπεία 4 ημ. Οι εκδηλώσεις του ίκτερου άρχισαν να υποχωρούν. Επίσης και το βάρος του αυξάνει σταθερά και είναι 1900 γρ.</p> |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <p>7<sup>0</sup> 24ωρο<br/>-Οχρογαιώδες χρώμα</p>               | <p>- Έλεγχος για σφαιμία και αντιμετώπιση της</p>   | <p>-Εργαστηριακός έλεγχος Ε.Ν.Υ. καθώς και αίματος.</p>                                    | <p>Έγινε εργαστηριακός έλεγχος Ε.Ν.Υ. και αίματος. Η σφαιμία βρέθηκε στα αρχικά στάδια. Χορηγήθηκε αντιβίωση Dalacin-Ftacicline.</p>   | <p>Μετά από 3-4 ημέρες το ωχρογαιώδες χρώμα υποχώρησε και μετά από επανάληψη των εργαστηριακών ελέγχων δεν βρέθηκαν νέα σημεία σφαιμίας.</p> |
| <p>12<sup>0</sup> 24ωρο<br/>- Σίτηση</p>                        | <p>-Σίτηση του νεογνού</p>                          | <p>-Η σίτηση γίνεται ανά 2 ώρες με ρινογαστρικό καθετήρα</p>                               | <p>- Αρχισε να γίνεται σταδιακή σίτηση ή ποσότητα του γεύματος αυξάνεται συνεχώς.</p>  | <p>Το νεογνό δέχτηκε τη σίτηση χωρίς πρόβλημα.</p>   |
| <p>27<sup>0</sup> 24ωρο<br/>-Ελαφρά ταχύπνοια και υποξαιμία</p> | <p>-Αντιμετώπιση της ταχύπνοιας και υποξαιμίας.</p> | <p>-Χορήγηση O<sub>2</sub><br/>-Α/α θώρακος<br/>-Συχνές αναρροφήσεις<br/>-Μέτρηση Ζ.Σ.</p> | <p>Το νεογνό παρουσίασε ξανά υποξαιμία και τέθηκε πάλι εκ νέου σε Hood O<sub>2</sub> με Max FIO<sub>2</sub>=24% για 45 ημέρες. Επίσης γίνονται συχνά αναρροφές για απομάκρυνση των ακρίσεων.</p> | <p>Το νεογνό τώρα στο 27ο 24ωρο βρίσκεται ξανά σε Hood O<sub>2</sub> όπου παραμένει για 45 ημέρες.</p>                                       |

Σημείωση: Το νεογνό εξήλθε από το νοσοκομείο σε καλή γεννητική κατάσταση, ήταν ροδαλό, ζωηρό, με καλό μυϊκό τόνο, φυσιολογικό αναπνευστικό ψύθρισμα, νεογνικά αντανακλαστικά που ειλύονταν συμμετρικά. Το βάρος του νεογνού είναι 2710 gr.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΙΙ

Όνοματεπώνυμο: Τσικνιά Α.

Ημ.Γέννησης : 12-5-91

Ημ.Εισόδου : 12-5-91

Ημ.Εξόδου : 17-7-91

Αιτία Εισόδου: Προωρότης-πιθανή λοίμωξη.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Νεογνό θήλυ 30 εβδ. κύησης, κανονικό για την ηλικία κύηση (AGA), που γεννήθηκε στην Πανεπιστημιακή Μαιευτική Κλινική Πατρών από μητέρα 33 ετών III τοκο. Λόγω ρήξης θυλακίου από 12ημέρου πρό του τοκετού, νοσηλεύτηκε στο 409 Γ.Ν. όπου ετέθει σε αγωγή, με Metromycin, Solretan, Dalasin για τρείς ημέρες και κατόπιν με Flagyl. Μια ημέρα πρό του τοκετού παρουσίασε πυρετό έως 38,5 C και λευκοκυτάρωση και έγινε πρόκληση τοκετού. Τοκετός φυσιολογικός, κεφαλική προβολή. Apgar 1 MIN 2-3

Διασωληνώθηκε και διεκομίσθει στην ΜΕΘ νεογνών σε θερμοκοιτίδα 30 MIN μετά την γέννησή του. Ομάδα αίματος μητέρας θ RH(-) ομάδα αίματος νεογνού: 0 RH(+).

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Βάρος 1280γρ, Μήκος: 38,5 CM, Περίμετρος κεφαλής 26CM. Θερμοκρασία: 35,6<sup>0</sup>C Αρτηριακή πίεση: 37/24 MM HG. Σφύξεις 160/MIN. Κατά την εισαγωγή του ήταν διασωληνωμένο, ζωνρό, είχε πολλές ενεργητικές κινήσεις. 51-52 ευκρινείς <sup>αυτιά</sup> χωρίς φύσημα, μηριαίες ψηλαφητές, κοιλιά μαλακή, ηπαρ=2CM, καλός μυϊκός τόνος, νεογνικά αντανακλαστικά εκλύονταν συμμετρικά.



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΙΙ (Νοσηλευτική διεργασία)

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <p>-Τις πρώτες 12 ώρες ελαφρά ταχύπνοια-έντονη αναπνευστική δυσχέρεια.</p> | <p>-Αποκατάσταση του αναπνευστικού προβλήματος</p> | <p>-Χορήγηση O<sub>2</sub><br/>-Έλεγχος ζωτικών σημείων<br/>-Έλεγχος του χρώματος του δέρματος για κυάνωση.</p>             | <p>Το νεογνό τέθηκε σε Hood O<sub>2</sub> x 16 ώρες (max FIO<sub>2</sub>=60%)<br/>Γίνεται συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων<br/>Απ. 37 24 mmHg<br/>Σφ. 160 min<br/>Θ. 35,6°C<br/>Κυάνωση των άμφωνδεν εμφάνιστηκε. Λόγω υπόνοιας λοιμώξεως, χορηγήθηκε αντιβίωση σε σχήμα Briklin-Claforan, Dalacin.</p> | <p>Το νεογνό βρίσκεται σε Hood O<sub>2</sub> για τις επόμενες 16 ώρες.</p>                                   |
| <p>Νεογνικός ίκτερος</p>   | <p>-Διόρθωση των κλινικών εκδηλώσεων</p>           | <p>-Χρήση φωτοθεραπείας<br/>-Συχνή λήψη αίματος για έλεγχο χολυρεθρύνης<br/>-Παρακολούθηση της θερμοκρασίας του νεογνού</p> | <p>Το νεογνό τέθηκε σε φωτοθεραπεία για 10 μέρες και με κάλυψη των ματιών του με αλουμινόχαρτο καλυμένο με γάζα. Η μέτρηση της θερμοκρασίας γίνεται ανα 1 ώρα. Ο έλεγχος γίνεται 4 φορές ημερησίως (max)=4,5 άμεση 1,19 Coombs(-)</p>  | <p>Το νεογνό μένει για θεραπεία στη φωτοθεραπεία για τις επόμενες 10 μέρες. Η θερμοκρασία είναι 35-36°C.</p> |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <p>2<sup>ο</sup> 24ωρο<br/>         πρόβλημα αναπνευστικής οξείωσης<br/>         -Εμφάνιση σπασμών</p> | <p>-Αποκατάσταση αναπνευστικής λειτουργίας<br/>         -Εξαφάνιση σπασμών</p>                           | <p>-Χορήγηση O<sub>2</sub><br/>         -Έλεγχος ζωτικών σημείων<br/>         -Χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων.</p> | <p>Το νεογνό, λόγω της αναπνευστικής οξείωσης, ετέθη σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής για 6 ημέρες καθώς και σε Hood O<sub>2</sub> για τις επόμενες 8 ώρες. Γίνεται συχνός έλεγχος ζωτικών σημείων. Μετά από λίγη ώρα παρουσίασε επεισόδια σπασμών και τονικές κινήσεις γάτων άκρων. Έτσι άρχισε αγωγή με φαινοβαρβιτάλη X2 μέρες και Εραπυτιν x23 μέρες.</p> | <p>Μετά από δυο ώρες περίπου το νεογνό παρουσίασε ξανά αναπνευστικό πρόβλημα γι' αυτό και τέθηκε εκ νέου σε Hood, ενώ συνεχίζεται η θεραπεία του με φωτοθεραπεία για την καταπολέμηση των ικτέρων. Επίσης οι σπασμοί δεν έχουν καταπολεμηθεί αλλά έχουν μειωθεί σε σημαντικό ποσοστό.</p> |
| <p>6<sup>ο</sup> 24ωρο<br/>         ψυχρογαιώδες χρώμα και άπνοια</p>                                  | <p>- Έλεγχος για λοίμωξη<br/>         - Διόρθωση της υποξυγοναιμίας<br/>         - Πρόληψη λοιμώξεων</p> | <p>-Εργαστηριακός έλεγχος<br/>         -Χορήγηση αντιβιοτικής</p> <p>-Συχνοί έλεγχοι Ζ.Σ.</p>                         | <p>Έγιναν οι εργαστηριακές εξετάσεις Ht=38,8, Λευκά 21760, Να=128, ουρία=68. Η αγωγή τροποποιήθηκε σε Azastam, Pipril, Dalacin.</p>  | <p>Ο φόβος για λοίμωξη εξακολούθησε να υπάρχει. Η χορήγηση των αντιβιοτικών γίνεται συστηματικά. Το νεογνό επίσης βρίσκεται ακόμα σε φωτοθεραπεία.</p>  |

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <p>15<sup>o</sup> 24ωρο</p> <p>- Λοίμωξη (μετεω-<br/>ρισμό κοιλίας,<br/>διαγραφή ελίκων)<br/>Μόρφωμα στο κά-<br/>τω χείλος του<br/>ήπατος.</p>   | <p>Αντιμετώπιση λοιμώξεως<br/>Υποχώρηση μορφώματος</p>                                    | <p>-Χορήγηση αντιβιω-<br/>τικών<br/>-Εργαστηριακός έλεγ-<br/>χος<br/>-Υπέρηχοι κοιλίας</p>   | <p>Η λοίμωξη δεν αποφεύχθηκε.<br/>Επαναλαμβάνονται οι εργα-<br/>στηριακοί έλεγχοι. Το νεο-<br/>γνό παρουσιάζει μετεωρι-<br/>σμό κοιλίας. Το σχήμα αντι-<br/>βίωσης αλλάζει σε Imiprenem.<br/>Έγιναν οι υπέρηχοι κοιλίας<br/>για το μόρφωμα που παρου-<br/>σιάστηκε.</p> | <p>Η κατάσταση του<br/>νεογνού παραμένει<br/>σταθερή. Ενώ γίνε-<br/>ται συνεχώς η α-<br/>ντιμετώπιση της<br/>λοιμώξεως καθώς<br/>και του ικτέρου.<br/>Επίσης το μόρφωμα<br/>υπάρχει ακόμη.</p>                        |
| <p>17<sup>o</sup> 24ωρο</p> <p>- Διάταση του κοιλια-<br/>κού συστήματος με-<br/>τα συνόδου κολίτι-<br/>δας<br/>- Εγκεφαλική αιμορ-<br/>ραγία</p> | <p>-Υποχώρηση του μετεω-<br/>ρισμού της κοιλίας<br/>-Υποχώρηση της αιμορ-<br/>ραγίας.</p> | <p>-Ελεγχος της κενώ-<br/>σεως (συχνότητα-πυ-<br/>κνότητα)<br/>-Πρόκληση κενώσεως<br/>-Χορήγηση αντιαι-<br/>μορραγικών φαρμάκων<br/>-Υπέρηχους εξετά-<br/>σεων</p> | <p>Κατόπιν εντολής γιατρού,<br/>χρησιμοποιήθηκε (Καθάρ-<br/>ση) για την πρόκληση κενώσεως.<br/>Επίσης με εντολή του υπευ-<br/>θύνου γιατρού χορηγήθη I.M<br/>Κονάκιο για την αντιμετώ-<br/>πιση της αιμορραγίας,<br/>Έγιναν οι υπέρηχοι.</p>                            | <p>Το νεογνό έχει κα-<br/>νονική κένωση και<br/>ο μετεωρισμός της<br/>κοιλίας υποχώρησε<br/>Η αγωγή για την<br/>αιμορραγία συνεχί-<br/>ζεται και η αιμορ-<br/>ραγία υποχώρησε<br/>τελείως μετά από<br/>δυο 24ωρα.</p> |
| <p>20<sup>o</sup> 24ωρο</p> <p>-Σίτιση</p>   | <p>-Σίτιση του νεογνού</p>  | <p>-Σίτιση του νεογνού<br/>ανά 2 ώρες (με ρι-<br/>νοσπειριδικό καθετήρα) 5cc<br/>5cc γάλα<br/>Συνεχώς αυξάνονται οι πο-<br/>σότητες</p>                            | <p>Άρχισε να γίνεται σταδια-<br/>κή σίτιση. Στην αρχή δόθηκε<br/>1<sup>o</sup> γεύμα<br/>5cc Dextrose<br/>5cc γάλα<br/>Συνεχώς αυξάνονται οι πο-<br/>σότητες</p>  | <p>Το νεογνό δέχεται<br/>την τροφή του χω-<br/>ρίς κανένα πρόβλη-<br/>μα. Μετά από επανά-<br/>ληψη των υπερήχων<br/>έδειξε ότι το μόρ-<br/>φωμα υποχώρησε.</p>  |

|                                   |                            |   |  |  |
|-----------------------------------|----------------------------|---|--|--|
| 26 <sup>0</sup> 24ωρο<br>-Λοίμωξη | -Αντιμετώπιση της λοίμωξης | -Εργαστηριακός έλεγχος<br>-Χορήγηση αντιβιοτικών<br>-Διακοπή σιτήσεως | -Λόγω εμφάνισης ξανά της λοίμωξης, η σίτηση του νεογνού διακόπηκε. Γίνεται ξανά εργαστηριακός έλεγχος και δόθηκε άπαξ Sandoglobulin.                       | -Η κατάσταση του νεογνού παραμένει ίδια.                               |
| 29 <sup>0</sup> 24ωρο<br>Σίτηση   | -Σίτηση νεογνού            | -Σίτηση νεογνού ανά 4 ώρες  | Το νεογνό άρχισε να σιτίζεται κανονικά. Το διάστημα τώρα πάμε στα γεύματα είναι 4 ώρες. Η ποσότητα επίσης είναι 60-80 gr και η σίτηση γίνεται με μπιμπερό. | Η γενική κατάσταση του νεογνού βελτιώθηκε και σιτίζεται χωρίς πρόβλημα |

61<sup>0</sup> 24ωρο Έγινε επανάληψη του υπερηχογραφήματος του εγκεφάλου στο οποίο δεν ανεδείχθησαν παθολογικά ευρήματα. Έτσι το νεογνό εξήλθε το 65<sup>0</sup> 24ωρο σε καλή γενική κατάσταση.

Το βάρος του νεογνού 2160 gr. Δόθηκαν οδηγίες στους γονείς για την σίτηση του νεογνού και για τη συχνή παρακολούθηση αυτού από τον παιδίατρο.

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας την εργασία μου αυτή, θεωρώ απαραίτητο να ε -  
πισημάνω ότι το ποσοστό της προωρότητας με την σωστή ιατρι -  
κή και νοσηλευτική φροντίδα έχει μειωθεί σημαντικά τόσο σε  
συχνότητα όσο και σε βαθμό κινδύνου.

Η παιδιατρική επιστήμη αποτελεί ειδικότητα της νοσηλευ -  
τικής, γι' αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας είναι πολύ σπου -  
δαίος αφού το αντικείμενό του είναι ευαίσθητο, Τ ο Π α ι δ ί.  
Ειδικά στο πρόωρο νεογνό είναι πολύ σπουδαίος ο ρόλος του νο -  
σηλευτού-τριας, γιατί απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις καθώς  
και ανάλογη πορεία στην νοσηλεία του.

Ο νοσηλευτής-τρια πέρα από την προσφορά του στο νεογνό,  
καθήκον έχει να διαφωτίσει και να ενημερώσει την οικογένειά  
του σχετικά με την κατάστασή του και την εξέλιξή του.  
Τηρώντας όλα τα παραπάνω πετυχένεται η ολοκληρωμένη νοσηλευ -  
τική φροντίδα του πρόωρου νεογνού, και η φυσιολογική αποκα -  
τάστασή του.



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αγγελίδου Α.: "Πρόωρα και νοσηλευτική φροντίδα αυτών".  
Πρακτικά Ε' Πανελληνίου Συνεδρίου Ε.Σ.Δ.Ε.Ν. Αθήνα  
1980.
- Γιούμας-Κωστόπουλος: Εγκυκλοπαίδεια "Υγεία". Τόμος 1ος.  
Σελ. 163-175. Εκδόσεις "Δομική". Αθήνα 1988.
- Δελλοιγραμματίκας Η.: "Manual Νεογνολογίας". Ιατρικές  
Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1984.
- Κασίμος Χ.: "Πρακτική Παιδιατρική". University Studio  
Press. Θεσσαλονίκη 1985.
- Κώστας Χ.-Αλεξίου Ν.-Διδσης Γ. και άλλοι: "Σύγχρονη  
Νεογνολογία". Έκδοση 1η. Εκδόσεις Η. Κωσταντάρα.  
Αθήνα 1990.
- Μόρφης Α.: "Παιδιατρική". Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτι-  
κών Βιβλίων. Αθήνα 1986.
- Μπεράτης Γ.: "Παιδιατρική Ι". Εκδόσεις Πανεπιστημίου  
Πατρών. Πάτρα 1988.
- Σαχίνη-Καρδάση Α.-Πάνου Μ.: "Παθολογική και Χειρουργι-  
κή Νοσηλευτική". Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος  
2ος, Ι Μέρος Α. Εκδόσεις "ΒΗΤΑ". MEDICAL ARTS. Αθή-  
να 1985.