

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ:Σ.Υ.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

"ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΥΤΩΝ. "

Πτυχιακή Εργασία

Κούρκουλου Σεβαστής, σπουδάστριάς Νοσηλευτικής

Υπεύθυνος Καθηγητής

κ.Αλιβιζάτος Βασίλειος

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχια-
κής Εργασίας:

1.κ.Αλιβιζάτος Βασίλειος

2.κ. Νάνου

3.κ. Κούμης

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 1989



ΑΡΙΘΜΟΣ	844
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

" ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΑΥΤΩΝ "

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Α' ΤΜΗΜΑ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "I"

- I. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ σελ. I-4,
Περιγραφή μηριαίου οστού
Ιστολογία μηριαίου οστού
Δομικά στοιχεία μηριαίου οστού
Αγγείωση μηριαίου οστού
Μύες μηριαίου οστού
2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΤΑ ΙΣΧΙΟΝ ΑΡΘΡΩΣΗΣ σελ. 4,

Β' ΤΜΗΜΑ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "II"

- I. Αιτιολογία καταγμάτων μηριαίου οστού σελ. 5,
2. Συχνότητα καταγμάτων μηριαίου οστού σελ. 5,
3. Διαίρεση καταγμάτων μηριαίου οστού σελ. 5,
4. Σημεία-Συμπτώματα καταγμάτων μηριαίου οστού σελ. 6-7,
5. Διάγνωση καταγμάτων μηριαίου οστού σελ. 7,
6. Πόρωση καταγμάτων μηριαίου οστού σελ. 8,9
7. Επιπλοκές καταγμάτων μηριαίου οστού σελ. 10

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "III"

- I. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ σελ. II, 12
Αντιμετώπιση του πόνου
Αντιμετώπιση SHOCK
Αντιμετώπιση αιμορραγίας- τραύματος
Πρόχειρη ακινητοποίηση
Μεταφορά του καταγματία στο Νησοκομείο

2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

σελ.13-15

αναίμαχτοι χειρισμοί

γύψινοι επίδεσμοι

συνεχή δερματική έλξη

συνεχή σκελετική έλξη

μεταλλικοί νάρθηκες

εξωτερική οστεοσύνθεση

εσωτερική οστεοσύνθεση

3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

σελ.16-18

θεραπεία καταγμάτων του αυχένα του μηριαίου

θεραπεία τροχαντήριων καταγμάτων

θεραπεία καταγμάτων της διαφύσεως

θεραπεία καταγμάτων κάτω τριτημορίου του μηριαίου

----- Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "V" -----

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΥΨΟ

σελ.19-22

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΞΗ

σελ.22-23

3. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

σελ.24-25

ψυχολογική προετοιμασία

εργαστηριακές εξετάσεις

δίαιτα του ασθενή

προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου

4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

σελ.26-27

----- Γ Τ Μ Η Μ Α -----

----- Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "V" -----

I. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ(3) ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ Μ.Ο.

σελ.28-47

καταγμα διαφύσεως

κάταγμα διαφύσεως σε παιδί

κάταγμα διατροχαντήριο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μηριαίο οστό είναι το μεγαλύτερο και το ισχυρότερο από όλα τα μακρά οστά του ανθρώπινου σκελετού. Σε αυτό το οστό οφείλουμε την δυνατότητα όρθιας στάσης του σώματος και την ικανότητα του ανθρώπου να βαδίζει.

Τα κατάγματα του μηριαίου οστού είναι πολύ συχνά σε όλες τις ηλικίες και μερικές φορές βάζουν σε κίνδυνο την ζωή του ανθρώπου. Κάθε κάταγμα μηριαίου καθιστά το άτομο αδύναμο να σταθεί όρθιο να βαδίζει και γενικότερα να δραστηριοποιηθεί.

Στην εργασία μου αυτή ξεκίνησα με την ανατομική του μηριαίου οστού, σαν Α' τμήμα. Το Β' τμήμα παρουσιάζει τις πρώτες βοήθειες στον τόπο του ατυχήματος, τις μεθόδους θεραπείας των καταγμάτων αυτών και την Νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρουμε σε ένα κάταγμα μηριαίου οστού.

Στο Γ' τμήμα παρουσιάζω τρεις περιπτώσεις ασθενών, διαφορετικών ηλικιών, με κατάγματα μηριαίου οστού.

Ελπίζω τέλος να συνέβαλα και εγώ κάπως στην παρουσίαση της πάθησης αυτής του σκελετικού συστήματος.

Α΄ Τ Μ Η Μ Α

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "Ι"

Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α Μ Η Ρ Ι Α Ι Ο Υ Ο Σ Τ Ο Υ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ: Το μηριαίο οστό είναι το ισχυρότερο και το μεγαλύτερο σε μήκος από όλα τα μακρά οστά του ανθρώπινου σκελετού. Το μήκος του κυμαίνεται από 34-54εκ. και αυτό εξαρτάται από το ύψος του ατόμου.

Το πάνω μέρος του μηριαίου οστού διαρθρώνεται με την κοτύλη του ανωνύμου οστού και το κάτω μέρος διαρθρώνεται με την κνήμη και την περόνη.

Κατά την ορθοστασία το μηριαίο οστό φέρεται λοξά προς τα κάτω και μέσα και συγκλίνει με το αντίθετο. Η φορά αυτή είναι πιο λοξή στις γυναίκες λόγω του μεγάλου εύρους της γυναικείας πυέλου.

Κατά την περιγραφή του μηριαίου οστού διακρίνουμε δύο άκρα (το άνω και το κάτω άκρο) και το σώμα του μηριαίου οστού (διάφυση), που βρίσκεται ανάμεσα στα δύο άκρα.

1) Το άνω άκρο, εμφανίζεται: α) την κεφαλή που αρθρώνεται με την κοτύλη του ανωνύμου οστού. Η κεφαλή αντιπροσωπεύει τα δύο τρίτα σφαίρας ακτίνας 20-25χ.

β) τον αυχένα, που έχει σχήμα κυλίνδρου, φέρεται λοξά προς τα πάνω και μέσα και ο επιμήκης άξονας αυτού σχηματίζει με τον άξονα του σώματος του μηριαίου οστού γωνία 130μοιρών περίπου.

γ) τον μείζωνα και τον ελάσσωνα τροχαντήρα, ο μείζων τροχαντήρας αποτελεί τετράπλευρη μυική απόφυση αποπεπλατυσμένη από έ-

ξω προς τα μέσα. Ο ελάσσων τροχαντήρας είναι κωνοειδής μυική απόφυση. Μεταξύ των τροχαντήρων εκτείνονται η πρόσθια και η οπίσθια μεσοτροχαντήρια γραμμή.

2) το σώμα του μηριαίου οστού (διάφυση), σχηματίζει ελαφρώς καμπύλη γραμμή και εμφανίζει τρεις επιφάνειες, τη πρόσθια, την έσω και την έξω επιφάνεια και τρία χείλη αντίστοιχα. Η πρόσθια επιφάνεια είναι λεία, υπόκυρτη και χρησιμεύει στην έκφυση του υπομηριδίου και του μέσου πλατύ μύ. Η έξω επιφάνεια χρησιμεύει στην έκφυση του μέσου πλατύ μύ, επίσης.

Το οπίσθιο χείλος καλείται τραχεία γραμμή και αυξάνει την στηρικτική ικανότητα του μηριαίου οστού.

3) το κάτω άκρο, αποτελείται από τον έσω και τον έξω μηριαίο κόνδυλο.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ: Το μηριαίο οστό αποτελείται από την θεμέλια ουσία, τα οστικά κύτταρα και περιβάλλεται από το περιόστεο. Η θεμέλια ουσία αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του οστού, βρίσκεται ανάμεσα στα οστικά κύτταρα και γεμίζει τα κενά που δημιουργούνται μεταξύ τους. Τα κύτταρα αυτά σχηματίζουν μεταξύ τους τις οστικές δοκίδες.

Το μηριαίο οστό περιβάλλεται από μια ινώδης μεμβράνη, το περιόστεο. Στο τελευταίο οφείλεται η κατά πλάτος αύξηση του μηριαίου οστού.

Η διάφυση του μηριαίου οστού αποτελείται από παχύτετη στοιβάδα συμπαγούς οστέινης ουσίας. Τα οστικά κύτταρα είναι πολλά και η θεμέλια ουσία λίγη, αλλά με μεγάλη αναλογία Ca.

Οι επιφύσεις του μηριαίου αποτελούνται από στοιβάδα σπογγώδους ουσίας. Τα οστικά κύτταρα είναι λίγα και η θεμέλια ουσία άφθονη, αλλά η αναλογία αλάτων Ca μικρή.

ΔΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

- 1) οστεοκύτταρα: έχουν σαν σκοπό την παραγωγή του οστίτη ιστού.
- 2) οστεοκλάστες: απαραίτητοι για την κανονική ανάπτυξη του οστού.
- 3) άλατα Ca, P
- 4) μεσοκυττάριο υγρό

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ: Η κεφαλή του μηριαίου οστού και ο αυχένας αγγειώνονται από τους κλάδους της θυροειδούς και της κάτω γλουτιαίας αρτηρίας. Οι τροχανθήρες αιματώνονται από τις περισπώμενες αρτηρίες. Η διάφυση αιματώνεται από τις διατιτρώσες αρτηρίες και το κάτω άκρο του μηριαίου από κλάδους της ιγνυακής και της ανωτάτης του γόνατος αρτηρία.

ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ: Οι μύες' του μηριαίου οστού διακρίνονται σε τρεις ομάδες, στους πρόσθιους, στους έσω και στους οπίσθιους μηριαίους μύες.

1) πρόσθιοι μηριαίοι μύες: α) ραπτικός, β) τετρακέφαλος

2) προσαγωγός μύες: α) κτενίτης, β) μακρύς προσαγωγός, γ) ισχνός προσαγωγός, δ) βραχύς προσαγωγός, ε) μέγας προσαγωγός.

3) οπίσθιοι μύες: α) δικέφαλος, β) ημιτενοντώδης, γ) ημιυμενώδης

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΤΑ ΙΣΧΙΟΝ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

Η κατά ισχίον άρθρωση αποτελεί την μεγαλύτερη άρθρωση του ανθρώπινου σώματος. Η άρθρωση αυτή έχει ως αρθρικές επιφάνειες αφ' ενός την κεφαλή του μηριαίου οστού, αφ'ετέρου την μηνοειδή επιφάνεια της κοτύλης.

Περιβάλλεται από ένα λεπτό σάκο, τον αρθρικό σάκο, που περιέχει μια λιπαντική ουσία, το αρθρικό υγρό. Το τελευταίο επιτρέπει την κίνηση της κατά ισχίον αρθρώσεως.

Β' Τ Μ Η Μ Α

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "ΙΙ"

Σ Υ Χ Ν Ο Τ Η Τ Α Κ Α Τ Α Γ Μ Α Τ Ω Ν Μ.Ο. : Τα κατάγματα του μηριαίου οστού είναι πολύ συχνά σε όλες τις ηλικίες. Τα κατάγματα της κεφαλής και των τροχανθήρων είναι πολύ συχνά σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Αντίθετα τα κατάγματα της διαφύσεως και των κονδύλων εμφανίζονται συνήθως σε νεαρές ηλικίες.

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Κ Α Τ Α Γ Μ Α Τ Ω Ν Μ.Ο. : Τα κατάγματα του μηριαίου οστού προέρχονται μετά την άσκηση βίας μικρής ή μεγάλης προερχόμενης είτε από πτώση είτε από κάποιο τροχαίο ατύχημα.

Δ Ι Α Ι Ρ Ε Σ Η Κ Α Τ Α Γ Μ Α Τ Ω Ν Μ.Ο. : Τα κατάγματα του μηριαίου οστού διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα την ένταση της βίας που τα προκάλεσε, την κλινική τους εικόνα, την μορφή του κατάγματος και την ανατομική θέση αυτού.

- 1) ανάλογα την ένταση της βίας που τα προκάλεσε διακρίνονται σε βίαια, από καταπόνηση και παθολογικά κατάγματα.
- 2) ανάλογα την κλινική τους εικόνα διακρίνονται σε ανοιχτά και κλειστά κατάγματα.
- 3) ανάλογα με την μορφή του κατάγματος διακρίνονται σε εγκάρσια, λοξά, τέλεια, ατελή, συντριπτικά, με παρεκτόπιση, ενσφηνωμένα.
- 4) ανάλογα με την ανατομική θέση του κατάγματος διακρίνονται σε:
 - α) άνω τριτημορίου: (υποκεφαλικά, διαυχενικά, βασεοαυχενικά, διατροχανθήρια, υποτροχανθήρια.)
 - β) διαφύσεως
 - γ) κάτω τριτημορίου (υπέρκονδύλια, διακονδύλια)

Σ Η Μ Ε Ι Α - Σ Υ Μ Π Τ Ω Μ Α Τ Α Κ Α Τ Α Γ Μ Α Τ Ω Ν Μ. Ο'.

Τα σημεία και συμπτώματα που παρουσιάζει ένας καταγματίας είναι τα εξής:

- α) π ό ν ο ς: αποτελεί το σταθερό σύμπτωμα μετά από κάθε κάταγμα του μηριαίου οστού. Μερικές φορές, ιδίως σε άτομα υπερήλικα, όταν το κάταγμα είναι ενσφηνωμένο ο πόνος αργεί να φανεί.
 Σε ένα παθολογικό κάταγμα μπορεί να υπάρχει πόνος ή μπορεί ο καταγματίας να πονάει και πριν το κάταγμα επειδή το αίτιο προϋπάρχει.
 β) ο ἰ ὶ δ ῶ μ α: Το οίδημα στην περιοχή του κατάγματος οφείλεται στην έκχυση αίματος μεταξύ των ιστών ή στην σημαντική εξίδρωση.

Όταν η ποσότητα του εξιδρώμενου υγρού είναι πολύ μεγάλη σχηματίζονται φυσαλίδες επιδερμικά.

- γ) π α ρ α μ ὄ ρ φ ω σ η τ η ς π ε ρ ι ο χ ῆ ς: όταν είναι μεγάλη γίνεται αντιληπτή με επισκόπηση, όταν δε είναι μικρή γίνεται αντιληπτή μόνο με ψηλάφηση της περιοχής. Η παραμόρφωση της περιοχής οφείλεται είτε στην παρεκτόπιση των τμημάτων του σπασμένου οστού, είτε στον σχηματισμό αιματώματος και στην εμφάνιση οιδήματος.

- δ) ε κ χ υ ν μ ῶ σ ε ι ς: οφείλονται στην διάχυση αίματος υποδορίως ή εντός των ιστών και παρατηρείται 1-3 μέρες μετά την κάκωση. Σε κάταγμα διαφύσεως του μηριαίου οστού πολλές φορές η απώλεια αίματος υπερβαίνει τα 1000-2000κ. εκ.

- ε) λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ῆ ἀ ν ε π ἄ ρ κ ε ι α: σε όλα τα κατάγματα του μηριαίου οστού αποτελεί σταθερό εύρημα. Ο καταγματίας αδυνατεί να χρησιμοποιήσει φυσιολογικά το σκέλος.

- στ) π α ρ ἄ φ ῦ σ η κ ι ν η τ ι κ ὸ τ ῆ τ α: σε κάταγμα του μηριαίου οστού πρέπει να αναζητηθεί η ύπαρξη παρά φύσης κίνησης. Η μη ανεύρεση αυτής δεν αποκλείει την ύπαρξη κατάγματος.

- ζ) κ ρ ι γ μ ὸ ς: παρατηρείται κατά την μετακίνηση των σπασμένων τμημάτων. Συνιστάται να μην επιμένουμε στην αναζήτηση του κριγμού προς αποφυγή άσκοπης ταλαιπωρίας του καταγματία και προς αποφυγή διαφόρων

επιπλοκών όπως τρώση κάποιου αγγείου ή βλάβη κάποιου νεύρου. Η μη ανεύρεση κριγμού δεν αποκλείει την ύπαρξη κατάγματος.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ είναι ο ακτινολογικός έλεγχος σε κάθε κατάγματι. Τα ακτινολογικά ευρήματα θα καθορίσουν το είδος της βλάβης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Το ιστορικό της κακώσεως και η κλινική εικόνα (πόνος, λειτουργική ανεπάρκεια) δίνουν κατά κανόνα την διάγνωση του κατάγματος.

Απαραίτητος είναι ο ακτινολογικός έλεγχος που καθορίζει το είδος της βλάβης και το σημείο αυτής. Ο ακτινολογικός έλεγχος επιβάλλεται σε όλες τις περιπτώσεις γιατί πολλές φορές η κλινική εικόνα δεν είναι σαφής. Απαραίτητες είναι οι F/P προβολές και σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτούνται και οι λοξές προβολές.

Μετά την διάγνωση της βλάβης η εξέταση πρέπει να συμπληρωθεί με τον προσεχτικό έλεγχο της ακεραιότητας των μεγάλων αγγείων, μυών και νεύρων γύρω από την περιοχή της κακώσεως.

ΠΟΡΩΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Πόρωση καλείται η βιολογική λειτουργία που επιτελείται στο σημείο λύσεως της συνέχειας του οστού. Η πόρωση έχει σαν σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του οστού, δηλαδή την συγκόλλησή του.

Η πόρωση τελείται σε τρία στάδια:

1) ο ρ γ ά ν ω σ η α ι μ α τ ώ μ α τ ο ς: στην εστία του κατάγματος δημιουργείται αιμάτωμα λόγω ρήξεως αγγείων.

Μετά από 48ώρες (μετά την κάκωση) κύτταρα του περιόστεου και του ενδόστεου εισέρχονται μαζί με νεόπλαστα τριχοειδή μέσα στο αιμάτωμα και σχηματίζεται κοκκιώδης ιστός.

2) π ρ ω τ ο γ ε ν ή ς π ώ ρ ο ς: τα κύτταρα του κοκκιώδους ιστού διαφοροποιούνται σε ινοβλάστες, χονδροβλάστες και οστεοβλάστες. Στην συνέχεια έχουμε καθίζηση αλάτων ασβεστίου. Στο τέλος του σταδίου αυτού δημιουργείται οστικός πώρος.

3) δ ε υ τ ε ρ ο γ ε ν ή ς π ώ ρ ο ς: στον ασβεστοποιημένο χόνδρο του δευτέρου σταδίου εισέρχονται οστεοκλάστες και σχηματίζουν σήραγγες μεταβαλλόμενες σε νεόπλαστα αγγεία. Μέσα στις σήραγγες αυτές πορεύονται οστεοβλάστες που παράγουν το οστεοειδές. Το τελευταίο μετατρέπεται μετά την εναπόθεση αλάτων Ca σε οστίτη ιστό.

Η δειάρκεια που τελείται η πόρωση εξαρτάται από την ανατομική θέση του κατάγματος.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΡΩΣΕΩΣ

1) κ α θ υ σ τ ε ρ η μ έ ν η π ό ρ ω σ η: είναι η διαταραχή κατά την οποία ο χρόνος για την πόρωση υπερβαίνει το 50% έως το 100% του απαιτούμενου χρόνου.

2) ψ ε υ δ ά ρ θ ρ ω σ η: είναι η διαταραχή κατά την οποία ο χρόνος για την πόρωση είναι μεγαλύτερος από το διπλάσιο του απαιτούμενου χρόνου.

----- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΩΣΗ -----

- 1) επαρκής αιμάτωση των κατεαγόντων άκρων
- 2) διατήρηση αιματώματος στην εστία του κατάγματος
- 3) κατάγματα με σπογγώδη υφή
- 4) θέση κατάγματος

----- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΩΣΗ -----

- 1) πλημμελής αιμάτωση
- 2) παρεκτόπιση μεγάλη
- 3) παρεμβολή μαλακών μορίων
- 4) φλεγμονή
- 5) διάχυση αιματώματος από την εστία του κατάγματος

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ : 1) Σύνδρομο λιπώδους εμβολής: Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται 1-3 μέρες μετά την κάκωση. Λιπώδη έμβολα μπαίνουν στην κυκλοφορία από τις φλέβες των οστικών τμημάτων του κατάγματος και δημιουργούν εμβολές στους πνεύμονες, (στον εγκέφαλο) και στους νεφρούς.

2) Θρομβοφλεβίτιδα - πνευμονική εμβολή: εμφανίζεται 14-17 μέρες μετά την κάκωση και οφείλεται κυρίως στην μακρόχρονη ακινησία των καταγματιών. Γι' αυτό επιδιώκεται ταχεία κινητοποίηση του καταγματία.

3) Κατακλίσεις: δημιουργούνται μετά από μακρόχρονη ακινησία των ασθενών. Αποφεύγονται με την συχνή αλλαγή θέσεως του καταγματία και με την καθημερινή εντριβή της ράχης και των γλουτών.

4) Επιπλοκές ουροποιητικού συστήματος: εμφανίζονται ιδίως σε άτομα υπερήλικα. Τέτοιες επιπλοκές είναι η ανουρία οι ουρολοιμώξεις κ.λ.π.

5) Επιπλοκές αναπνευστικού συστήματος

Ε Ι Δ Ι Κ Ε Σ Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ : 1) Ψευδάρθρωση: η οποία οφείλεται είτε στην πλημμελή αιμάτωση στο σημείο του κατάγματος, είτε στην ατελή ακινητοποίηση, είτε στην δημιουργία κάποιας λοίμωξης, είτε ακόμη σε ιατρογενή σφάλματα.

2) Μετατραυματική οστεοπόρωση: η οποία χαρακτηρίζεται από πόνο, οίδημα της περιοχής και δυσκαμψία των αρθρώσεων. Γι' αυτό χρειάζεται ενεργητική κινησιοθεραπεία των αρθρώσεων της περιοχής.

3) Επώδυνες συμφύσεις: οι οποίες εμφανίζονται μετεγχειρητικά.

4) Ανισοσκελίες



----- Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "ΙΙΙ" -----

Π Ρ Ω Τ Ε Σ Β Ο Η Θ Ε Ι Ε Σ Σ Τ Ο Ν Τ Ο Π Ο Τ Ο Υ Α Τ Υ -
Χ Η Μ Α Τ Ο Σ

Πολύ σπάνια στον τόπο του ατυχήματος παραβρίσκεται κάποιος εξειδικευμένος γιατρός. Ορισμένες γνώσεις παροχής Α'βοηθειών είναι απαραίτητες και πολλές φορές μπορούν να σώσουν την ζωή του καταγματία.

Πέντε σημεία χρειάζονται προσοχή για την άμεση προσφορά βοήθειας:

- 1) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ: ο πόνος αρχίζει αμέσως μετά την κάκωση. Αντιμετωπίζεται αρχικά με ανύψωση του σπασμένου άκρου, με την εφαρμογή πάγου ή ψυχρών επιθεμάτων και με πρόχειρη ακινητοποίηση του άκρου. Σε απλά κατάγματα μπορούμε να χορηγήσουμε ελαφρά αναλγητικά (ασπιρίνη) τα οποία ανακουφίζουν προσωρινά τον καταγματία.
- 2) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ SHOCK: σε ένα κάταγμα του μηριαίου οστού όπου υπάρχει κάποια αιμορραγία, εσωτερική ή εξωτερική, συνήθως ο ασθενής εμφανίζει σημεία καταπληξίας.

Χαρακτηριστικά σημεία της καταπληξίας είναι: γενική ανησυχία, πτώση της αρτηριακής πίεσης, πτώση της θερμοκρασίας, μικρός και συχνός σφυγμός, αναπνοές επιπόλαιες, ωχρότητα και ψυχρότητα δέρματος και έντονες επιδρώσεις.

Η εμφάνιση του SHOCK επιταχύνεται από παράγοντες όπως ο φόβος, το άγχος και οι αδέξιες κινήσεις κατά την μεταφορά του καταγματία στο νοσοκομείο.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της καταπληξίας είναι:

- 1) διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας του σώματος του καταγματία. Σκεπάζουμε το σώμα του με κάποια κουβέρτα ή παλτό έτσι ώστε να μην κρυώνει. ΠΡΟΣΟΧΗ, όμως στην υπερθέρμανση η οποία

επιβαρύνει το SHOCK.

2) έλεγχος της αιμορραγίας που τυχόν υπάρχει.

3) ακινητοποίηση του σπασμένου άκρου. Με την ακινητοποίηση μειώνεται ο πόνος παράγοντας που επιταχύνει την εμφάνιση SHOCK.

4) ήπιος χειρισμός κατά την μεταφορά του καταγματλα.

5) διακομιδή σε κατακεκλιμένη θέση.

6) αποκατάσταση ψυχικής ηρεμίας του καταγματλα.

3) Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η Α Ι Μ Ο Ρ Ρ Α Γ Ι Α Σ - Τ Ρ Α Υ Μ Α Τ Ο Σ

Αν πρόκειται για ανοιχτό κάταγμα καλύπτουμε το τραύμα με το καθαρότερο υλικό που διαθέτουμε. Αν το τραύμα αιμορραγεί ελέγχουμε την αιμορραγία με πιεστική επίδεση. Η λσхайμη περίδεση εφαρμόζεται μόνο σε αιμορραγία μεγάλου αρτηριακού στελέχους. Συνήθως αντενδείκνυται διότι αν παραμείνει πάνω από 2 ώρες περίπου μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση αγγείων ή βλάβη μυών.

4) Π Ρ Ο Χ Ε Ι Ρ Η Α Κ Ι Ν Η Τ Ο Π Ο Ι Η Σ Η: η ακινητοποίηση του σπασμένου μέλους διευκολύνει την μεταφορά του καταγματλα και ελαττώνει τον πόνο. Παραμέληση ή ατελής ακινητοποίηση μπορεί να προκαλέσει τοπικές επιπλοκές, ή SHOCK.

Ο νάρθηκας THOMAS αποτελεί τον ασφαλέστερο τρόπο ακινητοποίησης, ιδίως σε κατάγματα της διάφυσης. Ένας άλλος τρόπος πρόχειρης ακινητοποίησης είναι η πρόσδεση του σπασμένου σκέλους με το υγιές μέλος.

5) Μ Ε Τ Α Φ Ο Ρ Α Τ Ο Υ Κ Α Τ Α Γ Μ Α Τ Ι Α Σ Τ Ο Ν Ο Σ Ο Κ Ο Μ Ε Ι Ο: Η μεταφορά του καταγματλα στο πλησιέστερο νοσοκομείο πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Κατά την τοποθέτηση του καταγματλα σε σκληρό φορέο πρέπει να αποφεύγονται οι απότομες κινήσεις, οι οποίες μπορεί να αποβούν ζημιολγόνες. Τέλος ο καταγματλας κατά την μεταφορά του στο νοσοκομείο πρέπει να προστατεύεται από το ψύχος και την αφυδάτωση.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Για την επιτυχία της θεραπείας απαιτείται:

1) Α Ν Α Τ Α Ξ Η: η οποία είναι απαραίτητη για την επαναφορά των οστικών τμημάτων στην ανατομική τους θέση (ανατομική ανάταξη). Αν η τελευταία είναι αδύνατη τότε η ανάταξη αποσκοπεί στην τοποθέτηση των οστικών τμημάτων σε τέτοιο σημείο ώστε μετά την πόρωση το λειτουργικό αποτέλεσμα να είναι ικανοποιητικό (λειτουργική ανάταξη).

Σε κατάγματα της διαφύσεως του μηριαίου όταν η παρεκτόπιση των οστικών τμημάτων είναι μικρή τότε η ανάταξη δεν είναι απαραίτητη. Αντίθετα σε κατάγματα των επιφύσεων η ανάταξη πρέπει να είναι τέλεια διότι και η πιο ασήμαντη παρεκτόπιση μπορεί να δημιουργήσει στην συνέχεια κάποια μετατραυματική αρθρίτιδα.

2) Α Κ Ι Ν Η Τ Ο Π Ο Ι Η Σ Η: η οποία είναι απαραίτητη σε όλα τα κατάγματα του μηριαίου οστού. Χωρίς αυτή και η καλύτερη ανάταξη δεν αποδίδει.

Στην ακινητοποίηση περιλαμβάνονται συνήθως η ανώτερη και η κατώτερη άρθρωση. Η διάρκειά της εξαρτάται από την ηλικία του καταγματία και την ανατομική θέση του κατάγματος.

Η μέθοδος αντιμετώπισης ενός κατάγματος μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Η σ υ ν τ η ρ η τ ι κ ή θεραπεία περιλαμβάνει:

1) α ν α λ μ α κ τ ο ι χ ε ι ρ ι σ μ ο ι: οι οποίοι εκτελούνται με σκοπό την ανάταξη του κατάγματος. Μετά την ανάταξη συνιστάται η λήψη ακτινογραφιών και ο έλεγχος του αποτελέσματος των χειρισμών.

2) γ ύ ψ ι ν ο ι ε π ί δ ε σ μ ο ι: οι οποίοι εφαρμόζονται με σκοπό την ακινητοποίηση του κατάγματος. Η ακινητοποίηση του κατάγματος είναι τέλεια μόνο όταν μέσα στον γύψινο επίδεσμο περιλαμβάνονται και οι γειτονικές προς το κάταγμα αρθρώσεις.

Ο γύψινος επίδεσμος εφαρμόζεται αφού πρώτα καλύψουμε το σκέλος

που φέρει το κατάγμα, με βαμβάκι που το πάχος του πρέπει να είναι τόσο ώστε ούτε το δέρμα να υποφέρει πιεζόμενο από τον γύψο, ούτε το σκέλος να κινείται μέσα σε αυτόν.

Σε περίπτωση που ο γύψινος επίδεσμος πιέζει το δέρμα σε κάποιο σημείο μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία και νέκρωση αυτού. Γι' αυτό αν ο καταγματίας παραπονείται ότι νιώθει συνεχή πόνο μετά την εφαρμογή του γύψινου επίδεσμου, ο γύψος αφαιρείται και αντικαθίσταται από καινούριο.

3) συνεχής δερματική έλξη: έχει σαν σκοπό την ανάταξη και ακινητοποίηση του κατάγματος. Για την εφαρμογή της έλξης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η καλή κατάσταση του δέρματος.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι:

α) η εφαρμογή μικρής δύναμης (4-5κ.), διότι η εφαρμογή μεγαλύτερου βάρους προκαλεί πόνο στον καταγματία.

β) η χρονική διάρκεια της έλξης είναι μικρή, διότι μετά από ένα χρονικό διάστημα (12μέρες περίπου) το δέρμα ερεθίζεται και δεν δέχεται την κολλητική ταινία.

Συνηθισμένες δερματικές έλξεις σε κατάγματα του μηριαίου οστού είναι η δερματική έλξη του BRUANT (για παιδιά) και η δερματική έλξη του RUSSELL

4) συνεχής σκελετική έλξη: χρησιμοποιείται σε περίπτωση που στο δέρμα υπάρχει κάποια εκδορά ή οίδημα και δεν επιτρέπεται η εφαρμογή δερματικής έλξης.

Η έλξη αυτή γίνεται με μεταλλικές βελόνες KIRSCHNER ή STEINMANN από το κνημιαίο κύρτωμα ή τους μηριαίους κονδύλους πάνω σε νάρθηκα BRAUN.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι:

α) η εφαρμογή μεγάλου βάρους (10-15κ.)

β) η μεγάλη χρονική διάρκεια εφαρμογής της έλξης.

γ) η δυνατότητα κινητοποίησης των παρακείμενων αρθρώσεων όλο το χρονικό διάστημα που εφαρμόζεται αυτή.

Ο κίνδυνος μόλυνσεως δεν είναι μεγάλος αν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα αντισηψίας κατά την εφαρμογή της έλξης.

5) μ ε τ α λ λ ι κ ο ί ν ά ρ θ η κ ε ς: οι οποίοι έχουν σαν σκοπό την ακινητοποίηση του κατάγματος (νάρθηκες BRAUN ή THOMAS)

Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει:

1) ε ξ ω τ ε ρ ι κ ή ο σ τ ε ο σ ύ ν θ ε σ η: είναι η συγκράτηση δύο κατεαγδών άκρων με ειδικό μηχανισμό χωρίς να γίνει μεγάλη επέμβαση.

2) ε σ ω τ ε ρ ι κ ή ο σ τ ε ο σ ύ ν θ ε σ η: καλείται η συγκράτηση των οστικών τμημάτων με υλικά (όπως βίδες, πλάκες, ενδομυελικούς ήλους), σε περίπτωση που η συντηρητική θεραπεία δεν είναι επιτυχτή ή έχει αποτύχει

Το βασικό μειονέκτημα της μεθόδου είναι ο κίνδυνος μόλυνσης και η ανάπτυξη φλεγμονής.

Τα υλικά της οστεοσύνθεσης πρέπει να είναι κατασκευασμένα από μέταλλα ανεχτά από τον οργανισμό και πρέπει μετά την πόρωση να αφαιρούνται.

Μέθοδοι εσωτερικής οστεοσύνθεσης:

1) οστεοσύνθεση με πλάκα και κοχλίες

2) οστεοσύνθεση με ήλους, π.χ. SMITH PETERSON

3) οστεοσύνθεση με ήλους και πλάκες, π.χ. MC LAUGHLIN για την συγκράτηση διατραχαντήριων καταγμάτων.

4) οστεοσύνθεση με ενδομυελικούς ήλους, π.χ. ήλος KUNTCHER για την αντιμετώπιση καταγμάτων της διαφύσεως.

Σε πολλές περιπτώσεις η μέθοδος της οστεοσύνθεσης αποτυχαίνει με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της πορώσεως.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Θεραπεία καταγμάτων του αυχένα του μηριαίου οστού: σε όλα τα κατάγματα του αυχένα του μηριαίου οστού (εκτός από τα ενσφηνωμένα) η θεραπεία είναι χειρουργική. Ο χειρουργός επιδιώκει την καλή ανάταξη και συγκράτηση των οστικών τμημάτων μέχρι να επέλθει η πόρωση.

Σύμφωνα με τον GARDEN τα κατάγματα του αυχένα διαιρούνται σε τέσσερεις κατηγορίες: στο ατελές κάταγμα, στο τέλειο χωρίς παρεκτόπιση, στο τέλειο με μερική παρεκτόπιση και στο τέλειο με πλήρη παρεκτόπιση.

Η παραπάνω ταξινόμηση θα μας βοηθήσει στην επιλογή του τρόπου θεραπείας.

Τα ενσφηνωμένα σε βλαισότητα κατάγματα (Iκατηγορία) θεραπεύονται συντηρητικά με την διατήρηση του κατάγματος στην θέση βλαισότητας. Αυτή επιτυγχάνεται με συνεχή έλξη για δύο μήνες και στην συνέχεια έγερση και μερική στήριξη για άλλους δύο μήνες.

Αν η γενική κατάσταση του ασθενή απαγορεύει την μακροχρόνιά του παραμονή στο κρεβάτι τότε ενδείκνυται η εσωτερική συγκράτηση με ήλο SMITH PETERSON ή βελόνες KNOWLES.

Η IIκατηγορία καταγμάτων δεν απαιτεί ανάταξη και η συγκράτηση γίνεται με ήλο SMITH PETERSON ο οποίος εισάγεται από το σημείο κάτω από τον μείζωνα τροχαντήρα προς το κέντρο του αυχένα μέχρι την κεφαλή του μηριαίου οστού.

Η τρίτη και τέταρτη κατηγορία καταγμάτων αντιμετωπίζεται πάντα χειρουργικά. Η ανάταξη πολλές φορές είναι ατελής και η συγκράτηση με ήλους είναι ανεπαρκής γι' αυτό και η πόρωση εμφανίζει διαταραχές. Σ' αυτήν την περίπτωση η συγκράτηση γίνεται με πολλαπλές βελόνες ή με κοχλιωτούς συμπιεστικούς ήλους χαμηλής γωνίας εισόδου, οι οποίοι προσφέρουν καλύτερη συγκράτηση.

Αν ο καταγματίας είναι άνω των 70ετών και η γενική κατάσταση του όχι και τόσο καλή (σε κάταγμα β' γ' δ' κατηγορίας) ο χειρουργός πρέπει να προσφύγει στην μερική αρθροπλαστική, δηλ. στην αντικατάσταση της κεφαλής του μηριαίου με πρόθεση AUSTIN MOORE ή THOMPSON.

Ο λόγος που πρέπει να αποφεύγεται η μερική αρθροπλαστική σε μικρές ηλικίες είναι ότι η πρόθεση συχνά δημιουργεί προβλήματα μετά από ένα χρονικό διάστημα (περίπου 5 χρόνια), όπως φθορά της κοτύλης.

Θεραπεία τροχαντήριων καταγμάτων: Η μέθοδος αντιμετώπισης των καταγμάτων αυτών είναι χειρουργική και αυτό διότι τέτοιου είδους κατάγματα συμβαίνουν συνήθως σε υπερήλικα άτομα που η γενική τους κατάσταση δεν είναι και τόσο καλή.

Η εσωτερική συγκράτηση επιτυγχάνεται με χρησιμοποίηση ήλου και πλάκας με κοχλίες, τύπου MC LAUGHLIN

Η χειρουργική επέμβαση επιτρέπει την ταχεία έγερση του καταγματία και την αποφυγή επιπλοκών.

Θεραπεία καταγμάτων διαφύσεως: Η κλασική μέθοδος είναι η εφαρμογή σκελετικής έλξης από τους κνημιαίους κονδύλους πάνω σε νάρθηκα BRAUN ή THOMAS για 4-6 εβδομάδες με σκοπό την ανάταξη και συγκράτηση του κατάγματος. Στην συνέχεια η έλξη αντικαθίσταται από γύφο Ο.Μ.Κ.Π. μέχρι να επέλθει πόρωση.

Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει δύο μεθόδους: α) ενδομυελική ήλωση β) οστεοσύνθεση με μεταλλική πλάκα και βίδες.

Η ενδομυελική ήλωση με ήλο KUNTCHER έχει ένδειξη σε κατάγματα του άνω και μέσου τριτημορίου της διαφύσεως και αποτελεί την μοναδική μέθοδο αντιμετώπισης των παθολογικών καταγμάτων και των διαταραχών της πορώσεως σε κατάγματα που αντιμετωπίστηκαν αρχικά με συντηρητική αγωγή.

Τα πλεονεχτήματα της ενδομυελικής ήλωσης είναι η στέρεη συγκράτηση των οστικών τμημάτων και η ταχεία έγερση του καταγματία.

Η οστεοσύνθεση της διάφυσης με μεταλλική πλάκα παρουσιάζει ορι-

σμένα μειονεκτήματα, όπως γωνίωση και θραύση της πλάκας, καθυστέρηση της πορώσεως και δεύτερη χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση της πλάκας. Χρησιμοποιείται σε συντριπτικά κατάγματα της διαφύσεως.

Θεραπεία καταγμάτων κάτω τριτημορίου του μηριαίου οστού: Η κύρια μέθοδος αντιμετώπισης αυτών των καταγμάτων είναι η εφαρμογή συνεχούς έλξης από τους μηριαίους κονδύλους με το σκέλος πάνω σε νάρθηκα BRAUN και το γόνατο σε θέση κάμψης για χαλάρωση του γαστροκνήμιου μυ και αποφυγή τραυματισμού των αγγείων της περιοχής από το περιφερικό τμήμα που προέχει προς τα πίσω.

Η έλξη διατηρείται για 10 περίπου εβδομάδες. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα ο ασθενής βαδίζει με πατερίτσες. Η πλήρη φόρτιση του σκέλους επιτρέπεται μετά από 3 μήνες περίπου.

Άλλη μέθοδος συντηρητικής θεραπείας είναι η εφαρμογή γύψου με το γόνατο σε κάμψη γωνίας 15-20 μοιρών περίπου. Ο γύψος διατηρείται 8-10 εβδομάδες περίπου μέχρι να επέλθει η πόρωση.

 ΚΕΦΑΛΑΙΟ "IV"

 Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με γύφο: Η εφαρμογή γύφου είναι από τις πιο συνηθισμένες μεθόδους θεραπείας των καταγμάτων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τα αντικείμενα που χρειάζονται για την εφαρμογή γύφου. Αυτά είναι:

γυφοταινίες

ορθοπάν

αδιάβροχο

γάντια μιας χρήσης

 λεκάνη με ζεστό νερό

Τρόπος εφαρμογής γύφου: Μεταφέρουμε αρχικά τον καταγματία στην αλθουσα εφαρμογής γύφου και φροντίζουμε να αποφεύγονται οι βλαίες και αδέξιες κινήσεις κατά την μεταφορά του.

Τοποθετούμε κάτω από το τραυματισμένο άκρο το αδιάβροχο και στην συνέχεια τυλίγουμε κυκλικά με ορθοπάν (βαμβάκι) το σπασμένο σκέλος έτσι ώστε μετά την εφαρμογή του ο γύφος να μην έρχεται σε επαφή με το δέρμα. Εμποτίζουμε τις γυφοταινίες και αφού απορροφήσουν νερό τις στραγγίζουμε και τυλίγουμε με αυτές το άκρο κυκλικά, όπως και το ορθοπάν.

Κατά την γύφωση το άκρο πρέπει να είναι κεκαμμένο και διατηρείται σε αυτήν την θέση μέχρι να στεγνώσει ο γύφος. Ο τελευταίος στεγνώνει συνήθως μετά από 24 ώρες (αυτό εξαρτάται από το πάχος του γύφου).

Κατά την εφαρμογή του γύφου τα δάκτυλα πρέπει να είναι ακάλυπτα για να παρακολουθείται η λειτουργικότητα του σκέλους.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει και για την μεταφορά του καταγματία από την αλθουσα εφαρμογής γύφου στο κρεβάτι του. Η μεταφορά του ασθενή γίνεται με τις παλάμες των χεριών και όχι με τα δάκτυλα διότι ο

γύψος που είναι ακόμη βρεγμένος μπορεί να πιεστεί και στην συνέχεια όταν στεγνώσει να πιέζει στο σημείο εκείνο το δέρμα.

Γενικά κατά την μεταφορά του ασθενή στον θάλαμό του χρειάζεται μεγάλη προσοχή για να μην σπάσει ο γύψος που δεν έχει στεγνώσει.

Πριν την μεταφορά του καταγματία στον θάλαμό του η νοσηλεύτρια προετοιμάζει το κρεβάτι του τοποθετώντας σανίδες κάτω από το στρώμα ώστε να γίνει σκληρό. Στο μέρος εκείνο του κρεβατιού που θα αντιστοιχεί ο γύψος τοποθετεί αδιάβροχο καλυμμένο με υποσένδοιο ώστε να προστατευθεί το στρώμα από την υγρασία του γύψου.

Φροντίζει να υπάρχουν αδιάβροχα μαξιλάρια τα οποία θα τοποθετηθούν κάτω από το πόδι για να το κρατήσουν κεκαμμένο μέχρι να στεγνώσει

ο γύψος. Ο γύψος στεγνώνει μόνο με εξαίτηση γι' αυτό το πόδι του ασθενή δεν σκεπάζεται με κλινოსκεπάσματα για ένα 24ωρο περίπου.

Κάθε μέθοδος θέρμανσης για το στέγνωμα του γύψου πρέπει να αποφεύγεται γιατί υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας κατάγματος κάτω από αυτόν.

Κάθε παράπονο του ασθενή για παρατεινόμενο πόνο πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν από την νοσηλεύτρια διότι ο πόνος αυτός μπορεί να σημαίνει ότι ο γύψος πιέζει σε κάποιο σημείο το δέρμα. Σε αυτήν την περίπτωση ο γύψος αφαιρείται αμέσως.

Η συχνή παρακολούθηση του χρώματος, της θερμοκρασίας και της κινητικότητας των δακτύλων αποτελεί καθήκον της νοσηλεύτριας η οποία σε περίπτωση παρουσίας σημείων όπως κυάνωση, μούδιασμα πρέπει να ενημερώσει αμέσως τον γιατρό για να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπιση της κυκλοφορικής δυσχέρειας.

Οποιαδήποτε κακοσμία που προέρχεται από την περιοχή του γύψου πρέπει να αναφέρεται αμέσως στον γιατρό.

Μετά το στέγνωμα του γύψου ο καταγματίας πρέπει να αλλάζει συχνά θέση και να αποφεύγει να στηρίζεται στο γυψωμένο άκρο.

Η καθαριότητα των γεννητικών οργάνων είναι απαραίτητη όπως απαραίτητη

είναι και η προφύλαξη του γύψου από το νερό στην περιοχή αυτή.

Λόγω της μακράς κατάκλισης του καταγματία τα γέυματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά για να διευκολύνεται η πέψη και η καλή λειτουργία του παχέος εντέρου.

Αν ο καταγματίας δεν παραμένει στο νοσοκομείο αλλά μεταφερθεί στο σπίτι του για να συνεχίσει την νοσηλεία, η νοσηλεύτρια πρέπει να τον διαπαιδαγωγήσει ως προς την περιποίηση και την καλή διατήρηση του γύψου.

Τι πρέπει να γνωρίζει ο καταγματίας που φέρει γύψο και εξέρχεται από το νοσοκομείο.

- 1) ο γύψος πρέπει να αφαιρείται την καθορισμένη ημερομηνία.
- 2) σε περίπτωση παρατεινόμενου πόνου ο καταγματίας πρέπει να έρθει αμέσως σε επαφή με τον θεράποντα γιατρό .
- 3) σε περίπτωση κακοσμίας της περιοχής ο ασθενής έρχεται αμέσως σε επαφή με τον γιατρό του.
- 4) σε περίπτωση κυάνωσης και ψυχρότητας των δακτύλων ο ασθενής έρχεται αμέσως σε επαφή με τον γιατρό του.
- 5) ο καταγματίας πρέπει να αποφεύγει το βρέξιμο του γύψου και το χάρκωμα αυτού με αιχμηρά αντικείμενα.
- 6) ο καταγματίας πρέπει να αποφεύγει το στήριγμα του σώματός του στο γυψωμένο άκρο.
- 7) το άκρο πρέπει να βρίσκεται σε ανάρροπη θέση για τυχόν οίδημα που μπορεί να προκύψει.
- 8) σε περίπτωση που ο καταγματίας παρουσιάσει κάποια κυκλοφορική δυσχέρεια (π.χ. κυάνωση δακτύλων) και βρίσκεται μακριά από το νοσοκομείο ή από το κέντρο υγείας, φροντίζει να αφαιρεθεί αμέσως ο γύψος.

Ο γύψος πρέπει να αφαιρείται την καθορισμένη ημερομηνία. Κατά την αφαίρεσή του το δέρμα είναι ξηρό· γι' αυτό πλένουμε το άκρο με χλιαρή σαπουνάδα και μετά το αλλοίφουμε με κάποια ελαιώδη ουσία (π.χ βαζελίνη).

Συνήθως το πρόβλημα που δημιουργείται μετά την αφαίρεση του γύψου είναι η δυσχέρεια του ασθενή να περπατήσει λόγω μακράς ακινησίας. Γι' αυτό σε κατάγματα του μηριαίου οστού (διαφύσεως) η κινησιοθεραπεία και το μασάζ είναι απαραίτητα μετά την αφαίρεση του γύψου για μακρύ χρονικό διάστημα μέχρι να επανέλθει το σκέλος στην φυσιολογική του κατάσταση.

Νοσηλευτική φροντίδα καταγματία με έλξη: Η ποιότητα της φροντίδας που προσφέρει η νοσηλεύτρια σε ένα καταγματία με έλξη εξαρτάται από το πόσο η ίδια γνωρίζει για πιο σκοπό έχει εφαρμοστεί η έλξη.

Μετά την εφαρμογή έλξης δερματικής ή σκελετικής η νοσηλεύτρια λαμβάνει υπόψη της κάθε παράπονο του καταγματία και ελέγχει το αίτιο που το προκάλεσε.

Το άκρο που φέρει την έλξη παρακολουθείται συνεχώς για τυχόν σημεία κυκλοφορικής δυσχέρειας όπως κυάνωση και ψυχρότητα.

Τα βάρη της έλξης δεν πρέπει να ακουμπούν πουθενά και αφαιρούνται μετά από οδηγία γιατρού. Ο έλεγχος του συστήματος έλξεως και των εξαρτημάτων του είναι καθημερινό καθήκον της νοσηλεύτριας. Τα σχοινιά της έλξης δεν πρέπει να είναι χαλαρωμένα και πρέπει να βρίσκονται μέσα στο αυλάκι της τροχαλίας.

Κατά την εφαρμογή δερματικής έλξης το βάρος δεν πρέπει να είναι πολύ μεγάλο διότι υπάρχει κίνδυνος δερματικής ρήξης. Επίσης σε αυτήν την περίπτωση ο έλεγχος του δέρματος για τυχόν ερεθισμό από την κολλητική ταινία πρέπει να είναι καθημερινός.

Όταν η έλξη είναι σκελετική ελέγχουμε για τυχόν σημεία τοπικής φλεγμονής γύρω από τον ήλο.

Σε κάθε καταγματία με έλξη είναι απαραίτητη η καθημερινή πλύση και η εντριβή της ράχης, η οποία επιβάλλεται για να διευκολύνεται η κυκλοφορία και να αποφεύγεται η περίπτωση κατάκλισης.

Τέλος η ατομική καθαριότητα του δέρματος των νυχιών και των μαλλιών

είναι αναγκαία.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΕΛΞΗΣ: 1) ταινία έλξεως, 2) ελαστικός επίδεσμος, 3) ορθοπάν 4) μεταλλική έκταση, 5) βάρη, 6) κύβοι, 7) λευκοπλάστ 8) φαλίδι

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΚΕΛΕΤΙΚΗΣ ΕΛΞΗΣ: 1) σετ σκελετικής έλξης, 2) μεταλλικός σκελετός, 3) βάρη, σχοινί 4) προστατευτικά για τα άκρα του ήλου (φελού).

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Ψυχολογική προετοιμασία: Φυσικό είναι η είσοδος του καταγματία στο χειρουργείο να του προκαλεί φόβο, άγχος και άλλα παρόμοια συναισθήματα. Η νοσηλεύτρια καλείται να ενισχύσει ψυχολογικά τον ασθενή ενημερώνοντάς τον για το τι ακριβώς πρόκειται να γίνει μέσα στο χειρουργείο, τον σκοπό της επεμβάσεως, το χρόνο που θα παραμείνει στο χειρουργείο, τα πλεονεχτήματα της χειρουργικής μεθόδου σε σχέση με μια συντηρητική μέθοδο αντιμετώπισης (π.χ. ταχεία κινητοποίηση) και για την τοπική ή γενική νάρκωση που θα του γίνει.

Ο ασθενής ενθαρρύνεται για συζήτηση και διάλογο και κάθε ερώτησή του απαντάται και αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα και σεβασμό. Μόνο έτσι η συναισθηματική ένταση που νιώθει θα μειωθεί και θα αυξηθεί το αίσθημα της ασφάλειας.

Εργαστηριακές εξετάσεις: Πριν από την είσοδο του καταγματία στο χειρουργείο εκτός από τον ακτινολογικό έλεγχο γίνονται και άλλες εξετάσεις. Αυτές είναι:

Γενική αίματος

T.K.E.

Έλεγχος πήκτικότητας του αίματος

Γενική ούρων

Επίσης σε κάθε ασθενή που πρόκειται να μπει στο χειρουργείο γίνεται πάντοτε ακτινογραφία θώρακος και Η.Κ.Γ.

Δίαιτα: Το βράδυ προ της εγχειρήσεως ο ασθενής πρέπει να πάρει ελαφρά δίαιτα π.χ. τσάι

Το πρωί πριν την χειρουργική επέμβαση ο ασθενής ο ασθενής δεν λαμβάνει καμιά στερεή ή υγρή τροφή.

Εγχειρητικό πεδίο - Προετοιμασία: Εγχειρητικό πεδίο είναι η περιοχή του δέρματος γύρω από το μέρος που θα γίνει η χειρουργική επέμβαση.

Η καθαριότητα της περιοχής αυτής βοηθάει στο να ελαττωθούν οι πιθανότητες επιμολύνσεως του τραύματος.

Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου: Το δέρμα καθαρίζεται με σαπουνούχο νερό και στην συνέχεια ξυρίζεται κατά την κατεύθυνση που φυτρώνουν οι τρίχες, με ξυριστική μηχανή μιας χρήσεως.

Με το ξύρισμα απομακρύνονται οι τρίχες πάνω στις οποίες επικολλούνται μικρόβια.

Μ Ε Τ Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Ο σκοπός της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- 1) η ανακούφιση του ασθενή
- 2) η πρόληψη των επιπλοκών
- 3) η λειτουργική αποκατάσταση του σκέλους

Ο ασθενής μετά την έξοδό του από το χειρουργείο είναι πολύ ευαίσθητος στις αλλαγές της θερμοκρασίας γι' αυτό η νοσηλεύτρια φροντίζει να υπάρχουν κουβέρτες στο κρεβάτι του. ΠΡΟΣΟΧΗ, η υπερβολική ζέστη όπως και το υπερβολικό κρύο πρέπει να αποφεύγονται.

Απο την στιγμή που ο χειρουργημένος-ασθενής φθάσει στο κρεβάτι του η νοσηλεύτρια λαμβάνει και καταγράφει σε συχνά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά του σημεία. (θερμοκρασία, σφύξεις, αρτηριακή πίεση, αναπνοές). Ο ασθενής παρακολουθείται για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων μετεγχειρητικού SHOCK. (ταχυσφυγμία, ταχύπνοια, πτώση Α.Π., ωχρότητα δέρματος). Ο ασθενής ενθαρρύνεται να αναπνέει βαθιά και να βήχει έτσι ώστε να αποβληθεί το αναισθητικό φάρμακο, οι βλέννες και οι εκκρίσεις που εμποδίζουν τον επαρκή αερισμό των πνευμόνων. Ο πόνος που συνήθως αισθάνεται ο ασθενής μετά από την έξοδό του από το χειρουργείο ανακουφίζεται με την χορήγηση αναλγητικών.

Ο έλεγχος αερίων, της ούρησης, του REDON (παροχέτευσης, αν υπάρχει), της αιματώσεως του άκρου, της κινητικότητας του εντέρου και τέλος ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών (α' 24ωρο) είναι απαραίτητος για την παραπέρα πορεία της υγείας του ασθενή.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την χορήγηση αντιβιοτικών, αν έχει δοθεί οδηγία από τον γιατρό, και για την δίαιτά του τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες.

Δεν ξεχνάει να φέρει σε επαφή τον ασθενή με τον χειρουργό ορθοπεδικό ώστε με την συζήτηση να λυθούν τυχόν απορίες που υπάρχουν από την πλευ-

ρά του ασθενή.

Ο χειρουργημένος ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι με την βοήθεια της νοσηλεύτριας την δεύτερη συνήθως μετεγχειρητική μέρα.

Η πρώτη έγερση του καταγματία πρέπει να γίνει σταδιακά διότι πολλές φορές κατά την έγερσή του αισθάνεται ναυτία ή ζάλη.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει τον ασθενή να καθήσει στο κρεβάτι στερεώνοντας την πλάτη του σε ένα μαξιλάρι ή στο ερεισίνωτο. Έπειτα ο ασθενής πρέπει να γυρίσει σιγά σιγά στο ένα πλάι και να παραμείνει σε αυτήν την θέση για λίγη ώρα. Σε όλη την διάρκεια της προσπάθειας του ασθενή να σηκωθεί, ελέγχεται η γενική του κατάσταση. Ο σφυγμός και το χρώμα

~~του-συχνά-προειδοποιούν-κατάσταση-ανεπιθύμητη.~~ Ο ασθενής πρέπει να
παίρνει βαθιές αναπνοές σε συχνά χρονικά διαστήματα.

Στην συνέχεια ο ασθενής κάθεται στην καρέκλα που είναι κοντά στο κρεβάτι του. Αυτό επαναλαμβάνεται για μία ως δύο μέρες.

Τις επόμενες μετεγχειρητικές μέρες ο καταγματίας αρχίζει με βοήθεια πάντοτε να βαδίζει. Η βοήθεια της αδερφής αντικαθιστάται από τις πατερίτσες. ΠΡΟΣΟΧΗ, το χειρουργημένο σκέλος δεν πρέπει να φορτίζεται με το βάρος του σώματος.

Την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα επαναλαμβάνονται οι εργαστηριακές εξετάσεις όπως επίσης και ο ακτινολογικός έλεγχος.

Η νοσηλεύτρια το χρονικό διάστημα που ο ασθενής νοσηλεύεται έχει συχνή επαφή με τον γιατρό του, για ενημερωτικούς λόγους.

Γ Τ Μ Η Μ Α

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "V"

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'

Ο Β.Α., κάτοικος Πατρών, 32ετών, ιδιωτικός υπάλληλος, ασφαλισμένος στο ΙΚΑ, βάρους 71κ. εισήλθε στην ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" στις 24-6-88 με φορείο,

Ο ασθενής μετά από πτώση από ύψος δύο μέτρων παρουσίασε έντονο πόνο στο δεξιό κάτω άκρο και αδυναμία να το κινητοποιήσει. ~~Μετά από κλινική εξέταση που έγινε στα Ε.Ι. και μετά από ακτινολογικό έλεγχο, διαγνώστηκε κάταγμα διαφύσεως του δεξιού μηριαίου οστού(εγκάρσιο).~~

Η εξέταση συμπληρώθηκε με προσεχτικό έλεγχο της ακεραιότητας των αγγείων των νεύρων και των μυών γύρω από την περιοχή της κακώσεως.

Ο καταγματίας δεν παρουσίασε καμμία άλλη βλάβη σε άλλο όργανο. Οι τιμές των ζωτικών σημείων του καταγματία κατά την εισοδό του στα Ε.Ι. ήταν: θ=36,7°C ,σφύξεις=73-75/λεπτό, Α.Π.=130/75 MM HG.

Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα σύμπτωμα μετατραυματικού SHOCK

Λόγω του έντονου πόνου που αισθανόταν του δόθηκε παυσίπονο.

Ο θεράπων γιατρός αποφάσισε την μεταφορά του ασθενή στην Ορθοπεδική Κλινική. Δόθηκαν οδηγίες για την εφαρμογή δερματικής έλξης που θα ακινητοποιούσε το άκρο για δύο μέρες μέχρι ο καταγματίας να μπει στο χειρουργείο.

Η ακινητοποίηση του άκρου στον τόπο του ατυχήματος είχε γίνει με την εφαρμογή σανίδας κάτω από αυτό.

Ο καταγματίας εξέφρασε την επιθυμία να περπατήσει γρήγορα.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΡΑΦΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟ/ΚΑΝ		
24/6/88	ΕΛΛΑΔΑ (χωρά) ΓΝΠΑΑ (νοσοκομείο) Θ.Α (ασθενής) Π. Β (νοσηλίαν)	- Έλεγχος των Ζ.Σ	Διατήρηση των Ζ.Σ στα φυσιολογικά επίπεδα.	Λίγη Ζ.Σ. κάθε τρίωρο	Μετρήθηκαν τα Ζ.Σ	Θ = 36,8°C σφ = 73-75 / λεπτό ΑΠ = 130mmHg - 75mmHg.
		Εφαρμογή δερματικής ελξης	Ακινητοποίηση του άκρου.	Εφαρμογή του συστήματος ελξης.	Έγινε η εφαρμογή της ελξης.	Το άκρο ακινητοποιήθηκε μπει να μπει ο ασθενής στο χειρουργείο.
24/6/88		Μηνιακός για εργαστηριακές εξετάσεις.	Να ενημερωθεί ότι στις 8:00π της επόμενης μέρας θα του γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις.	Πληροφόρηση για εργαστηριακά	Η ενημέρωση έγινε	Ο ασθενής δέχτηκε την ενημέρωση.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΓΕΛΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΦΑΡΜΑΚΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
24/6/88	ΕΛΛΑΔΑ ΓΝΠΑΑ Β.Α. Π.Θ.	Απαρτηγή από πόνο	Να αναρραχθεί ο καταγματίας από τον πόνο και να ηρεμή- σει.	Χρήση αναλγητικού	Η χρήση έγινε	Ο ασθενής μετά από την χρήση αναλγητικού ηρέμη- σε προσωρινά.
		Γνωριμία του ασθενή με τους άλλους ασθενείς του θαλάμου	Να γίνει γνωριμία του καταγματία με τους άλλους ασθενείς.	Γνωριμία με τους ασθενείς	Η γνωριμία έγινε	Η γνωριμία του καταγ- ματία με τους άλλους ασθενείς τον βοήθησε να εφοιωθεί κόπιας με τον χώρο.
24/6/88		Συζήτηση του ασθενή με οφθαλμιάτρο καταγ- ματία.	Να έρδει σε επαφή με κάποιον οφθαλ- μιάτρο καταγματία. Η συζήτηση με αυτόν θα τον βοηθήσει.	Να έρδει σε επαφή με κάποιον οφθαλμιάτρο.	Η συζήτηση έγινε	Ο ασθενής έβλεπε κ πιο ήρεμος.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛ/ΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
24/6/88	ΕΜΑΔΑ ΓΥΠΑΑ Β.Α. Π.Β.	Παρακολούθηση της γενικής κατα- στάσης του ασ- θενή	Παρακολούθηση του ασθενή για τις ενδείξεις μετατραυματικού SHOCK.	Συχνή παρακο- λούθηση του ασθενή	Ο ασθενής βρισκόταν σω- στάς κάτω από γενική παρακο- λούθηση	Ο ασθενής δεν παρου- σίασε κανένα σημείο μετατραυματικού SHOCK.
		Παρακολούθηση του τραυματιμέ- νου άκρου.	Συχνή παρακολού- θηση του κατε- χτός άκρου για τις ενδείξεις σημείων κυκλοφαι- κής διαταραχής π.χ κυάνωση.	Συχνή παρα- κολούθηση του ασθενή	Έγινε συχνή παρακολού- θηση του τραυ- ματιμένου άκρου.	Δεν παρουσιάστηκε κανένα ονιούχτι- κό σημείο.
24/6/88		Παρακολούθηση του συστήματος έρξης.	Παρακολούθηση του συστήματος έρξης για τυχόν πρόβλημα αυτού.	Παρακολούθηση των σημείων της έρξης να είναι χαλαρωμένα, να βρισκονται μέσα σαν τροχάκια.	Ο έλεγχος έγινε	Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα στο σύστημα έρξης.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
25/6/88	ΕΛΛΑΔΑ ΓΥΠΑΑ Β.Α. Π.Β.	Έλεγχος Ζ.Σ.	Διατήρηση Ζ.Σ. στα φυσιολογικά επίπεδα.	Να γίνει μέτρηση των Ζ.Σ του ασθενή.	Ο έλεγχος των Ζ.Σ έγινε	Ζ.Σ = φυσιολογικά
		Εργαστηριακές εξετάσεις.	Να γίνουν στις βασικές εργα- στηριακές εφε- τάσεις.	Πληροφόρηση για τα εργαστη- ριακά.	Οι εργαστη- ριακές εξετάσεις έγιναν.	Τ.κ.Ε = 25mm την ώρα Λευκά = 9000 Ουρία = 25mg/% Χρ. Πρωτεΐνης = Βασεοφιλά = 20/mm ³ Σάκχαρο = 100mg/%
		Βιοψυχογραφικός έλεγχος.	Αγωγή αυτιογρα- φίας επί κλίμα για την εξέταση της αώσεως κ' αιμωσπόι- σης.	Να γίνει αυτι- νογραφικός έλεγ- χος επί κλίμα.	Η αγωγή ακτινογραφίας έγινε.	Ο ορδοπεδικός περιούργος, εμείνε ισοακουστικός από την αώτατη ε' αιμωσπόιση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
25/6/88	ΕΛΛΑΔΑ ΓΝΠΑΑ Β.Α Π.Β	Γενική παρακολούθηση του ασθενή.	Παρακολούθηση του άκρου για τυχόν εμφάνιση κυκλωφικής δυσπέρασης.	Συχνή παρακολούθηση του τραυματισμένου άκρου	Η παρακολούθηση ήταν συχνή.	Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα.
		Παρακολούθηση του συστήματος της εξέφως.	Παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση προβλήμα στο σύστημα εξής	Έλεγχος του βάρους των σταγνίων, της κολλητικής ταινίας	Ο έλεγχος έγινε	Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα στο σύστημα εξέφως
25/6/88		Αποσταγή από τον πόνο χορήγηση αναλγητικού.	Να ανακουφιστώ ο ασθενής από τον πόνο που νιώδει	Χορήγηση παυσίπονου.	Η χορήγηση παυσίπονου έγινε	Ο ασθενής αποστάχθηκε προσωρινά από τον πόνο.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
25/6/88	ΕΛΛΑΔΑ Γ.Ν.Π.Α.Α Β.Α Π.Β	Ενημέρωση του κατοχήα κ των συγγενών του για την εισοδο του πρώ- του στο χειρουργείο	Να γίνει ενημέρωσι σο αδελή για την εισοδο του στο χειρουργείο την επομένη μέρα. ως 20.00 π.τ.	Ενημέρωση του κατοχήα από την αδελφή του δι- τάμου για την εισοδο του στο χει- ρουργείο	Η ενημέρωση έγινε	Ο αδελφός ένωσε κάποια ανησυ- χία. μετά την ενημέρωση.
		Συζητηση του ασ- δελή με τον χειρουργό ορθοπαιδικό για το είδος της επέμβασης (επι- στεασυνδεση με ήσρ)	Να ενημερωθεί ο αδελφός για το είδος της επέμβασης.	Να ερθεί σε επαφή ο κατοχήα με τον ορθοπαιδικό παιδίο γιατρό	Η ενημέρωση έγινε	Ο αδελφός δείχνει με ευχαρισία την ενημέρω- ση. Του δίνω πληρ. απαντήσεις
25/6/88		Ψυχολογική προε- τοιμασία του ασδε- λή από την νοση- λεύτρια του δαχτύλου.	Να προσεομασθεί ο αδελφός για τη κατάσταση του στο χειρουργείο.	Συζητηση της νοσηλεύτριας με το αδελφό. Απα- νηση στα ερωτή- ματά του.	Η συζητηση έγινε	Ο αδελφός ευχα- ριστούσε την νοση- λεύτρια και έδειξε αρκεία ήσυχος.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΙ		
25/6/88	ΕΛΛΑΔΑ Γ.Ν.Π.Α. Β.Α Π.Β	Καθαριότητα Ευπρεπισμός προεγχειρητικά	Ο ασθενής να είναι έτοιμος για τις εισόδους στο χειρουργείο. Να γίνει γουέρο τα- καριότητας επιγι- νης	Ευπρεπισμός του ασθενή δια ζυγι- σματος. Καθαριότητα αε- τών.	Έγινε καθαριό- τητα έως προε- τοιμασία του εγχειρητικού πε- δίου	Ο ασθενής στις 700H ήταν έτοιμος για το χειρουργείο της επόμενης.
		Διατα ασθενή	Να μείνει νηστικός ώστε να είναι έτοι- μος για το χειρουργείο επόμενης	Ενημέρωση του ασθενή να μείνει νηστικός	Η ενημέρωση έγινε.	Ο ασθενής δέχθηκε ωρόδημα της αδύτης.
26/6/88		Εργασία των 2.Σ	Διατήρηση 2.Σ σε φυσιολο- γικά επίπεδα	Λίγην 2.Σ	Η λίγη 2.Σ έγινε	Θερμ = 36,6°C Σφύζ = 72-74/λεπτό ΑΠ. = 130-80mm Hg

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΠΑ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
26/6/88	ΕΛΛΑΔΑ ΓΝΠΑΑ Β.Α Π.Β.	Εξέταση του ασθενή από τον θεράποντα γιατρό κ από τον αναλυματολόγο	Να γίνει εξέταση του ασθενή ώστε να είναι σίγουρα έτοιμος για την εισαγωγή του στο χειρουργείο.	Εξέταση γενικής κατάστασης του ασθενή.	Η εξέταση έγινε.	Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα που να εμποδίζει την εισαγωγή του στο χειρουργείο.
		Προανάμνηση	Να γίνει η προάνκριση του ασθενή.	Χορήγηση αδρεναλίνης ενδομυϊκά	Η προάνκριση έγινε.	Ο ασθενής είναι έτοιμος για την εισαγωγή του στο χειρουργείο.
26/6/88		Μεταφορά του ασθενή στο χειρουργείο με φορείο.	Να μεταφερθεί ο ασθενής με φορείο μέχρι των εισόδου του χειρουργείου.	Η μεταφορά έγινε με συνβοήθεια των αδελφών.	Ο ασθενής μεταφέρθηκε με φορείο στην είσοδο του χειρουργείου.	Ο ασθενής ευχαριστήθηκε η αδελφή για την ευγενική βοήθεια και για την βοήθεια που του προσέφερε.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΤΥΞΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΠΑ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
26/6/88		Προετοιμασία χειρουργείου κρεβατιού, και κοροβίνου.	Να βρει ο χειρουργός το κρεβάτι ψέσο & στερεώνο.	Στερέωση του κρεβατιού	Η προετοιμασία του κρεβατιού έγινε	Το κρεβάτι του ασθενή ήταν έτοιμο να τον δεχθεί μετά την εφόδο του από το χειρουργείο.
		Μεταφορά του ασθενή από την είσοδο του χειρουργείου στον δαίταμό του.	Να μεταφερθεί ο ασθενής στον δαίταμό του.		Η μεταφορά έγινε	Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε άνετη θέση στο κρεβάτι του.
		Θέρμανση των ΖΣ	Να διατηρηθούν τα ΖΣ σε φυσιολογικά επίπεδα	Λύση ΖΣ	Έγινε η λύση ΖΣ	Θέρμανση = 36,8°C Σφύξεις = 74-76/λεπτό Α.Π = 125-75mmHg
26/6/88		Ανωμαλία στο πόνο	Να ανωμαλία ο ασθενής από τον πόνο.	Λύση πωσίνονο 3 ώρες μετά την εφόδο του από το χειρουργείο	Δόθηκε πωσίνονο	Ο ασθενής ανακουφίστηκε προσωρινά

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
26/6/88	ΕΛΛΑΔΑ Γ.Ν.ΠΑΑ Β.Α Π.Β	Συχνή παρακολού- θηση του ασθενή	Παρακολούθηση του ασθενή για τυχόν εμφάνιση σημείων μεσεχει- ρτικού shock.	α) Παρακολούθηση Ζ.Σ β) Διανοητικής κα- τάστασης του ασθενή (Αν επικοινωνεί με το περιβάλλον).	Έγινε συχνή παρακολού- θηση του ασθενή	Ο ασθενής δεν παρουσίασε κα- νένα ανησυχητικό σημείο.
		Παρακολούθηση του περιβλήτου στέ- ραους.	Παρακολούθηση του χειρουργημένου σκέλους για τυχόν εμφάνιση κυκλοφο- ρικής δυσχέρειας.	Συχνή παρακολού- θηση στην ενδ- είκεια της φέρας	Η παρακο- λούθηση έ- δωσε	Ο ασθενής δεν παρουσίασε κα- νένα πρόβλημα.
26/6/88		Διατα του ασθενή	Να μην χορηγών μόνο υγρών 3-4 ώρες μετά την εξοδό του από το χειρουργείο	Χορηγήθηκε ταύ		Ο ασθενής το ήπιε.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
27/6/88	ΕΛΛΑΔΑ Γ.Ν.ΠΑΑ ΒΑ Π.Β	Άρτη Ζ.Σ	Διατήρηση Ζ.Σ σε φυσιολογικά επίπεδα	Να τηφθούν τα Ζ.Σ	Έγινε τηφύχ Ζ.Σ	Ζ.Σ = φυσιολογικά
		Παρακολούθηση χειρουργικού έκθετος	Να παρακολουθεί- τα το έκθετος για τυχρή εμφάνιση σημείων κυκλο- φορικής δυσχέρειας	Παρακολούθηση του έκθετους σε εγλυκρωμένα διασκίματα	Η παρακολού- θηση έγινε	Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα.
		Παρακολούθηση της γενικής κατά- στασης του ασθενή	Παρακολούθηση του ασθενή για τυ- χρήν μεσεχειρη- σικές επιπλοκές.	Παρακολούθηση συχνή του ασθενή	Η παρακολού- θηση έγινε	Ο ασθενής δεν πα- ρουσίασε κανένα πρόβλημα.
27/6/88		Διατα του ασθενή	Ο ασθενής ήπτε τα και έφαγε σώπα.			Ο ασθενής έφαγε με όρεξη.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓΙΓΑΝ.		
28/6/88	ΕΛΛΑΔΑ ΓΝΠΑΑ Β.Α Π.Β	Λήψη Ζ.Σ	Διατήρηση Ζ.Σ σε φυσιολογικά επίπεδα	Λήψη Ζ.Σ	Η λήψη Ζ.Σ έγινε	Ζ.Σ = φυσιολογικά
		Καθαριότητα, λουτρό επί κλίνης	Να γίνει καθαρό- τητα του αδε- νι.	Λούσιμο και λουτρό επί κλίνης	Έγινε ασαφής καθαριότητα του αδενι	Ο αδενις έπαρ- ρισσε την κοσμεύτρια
		Ακτινολογικός έλεγχος	Να γίνει ακτινο- λογικός έλεγχος	Ακτινολογικός έλεγχος επί κλί- νης	Έγινε ακτινο- λογικός ελεγ- χος	Ο αδενις ήταν γιαρός έφινε ικανοποιημένος από την ακτινοθεραπεία
28/6/88		Γενική παρακο- ζούδηση της κα- τάστασης του αδενι	Παρουσίαση για επών εμφά- νιση επιπορών	Παρακοζούδηση του αδενι σε συγκριτικά διαστήματα	Η παρακοζού- δηση ήσαν εγκύρια κατά την διάρκεια της μέρας	Ο αδενις δεν πα- ρουσίασε κανένα πρόβλημα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΤΥΞΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛ.ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
28/6/88	ΕΛΛΑΔΑ Γ.Ν.Π.Α. Β.Α. Π.Β.	Περιποίηση του σημείου της καρ. επεμβασης	Να γίνει υδαρι- σμός της τσάντας	Αλλαγή γαζών Καθαρισμός με Betadine	Έγινε αλλαγή τραυμάτος	Η κοπή δεν πα- ρουσίαζε κανένα αιματοχρητικό ση- φείο
		Συχνή αλλαγή δε- σεως. Κινησοδερα- πία του υδαίουραυ επί κλίσης.	Να γίνει συχνή αλλαγή δεσεων	Συχνή αλλαγή δεσεων. Κινη- σεις μαλακείων των οίερων	Έγινε συχνή αλλαγή δεσεως	Ο ασθενής. Εφα- ρίστηκε την αδη- φία και των διαβητω- ωσε όσο υιώδη πιο οίερα.
28/6/88		Συζήτηση του ασθενή με τον θεράποντα γιατρό για την πο- ρεία της υγείας του.	Να γίνει συζήτηση μεταξύ γιατρού κ ασθενή ώστε να γινούν τυχόν ανα- ρικές του ασθενή	Η αδεφφή φρόνη- σε να φέρει σε επιαχή τον για- τρό με τον αδε- νή	Η συζήτηση έγινε.	Ο ασθενής μεσα την πληροφόρηση που είχε από τον γιατρό του έγινε αρκετά ήρεμος κ ικανοποιημένος.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΕΣΜΟΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΟΣ
			ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΟΣΗΛ. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΓ/ΚΑΝ		
29/6/88	ΕΛΛΑΔΑ ΓΝ ΠΑΑ Β.Α Γ.Β	Λήψη Ζ.Σ	Διατήρηση Ζ.Σ σε φυσιολογικά επίπεδα.	Λήψη Ζ.Σ	Έγινε λήψη Ζ.Σ	Ζ.Σ = φυσιολο- γικά.
		Παρακολούθηση της γενικής κατάστα- σης του ασθενή.	Παρακολούθηση για εμφάνιση βερεχτηριακών επιπλοκών	Συχνή παρακο- λούθηση του ασ- θενή.	Έγινε συχνή παρακολούθηση του ασθενή	Δεν παρουσία- σθηκε κανένα πρόβλημα.
		Έγερση στο κρεβάτι σε ημικαθιστική θέση	Έγερση του ασθενή στο κρεβάτι σω- στά	Η αδελφή βοήθησε το ασθενή να κα- θήσει σε ημικαθι- στική θέση	Η έγερση έγινε	Ο ασθενής ευχαρίστησε την νοσηλεύ- τρια.
29/6/88		Περιποίηση ταρτίς	Να γίνει περιποίηση του στήθους που έγινε υπέρ- επεμβαση	Αλλαγή γαζών καθαρισμός τραυ- ματος (ταρτίς) με bedadine	Έγινε περιποίηση ταρτίς	Στο στήθος που έγινε επέμβαση δεν παρουσιάστηκε κανένα σημάδι επώδυνο.

Στις επόμενες μέρες η νοσηλευτική φροντίδα ήταν η ίδια. Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ανησυχητικό σημείο και η γενική του κατάσταση ήταν πολύ καλή.

Στις ΙΙ-7-88 κόπηκαν τα ράμματα. Ακτινολογικός έλεγχος γινόταν κάθε εβδομάδα. Το οστό σύμφωνα με τον ορθοπεδικό βρισκόταν σε φυσιολογική θέση και η πόρωση εξελισσόταν κανονικά.

Στις 20-7-88 ο ασθενής άρχισε να βηματίζει με την βοήθεια της νοσηλεύτριας για λίγα λεπτά. Στις 28-7-88ο καταγματίας άρχισε να περπατάει με την βοήθεια πατερίτσας, χωρίς να φορτίζει με το βάρος του το χειρουργημένο σκέλος.

Ο χειρουργός ορθοπεδικός πληροφόρησε τον ασθενή ότι η πλήρη φόρτιση του σκέλους θα αρχίσει μετά από 3μήνες περίπου. Επίσης δόθηκαν οδηγίες για το τι πρέπει να προσέχει ο ασθενής, και για το πότε θα αφαιρεθεί ο ήλος.

Ο ασθενής βγήκε από το Νοσοκομείο στις 15-8-88.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'

Την 1-7-88 εισήλθε στην Ορθοπεδική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ" ο Δ.Κ., ετών 13, μαθητής, βάρους 47κιλά, κάτοικος Καλαβρύτων.

Ο ασθενής μετά από πέσιμο από ποδήλατο παραπονέθηκε για έντονο πόνο στο αριστερό κάτω άκρο και λειτουργική αδυναμία αυτού.

Στα Ε.Ι. με την βοήθεια της κλινικής εικόνας και μετά από ακτινολογικό έλεγχο διαγνώστηκε κάταγμα αρ. μηριαίου οστού.

Η εξέταση συμπληρώθηκε με έλεγχο της ακεραιότητας των αγγείων, των νεύρων και των μυών γύρω από την περιοχή της κακώσεως.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενή ήταν : θ=36,3°C, σφύξεις 64-66/λεπτό, Α.Π.= 120/75MM HG

Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ανησυχητικό σημείο.

Στον τόπο του ατυχήματος, επειδή οι γονείς υποψιάστηκαν ότι πρόκειται για κάταγμα έδεσαν γέρα το τραυματισμένο σκέλος με το γερό έτσι ώστε να το ακινητοποιήσουν.

Ο ορθοπεδικός θεώρησε σαν καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης του κατάγματος την συντηρητική θεραπεία. (εφαρμογή γύψου αφού πρώτα έχει γίνει για ένα μήνα ανάταξη και ακινητοποίηση του άκρου με δερματική έλξη.)

Στην Ορθοπεδική Κλινική εφαρμόστηκε δερματική έλξη για ένα μήνα περίπου.

Καθημερινά γινόταν παρακολούθηση του άκρου, της γενικής κατάστασης του ασθενή, και έλεγχος του συστήματος έλξης.

Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα.

Κάθε εβδομάδα γίνονταν ακτινολογικός έλεγχος. Ο ορθοπεδικός ήταν ευχαριστημένος από τις ακτινογραφίες.

Στις 27-7-88 αφαιρέθηκε η δερματική έλξη και εφαρμόστηκε γύψος Ο.Μ.Κ.Π. Την επόμενη μέρα έγινε λήψη ακτινογραφίας.

Ο γιατρός μετά την εφαρμογή γύψου διαβεβαίωσε τους γονείς ότι

η κατάσταση του κατάγματτα είναι ικανοποιητική, και δεν χρειάζεται να παραμείνει άλλο στο Νοσοκομείο. Η νοσηλεία μπορεί να συνεχιστεί στο σπίτι.

Η νοσηλεύτρια εξήγησε στην μητέρα του παιδιού τι πρέπει να προσέχει μετά την εφαρμογή του γύψου; ποια είναι τα ανησυχητικά σημεία και τι πρέπει να κάνει σε περίπτωση που ο γύψος πιέζει σε κάποιο σημείο το δέρμα.

Επίσης η μητέρα του παιδιού πληροφορήθηκε από την αδελφή ότι ο καταγυστίας πρέπει να έρθει ξανά στο Νοσοκομείο μετά από τρεις εβδομάδες περίπου για να γίνει ακτινολογικός έλεγχος.

Ο γύψος θα αφαιρείτο μετά από οδηγίες του θεράποντα γιατρού, εφόσον έχει επέλθει η πόρωση.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Γ'

Στις 2-6-88 εισήλθε στην Ορθοπεδική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ", ο Κ.Α. κάτοικος Πατρών, ετών 48, βάρους 78κ., έμπορος.

Ο ασθενής μετά από πτώση και πρόσκρουση του δεξιού γλουτού στο έδαφος ένιωσε έντονο πόνο στην περιοχή του γλουτού και λειτουργική αδυναμία του δεξιού κάτω άκρου.

Μεταφέρθηκε αμέσως στο Νοσοκομείο(στα ε.ι.) όπου από την κλινική εικόνα (λειτουργική ανεπάρκεια του σκέλους, στοοφή του σκέλους προς τα έξω, έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της τροχανθήριας περιοχής) και μετά από ακτινολογικό έλεγχο (F/P και πλάγια ακτινογραφία) διαγνώστηκε κατάγμα διατροχαντήριο του δεξιού μηριαίου οστού.

Για την ανακούφιση από τον πόνο χορηγήθηκε παυσίπονο.

Η γενική κατάσταση του ασθενή ήταν αρκετά καλή. Τα ζωτικά σημεία του καταματρία ήταν: Α.Π.=130/80MM HG, σφύξεις=75-78/λεπτό, θερμοκρασία=36,8°C

Ο ασθενής έμεινε νηστικός, έγινε προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου, έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος, και την επόμενη δηλ. στις 3-6-88μπήκε χειρουργείο.

Έγινε εσωτερική συγκράτηση του κατάγματος με ήλοκαι πλάκα με κοχλίες τύπου MC LAUGHLIN.

Μετά την έξοδο του ασθενή από το χειρουργείο έγινε αμέσως λήψη των Ζ.Σ. : θ=36,8°C σφύξεις 80-86/λεπτό, Α.Π.=120/70MM HG

Ο θεράπων γιατρός έδωσε οδηγία για χορήγηση αντιβίωσης κάθε 6ωρο. Ο ασθενής συνήλθε γρήγορα από την γενική αναισθησία που είχε γίνει στο χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια του θαλάμου παρακολουθούσε συχνά τον ασθενή για τυχόν εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών, τις επόμενες μέρες. Στις 4-6-88 έγινε ακτινολογικός έλεγχος επί κλίνης. Ο ορθοπεδικός

διαβεβαίωσε τον ασθενή ότι η εσωτερική συγκράτηση είχε επιτυχία.

Ο ασθενής τις επόμενες μέρες δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα. Γινόταν συχνά έλεγχος της ούρησης, έλεγχος αερίων, παρακολούθηση του χειρουργημένου σκέλους και της γενικής κατάστασης του ασθενή.

Ο ορθοπεδικός θεώρησε ότι ο χρόνος παραμονής του ασθενή στο κρεβάτι μπορούσε να παραταθεί, διότι η γενική κατάσταση του ασθενή ήταν αρκετά καλή και δεν υπήρχε κίνδυνος επιπλοκών από την κατάκλιση.

Ο ασθενής παρέμεινε στο κρεβάτι για ένα περίπου μήνα. Όλο αυτό το χρονικό διάστημα δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα. Κάθε εβδομάδα γινόταν ακτινολογικός έλεγχος. Οι ακτινογραφίες έδειχναν ότι η πόρωση εξελισσόταν κανονικά.

Στις 4-7-88 ο ασθενής άρχισε να περπατάει, χωρίς πλήρη φόρτιση του χειρουργημένου άκρου, με την βοήθεια βακτηριών μασχάλης.

Πλήρης φόρτιση του σκέλους θα άρχιζε μετά από δύο μήνες περίπου.

Ο ασθενής βγήκε από το Νοσοκομείο στις 10-7-88. Προηγουμένως έγινε ενημερωτική συζήτηση με την νοσηλεύτρια, η οποία τον πληροφόρησε ότι μετά από δέκα μέρες πρέπει να γίνει πάλι ακτινολογικός έλεγχος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΙΩΑΝΝΟΥ Ν. ΓΕΡΜΑΝΗ, "Ορθοπεδική Χειρουργική", Στοιχειοθεσια-εκτύπωσις "ΑΤΛΑΝΤΙΣ-ΜΠΕΧΛΙΒΑΝΙΔΗΣ&ΣΙΑ Α.Ε.
Αθήνα 1977
2. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Β. ΒΑΣΩΝΗ, "Επιτομή χειρουργικής-ορθοπεδικής" Πέμπτη έκδοση αναθεωρημένη
Αθήνα 1987
3. ΓΠΑΠΑΗΡΟΚΟΠΙΟΥ-Ι.ΧΡΥΣΑΓΗ, "Περίληπτική Ορθοπεδική"
Αθήνα 1986
4. Μ.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ-Σ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, "Νοσηλευτική Παθολογική χειρ/κή"
Τόμος Β' Μέρος Δεύτερο
Αθήνα 1987
5. Θ.ΜΑΝΔΕΛΕΝΑΚΗ -ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΑΚΗ, "Νοσηλευτική ΙΙΙ"
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ
Αθήνα 1986
6. Α.ΤΣΙΑΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ-ΦΑΧΑΝΤΙΔΟΥ, "Η ανατομία του ανθρώπινου σώματος"
Έκδοσις Β' Αθήνα 1987
7. Θ.ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ
Γ.ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΟΥ-ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ
Χ.ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ, "Σύγχρονος Ορθοπεδική"
Έκδοσις ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ Αθήνα 1973
8. Γ.ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ-ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ, "Θέματα Ορθοπεδικής και Τραυματολογίας"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Γ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
Αθήνα 1981

