

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΜΑ : ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΞΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ
ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1994



**Σόσους μάχονται κατά της Νόσου
και σ' αυτούς που απαλύνουν τον
Ανθρώπινο πόνο.**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1229
----------------------	------

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	3
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ.....	13
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	14
2.3 ΗΛΙΚΙΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ.....	15
2.4 ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	16
2.5 ΜΟΡΦΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ	17
2.6 ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ.....	19
3.1 ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ	19
1. Πνευμονιοκοκκική	19
2. Σταφυλοκοκκική	20
3. Στρεπτοκοκκική.....	21
4. Πνευμονία από Gram – αρνητικά μικρόβια.....	21
5. Πνευμονία από αιμόφιλο της ινφλουέντζας.....	22
6. Από βάκιλλο του Koch (φυματιώδης πνευμονία).....	22
7. Από αναερόβια βακτηριοειδή.....	23
3.2 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ	24
1. Από ιό γρίπης.....	24
2. Από ιό της ιλαράς.....	24
3. Από ιό της παραϊνφλουέντζας	24
4. Από ιό της ανεμευλογιάς	25
5. Από αδενοϊούς	25
6. Από συγκυτιακούς αναπνευστικούς ιούς.....	25
7. Από ρινοϊούς	25

8. Από ιούς Coxsackie και ECHO.....	25
3.3 ΜΕΙΚΤΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ.....	26
3.4 ΑΤΥΠΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.....	27
1. Από μυκόπλασμα της πνευμονίας.....	27
2. Από λεγιονέλλα.....	27
3.5 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΥΣΤΗ CARINII.....	29
3.6 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ - ΡΙΚΕΤΣΙΕΣ - ΜΥΚΗΤΕΣ.....	30
1. Από χλαμύδια.....	30
2. Από ρικέτσιες.....	30
3. Από μύκητες.....	31
3.7 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ.....	32
3.8 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΛΙΠΟΕΙΔΗ.....	33
3.9 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ.....	34
3.10 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.....	35
3.11 ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.....	36

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ (ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ).....	37
1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	37
1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	39
1.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	44
2.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	45
2.2 ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....	46
2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ (ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ) ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	54
3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	54
3.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.....	55
3.3 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ.....	62
1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	62
2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	73
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	76

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική - επιστήμη και τέχνη, θεωρία και πράξη - αφιερωμένη στον άνθρωπο, του προσφέρει φροντίδα, όχι μόνο στη φάση της αρρώστιας, αλλά και όταν ακόμα είναι υγιής (πρόληψη), πριν τη γέννησή του και μέχρι το θάνατό του.

Σαν σπουδάστρια της σχολής αυτής, έχω έρθει σε επαφή, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής μου, με πλήθος περιστατικών που με βοήθησαν στην καλύτερη κατανόηση των παθήσεων αυτών.

Ακόμα περισσότερο, με βοήθησε το γεγονός της ανάληψης εργασιών με θέμα κάποια νόσο, και έτσι είχα την ευκαιρία να ανατρέξω και σε διάφορα συγγράμματα, πλουτίζοντας τις γνώσεις μου.

Εχοντας την μικρή αυτή εμπειρία των εργασιών, σαν κατακλείδα έρχεται η πτυχιακή εργασία, η οποία αποτελεί τη σοβαρότερη και σημαντικότερη προσπάθεια οργάνωσης μιας εργασίας των τελειόφοιτων σπουδαστών.

Σίγουρα δεν περιμένω να γίνω συγγραφέας ενός νέου βιβλίου, όμως αισιοδοξώ να δημιουργήσω κάτι αντάξιο των σπουδών και των γνώσεών μου.

Πέρα απ' αυτά, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους παράγοντες, που συνέβαλλαν στη δημιουργία αυτής της εργασίας και ειδικότερα στον εισηγητή μου Κο Κούνη και Δις Μπατσολάκη, για τη σωστή καθοδήγηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σ' έναν ιδανικό κόσμο, όλοι θα έπρεπε να είναι σε κατάσταση καλής υγείας.

Αυτή η άποψη για την υγεία, γίνεται αυξανόμενα παραδεκτή, όχι μόνο σαν έλλειψη αρρώστιας, μα σαν κατάσταση ψυχικής και σωματικής ευεξίας.

Φαίνεται όμως ότι η απόσταση που χωρίζει αυτόν τον ιδανικό κόσμο με το δικό μας τον πραγματικό, είναι ακόμα μεγάλη, αφού χιλιάδες αρρώστιες, σωματικές και ψυχικές ταλαιπωρούν τους ανθρώπους.

Η παρούσα εργασία θα ασχοληθεί με μια από τις συχνότερες νόσους του αναπνευστικού συστήματος, την πνευμονία. Είναι μια νόσος που δεν κάνει διακρίσεις στην ηλικία, και που εμφανίζεται με διακυμάνσεις ως προς τη βαρύτητά της.

Η νοσηλευτική ευθύνη στην αντιμετώπιση της νόσου είναι από τις πιο σημαντικές. Επίσης ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη και την προφύλαξη από την πνευμονία, θεωρείται αυτονόητος, αφού η νοσηλευτική της ιδιότητα την καθιστά απ' τα πλέον αρμόδια άτομα, για να επιτελέσει το έργο αυτό υπεύθυνα και δυναμικά, σ' όλους τους κοινωνικούς χώρους.

Η εργασία στο πρώτο μέρος ξεκινά με μια συνοπτική αναφορά στην ανατομία και τη φυσιολογία του αναπνευστικού συστήματος. Στη συνέχεια παραθέτονται επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου, οι επιβαρυντικοί παράγοντες, καθώς επίσης και ο διαχωρισμός των πνευμονιών και η ανάλυση των σπουδαιότερων -αλλά και των πιο σπάνιων- μορφών της νόσου.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται αναφορά εκτενώς στη νοσηλευτική φροντίδα των πασχόντων από πνευμονία, περιγραφή 2 χαρακτηριστικών περιπτώσεων με πνευμονία διαφορετικής αιτιολογίας, καθώς και νοσηλευτική διεργασία αυτών.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων, με τα οποία επιτελείται η λειτουργία της αναπνοής δηλ η ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων.

Τα όργανα αυτά είναι : μύτη, φάρυγγας, λάρυγγας, τραχεία, βρόγχοι (που είναι τα όργανα της αεροφόρου οδού) και τους πνεύμονες (που είναι το κύριο αναπνευστικό όργανο).

Τα όργανα της αεροφόρου οδού.

1. Μύτη: είναι η αρχή του αναπνευστικού συστήματος και συγχρόνως οσφρητικό όργανο. Αποτελείται από χόνδρο και οστό, και διακρίνεται στην έξω (πυραμοειδής προεξοχή του προσώπου) και την έσω (ρινική κοιλότητα).
2. Φάρυγγας: είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους 15 εκ. και συνδέει το στόμα με τον οισοφάγο και τη μύτη με το λάρυγγα. Διαιρείται σε τρεις μορφές: ρινική (ρινοφάρυγγας), στοματική (στοματοφάρυγγας) και λαρυγγική (λαρυγγοφάρυγγας).
3. Λάρυγγας: είναι ένα χόνδρινο σωληνοειδές όργανο μήκους 5-7 εκ. και αποτελεί συγχρόνως τα όργανα παραγωγής της φωνής. Είναι αμέσως κάτω από το δέρμα του τραχήλου, σχηματίζοντας μπροστά μια προεξοχή πιο εμφανής στους άντρες και είναι γνωστή σαν μήλο του Αδάμ.
Οι χόνδροι του λάρυγγα είναι εννέα:
 τρεις μονοί : ο θυρεοειδής
 ο κρικοειδής
 η επιγλωττίδα
 και τρεις ζυγοί : οι αρυταινοειδείς
 οι σφηνοειδείς
 οι κερατοειδείς
 Στη μέση της κοιλότητας του λάρυγγα, βρίσκονται οι φωνητικές χορδές που παράγουν τη φωνή.
4. Τραχεία: είναι ένας ινοχόνδρινος κυλινδροειδής σωλήνας, μήκους 10-12 εκ. που αποτελείται από πολλά χόνδρινα ημικρίκια σχήματος (Διακρίνεται σε τρία μέρη: το

τραχηλικό, το υπεραδενικό και το θωρακικό). Στο ύψος του 4ου-5ου θωρακικού σπονδύλου, διαιρείται σε δύο κλάδους, τους κύριους βρόγχους. Το στόμιο του αριστερού βρόγχου είναι πιο στενό εξαιτίας της τρόπιδας (μια πτυχή του βλεννογόνου), που εξέρχει προς τα μέσα και αριστερά, στο σημείο διχασμού της τραχείας.

5. Βρόγχοι το βρογχικό δέντρο αρχίζει από το διχασμό της τραχείας σε δύο κύριους βρόγχους (δεξιό και αριστερό στελεχιαίο βρόγχο) που μπαίνουν στους αντίστοιχους πνεύμονες από τις πύλες τους. Οι βρόγχοι αυτοί διακλαδίζονται συνεχώς (σαν δέντρο) και καταλήγουν στα τελικά βρογχιόλια (διαμέτρου μόλις ενός χιλιοστού περίπου).

πνευμονικό Σύστημα



- 1 Σφηνοειδής κόλπος
- 2 Φαρυγγικό στομίο της ακουστικής σαλπιγγας
- 3 Νωπιος μυελος
- 4 Οδοντας του αξονα
- 5 Στοματική μοισα του φαρυγγα (αυτογάλικος δακτυλιος)
- 6 Επιγλωττιδα
- 7 Προόδουμος του λαρυγγα
- 8 Οισοφαγος
- 9 Ανω λοβος του δεξιου πνευμονα
- 10 Αζυγη φλεβα
- 11 Κλαδοί της πνευμονικης αρτηριας
- 12 Δεξιος κυριας βρογχος
- 13 Διχασμος της τραχειας
- 14 Κλαδοί των δεξιων πνευμονικων φλεβων
- 15 Μεσος λοβος του δεξιου πνευμονα
- 16 Κατω λοβος του δεξιου πνευμονα
- 17 Μετωπιαιος κολλος
- 18 Ανω ρινικη κογχη
- 19 Μεση ρινικη κογχη
- 20 Κατω ρινικη κογχη
- 21 Σκληρη υπερωα
- 22 Μαλακη υπερωα και στοφυλη
- 23 Γλωσσα
- 24 Φωνητικη πτυχη
- 25 Λαρυγγας
- 26 Τραχεια
- 27 Ανω λοβος αριστερου πνευμονα
- 28 Αριστερη πνευμονικη αρτηρια
- 29 Αριστερος κυριας βρογχος
- 30 Αριστερες πνευμονικες φλεβες
- 31 Κατω λοβος αριστερου πνευμονα

πνευμονικό σύστημα. Οι πνευμονές έχουν μονιμοποιηθεί σε θέση εκπνοής.

(Εικ. 1)

Οι Πνεύμονες

Οι δύο πνεύμονες, δεξιός και αριστερός, αποτελούν τα κύρια όργανα του αναπνευστικού συστήματος, γιατί μέσα σ' αυτούς γίνεται η ανταλλαγή των αερίων. Είναι παρεγχυματώδη όργανα σε σχήμα ατελούς κώνου, μαλακής και σπογγώδους σύστασης. Ο δεξιός πνεύμονας είναι λίγο πιο μεγάλος απ' τον αριστερό, γιατί η καρδιά που βρίσκεται μεταξύ των πνευμόνων, γέρνει περισσότερο προς τα αριστερά και παίρνει ένα μέρος απ' το χώρο του αριστερού πνεύμονα.

Επίσης ο δεξιός πνεύμονας χωρίζεται με δύο μεσολόβιες σχισμές σε τρεις λοβούς, ενώ ο αριστερός πνεύμονας χωρίζεται με μια μόνο σχισμή σε δύο λοβούς: τον πάνω και τον κάτω.

Σε κάθε πνεύμονα διακρίνουμε τη βάση (εφάπτεται με το σύστοιχο θόλο του διαφράγματος), την κορυφή (υποστρόγγυλη και στρεφόμενη προς τα πάνω) και δύο επιφάνειες: την έξω (εφάπτεται στο θωρακικό τοίχωμα) και την έσω επιφάνεια (στρέφεται προς τον μεσοπνευμόνιο χώρο, εφαπτόμενη προς την καρδιά).

Ο κάθε πνεύμονας επίσης έχει μια πύλη, που βρίσκεται στο κέντρο περίπου της έσω επιφάνειας και είναι το σημείο όπου μπαίνουν οι βρόγχοι, οι αρτηρίες και τα νεύρα, και θγαίνουν οι φλέβες και τα λεμφαγγεία.

Όπως είπαμε, το βρογχικό δέντρο διακλαδίζεται συνεχώς σε πιο λεπτούς βρόγχους, μέχρι που φτάνει στα τελικά βρογχιόλια. Το κάθε ένα απ' αυτά χωρίζεται πάλι σε 2-5 κυψελωτούς πόρους που οδηγούν στις κυψελίδες, οι οποίες έχουν διάμετρο 0,3 χιλιοστά. Υπολογίζεται πως υπάρχουν 300 εκατομμύρια κυψελίδες και πως η συνολική επιφάνειά τους είναι περίπου 10 τετραγωνικά μέτρα.

Μέσα σ' αυτές τις μικρές κοιλότητες, που το τοίχωμά τους έρχεται σε επαφή με τα τριχοειδή αγγεία, γίνεται η ανταλλαγή των αερίων. Η βασική μεμβράνη της κυψελίδας, μαζί με την τριχοειδική ενδοθηλιακή βασική μεμβράνη, αποτελούν την αναπνευστική μεμβράνη.

Οι πνεύμονες απ' έξω καλύπτονται από τον υπεζωκότα. Αυτός είναι ένας ορογόνοσ υμένας που αποτελείται από δύο πέταλα. α) τοιχωματικό (καλύπτει από μέσα το τοίχωμα της θωρακικής κοιλότητας) και β) το περισπλάγγιο (που περιβάλλει τον πνεύμονα).

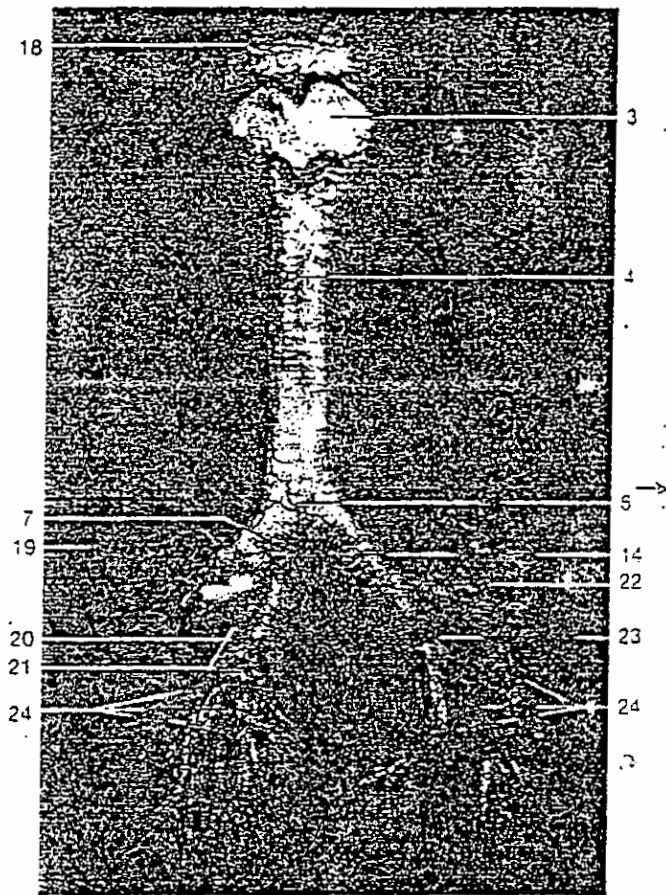
Ανάλογα με το μέρος της θωρακικής κοιλότητας που καλύπτει το τοιχωματικό πέταλο διακρίνεται σε: πλευρικό, διαφραγματικό, τραχηλικό και μεσοπνευμόνιο.

Ο χώρος που υπάρχει ανάμεσα στα δύο πέταλα του υπεζωκότα, λέγεται υπεζωκοτική κοιλότητα, που σε φυσιολογική κατάσταση είναι πολύ μικρή και περιέχει ελάχιστη ποσότητα ορώδους υγρού, για να αποφεύγεται η τριβή μεταξύ των πετάλων και να διευκολύνονται έτσι οι κινήσεις των πνευμόνων κατά την αναπνοή.

Η πίεση μεταξύ των δύο πετάλων του υπεζωκότα στη σχισμοειδή αυτή κοιλότητα είναι μικρότερη της ατμοσφαιρικής, γι' αυτό και λέγεται αρνητική πίεση. Αυτό συμβαίνει λόγω της αυξημένης πνευμονικής ελαστικότητας.

Τα αγγεία των πνευμόνων είναι δύο ειδών:

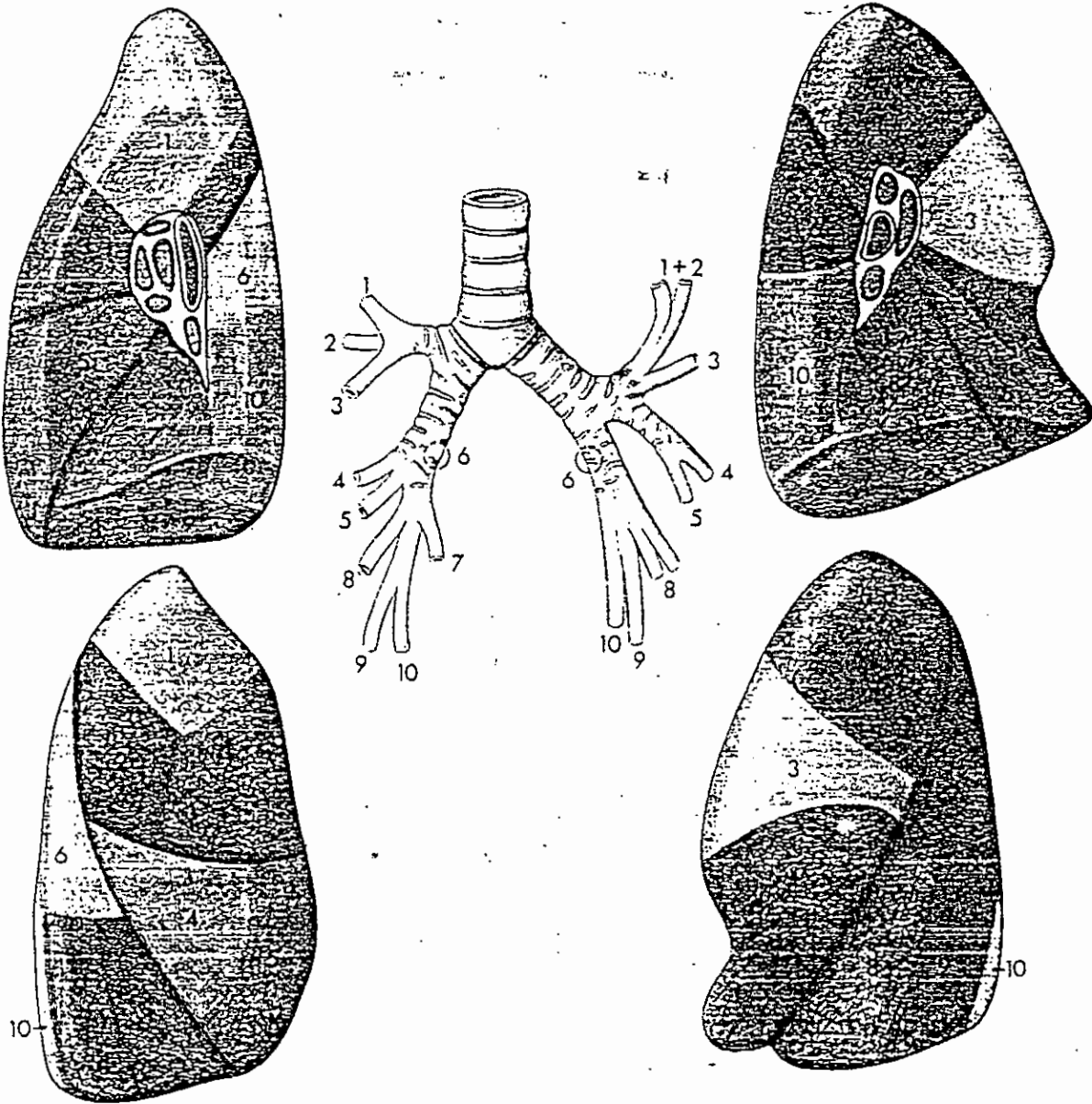
1. Τα βρογχικά (βρογχικές αρτηρίες και φλέβες) που χρησιμεύουν για τη θρέψη του πνευμονικού ιστού.
2. Τα πνευμονικά (πνευμονικές αρτηρίες και φλέβες) που εξυπηρετούν την ανταλλαγή των αερίων).



Λάρυγγας, τραχεία και βρογχικό δένδρο (προσθητή άποψη).

(Εικ. 2)

3. Λάρυγγας
4. Τραχεία
6. Διχασμός τραχείας
7. Δεξιός κύριος βρόγχος
14. Αριστερός κύριος βρόγχος
18. Υοειδές οστό
19. Δεξιός άνω λοβαίος βρόγχος
20. Δεξιός μέσος λοβαίος βρόγχος
21. Δεξιός κάτω λοβαίος βρόγχος
22. Αριστερός άνω λοβαίος βρόγχος
23. Αριστερός κάτω λοβαίος βρόγχος
24. Τμηματικοί βρόγχοι



Διάταξη των βροχοπνευμονικών τμημάτων των πνευμόνων και οι τμηματικοί βρόγχοι που διανέμονται σ' αυτά (κατά J.F. Huber).

(Εικ. 3)

Δεξιός πνεύμονας

Κορυφαίο τμήμα } Στελεχιαίος βρόγχος
 Οπίσθιο τμήμα } άνω λοβού
 Πρόσθιο τμήμα }

Εξω τμήμα } Στελεχιαίος βρόγχος
 Έσω τμήμα } μέσω λοβού

Κορυφαίο τμήμα }
 Έσω βασικό τμήμα } Στελεχιαίος
 Πρόσθιο βασικό τμήμα } βρόγχος
 Εξω βασικό τμήμα } κάτω λοβού
 Οπίσθιο βασικό τμήμα }

Αριστερός πνεύμονας

1+2 Κορυφαιοπίσθιο τμήμα }
 3 Πρόσθιο τμήμα } Ανω κλάδος } Στελεχιαίος βρόγχος
 } άνω λοβού

4 Άνω τμήμα γλωσσίδας }
 5 Κάτω τμήμα γλωσσίδας } Κάτω κλάδος }

6 Κορυφαίο τμήμα }
 7 Λείπει } Στελεχιαίος
 8 Πρόσθιο-έσω βασικό τμήμα } βρόγχος
 9 Εξω βασικό τμήμα } κάτω λοβού
 10 Οπίσθιο βασικό τμήμα }

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει ανάγκη οξυγόνου, προκειμένου να το χρησιμοποιήσουν τα κύτταρά του, για να απελευθερωθεί χημική ενέργεια (που βρίσκεται στις θρεπτικές ουσίες που προσλαμβάνει), ώστε να επιτελεστούν διάφορες λειτουργίες (θερμότητα, μηχανικό έργο κ.λπ.) και βέβαια η διατήρηση της ζωής.

Ταυτόχρονα όμως, το διοξείδιο του άνθρακα, που συνεχώς παράγουν τα κύτταρα, από τις καύσεις που κάνουν, πρέπει να αποβληθεί προς το περιβάλλον, γιατί η άθροισή του μέσα στον οργανισμό, προκαλεί σοβαρές διαταραχές και τελικά το θάνατο.

Όλα αυτά επιτελούνται με την αναπνοή, που ορίζεται ως: το σύνολο των λειτουργιών, με τις οποίες γίνεται η ανταλλαγή των αερίων.

Διακρίνεται σε έσω και έξω αναπνοή:

1. Έξω αναπνοή (ή πνευμονική) καλείται το σύνολο των μηχανισμών, με τους οποίους επιτελείται η ανανέωση του κυψελιδικού αέρα και η ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων μεταξύ κυψελιδικού αέρα και αίματος.
2. Έσω αναπνοή (ή αναπνοή των ιστών) καλείται το σύνολο των βιοχημικών διεργασιών, που συμβαίνουν μέσα στο κύτταρο (χρησιμοποίηση οξυγόνου και παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα και νερού).

Αναπνευστική λειτουργία

Η αναπνευστική λειτουργία που επιτυγχάνεται με τη συνεργασία τριών συστημάτων, του αναπνευστικού, του κυκλοφοριακού και του νευρικού, διαιρείται σε τρεις επιμέρους λειτουργίες:

Διάχυση

Τα αέρια διαχέονται μέσω της κυψελιδικής μεμβράνης. Το οξυγόνο του εισπνεόμενου αέρα, φτάνει στις πνευμονικές κυψελίδες, όπου διαχέεται στο αίμα, και το διοξείδιο του άνθρακα, διαχέεται προς την αντίθετη κατεύθυνση και αποβάλλεται στη διάρκεια της εκπνοής. Η διάχυση είναι αποτέλεσμα της διαφοράς πίεσης των αερίων, που βρίσκονται στις κυψελίδες και στα τριχοειδή.

Αιμάτωση

Η αιμάτωση των τριχοειδών πρέπει να κρατείται σε ισορροπία με τον αερισμό, για αποδοτική αναπνευστική λειτουργία. Πρέπει επίσης να είναι ποσοτικά επαρκής και κατάλληλα κατανεμημένη, ώστε να αιματώνονται όλες οι κυψελίδες που παίρνουν τον αέρα.

Αερισμός

Είναι η διεργασία κίνησης του αέρα μέσα και έξω από τους πνεύμονες. Οι μυς που είναι υπεύθυνοι γι' αυτό είναι: οι μυς του διαφράγματος και οι έσω και έξω μεσοπλευριοί μυς. Οι κοιλιακή μυς επίσης βοηθούν, με το να σπρώξουν το διάφραγμα προς τα πάνω, με την ανύψωση των κοιλιακών σπλάγγων. Ο αερισμός

δεν πρέπει μόνο να επαρκεί ποσοτικά, αλλά και να κατανέμεται ικανοποιητικά σ' όλες τις αιματούμενες κυψελίδες.

Αναπνευστικές κινήσεις

Είναι οι κινήσεις των τοιχωμάτων του θώρακα, με τις οποίες επιτυγχάνεται η διεύρυνση (εισπνοή) και η στένωση (εκπνοή) της θωρακικής κοιλότητας και είναι αποτέλεσμα της λειτουργίας των αναπνευστικών μυών.

Οι αναπνευστικοί μύς διακρίνονται σε εισπνευστικούς (έξω μεσοπλεύριοι, διάφραγμα) και εκπνευστικούς (έσω μεσοπλεύριοι)

Εισπνοή: ορίζεται η διεύρυνση της θωρακικής κοιλότητας, που επιτυγχάνεται ενεργητικά με τη συστολή των αναπνευστικών μυών. Οι πνεύμονες ακολουθούν παθητικά τη θωρακική διεύρυνση και εκπνύσσονται. Η ενδοπνευμονική πίεση στις κυψελίδες μειώνεται, με αποτέλεσμα την είσοδο αέρα στους πνεύμονες.

Εκπνοή: κατά την εκπνοή, που είναι κυρίως παθητική διαδικασία, ο θώρακας επανέρχεται στην αρχική θέση, λόγω χάλασης των εισπνευστικών μυών. Οι πνεύμονες συμπνύσσονται, με αποτέλεσμα να εμβάλλουν τον αέρα.

Μόνο στη δύσπνοια λαμβάνουν μέρος οι εκπνευστικοί έσω μεσοπλεύριοι μύς, ήτοι χαμηλώνουν τις πλευρές, ενώ ταυτόχρονα οι κοιλιακοί, ωθούν το διάφραγμα προς τα πάνω και προκαλούν ενεργητικά την εκπνοή.

Συχνότητα Αναπνευστικών κινήσεων

Η συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων διαφέρει αναλόγως το φύλο και την ηλικία. Στους άντρες είναι περίπου 16/min και στις γυναίκες 18/min. Στα νεογνά είναι περίπου 60/min και ελαττώνεται προοδευτικά με την πάροδο της ηλικίας.

Άλλοι παράγοντες όπως η μυϊκή εργασία, η πέψη κ.ά. επηρεάζουν τη συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων. Η αύξηση λέγεται ταχύπνοια και η μείωση βραδύπνοια.

Ο ρόλος των συστατικών του αέρα στην αναπνοή

Είναι γνωστό ότι ο αέρας που εισπνέουμε, εκτός από οξυγόνο περιέχει διοξείδιο του άνθρακα και άζωτο.

Η σύσταση όμως του αέρα της εκπνοής μεταβάλλεται ποσοτικώς (αυξάνεται το CO₂ και μειώνεται το O₂, αφού χρησιμοποιείται για τις καύσεις του οργανισμού).

Η σχέση μεταξύ του O₂ που χρησιμοποιείται και του CO₂ που αποβάλλεται, λέγεται αναπνευστικό πηλίκιο.

Το CO₂ δρα σαν ερέθισμα για το αναπνευστικό κέντρο με αποτέλεσμα να γίνονται κανονικές αναπνευστικές κινήσεις. Η μείωση της μερικής τάσης του, περιορίζει το μέγεθος της αναπνοής και οδηγεί σε άπνοια, ενώ η αύξηση προκαλεί αύξηση του μεγέθους της αναπνοής.

Η σημαντική ελάττωση της μερικής τάσης του O_2 , έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του μεγέθους της αναπνοής. Όμως η ένδεια O_2 , σαν άμεσο ερέθισμα στο αναπνευστικό κέντρο (όχι μέσω των χημειουποδοχέων) θα μειώσει το μέγεθος της αναπνοής, γιατί είναι κατασταλτικό ερέθισμα.

Ο αέρας που εισπνέουμε δεν περιέχει μόνο αυτά τα συστατικά, αλλά υπάρχουν και πολλά σωματίδια ρύπου, όπου η βλέννα της ρινικής και φαρυγγικής κοιλότητας κατακρατά. Η βρογχική βλέννα κατακρατά τα τυχόν σωματίδια που πέρασαν και είτε τα καταστρέφει με φαγοκυττάρωση, είτε τα επαναφέρει προς τη γλωττίδα με τους κροσσούς του τραχειοβρογχικού επιθηλίου.

Επίσης στον αέρα υπάρχουν υδατμοί που ρόλος τους είναι να μην αφήσουν να στεγνώσει ο βλεννογόνος των αναπνευστικών οργάνων, που έχουν σκοπό τη θέρμανση, την εφύγρανση και φιλτράρισμα του εισπνεόμενου αέρα.

Αναπνευστικοί όγκοι

Μια ήσυχη αναπνοή σε κατάσταση ηρεμίας, επιτρέπει την ανταλλαγή περίπου 0,5 L αέρα (αναπνεόμενος όγκος) δηλ. 7-9 L/min.

Ζωτική χωρητικότητα λέγεται η ποσότητα του αέρα που μπορεί να εκπνευστεί μετά από μια βαθιά εισπνοή (μέση τιμή 4.000 - 5.000 ml δηλ. 4-5 L).

Οι πνεύμονες μετά την εκπνοή δεν αδειάζουν εντελώς από αέρα, γιατί θα χρειαζόταν μεγαλύτερη προσπάθεια να ξαναγεμίσουν. Η ποσότητα του αέρα που παραμένει στους πνεύμονες, λέγεται υπολειπόμενος όγκος (περίπου 1,2 L).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Είναι η οξεία λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος (των κυψελίδων), ανεξάρτητα από την έκταση που καταλαμβάνει και τον αιτιολογικό παράγοντα, που προκαλεί πύκνωση του πνευμονικού ιστού, εξαιτίας πλήρωσης των κυψελίδων με εξιδρωματικό αντιδραστικό υγρό.

Τα τέσσερα στάδια διεργασίας της τοπικής αλλοίωσης της νόσου περιλαμβάνουν:

1. Οίδημα του επιθηλίου των κυψελίδων.
2. Στάδιο ερυθράς ηπάτωσης (αύξηση των ερυθροκυττάρων στις κυψελίδες).
3. Στάδιο φαιάς ηπάτωσης (αύξηση των λευκοκυττάρων στις κυψελίδες).
4. Στάδιο της λύσεως (ρευστοποίηση του περιεχομένου των κυψελίδων).

Η ταξινόμηση των πνευμονιών παλιότερα γινόταν με βάση την ανατομική έκταση της βλάβης (λοβώδης, τμηματική, βρογχοπνευμονία), ενώ σήμερα γίνεται με βάση την αιτιολογία (εφ' όσον είναι γνωστή).

Αυτό γίνεται, γιατί η πρόγνωση και η πορεία των πνευμονιών, καθορίζεται κυρίως από την αιτία τους και την κατάσταση του προσβαλλόμενου οργανισμού.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η νόσος αρχίζει με την εγκατάσταση του αιτιολογικού παράγοντα στο αναπνευστικό δέντρο, από μολυσμένα σταγονίδια ή μέσω επαφής με πάσχοντα άτομα ή με φορείς της νόσου.

Κάθε παράγοντας ή κατάσταση που καταστέλλει τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού, μπορεί να προκαλέσει πνευμονία.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ορισμένα βασικά στοιχεία επιδημιολογίας της νόσου, γιατί μας δίνει την ευκαιρία να κατανοήσουμε περισσότερα, σχετικά με τη φυσική εξέλιξη αυτής της ασθένειας, αλλά και των αιτιών που την προκαλούν.

Η επιδημιολογία ασχολείται με τη μελέτη, όχι του ατόμου αλλά του γενικού πληθυσμού. Βασίζεται στη συλλογή στοιχείων με συστηματικό τρόπο και με επαγωγική λογική.

Με τα αποτελέσματα της επιδημιολογικής έρευνας περιγράφονται οι παράγοντες απ' τους οποίους εξαρτάται η νόσηση και επίσης είναι δυνατόν να γίνει πρόβλεψη, για το τι θα συμβεί εάν υπάρξει μεταβολή αυτών των καθοριστικών παραγόντων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πνευμονιών (περίπου 90%), οφείλεται στον πνευμονιόκοκκο, που συχνά σαπροφυτεί στην αναπτυξιακή οδό. Η νόσος είναι συχνότερη το χειμώνα, προσβάλλει περίπου ίσα και τα δύο φύλα, κατά προτίμηση όμως άντρες (άλλες έρευνες δείχνουν πως προσβάλλει τους άντρες τρεις φορές περισσότερο), ενώ φαίνεται πως άτομα που είναι εκτεθειμένα στην εισπνοή σκόνης ή τοξικών ουσιών, έχουν προδιάθεση σ' αυτήν.

Δεύτερη στη σειρά συχνότητας έρχεται η σταφυλοκοκκική πνευμονία. Είναι μια βαριά λοίμωξη, που πρωτογενώς αφορά συχνότερα τα παιδιά, ενώ δευτερογενώς, εμφανίζεται σαν επιπλοκή ιώσεων.

Η πνευμονία από κλεμποιέλλα αντιστοιχεί στο 1% περίπου, είναι βαριά πνευμονία με μεγάλο ποσοστό θνητότητας (περίπου 80%).

Στις ιογενείς πνευμονίες, από τις οποίες πολλοί ιοί ακόμα και σήμερα παραμένουν άγνωστοι (άτυπη πνευμονία), ο ιός της γρίπης κατέχει την πρώτη θέση, ενώ στα παιδιά συχνές είναι οι οφειλόμενες σε αδενοϊούς και σε συγκυτιακούς ιούς.

Έρευνες που έχουν γίνει πρόσφατα, σχετικά με το ποσοστό νόσησης στους χώρους κατοικίας και του νοσοκομείου, αποκαλύπτουν πως:

1. Στο σπίτι, ένα υγιές άτομο, έχει πιθανότητες 62% να είναι ο πνευμονιόκοκκος το αίτιο της πνευμονίας (αν νοσήσει), 20% από Gram⁻ μικρόβια (κλεμποιέλλα, ψευδομόναδα) και 10% από σταφυλόκοκκο.
2. Στο νοσοκομείο, πρώτος σε συχνότητα νόσησης έρχεται ο σταφυλόκοκκος, ακολουθούν τα Gram⁻ μικρόβια, ενώ την τρίτη θέση καταλαμβάνει ο πνευμονιόκοκκος.

Αυτή η σειρά κατάταξης προέκυψε λόγω του ότι, μέσα στο νοσοκομείο χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά για Gram⁺ μικρόβια κυρίως, ενώ οι διάφορες ουσίες που χρησιμοποιούνται για απολύμανση, αποτελούν άριστο υπόστρωμα για την ψευδομονάδα.

Ατομα με μειωμένους αμυντικούς μηχανισμούς, από διάφορους παράγοντες όπως: βρογχικές λοιμώξεις, καταστολή του Κ.Ν.Σ., σακχαρώδης διαβήτης, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά. εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα νόσησης από πνευμονία. Για παράδειγμα, άτομα που πάσχουν από χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα, συνήθως νοσούν από αιμόφιλο της ινφλονέτζας, πνευμονιόκοκκο και κλεμπσιέλλα. Ατομα που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά ή κυτταροστατικά φάρμακα, εμφανίζουν κυρίως πνευμονία από πνευμοκύστη Carinii.

Οι υπόλοιπες πνευμονίες οφειλόμενες σε άλλα αίτια, δεν έχουν ιδιαίτερη επιδημιολογική λογική αξία λόγω σπανιότητάς τους. Καλό όμως είναι για σωστό διαγνωστικό προσανατολισμό, να τεθούν υπόψη ορισμένα στοιχεία που αφορούν την εμφάνιση πνευμονιών κατά ηλικία. Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τους αιτιολογικούς παράγοντες, που είναι οι συχνότεροι κατά ηλικία:

2.3 ΗΛΙΚΙΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

- < 5 Ιός παραινφλουέντζας, αδενοϊοί
- 5-10 Ιός ινφλουέντζας, αδενοϊοί, μυκόπλασμα πνευμονίας.
- 10-20 Μυκόπλασμα πνευμονίας, ιός ινφλουέντζας, αδενοϊοί.
- 20-40 Μυκόπλασμα πνευμονίας, πνευμονιόκοκκος, ιός ινφλουέντζας.
- > 40 Πνευμονιόκοκκος, αναερόβια μικρόβια, ιός ινφλουέντζας; άλλα βακτηρίδια.

2.4 ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εδώ πρέπει να αναφερθούν οι επιβαρυντικοί παράγοντες, που επιδρούν με τρόπο που να προετοιμάζουν το έδαφος για την εγκατάσταση του μικροβίου στους πνεύμονες. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- Η εισπνοή σκόνης, που στα μέρη της ενδεχομένως βρίσκονται προσκολλημένοι παθογόνοι μικροοργανισμοί
- Η σκόνη στην καθ' εαυτή της μορφή, όπου τα αιωρούμενα σωματίδια της εναποθέτονται στην κοιλότητα των πνευμόνων.
- Η εισπνοή σταγονιδίων πασχόντων, που εκτοξεύονται από τα βαθύτερα σημεία του αναπνευστικού με το βήχα, το φτάρνισμα, την έντονη ομιλία και το ροχάλισμα. (Τα σταγονίδια αυτά είναι μικροοργανισμοβριθέστερα, όταν εκσφενδονίζονται από προκλινικά άτομα δηλ. μικροβιοφόρους στο στάδιο της επώασης).
- Η εισπνοή ερεθιστικών ουσιών, όπως είναι οι διάφορες χημικές ουσίες, ο καπνός του τσιγάρου κ.ά.
- Η έκθεση στο ψύχος και γενικά η χειμερινή περίοδος, αφού υπάρχουν ενδείξεις για εποχιακή έξαρση της νόσου.
- Ο μειωμένος αμυντικός οργανισμός που μπορεί να προκαλείται από πολλές αιτίες όπως: βρογχικές λοιμώξεις, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κίρρωση ήπατος, διαβήτης, καρδιοαναπνευστικά νοσήματα κ.ά.
- Η κακή γενική κατάσταση από διάφορους παράγοντες: κακή θρέψη, αλκοολισμός, γεροντική ηλικία κ.ά.
- Παλιότερη ή παρούσα νόσος του αναπνευστικού όπως: βρογχίτιδα, γρίπη, φυματίωση κ.τ.λ.
- Περιστατικά πνευμονιών στο περιβάλλον του ατόμου (οικογενειακό, εργασιακό)

2.5 ΜΟΡΦΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ

Όπως έχει αναφερθεί πιο πριν, η ταξινόμηση των πνευμονιών γίνεται πλέον με αιτιολογική σειρά. Έτσι έχουμε:

Α. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ

1. Πνευμονιοκοκκική
2. Σταφυλοκοκκική
3. Στρεπτοκοκκική
4. Από Gram – αρνητικά μικρόβια (κλεμπσιέλλα, ψευδομονάδα, πρωτέας, σεργάτια)
5. Από αιμόφιλο ινφλουέντζας
6. Από βάκιλο του Koch (φυματιώδης πνευμονία)
7. Από αναερόβια βακτηριοειδή

Β. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ

1. Από ιό γρίπης
2. Από ιό ιλαράς
3. Από ιό παραινφλουέντζας
4. Από ιό ανεμευλογιάς
5. Από αδενοϊούς
6. Από συγκυτιακούς αναπνευστικούς ιούς
7. Από ρινοϊούς
8. Από ιούς Coxsackie και ECHO

Γ. ΜΕΙΚΤΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ

Δ. ΑΤΥΠΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

1. Από μυκόπλασμα της πνευμονίας
2. Από λεγιονέλλα

Ε. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΥΣΤΗ CARINII

ΣΤ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ - ΡΙΚΕΤΣΙΕΣ - ΜΥΚΗΤΕΣ

Ζ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ

Η. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΛΙΠΟΕΙΔΗ

Θ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Ι. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Κ. ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

2.6 ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ

Η πνευμονία είναι μια νόσος που προκαλείται πρωτοπαθώς, όσο και δευτεροπαθώς, ως επιπλοκή κάποιου άλλου νοσήματος.

Τα αίτια πρόκλησης της νόσου είναι πολλά και πολλές φορές δεν είναι μόνο ένας ο παθογόνος μικροοργανισμός.

Ωστόσο, σε γενικές γραμμές εμφανίζει ορισμένα σταθερά χαρακτηριστικά που αφορούν την κλινική εικόνα, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Συγκεκριμένα:

1. Η κλινική εικόνα συνήθως περιλαμβάνει:

- Οξύ πόνο: παρουσιάζεται πόνος που επιτείνεται με την αναπνοή και το θήχα, ή μπορεί να υπάρχει καύσος ή σπασμοειδής πόνος
- Βήχα: στις μικροβιακές, είναι παραγωγικός με βλεννοπυώδη ή πνοαιματηρά πτύελα, ενώ στις ιογενείς, είναι υλακώδης με βλεννοπυώδη ή βλεννώδη πτύελα.
- Δύσπνοια: εξαρτάται από την έκταση της πνευμονίας και τυχόν συνυπάρχουσα καρδιοπάθεια. Σοβαρό βαθμό δύσπνοιας εμφανίζει η ιογενής πνευμονία και η πνευμονία Carinii.
- Πυρετό: οφείλεται στη φλεγμονή των κυψελίδων. Συνήθως είναι υψηλός με ρίγη.
- Αιτιολογικά ευρήματα: χαρακτηριστικό είναι η πυκνωτική σκίαση πνευμόνων λόγω αντικατάστασης του αέρα των κυψελίδων με φλεγμονώδη στοιχεία.

2. Η διάγνωση: περιλαμβάνει μεθόδους όπως: ακτινογραφία, βρογχοσκόπηση, δοκιμασίες αναπνευστικής λειτουργίας, καλλιέργειες αίματος και πτυέλων.

3. Η θεραπεία: αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά αφού τεθεί η διάγνωση, ώστε να επιλεχτεί το κατάλληλο φάρμακο για το συγκεκριμένο αίτιο.

Ισχύει ο κανόνας ότι συνεχίζουμε τα αντιβιοτικά π.χ. για πνευμονιόκοκκο, αν ο άρρωστος ανταποκρίνεται θετικά σ' αυτά, ακόμα κι αν η εργαστηριακή ανάλυση δείξει π.χ. ψευδομονάδα. Αυτό γίνεται, γιατί αν ο άρρωστος βρίσκεται ήδη υπό αντιβιοτική αγωγή, τα φάρμακα αυτά είναι δυνατόν να εξαφανίσουν τον πνευμονιόκοκκο από τα πτύελα για 48 ώρες. Οπότε ο μικροοργανισμός που βρίσκεται στην εξέταση, δε σημαίνει απόλυτα πως είναι και το αίτιο.

Ακόμα υπάρχει και η υποστηρικτική και η συμπτωματική θεραπεία, που συμβάλλουν στην ανακούφιση του αρρώστου και στην καλύτερη έκβαση της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ

3.1 ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ

1. Πνευμονιοκοκκική

Είναι η συχνότερη από τις μικροβιακές πνευμονίες (90%).

Αίτιο: οφείλεται στον πνευμονιόκοκκο.

Κλινική εικόνα: οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις της νόσου διακρίνονται σε τέσσερα στάδια: υπεραιμίας, ερυθράς ηπάτωσης, φαιάς ηπάτωσης και λύσεως.

Η νόσος εισβάλλει απότομα με ρίγος, υψηλό πυρετό, κακουχία, θήχα με σκουριόχρωμα πτύελα και διαξιφιστικό θωρακικό πόνο (που επιτείνεται με τις αναπνευστικές κινήσεις).

Επίσης παρουσιάζεται ταχύπνοια, διευρυσμένοι οι ρώθωνες της μύτης και συχνά βλάβες στο πρόσωπο από απλό έρπητα.

Συνήθως ο άρρωστος στηρίζεται στο κρεβάτι με την προσβλημένη πλευρά από κάτω, ώστε να συμπιέζει το θώρακα και να περιορίζει τις αναπνευστικές κινήσεις των πνευμόνων που προκαλούν πόνο. Στα παιδιά ο πόνος μπορεί να εντοπίζεται αντανακλαστικώς στην κοιλιά, οπότε γίνεται σύγχυση με τη σκωληκοειδίτιδα.

Διάγνωση: από τη φυσική εξέταση, η επισκόπηση μας δείχνει άτομο με όψη βαριά πάσχοντα, η ψηλάφηση μας δείχνει αύξηση των φωνητικών δονήσεων, αμβλύτητα κατά την επίκρουση, και κατά την ακρόαση υπάρχουν χαρακτηριστικοί άφθονοι τρίζοντες ήχοι και συχνά ήχοι τριθής.

Αργότερα εμφανίζονται τα κλασικά φυσικά σημεία της πύκνωσης (απουσία αναπνευστικών ήχων) που έπειτα στο στάδιο της λύσεως, αντικαθίστανται από ρόγγους.

Εργαστηριακά ευρήματα: η ακτινογραφία μας δείχνει την τοπική εικόνα της πύκνωσης, με λοβώδη ή στικτή κατανομή.

Η εξέταση αίματος δίνει υψηλή Τ.Κ.Ε. σημαντική λευκοκυττάρωση (πολυμορφοπυρηνική) ή σπανιότατα λευκοπενία (αυτό αποτελεί ένδειξη για δυσμενή πρόγνωση).

Η καλλιέργεια αίματος είναι σε ποσοστό 15-25% θετική για πνευμονιόκοκκο. Η καλλιέργεια πτυέλων μας δίνει πολλά ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια και πολλούς πνευμονιόκοκκους.

Η εργαστηριακή διαπίστωση του παθογόνου αιτίου έχει δυσκολία, η οποία έγκειται στη σαπροφυτική χλωρίδα του αναπνευστικού συστήματος, σε ειδικά θρεπτικά υλικά και τεχνικές που απαιτούνται, στο βάθος της απόχρεμψης κ.τ.λ. Στην

περίπτωση που δεν λαμβάνονται καλά δείγματα πτυέλων, γίνεται διατραχειακή αναρρόφηση, που όμως δεν είναι ακίνδυνη.

Θεραπεία: η θεραπεία, υποστηρικτική και φαρμακευτική (δοσολογία και οδός χορήγησης φαρμάκων) εξαρτάται ως ένα βαθμό, απ' την κλινική βαρύτητα της νόσου, την παρουσία μη ευνοϊκών προγνωστικών φυσικών σημείων και από την παρουσία επιπλοκών.

α) Φαρμακευτική: η πενικιλίνη αποτελεί το φάρμακο εκλογής. Σε ασθενείς με εξακριβωμένη ευαισθησία στην πενικιλίνη, χορηγούνται εναλλακτικά τετρακυκλίνες, ερυθρομυκίνη λινκομυκίνη. Αν και η χρήση σουλφοναμίδων έχει ξεπεραστεί, γιατί η θεραπευτική της απάντηση είναι βραδύτερη απ' αυτήν της πενικιλίνης, σε πολλές περιπτώσεις πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας, αποτελούν την κατάλληλη (αν όχι άριστη) θεραπεία.

β) Γενική υποστηρικτική θεραπεία: 1. αερισμός των πνευμόνων και οξυγόνωση 2. αντιμετώπιση πνευμονικού οιδήματος 3. χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών 4. αντιμετώπιση θήχα και πλευριτικού άλγους 5. αντιμετώπιση συμφορητικής ανεπάρκειας και καρδιακών αρρυθμιών.

Πρόγνωση: η πνευμονιοκοκκική πνευμονία που δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικώς, εμφανίζει θνησιμότητα 20-40%. Με την πρόωπη και κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία, η θνησιμότητα κυμαίνεται γύρω στα 5-8%. Στις περιπτώσεις χωρίς θεραπεία και χωρίς επιπλοκές, η λύση επέρχεται σε 7-10 ημέρες με κρίση ή βαθμιαία.

Οι παράγοντες που θεωρούνται δυσοίωνα προγνωστικά στοιχεία είναι: ηλικία κάτω των 2 και άνω των 45 χρόνων, παρουσία υποκείμενης νόσου (καρδιακή ανεπάρκεια, κίρρωση ήπατος), εγκυμοσύνη, μικροβιαμία, λευκοπενία, πνευμονικό οίδημα, καταπληξία.

Επιπλοκές

1. Στείρο πλευριτικό εξίδρωμα
2. Εμπύημα
3. Ενδοκαρδίτιδα και μηνιγγίτιδα
4. Πιο σπάνια, πνευμονιοκοκκική αρθρίτιδα και πνευμονικό απόστημα
5. Περιτονίτιδα

2. Σταφυλοκοκκική

Αίτιο: χρυσίζον σταφυλόκοκκος. Εμφανίζεται μετά από ιογενείς λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού (π.χ. γρίπη), σε εξασθενημένους αρρώστους και βρέφη που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο, μετά από χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων.

Κλινική εικόνα: συνήθως υπάρχει ιστορικό ελαφριάς νόσου με κεφαλαλγία, θήχα και γενικευμένους πόνους. Αιφνιδιαστικά εξελίσσεται σε βαριά νόσο και

χαρακτηρίζεται από κεφαλαλγία, ρίγος υψηλό πυρετό (άτυπο ή υφέσιμο ή συνεχή), θήχα έντονο (με βλεννοπυώδη ή και αιματηρή απόχρεμψη), βαριά κυάνωση και πλευροδυνία.

Διάγνωση: η ακτινογραφία δείχνει πνευμονική πύκνωση, αποστήματα, εμπύημα και πνευμοθώρακα. Η διάγνωση είναι θετική για σταφυλοκοκκική πνευμονία, αν η ακτινολογική εξέταση δείξει πυοπνευμοθώρακα και κοιλότητες γεμάτες υγρό και αέρα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με καλλιέργεια πτυέλων, πλευριτικού υγρού και αίματος. Συνήθως υπάρχει και λευκοκυττάρωση.

Θεραπεία: αντιμικροβιακά φάρμακα όπως αμπικιλίνη, οξακικλίνη, θανκομυκίνη κ.ά. Αν αποδειχτεί πως ο σταφυλόκοκκος είναι ευαίσθητος στην πενικιλίνη, τότε μπορεί να χορηγηθεί και αυτή.

Πρόγνωση: ποικίλλει ανάλογα με την ευπάθεια του αιτιογόνου μικροοργανισμού στο φάρμακο και την κατάσταση του ασθενή.

Επιπλοκές

1. Εμπύημα
2. Πνευμονοθώρακας
3. Πνευμονικό απόστημα

3. Στρεπτοκοκκική

Αίτιο: ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος. Είναι σπάνια και προσβάλλει κυρίως άτομα (παιδιά ή ηλικιωμένους) μετά από γρίπη ή ιλαρά ή τους πάσχοντες από χρόνια βρογχοπνευμονοπάθεια.

Κλινική εικόνα: η νόσος εισβάλλει αιφνίδια, με ρίγος, πυρετό, πλευροδυνία, κυάνωση, και θήχα με πτύελα βλεννοπυώδη ή πυώδη. Εμφανίζει εικόνα βαριάς τοξικής κατάστασης.

Διάγνωση: ακτινολογική εξέταση και καλλιέργειες πτυέλων και αίματος.

Θεραπεία: αντιμικροβιακά φάρμακα και αντιμετώπιση επιπλοκών.

Πρόγνωση: εάν η θεραπεία αρχίσει νωρίς, η πρόγνωση είναι καλή.

Επιπλοκές

1. Πλευρίτιδα
2. Εμπύημα
3. Απόστημα
4. Σπειραματονεφρίτιδα.

4. Πνευμονία από Gram – αρνητικά μικρόβια

Αίτιο: Gram-μικρόβια όπου τα κυριότερα είναι η κλεμπσιέλλα, η ψευδομονάδα, ο πρωτέας και η σεράττια. Αυτά ενώ σαπροφυτούν στον αναπνευστικό σωλήνα ή το έντερο, μπορεί να προκαλέσουν οξείες πνευμονικές λοιμώξεις, κυρίως σε άτομα με

μειωμένους αμυντικούς μηχανισμούς, με ιστορικό αλκοολισμού, υποσιτισμού, με χρόνια πνευμονική ή καρδιακή νόσο, ή σε ασθενείς που νοσηλεύονται και στους οποίους εφαρμόζεται θεραπεία με εισπνοές ή με τραχειακή αναρρόφηση και που έχουν λάβει αντιβιοτικά φάρμακα.

Κλινική εικόνα: η έναρξη είναι συνήθως απότομη με ρίγη, πυρετό, δύσπνοια κυάνωση και θήχα με πτύελα ερυθρά ή πρασινοκίτρινα (κλεμπσιέλλα), βλεννώδους ή κολλώδους σύστασης, που αποβάλλονται δύσκολα.

Στις υποξείες μορφές παρατηρείται η τάση να προκαλεί νέκρωση του πνευμονικού ιστού και να σχηματίζει αποστήματα.

Διάγνωση: η διάγνωση έγκειται στην ανεύρεση βραχέων, εγκυστωμένων, αρνητικών κατά Gram βακτηριδίων στα επιχρίσματα πτυέλων.

Θεραπεία: αντιμικροβιακά φάρμακα όπως κεφοταξίμη, γενταμικίνη, αμινογλυκοσίδες και κεφαλοσπορίνες. Στην υποστηρικτική θεραπεία εφαρμόζονται τα μέτρα που έχουν αναφερθεί και στην πνευμονιοκοκκική πνευμονία.

Πρόγνωση: η πρόγνωση στις Gram- μικροβιακές πνευμονίες, πρέπει να είναι επιφυλακτική, γιατί η νόσος μπορεί να εισβάλλει κεραυνοβόλα και να προχωρήσει γρήγορα σε μοιραία έκβαση. Αυτό δικαιολογεί και τη σχετικά μεγάλη θνησιμότητά της, ακόμα και με κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, που φτάνει στο 30%.

5. Πνευμονία από αιμόφιλο της ινφλουέντζας

Αίτιο: ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας. Αποτελεί σπάνια μορφή πρωτογενούς μικροβιακής πνευμονίας στον ενήλικα. Παρατηρήθηκε σε περιπτώσεις καρδιακής νόσου, υπογαμασφαιριναϊμίας και χρόνιας πνευμονικής νόσου.

Κλινική εικόνα: τα ίδια συμπτώματα με τις προηγούμενες μορφές, τα πτύελα όμως μπορεί να είναι αιματηρά.

Διάγνωση: από την καλλιέργεια αίματος και πτυέλων.

Θεραπεία: χορηγείται αμπικιλίνη, εκτός από την περίπτωση τοπικής παρουσίας αιμόφιλου και παράγει πενικιλινάση. Εναλλακτικά χορηγείται χλωραμφαινικόλη. Τα γενικά μέτρα είναι τα ίδια με εκείνα που εφαρμόζονται στην πνευμονιοκοκκική πνευμονία.

6. Από βάκιλλο του Koch (φυματιώδης πνευμονία)

Αίτιο: ο βάκιλλος του Koch. Είναι σπάνια σχετικά μορφή της οξείας φυματίωσης των πνευμόνων.

Κλινική εικόνα: η νόσος εισβάλλει απότομα και έχει τα χαρακτηριστικά συμπτώματα, όλων των πνευμονιών. Εμφανίζεται είτε σαν βρογχοπνευμονία είτε εντοπίζεται σε κάποιο λοβό.

Διάγνωση: ανεύρεση βακτηριδίων φυματίωσης στα πτύελα.

Θεραπεία: εφαρμόζεται η γνωστή αντιφυματική θεραπεία που περιλαμβάνει στρεπτομυκίνη, ισονιαζίδη, P.A.S. και Rimiton.

Πρόγνωση: έχει μεγάλη θνητότητα λόγω της αιφνιδιαστικής εισβολής.

7. Από αναερόβια βακτηριοειδή

Αίτιο: τα αναερόβια βακτηριοειδή που προκαλούν πνευμονίες και εμφανίζονται σαν επιπλοκές λοιμώξεων της κοιλιάς ή της πυέλου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνια πνευμονική νόσο, ή εκείνους στους οποίους έγινε εισρόφηση εκκρημάτων.

Κλινική εικόνα: το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι τα πλευριτικά εξιδρώματα και το εμπύημα, που αναπτύσσονται νωρίς. Η νόσος συχνά είναι υποξεία ή χρόνια.

Διάγνωση: η διάγνωση στηρίζεται στην κακοσμία του εμπυήματος και τη διαπίστωση της παρουσίας πλειόμορφων, αρνητικών κατά Gram βακτηριδίων.

Θεραπεία: γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του εμπυήματος και συγχρόνως ο ασθενής καλύπτεται εντατικά με πενικιλίνη, κεφοξιτίνη, ή κλινταμυκίνη.

3.2 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ

1. Από ιό γρίπης

Αίτιο: ο ιός της ανθρώπινης γρίπης (διακρίνεται σε τρεις ομάδες Α, Β και C). Η πνευμονία απ' αυτόν τον ιό, προέρχεται μόνο σαν επιπλοκή της γρίπης, συνήθως μετά την τρίτη μέρα.

Συχνά οφείλεται σε δευτεροπαθή μικροβιακή επιμόλυνση από χρυσιίζοντα σταφυλόκοκκο, αιμολυτικό στρεπτόκοκκο, ή ακόμα και από τον ίδιο τον ιό.

Κλινική εικόνα: παρουσιάζει βαριά γενική κατάσταση, πυρετό, βήχα με ή χωρίς απόχρεμψη, μυαλγίες, κεφαλαλγία και καμιά φορά αιμόπτυση.

Διάγνωση: αποδεικνύεται θετική μόνο με την απομόνωση του ιού, ενώ σε περιπτώσεις επιδημίας, ο διαγνωστικός προσανατολισμός βοηθάει να τεθεί η διάγνωση πιο εύκολα.

Θεραπεία: ενδείκνυνται τα αντιβιοτικά ευρέου φάσματος, που χρησιμοποιούνται κυρίως κατά των μικροβιακών επιμολύνσεων. Η αμανταδίνη χρησιμοποιείται για γρίπη τύπου Α, με δραστικότητα 65-80% αν δοθεί έγκαιρα.

Πρόγνωση: σχετικά καλή πρόγνωση, αλλά σε καρδιοπαθείς και βρογχοπνευμονοπαθείς, η πρόγνωση είναι βαρύτερη.

2. Από ιό της ιλαράς

Αίτιο: ο ιός της ιλαράς. Αν και σε μερικές περιπτώσεις ο αιτιολογικός παράγοντας, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι δευτερογενώς επιμολύνοντες μικροβιακοί παράγοντες, έχουν πρωταρχική σημασία (β αιμολυτικός στρεπτόκοκκος, πνευμονιόκοκκος, σταφυλόκοκκος).

Κλινική εικόνα: χαρακτηρίζεται από πυρετό, βήχα και απόχρεμψη που εμφανίζεται κατά τη διαδρομή ή αποδρομή της ιλαράς.

Διάγνωση: γίνεται με απομόνωση του ιού.

Θεραπεία: στις επιμολυνθείσες περιπτώσεις χορηγούνται αντιβιοτικά σαν θεραπευτική αγωγή.

3. Από ιό της παραϊνφλουέντζας

Αίτιο: ο ιός της παραϊνφλουέντζας (ή παραγρίπης) προσβάλλει συνήθως τα βρέφη ή τα μικρά παιδιά και προκαλεί όχι μόνο λοιμώξεις της ανώτερης αναπνευστικής οδού, αλλά και τραχειοβρογχίτιδα, που μπορεί να εξελιχθεί σε πνευμονία ή βρογχοπνευμονία.

4. Από ιό της ανεμευλογιάς

Αίτιο: ο ιός της ανεμευλογιάς (chickenpox virus). Προσβάλλει ίσα και τα δύο φύλα και είναι πιο διαδεδομένη στην παιδική ηλικία.

Κλινική εικόνα: εισβάλλει αιφνίδια με ελαφρύ πυρετό και με σύγχρονη εμφάνιση εξανθήματος, σχεδόν σε όλα τα σημεία του σώματος.

Θεραπεία: ειδική θεραπεία δεν υπάρχει χρησιμοποιείται ταλκ τοπικά, χορηγούνται αντιπυρετικά, αντιβιοτικά, αντιισταμινικά για τη φαγούρα και γ-σφαιρίνη.

Πρόγνωση: η νόσος στους ενήλικες είναι βαρύτερη, ενώ στα βρέφη κάτω των έξι μηνών, σπάνια εμφανίζεται. Χρήζει προσοχής γιατί η διάδοσή της είναι ταχεία και παρουσιάζει επιδημικές εξάρσεις την άνοιξη και τον χειμώνα.

5. Από αδενοϊούς

Είναι η συχνότερη αιτία των ιογενών νόσων του αναπνευστικού. Εμφανίζεται κυρίως το χειμώνα με τη μορφή επιδημίας.

Κλινική εικόνα: φαρυγγίτιδα, βήχας, βράγχος φωνής, πυρετός, πόνος στο θώρακα και επιπεφυκίτιδα. Η πνευμονία συνήθως διατρέχει σε ελαφριά μορφή. Στην εξέταση αίματος, τα λευκά είναι φυσιολογικά ή ελαφρώς αυξημένα, και στην ακρόαση ανευρίσκονται ρόγχοι υγροί ή ξηροί.

Θεραπεία: δεν υπάρχει ειδική θεραπεία, παρά μόνο συμπτωματική.

6. Από συγκυτιακούς αναπνευστικούς ιούς

Μπορεί να προκαλέσουν βρογχίτιδα στη βρεφική ηλικία και πνευμονία στη νηπιακή και γενικά λοιμώξεις του αναπνευστικού σ' όλες τις ηλικίες.

7. Από ρινοϊούς

Προκαλούν συνήθως ρινόρροια, φράξιμο στη μύτη, φαρυγγίτιδα και κακουχία. Αυτοί συνήθως είναι υπεύθυνοι για το κοινό κρυολόγημα και πολλές φορές για εξάρσεις των συμπτωμάτων του αναπνευστικού, σε πάσχοντες από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες.

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

8. Από ιούς Coxsackie και ECHO

Μπορούν να προκαλέσουν οξείες λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού, που πολλές φορές καταλήγουν σε πνευμονία.

3.3 ΜΕΙΚΤΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει εκείνες τις πνευμονίες στις οποίες, με την καλλιέργεια και την ανάγνωση του επιχρίσματος των πτυέλων στο μικροσκόπιο, αποκαλύπτεται η παρουσία διαφόρων μικροοργανισμών, που κανένας από μόνος τους, δεν μπορεί ξεκάθαρα να διαπιστωθεί σαν ο αιτιολογικός παράγοντας.

Εμφανίζονται κυρίως σαν επιπλοκές σε χειρουργημένους ή τραυματίες ή σε διάφορες χρόνιες παθήσεις. Επίσης αποτελούν κοινές επιπλοκές χρόνιων πνευμονικών νόσων, όπως η βρογχεκτασία και το εμφύσημα.

Συχνότερα προσβάλλονται ηλικιωμένα άτομα και ασθενείς που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά. Πολύ σπάνια εμφανίζεται σαν επιπλοκή γρίπης ή ιλαράς.

Κλινική εικόνα: η εισβολή είναι συνήθως ύπουλη με χαμηλό πυρετό και ακανόνιστο επιδεινούμενο θήχα, με απόχρεμψη πυώδη, κιτρινωπή ή πράσινη, και δύσπνοια που μπορεί να οδηγήσει σε κυάνωση.

Διάγνωση: από τα επιχρίσματα και τις καλλιέργειες των πτυέλων, αποκαλύπτεται η παρουσία μεικτής μικροβιακής χλωρίδας, που συχνά περιλαμβάνει και αναερόβια μικρόβια. Ακτινογραφικώς μπορεί να παρατηρηθούν πυκνές, διάσπαρτες και ακανόνιστες σκιάσεις, ενώ σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζεται και απόστημα.

Θεραπεία: η αεροφόρος οδός πρέπει να καθαρίζεται, η δε υποξία να διορθώνεται. Σε περιπτώσεις όπου οι ειδικοί παθογόνοι μικροοργανισμοί δεν ανευρίσκονται στα πτύελα, χορηγείται μια κεφαλοσπορίνη (π.χ. κεφοταξίμη) ως αρχική θεραπεία. Με βάση τα κλινικά και τα εργαστηριακά ευρήματα, η αγωγή μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα.

Πρόγνωση: η πρόγνωση εξαρτάται από τη φύση και τη βαρύτητα της υποκείμενης νόσου και ποικίλει, ανάλογα με τον παθογόνο μικροοργανισμό που επικρατεί.

3.4 ΑΤΥΠΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Πρόσφατα, μεγάλη σημασία αποδίδεται στο σύνδρομο της άτυπης πνευμονίας που οφείλεται σε πολλούς παθογόνους παράγοντες, μεταξύ των οποίων, ο συχνότερα υπεύθυνος, είναι το μυκόπλασμα της πνευμονίας, ενώ πιο σπάνια αίτια, είναι τα είδη λεγιονέλλας.

Χαρακτηριστικό της άτυπης πνευμονίας είναι η δυσαναλογία (ασυμφωνία) των κλινικών αντικειμενικών ευρημάτων (που είναι φτωχά), με την ακτινολογική εικόνα των πνευμόνων.

Συγκεκριμένα, ακτινογραφικώς παρουσιάζεται δήθηση με ακτινωτή διάταξη από τις πύλες και συχνά με μεταναστευτικό χαρακτήρα. Παρατηρείται συχνά σε νεαρά άτομα.

Η θεραπεία της βασίζεται σε αντιβιοτικά που δρουν στο κυτταρικό πρωτόπλασμα (π.χ. τετρακυκλίνες).

1. Από μυκόπλασμα της πνευμονίας

Τα μυκοπλάσματα είναι μικρόβια που δεν έχουν κυτταρικό τοίχωμα. Απ' αυτά μόνο ένα, το μυκόπλασμα της πνευμονίας, προκαλεί σαφή νόσο στον άνθρωπο. Αποτελεί σημαντικό παθογόνο παράγοντα της αναπνευστικής οδού, που εμφανίζεται με επιδημίες τους φθινοπωρινούς και χειμερινούς μήνες.

Κυρίως εξαπλώνεται ενδοοικογενειακά, αλλά και σε κλειστούς πληθυσμούς, όπως σε στρατώνες ή σχολεία. Η λοίμωξη επεκτείνεται σιγά-σιγά από τα παιδιά προς τους ενήλικες, με κύριες εκδηλώσεις: επιτεινόμενο θήχα, διαλείποντα πυρετό και λιγοστά πτύελα που είναι δυνατόν να μετατραπούν σε βλεννοπυώδη ή με αιματηρές γραμμώσεις.

2. Από λεγιονέλλα

Είναι το αίτιο στη "νόσο των λεγεωνάριων", που τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργήσει πολύ θόρυβο, λόγω της μεγάλης θνητότητας που έχει, αλλά και λόγω των ιδιαίτερων επιδημιολογικών και θεραπευτικών χαρακτηριστικών.

Είδη λεγιονέλλας απαντούν στο περιβάλλον και μεταδίδονται στον άνθρωπο με ψεκασμούς, σκόνη από συστήματα κλιματισμού, νερό ή χώμα.

Στα αρχικά στάδια της νόσου παρατηρείται συχνά ναυτία, έμετος, διάρροια, υψηλός πυρετός συνεχής με ρίγη και γενική κακουχία ενώ κατά την εξέλιξη της, προστίθεται ξηρός θήχας και μαζί με τα σημεία πύκνωσης, δύσπνοια και υποξία.

Ο παθογόνος μικροοργανισμός μπορεί να ανιχνευθεί με ανοσοφθορισμό σε καλλιέργειες, βιοψίες που λαμβάνονται από τον πνεύμονα και -σπάνια- σε δείγματα πτυέλων.

Η θεραπεία εκλογής είναι η ερυθρομυκίνη που χορηγείται σε μεγάλες δόσεις ή η ριφαμπικίνη (μόνη ή σε συνδυασμό).

3.5 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΥΣΤΗ CARINII

Είναι μια παρασιτική λοίμωξη που παρατηρείται κυρίως σε εξασθενημένα παιδιά ή σε ενήλικες με ανοσολογική καταστολή. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με AIDS (βαριά ανοσολογική ανεπάρκεια) υπήρξε από τις κύριες ευκαιριακές λοιμώξεις.

Η διάγνωση γίνεται με βιοψία του πνεύμονα και την ανεύρεση τυπικών κύστεων της πνευμονοκύστης Carinii σε επιχρίσματα πνευμονικού ιστού, που χρωματίζονται με ειδική χρώση.

Η πνευμονία μπορεί να θεραπευτεί με σουλφαμεθοξαζόλη - τριμεθοπρίνη και έχει θετική απόκριση, αν η θεραπεία είναι έγκαιρη. Επίσης το ίδιο φάρμακο χορηγείται προφυλακτικά κατά τη διάρκεια ανοσολογικής καταστολής, με καλά αποτελέσματα. Είναι εναλλακτικό -αλλά περισσότερο τοξικό- φάρμακο, είναι η ισαιθιονική πενταμιδίνη.

3.6 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ - ΡΙΚΕΤΣΙΕΣ - ΜΥΚΗΤΕΣ

1. Από χλαμύδια

Από τις νόσους που προκαλούν τα χλαμύδια και εμφανίζουν σημεία πνευμονοπάθειας, είναι η ψιττάκωση - ορνίθωση.

Συγκεκριμένα το αίτιο της νόσου αυτής είναι το χλαμύδιο *BEDSONIA*, που ανήκει στους σχιζομύκητες. Είναι συχνά διαδεδομένη στα άγρια αλλά και οικιακά πτηνά.

Η νόσος μεταδίδεται μέσω της αναπνευστικής οδού, με το σάλιο των πτηνών, από μολυσμένα αντικείμενα ή από εισπνοή σκόνης που περιέχει αποξηραμένα μολυσματικά εκκρίματα.

Κλινική εικόνα: η νόσος εισβάλλει απότομα με ρίγος, κεφαλαλγία, φωτοφοβία και υψηλό πυρετό σ' όλη τη διάρκεια της νόσου. Επίσης υπάρχει ερεθιστικός θήχας με λίγα βλεννώδη πτύελα, δύσπνοια, ρινικές επιστάξεις και συχνά βραδυκαρδία.

Διάγνωση: διαγνωστική βοήθεια παρέχει το ιστορικό του αρρώστου, που αποκαλύπτει επαφή με πτηνά, και τα σημεία ύπαρξης άτυπης πνευμονίας. Η ακτινολογική εικόνα δείχνει πυκνωτικές σκιάσεις. Η διάγνωση τίθεται θετική με απομόνωση του παθογόνου αιτίου στα πτύελα και το αίμα.

Θεραπεία: τετρακυκλίνες, λωραμφαινικόλη ή πενικιλίνη.

Πρόγνωση: σχετικά καλή. Τα ποσοστά θνητότητας της νόσου κυμαίνονται στο 15%.

2. Από ρικέτσιες

Από τις ρικέτσιες, η *Coxiella Burnetti*, που προκαλεί τον πυρετό Q, σχετίζεται με τη δημιουργία αναπνευστικής λοίμωξης. Μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω του αναπνευστικού, από τα αγελαδοειδή και τα κατοικίδια, από εισπνοή μολυσμένης σκόνης, από επαφή με κόπρανα ή από μολυσμένες τροφές. Η νόσος είναι γνωστή και σαν "πυρετός του Ολύμπου" στη χώρα μας.

Κλινική εικόνα: η εμφάνισή της μπορεί να γίνει αιφνίδια και να συνοδεύεται από ρίγη, υψηλό πυρετό, έντονη κεφαλαλγία, μυαλγία, αδυναμία και ανορεξία. Επίσης υπάρχει ξηρός θήχας και ενδεχομένως ρόγχοι. Μερικές φορές υπάρχει και σπληνομεγαλία.

Διάγνωση: στηρίζεται στην απομόνωση του παθογόνου αιτίου.

Θεραπεία: θεραπευτικά χορηγούνται τετρακυκλίνες, χλωραμφαινικόλη και ακολουθεί συμπτωματική αγωγή.

3. Από μύκητες

Οι μύκητες είναι μικροοργανισμοί που σαπροφυτούν στη μικροβιακή χλωρίδα του οργανισμού και φυσικά της αναπνευστικής οδού. Οι πιο γνωστοί μύκητες είναι η *Candida*, ο ασπέργιλλος, το ιστόπλασμα, ο κρυπτόκοκκος, ενώ απ' τους υπόλοιπους, ελάχιστοι είναι παθογόνοι για τον άνθρωπο.

Κλινική εικόνα: η κλινική εικόνα των μυκητιάσεων προσεγγίζει αυτή των άλλων πνευμονοπαθειών.

Διάγνωση: η διάγνωση τίθεται θετική, με την ανεύρεση του υπεύθυνου μύκητα στα πτύελα ή στις βρογχικές εκκρίσεις του αρρώστου. Επειδή όμως υπάρχει η περίπτωση εργαστηριακής μόλυνσης της καλλιέργειας, οπότε η απομόνωση του μύκητα δεν είναι σαφής απόδειξη ότι είναι και ο παθογόνος, η καλλιέργεια πρέπει να επαναλαμβάνεται.

Θεραπεία: οι μυκητιάσεις διαφέρουν από τις μικροβιακές παθήσεις των πνευμόνων, επειδή δεν επηρεάζονται από τα μικροβιακά φάρμακα. Όταν υπάρχει μια βρογχοπνευμονική λοίμωξη χωρίς σαφή αιτιολογία, που δεν απαντά στη χορήγηση των συνηθισμένων αντιβιοτικών, πιθανόν να είναι μυκητιασική. Εξάλλου τα αντιβιοτικά διαταράσσουν την ισορροπία της μικροβιακής χλωρίδας και ευνοούν την ανάπτυξη των μυκήτων.

Θεραπευτικά χορηγούνται αντιμυκητιασικά φάρμακα με ευρύ φάσμα όπως η αμφοτερικίνη-B. Επίσης χορηγείται κετοκοναζόλη και φλουτοκυτοσίνη μόνα τους ή σε συνδυασμό μεταξύ τους.

3.7 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ

Αίτιο: εισρόφηση γαστρικού υγρού, εκκρίσεων της αναπνευστικής οδού με τη μικροβιακή τους χλωρίδα, τροφών εμεσμάτων, άλλου υλικού υγρής ή στερεής σύστασης (αλλά πολύ μικρού μεγέθους). Είναι ιδιαίτερα βαρύς τύπος πνευμονίας, που συχνά εμφανίζει υψηλή θνητότητα. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι: διαταραχή του μηχανισμού κατάποσης, ανεπάρκεια του αντανακλαστικού του θήχα και ανεπάρκεια κένωσης του στομάχου.

Κλινική εικόνα: παρατηρούνται διάσπαρτες περιοχές πνευμονικού οιδήματος και βρογχόσπασμου. Παρουσιάζεται ταχύπνοια, ταχυκαρδία, κυάνωση και θήχας με απόχρεμψη. Η ακτινολογική εξέταση μας δίνει εικόνα παρόμοια με εκείνη της ατελεκτασίας και της βρογχοπνευμονίας.

Διάγνωση: από το ιστορικό. Επίσης στην καλλιέργεια πτυέλων βρίσκεται ποικιλία μικροβίων.

Θεραπεία: αναρρόφηση του υλικού, εισροφήθηκε με καθετήρα ή βρογχοσκόπιο (δεν επιτυγχάνεται όμως η πλήρης απομάκρυνσή του).

Χορηγούνται κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη) για τη μείωση της έντασης της φλεγμονής (ιδιαίτερα αν το υλικό που εισροφήθηκε είναι το γαστρικό υγρό το οποίο είναι πολύ όξινο). Αυξάνεται όμως έτσι ο κίνδυνος της επιλοίμωξης. Αν η πνευμονία από εισρόφηση εμπεριέχει μικροβιακή συνιστώσα, χορηγούνται αντιμικροβιακά φάρμακα. Επίσης υποβοηθείται η αναπνοή και χορηγείται οξυγόνο.

3.8 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΛΙΠΟΕΙΔΗ

Πρόκειται για πνευμονία από εισρόφηση που σχετίζεται με τη χρήση ελαιωδών ουσιών. Δεν είναι φλεγμονώδους φύσεως, αφού οφείλεται στην παραμονή ζωικού, φυτικού ή ορυκτού ελαίου στους πνεύμονες.

Κλινική εικόνα: τα φυσικά σημεία ποικίλουν ανάλογα, χωρίς να είναι διαγνωστικά. Συνήθως χαρακτηρίζεται από βήχα, πυρετό, και εφίδρωση (νυχτερινή).

Διάγνωση: στην ακτινογραφία παρουσιάζονται μικρές και μεγάλες πυκνές οζώδεις σκιάσεις. Το ιστορικό συνήθως δίνει πληροφορίες για χρήση παραφινέλαιου, ελαιωδών ρινικών σταγόνων ή αλοιφών. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εξέταση πτυέλων, όπου βρίσκονται λιποσταγονίδια.

Θεραπεία: είναι συμπτωματική. Διακόπτεται η χρήση του ελαιώδους σκευάσματος.

Πρόγνωση: γενικά η πρόγνωση είναι καλή. Ορισμένες φορές απαιτείται χειρουργική εξαίρεση μεγάλων πνευμονικών μαζών.

3.9 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η νόσος αυτή είναι δυνατό να εμφανιστεί ύστερα από ακτινοβολία της περιοχής του θώρακος (για Ca μαστού, πνεύμονα, οργάνων μεσοθωρακίου ή για κακοήθειες του λεμφικού ιστού).

Η τεχνική της ακτινοβολίας παίζει μεγάλο ρόλο για την πρόκληση της εν λόγω πνευμονίας. Υποβοηθητικοί παράγοντες που έχουν δυσμενή επίδραση είναι: η κακή γενική κατάσταση του ασθενούς, καθώς και τοπικοί παράγοντες όπως είναι η βρογχίτιδα, οι φλεγμονές του παρεγχύματος ή ακόμα και μια παλιά φυματίωση.

Κλινική εικόνα: απ' τις πρώτες κιόλας μέρες της ακτινοβολίας εμφανίζονται φλεγμονώδεις αντιδράσεις με πυρετό, θήχα και απόχρεμψη. Αργότερα παρατηρούνται εστίες πύκνωσης κοντά στην ακτινοβολούμενη περιοχή και προστίθεται θωρακικό άλγος και γενική αδιαθεσία. Μετά από εβδομάδες ή και μήνες εμφανίζονται νεκρωτικές περιοχές, που καταλήγουν σε πνευμονική σκλήρυνση, εμφανίζεται δύσπνοια, κυάνωση και είναι πιθανή η αναζωπύρωση κάποιας παλιάς ανενεργούς πνευμονικής φυματίωσης ή κοινής φλεγμονής.

Θεραπεία: για τα αρχικά στάδια της νόσου χορηγούνται αντιβιοτικά και κορτιζόνη.

Επιπλοκές: χρονιότητα της νόσου (ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παρεγχυματικές βλάβες).

3.10 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Η κλινική εικόνα της νόσου μοιάζει με την πνευμονική εμβολή και την ατελεκτασία. Εκδηλώνεται 1-2 μέρες μετά την εγχείρηση, με θήχα, απόχρεμψη, πιεστικό βάρος στο θώρακα, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, πυρετό και λευκοκυττάρωση.

Προδιαθέσιμοι παράγοντες θεωρούνται: η γεροντική ηλικία, η παρατεταμένη αναισθησία, το κάπνισμα και η χρόνια βρογχίτιδα.

Θεραπευτικά χορηγούνται αντιβιοτικά ευρέου φάσματος.

3.11 ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Οι διάμεσες πνευμονίες είναι μια ομάδα νόσων που έχουν κοινή κλινική εικόνα. Οι μισές είναι ιδιοπαθείς και οι άλλες μισές αποδίδονται στις εξωγενείς αλλεργικές κυψελιτίδες, αιμοσιδήρωση, υπερευαισθησία σε φάρμακα κ.ά.

Η διάμεση πνευμονία μπορεί να εμφανιστεί και σε άλλες νόσους, που θεωρούνται νόσοι εξ ευαισθητοποίησης (χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, ελκώδης κολίτιδα κ.ά.).

Η νόσος προσβάλλει τον πνευμονικό ιστό και προκαλεί ρήξη των κυψελιδικών τριχοειδών και πάχυνση του κυψελιδικού τοιχώματος, λόγω κυτταρικής διήθησης. Ακτινολογικά στα τελευταία στάδια, εμφανίζει την εικόνα μελισσοκυρήθρας (μικροί κυστικοί σχηματισμοί) και ελάττωση του όγκου του πνεύμονα. Επίσης υπάρχει δύσπνοια, βήχας ρόγχοι και υψηλός πυρετός (στην οξεία φάση).

Διαγνωστικά γίνεται διατοιχωματική βιοψία του πνεύμονα και δοκιμασία της αναπνευστικής λειτουργίας, όπου βρίσκουμε ελαττωμένη τη ζωτική χωρητικότητα.

Θεραπεία: χορήγηση κορτικοστεροειδών (πρεδνιζόνη).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

(ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ)

Η Π.Ο.Υ. από το 1978 έχει δώσει το σύνθημα "ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ".

Σήμερα η προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής, αναγνωρίζεται σαν ένας από τους βασικότερους στόχους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περιλαμβάνει αγωγή υγείας, επίδειξη υγιεινών πρακτικών και προσπάθειες παροχής ενός μεγαλύτερου αριθμού επιλογών μαζί με την κατάλληλη κυβερνητική πολιτική.

Μέσα σ' αυτό το σύνθημα αντηχεί η λέξη ΠΡΟΛΗΨΗ, που αποτελεί τον ύψιστο στόχο στον τομέα της υγείας. Η πρόληψη διακρίνεται σε τρία επίπεδα: 1) Πρωτογενώς 2) Δευτερογενής και 3) Τριτογενής πρόληψη.

1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι η αποφυγή ή η αναβολή της ασθένειας και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Στο επίπεδο αυτό, περιλαμβάνονται όλα τα μέτρα και οι προσπάθειες που γίνονται, για τον περιορισμό ή την καταστολή των παραγόντων με πιθανή νοσηρή επίδραση στην υγεία των ατόμων, και συγχρόνως τα μέτρα που λαμβάνονται, ώστε να εξασφαλιστούν προϋποθέσεις διαρκούς βιο-ψυχο-κοινωνικής υγείας.

Ο νοσηλευτικός ρόλος στην πρωτογενή πρόληψη της πνευμονίας, είναι καθαρά διδακτικός. Για να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος, η Νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί ως μέσο τη διαπαιδαγώγηση για την υγεία, γιατί αν ο καθένας γνωρίζει τους παράγοντες που μπορούν να τον βλάψουν και τους τρόπους για να τους αποφύγει, τότε η πρωτογενής πρόληψη θα μπορούσε να επιτευχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό.

Η Νοσηλεύτρια είναι μια από τις επαγγελματίες Υγείας που εργάζεται για την επίτευξη της πρωτογενούς πρόληψης στον πληθυσμό. Αναλαμβάνει ένα έργο ευθύνης, με προσόντα την επιστημονική της κατάρτιση, το υψηλό επίπεδο γνώσεων της και την ικανότητα μετάδοσης αυτών, σε άτομα και σε ομάδες.

Ο τομέας εφαρμογής της διαπαιδαγώγησης για την υγεία από τη Νοσηλεύτρια δεν έχει σαφή όρια. Απευθύνεται σε όλους σε ατομικό επίπεδο, ειδικότερα δε, σε ομάδες που μπορούν να χαρακτηριστούν "υψηλού κινδύνου", όπως είναι οι εργάτες

ορυχείων και μεταλλουργείων, οι εργάτες σε βιομηχανίες με αναθυμιάσεις ή σκόνη, προσωπικό υγείας σε ιδρύματα που νοσηλεύουν αναπνευστικές παθήσεις κ.ά. Ο νοσηλευτικός ρόλος στην πρωτογενή πρόληψη της πνευμονίας, είναι πολύ σημαντικός και απαιτεί γνώση όλων εκείνων των παραγόντων, που συντελούν στην ανάπτυξη αυτής της ασθένειας, καθώς επίσης και των τρόπων αποφυγής τους.

Η πρωτογενής πρόληψη της πνευμονίας, θα μπορούσε με άλλα λόγια να ονομαστεί αγωγή υγείας και εδώ ο νοσηλευτικός ρόλος διαφαίνεται ουσιώδης.

Αποδεικνύει την διδακτική -πέρα από την πρακτική- υπόσταση του ρόλου του, και αποτελεί τη σημαντικότερη ίσως άποψη για την προσφορά υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα πάντα με τη γραμμή που έχει δώσει η Π.Ο.Υ. για την υγεία του πληθυσμού.

1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στο δεύτερο αυτό επίπεδο, η πρόληψη εξειδικεύεται περισσότερο. Γίνεται ανίχνευση νοσηρών καταστάσεων, που πιθανόν λανθάνουν ή βρίσκονται σε προκλινική φάση.

Ο νοσηλευτικός ρόλος είναι η παρατήρηση ενδείξεων για πιθανή λανθάνουσα νόσο ή αναπηρία και η φροντίδα να εξεταστεί ιατρικά ο πιθανός ασθενής, ώστε να προληφθεί μια δυσμενής εξέλιξη της υγείας του.

Στο επίπεδο αυτό της πρόληψης, η Νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει τις κλινικές εκδηλώσεις της πνευμονίας και να αναγνωρίζει τα πρώτα συμπτώματα που μαρτυρούν την ύπαρξη της νόσου. Πολλές φορές χρειάζεται ο συνδυασμός πολλών ενδείξεων όπως είναι το ιστορικό του αρρώστου σε πνευμονικές παθήσεις, το επάγγελμά του, οι καπνιστικές του συνήθειες και κάποια εκδήλωση της νόσου π.χ. επίμονος βήχας, ώστε η Νοσηλεύτρια να μπορέσει να διακρίνει κάποιο παθολογικό υπόστρωμα και να στείλει αυτό το άτομο για κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις.

Η Νοσηλεύτρια διαπαιδαγωγώντας τα άτομα ή τις ομάδες για την υγεία, μεταδίδει την ιδέα για αυτο-ανίχνευση, διδάσκοντας μεθόδους για αυτοπαρατήρηση και ωθώντας για τακτική ιατρική παρακολούθηση, που αποτελούν βασικούς παράγοντες της δευτερογενούς πρόληψης. Η νοσηλευτική συμβολή για τη δευτερογενή πρόληψη της πνευμονίας, απαιτεί πολλές γνώσεις του βιολογικού τομέα και προσφέρεται σε ειδικές υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής ή και σε γενικές υπηρεσίες υγείας.

1.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρόκειται για την κλινική και μετακλινική φάση της νόσου, στην οποία πραγματοποιείται ο έλεγχος αυτής, ώστε να προληφθεί τυχόν επιδείνωσή της ή πιθανή βιο-ψυχο-κοινωνική ανικανότητα του πάσχοντος ατόμου.

Το τρίτο αυτό επίπεδο της πρόληψης είναι εξίσου σημαντικό και ο ρόλος της Νοσηλεύτριας συνίσταται αφ' ενός στη φροντίδα του αρρώστου, ώστε η νόσος να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα δηλ την ίαση, και αφ' ετέρου στην αποκατάσταση του ατόμου και την πλήρη επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Έχει σαν σκοπό το καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη σταθεροποίηση αυτού, ελέγχοντας τις συνθήκες του περιβάλλοντος του αρρώστου.

Στο τρίτο αυτό επίπεδο, η Νοσηλεύτρια είτε μέσα στο θεραπευτικό ίδρυμα (κλινική φάση), είτε έξω στην κοινότητα (μετακλινική φάση) παίζει το ρόλο του συμβούλου και του συνδετικού κρίκου μεταξύ του ατόμου και του προσωπικού εντός και εκτός υγειονομικού χώρου.

Ο νοσηλευτικός ρόλος στην τριτογενή πρόληψη της πνευμονίας αναλύεται εκτενέστερα στα κεφάλαια που ακολουθούν και αναφέρονται στη φροντίδα του αρρώστου και την αποκατάστασή του.

Συνοψίζοντας τα τρία επίπεδα της πρόληψης, έχουμε μια ενιαία προληπτική αγωγή, που διδάσκεται εκτός, απ' τη Νοσηλεύτρια, και από άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως οι γιατροί, οι επισκέπτες υγείας κ.ά.

Η αγωγή υγείας στοχεύει στην πρόληψη της ασθένειας ή στην ελαχιστοποίηση της βαρύτητάς της, έτσι ώστε η έκβαση να είναι η καλύτερη δυνατή (ίαση).

Στο πρώτο μέρος της εργασίας, έγινε αναφορά στους αιτιολογικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες για τη δημιουργία της πνευμονίας.

Η Νοσηλεύτρια έχοντας γνώση αυτών των παραγόντων και καθιστώντας τους γνωστούς και στα άτομα, έχει καθήκον να διδάξει και να κάνει συνείδηση στον πληθυσμό, το ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη.

Συμβουλεύει το άτομο ή ομάδες ατόμων:

- Την αποφυγή εισπνοής σκόνης, καπνού και άλλων ερεθιστικών ουσιών. Αυτό είναι ένα θέμα που απασχολεί παγκόσμια την ανθρωπότητα, αφού είναι κοινό βίωμα των κατοίκων μεγάλων αστικών κέντρων. Η ρύπανση του περιβάλλοντος.

Ένα εργασιακό περιβάλλον με ρυπαρό ατμοσφαιρικό αέρα (εργοστάσια, ορυχεία, σταθμοί παραγωγής ενέργειας) είναι σίγουρα επιβλαβές για την υγεία. Θεωρητικά όμως, τα μέτρα ελέγχου ουσιών επιβλαβών για το αναπνευστικό, είναι πλήρως αποτελεσματικά και οι λεγόμενες επαγγελματικές ασθένειες αποφεύσιμες.

Τα μέτρα ελέγχου περιλαμβάνουν:

ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Απομάκρυνση των εργατών με γνωστή πνευμονική πάθηση από περαιτέρω έκθεση, και διαθεσιμότητα του Εξοπλισμού Προστασίας Αναπνευστικού (Ε.Π.Α.), εκεί όπου η έκθεση των εργατών στη σκόνη δεν είναι δυνατόν να μειωθεί.

Κανονισμοί που θα εξασφαλίζουν τη βεβαιότητα ότι οι εργοδότες θα δίνουν την κατάλληλη ενημέρωση για τον Ε.Π.Α. και θα τον διατηρούν σε καλή κατάσταση και σε διαθεσιμότητα.

Αν και η πνευμονία από ρυπαρό εργασιακό περιβάλλον είναι αποφεύσιμη, η ρυπαρότητα του ατμοσφαιρικού αέρα των πόλεων, είναι ένα από τα πιο δυσεπίλυτα προβλήματα του καιρού μας.

Εδώ ο νοσηλευτικός ρόλος αλλά και ο ρόλος κάθε ευσυνείδητου πολίτη, είναι να εξασκήσει πίεση στην πολιτεία για θεσμοθέτηση σκληρών μέτρων για την προστασία ενός από τα αγαθά που μας προσφέρει η φύση: τον αέρα που αναπνέουμε.

Εκτός από τον μολυσμένο αέρα, ένας άλλος εχθρός της υγείας των πνευμόνων μας είναι ο καπνός του τσιγάρου. Οι έρευνες για τις κακές συνέπειες του καπνίσματος είναι πάμπολλες. Κανείς όμως καπνιστής δεν φαίνεται να έχει συνειδητοποιήσει αυτή την αλήθεια. Στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να θεωρηθεί σαν πραγματική εξάρτηση, στην οποία ο καπνιστής είναι σωματικά και ψυχολογικά εξαρτημένος απ' αυτή τη συνήθεια. Όμως υπάρχει ακόμα και μεγάλη άγνοια για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό, αφού πολλοί πιστεύουν ότι μόνο οι βαριοί καπνιστές κινδυνεύουν.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι πολύ σημαντικός, γιατί αφ' ενός οφείλει να πληροφορήσει τα άτομα για τους κινδύνους που διατρέχουν καπνίζοντας, και αφ' ετέρου να ενθαρρύνει τους αρρώστους (ιδιαίτερα με ασθενείς του αναπνευστικού) να σταματήσουν το κάπνισμα. Πρέπει με κατανόηση να αγκαλιάσει τον άρρωστο και την εξάρτησή του και να σταθεί κοντά του τις βασανιστικές ώρες της στέρησης ή αν δεν είναι αυτό δυνατό, να φροντίσει να του εμφυσήσει θάρρος και αντοχή για να το ξεπεράσει.

Η σχολική Νοσηλεύτρια μπορεί να ασκήσει σημαντική επιρροή στην εμπόδιση των νεαρών μαθητών να αρχίσουν το κάπνισμα, αφού η εφηβική ηλικία θεωρείται επιρρεπής στους κινδύνους κάθε μορφής και φυσικά κατάλληλη για δομική "νέων εμπειριών".

Ακόμα οι Νοσηλευτές - τρεις πρέπει να ηγηθούν στην πίεση της κυβέρνησης να περάσει κανονισμό για κλειστούς χώρους όπου θα απαγορεύεται το κάπνισμα ρητώς, να επιμείνει στην εμπόδιση διαφήμισης προϊόντων καπνού και στην ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος.

- την αποφυγή μείωσης της φυσικής αντίστασης του οργανισμού και προσπάθειες για διατήρηση καλής γενικής κατάστασης. Αυτό επιτυγχάνεται με εξασφάλιση καλής λειτουργίας των φυσικών αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού, καθώς και με τη λήψη μέτρων προφύλαξης κατά των ασθενειών με τη μορφή εμβολιασμών. Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού που είναι από τους προδιαθεσικούς παράγοντες για πνευμονία, αποφεύγονται με εμβόλια αντιγριπικά, ιδιαίτερα στην περίπτωση ευαίσθητων ατόμων και ατόμων βρεφικής ή γεροντικής ηλικίας.

Η έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία κάθε κρυολογήματος ή γρίπης, αποτρέπει την πιθανότητα δημιουργίας της πνευμονίας ως επιπλοκή.

Η καλή γενική κατάσταση επιτυγχάνεται με τρόπους που λίγο-πολύ είναι γνωστοί στον πληθυσμό και περιλαμβάνουν: σωστή και πλήρη διατροφή, σωματική άσκηση, κατάλληλη ενδυμασία, υγιεινές συνθήκες διαμονής και εργασίας κ.λπ.

Αν κάποιος απ' αυτούς τους παράγοντες μεταβληθεί αρνητικά, αυτό θα έχει επίδραση στο επίπεδο υγείας του ατόμου.

Η φυσική του άμυνα θα μειωθεί και θα γίνει ευάλωτος στην εισβολή μικροβίων.

Ένα παράδειγμα μεγάλης καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπου είναι το AIDS (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας). Οι ασθενείς με AIDS πολλές φορές πεθαίνουν από πνευμονία γιατί και μια μικρή ακόμα συγκέντρωση μικροβίων, είναι ικανή να προκαλέσει εκδήλωση της νόσου. Ειδικά αυτοί οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν για τα μέτρα πρόληψης προσβολής τους από πνευμονία.

- Ο Νοσηλευτής - τρία έχει απεριόριστες δυνατότητες να συμβάλλει καθημερινά στην πρόληψη της νόσου και την παραγωγή της υγείας, ακόμα κι όταν νοσηλεύει τους αρρώστους του.

Το επιτυγχάνει όταν μερμνά να προλαμβάνονται οι επιπλοκές και ενδονοσοκομειακές βλάβες, με τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες του. Ακόμα όταν ανακουφίζει τον άρρωστο και όταν με κάθε μέσο επιτυγχάνει την ανάρρωσή του και διδάσκει την ψυχοσωματική υγεία.

Οι διαδικασίες μέσα στο νοσοκομείο που έχουν σαν σκοπό την αποφυγή δημιουργίας της νόσου ως επιπλοκή υπάρχουσας ασθένειας περιλαμβάνουν:

- Διατήρηση άριστης αναπνευστικής λειτουργίας είτε φαρμακευτικά (χορήγηση βρογχοδιασταλτικών και αποχρεμπτικών, αποφυγή φαρμάκων που καταστέλλουν τους βρογχοπνευμονικούς μηχανισμούς), είτε μηχανικά (διατήρηση βατότητας του αεραγωγού με αναρροφήσεις).
- Έλεγχος αντανακλαστικών του θήλα και της κατάποσης, ιδιαίτερα μέτρα από χειρουργική επέμβαση, για αποφυγή εισρόφησης των εκκρίσεων.

- Συχνές αλλαγές θέσης, ασκήσεις θήχα και βαθιές αναπνοές για αποφυγή σύμπτυξης των κυψελίδων.
- Εξασφάλιση υγιεινής του στόματος με συχνές πλύσεις.
- Τοποθέτηση αρρώστων που βρίσκονται σε κωματώδη ή ημικωματώδη κατάσταση, σε ανάρροπη θέση.
- Χρήση κατάλληλου αντισηπτικού για αποφυγή επέκτασης της λοίμωξης, γιατί όπως έχει αναφερθεί, κάποια αντισηπτικά δρουν ως θρεπτικό υλικό για ορισμένα μικρόβια π.χ. κλεμποιέλλα.
- Τέλος σαν μέτρο πρόληψης υποτροπής της νόσου, είναι η τήρηση των οδηγιών για την καλή λειτουργία του αναπνευστικού, η αποφυγή των παραγόντων που έχουν προαναφερθεί και η τακτική επανεξέταση για έγκαιρη διαπίστωση τυχόν ανωμαλίας.

Όπως συμπεραίνουμε, ο Νοσηλευτής - τρία ενημερώνει, εξηγεί, συμβουλεύει, καθοδηγεί, πιέζει ίσως καταστάσεις, με σκοπό να καταστήσει δυνατή την πρόληψη της πνευμονίας.

Πέρα από τον πρακτικό ρόλο του, που εξασκεί κατά κανόνα εντός του Νοσοκομείου για πνευμονίες, κυρίως ως επιπλοκή άλλης νόσου, εμφανίζεται ο διδακτικός ρόλος, που θεωρείται πιο σπουδαίος. Όταν το άτομο διδάχτεί και συνειδητοποιήσει τη σημασία της πρόληψης της πνευμονίας, τότε και το ίδιο θα συμμετέχει ενεργά, αλλά και θα γίνει δυνατή η μείωση των περιστατικών της πνευμονίας.

Ο νοσηλευτικός ρόλος στην πρόληψη της νόσου και η συνεργασία του με τους άλλους επαγγελματίες Υγείας, εξασφαλίζει τη βεβαιότητα πως η ενημέρωση για την υγεία θα προχωρήσει και θα γίνει σωστά και αποτελεσματικά, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος: ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟ 2.000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ένα από τα σπουδαιότερα σημεία στο ρόλο του Νοσηλευτή - τριας είναι αυτό της διάγνωσης, της έγκαιρης δηλ αναζήτησης των συμπτωμάτων και εκδηλώσεων της πνευμονικής νόσου προκειμένου να αντιμετωπιστεί άμεσα με ασφάλεια και το λιγότερο ανώδυνα.

Η διαγνωστική νοσηλευτική εκτίμηση διενεργείται μέσω της παρατήρησης, αναζητώντας ενδείξεις της νόσου.

Συμπληρώνεται από τη συνέντευξη, συγκεντρώνοντας πληροφορίες, που αφορούν το ιστορικό υγείας του ασθενούς, βοηθώντας τον παράλληλα να εκφραστεί για το πρόβλημά του.

Η δεξιότητα της ακρόασης, βασική προϋπόθεση σε κάθε επαφή με τον άρρωστο αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα που πρέπει να κατέχει ο νοσηλευτής - τρια, που μαζί με την άμεση εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση, ακρόαση), ολοκληρώνουν το αρχικό μέρος της νοσηλευτικής διεργασίας.

Οι παραπάνω μέθοδοι είναι πλέον αναγκαίες για τη συλλογή και εκτίμηση των στοιχείων που αφορούν μια πνευμονία.

Οι δύο αυτές ενέργειες (συλλογή και εκτίμηση) αλληλοεπικαλύπτονται και επαναλαμβάνονται περιοδικά με την επανεξέταση και τον επαναπροσδιορισμό της διάγνωσης, όταν η κατάσταση υγείας του ασθενούς μεταβάλλεται.

Καθήκον του Νοσηλευτή - τριας είναι να γνωρίζει τον τρόπο εκτίμησης της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου που πιθανόν έχει προσβληθεί από κάποια μορφή πνευμονίας, να την αναγνωρίζει και να ενεργεί ανάλογα.

Πριν προχωρήσουμε θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η μικροβιακή πνευμονιοκοκκική πνευμονία, όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, επειδή αποτελεί τον πιο συχνό τύπο πνευμονίας, θα αναπτυχθεί και εκτενέστερα, μιας και γι' αυτήν τη μορφή θα κληθεί ο νοσηλευτής - τρια να προσφέρει υπηρεσίες. Φυσικά, ειδικές αναφορές θα γίνουν στις υπόλοιπες πνευμονίες και ιδιαίτερα σ' αυτές που παρουσιάζουν σημαντικό διαγνωστικό ενδιαφέρον.

2.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Προυπόθεση, λοιπόν, για την αναγνώριση μιας ασθένειας, είναι η άμεση επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο και η αναζήτηση στοιχείων, απ' αυτόν αλλά και από το κοντινό του περιβάλλον, τέτοιων, που θα βοηθήσουν στην πλήρη κατανόηση της νόσου.

Το άτομο που προσέρχεται παραπονούμενο για ενοχλήσεις από το αναπνευστικό και όχι μόνο, το παροτρύνουμε να μας διηγηθεί τα προηγούμενα συμβάντα, τα σχετικά με την τωρινή του κατάσταση. Πολλές φορές παραλείπει να μας αναφέρει ορισμένα σημαντικά στοιχεία, συνήθως επειδή δεν αποδίδει και μεγάλη σημασία σ' αυτά ή του είναι γνώριμα και συνηθισμένα π.χ. βήχας και τα πτύελα των καπνιστών.

Για την ανεύρεση αυτών των στοιχείων, είναι απαραίτητη η ενεργητική συμμετοχή του Νοσηλευτή - τριας στη συζήτηση, υποβάλλοντας ερωτήσεις ως προς τα γενικά συμπτώματα (ανορεξία, εύκολη κούραση, καταβολή, πυρετός) καθώς και τα λειτουργικά, τα οποία συναντούμε συνήθως στα περισσότερα αναπνευστικά νοσήματα (βήχας, απόχρεμψη, αιμόπτυση, θωρακικός πόνος, μυαλγίες, δύσπνοια) τα οποία είναι χαρακτηριστικά σε μια πνευμονία.

Ακόμα, πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η ηλικία και η επαγγελματική του απασχόληση, που σε συνδυασμό με τα συμπτώματα μπορεί να μας οδηγήσει σε μια πιθανή διάγνωση. Επίσης η βραχεία ή μακρά λήψη φαρμάκων έχει σημασία, γιατί υπάρχουν πνευμονοπάθειες και έχουν άμεση σχέση με την φαρμακευτική κάλυψη του αρρώστου.

Στοιχεία επίσης μπορούμε να ζητήσουμε, για το εργασιακό και οικογενειακό του περιβάλλον, την ύπαρξη άλλων παθήσεων, για τις συνθήκες διαβίωσης (υγιεινή ή ανθυγιεινή κατοικία), επαρκή ή ανεπαρκή διατροφή, σωματική ή ψυχική υπερκόπωση, τυχόν κλινικές καταπονήσεις κ.λπ.

Φυσικά πολλά απ' αυτά τα στοιχεία ή και άλλα πρόσθετα, μπορούμε να τα πληροφορηθούμε από το συγγενικό κύκλο του αρρώστου, που η βοήθεια τους γίνεται ανεκτίμητη σε περιπτώσεις που ο ασθενής, λόγω βαριάς γενικής κατάστασης ή διανοητικής καθυστέρησης ή ακόμα γιατί είναι μικρό παιδί, δεν είναι σε θέση να μας ανακαλύψει

2.2 ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ο Νοσηλευτής - τρια, αφού συγκεντρώσει τις πληροφορίες που συνθέτουν το ιστορικό υγείας του ασθενή, περνά στη φυσική του εκτίμηση για να διαπιστώσει άμεσα όλα εκείνα τα συμπτώματα και τις εκδηλώσεις που διαγράφουν την εικόνα μιας πνευμονίας.

Η εξέταση αυτή αποσκοπεί στο να διευκολύνει τη διαγνωστική του εκτίμηση και να τον κατευθύνει στη διενέργεια των απαιτούμενων παρακλινικών εξετάσεων του αρρώστου για την ακριβή διάγνωση της νόσου.

Ο Νοσηλευτής - τρια επισκοπεί, ψηλαφεί και ακροάζεται τον πάσχοντα, αποκαλύπτοντας με αυτές τις τρεις μεθόδους πολλά και ουσιώδη ευρήματα που συνοδεύουν τη νόσο.

Παρατηρώντας λοιπόν τον ασθενή μπορεί να διακινεί τα παρακάτω ευρήματα:

1. Δύσπνοια

Η δύσπνοια, βασική εκδήλωση της πνευμονίας, εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη του αρρώστου κατά την οποία εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή του και το αίσθημα έλλειψης ή πόνου στο στήθος.

Ο Νοσηλευτής - τρια γνωρίζοντας ότι η δύσπνοια σε μια τέτοια περίπτωση οφείλεται στον περιορισμό του αναπνευστικού πεδίου καθώς και στην απόφραξη πολλών βρογχιολίων του πνευμονικού παρεγχύματος, λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για τον περιορισμό της. Γίνεται αμέσως αντιληπτή και θα πρέπει να λαμβάνεται σαν βασικό σημείο - οδηγός, για την περαιτέρω έρευνα και νοσηλευτική αντιμετώπιση.

2. Κυάνωση

Ετσι χαρακτηρίζεται το κυανό χρώμα του δέρματος, των νυχιών και των βλεννογόνων.

Ο Νοσηλευτής - τρια μπορεί να παρατηρήσει πιο εύκολα στα νύχια, τα χείλια, τα αυτιά, τα μάγουλα και τη γλώσσα.

Προσέχει ιδιαίτερα την ένταση του χρώματος, το πάχος, την τυχόν σύσπαση των επιφανειακών αγγείων (shock) ή τη διάτασή τους (στάση κυκλοφορική) στα σημεία του σώματος που αναφέρθηκαν πριν.

Στην πνευμονία η κυάνωση είναι αναπνευστική και οφείλεται σε ελλιπή οξυγόνωση του αίματος από τους πνεύμονες. Αναμφισβήτητος τρόπος εκτίμησης της ανοξαιμίας, είναι η ποσοτική μέτρηση της οξυγονώσεως στο αίμα με φυσικές ή χημικές μεθόδους.

3. Βήχας

Αντανακλαστικό φαινόμενο, που εκδηλώνεται με βίαια, απότομη και θορυβώδη

εκπνοή. Έργο του είναι να διαφυλάσσει καθαρές τις αεροφόρους οδούς.

Ο χρόνος, η ποιότητα και ο χαρακτήρας του βήχα έχουν μεγάλη διαγνωστική αξία, γι' αυτό πρέπει να παρακολουθείται από το νοσηλευτή - τρία με προσοχή και να αναφέρεται στο γιατρό.

Στην πνευμονία, ο βήχας εμφανίζεται συνήθως το πρωί, είναι παραγωγικός (υγρός) με απόχρεμψη και έχει υλακώδη ή κοκκυτοειδή χαρακτήρα.

4. Απόχρεμψη

Το έκκριμα του βρογχικού δέντρου που παράγεται φυσιολογικά, καταλήγει με την κατάποση στην οδό του πεπτικού σωλήνα. Όμως σε παθολογικές καταστάσεις, όπως την πνευμονία, η ποσότητά του μπορεί να αυξηθεί και η σύστασή του να μεταβληθεί, οπότε αποβάλλεται με τη βοήθεια του αντανακλαστικού του βήχα σαν απόχρεμψη.

Το υλικό αυτό είναι μείγμα εκκρίμάτων του βρογχικού δέντρου, σιέλου, ρινικού εκκρίματος, νεκρών κυττάρων, φαγοκυττάρων, λευκοκυττάρων, ερυθροκυττάρων και προϊόντων μικροβιακής δραστηριότητας.

Ο Νοσηλευτής - τρία μπορεί να αναγνωρίσει την απόχρεμψη μιας πνευμονίας από τα τυπικά σκουριόχρωμα πτύελα, αποτέλεσμα της αλλοιωμένης αιμοσφαιρίνης καθώς και από την ιξώδη όψη της. Κατά την εξέλιξη της νόσου γίνεται θλεννοπυώδης, χροιάς κίτρινης, πρασινοκίτρινης ή φαιοπράσινης, λόγω διαπίδυσης πολλών λευκοκυττάρων εξαιτίας της φλεγμονής.

5. Θωρακικό άλγος

Στη φλεγμονή του πνεύμονα συμμετέχει πολύ σύντομα και ο υπεζωκότας που είναι πλουσιότατος με αισθητικά νεύρα, πράγμα που δικαιολογεί και τον οξύ χαρακτήρα του πόνου.

Ο νοσηλευτής - τρία μπορεί να εκτιμήσει το σύμπτωμα αυτό, σημειώνοντας την εντόπισή του, που συνήθως εμφανίζεται με τη μορφή πλευριτικού άλγους στην περιοχή της ωμοπλάτης ή του μαστού. Ακόμα, το χαρακτήρα του, που σε συνδυασμό με το βήχα και τη συνεχή υπεζωκοτική τριθή των δύο πετάλων λόγω των αναπνευστικών κινήσεων, κάνουν τον πόνο πιο έντονο και βασανιστικό. Για το λόγο αυτό, βλέπουμε τον άρρωστο πολλές φορές να ξαπλώνει με τη φλεγμονώδη πλευρά προς τα κάτω προσπαθώντας να τον μετριάσει.

6. Πυρετός - Επιχείλιος Ερπητας

Η υψηλή θερμοκρασία του σώματος εξαιτίας της λοίμωξης που συνοδεύεται από ρίγη, μπορεί να φτάσει μέχρι και 41°C.

Ο Νοσηλευτής - τρία πρέπει να έχει υπόψη του ότι σε μια τέτοια υπερπυρεξία ο άρρωστος μπορεί να γίνει συγχυτικός και να εμφανίσει αποπροσανατολισμό από

το περιβάλλον (θόλωσης της διάνοιας).

Δεν πρέπει, επίσης, να απορήσει με την παρουσία του επιχειλίου έρπητα, που συνοδεύει συνήθως την πνευμονία μετά από υψηλό πυρετό λόγω της μειωμένης αντίστασης του οργανισμού, επιτρέποντας έτσι την εμφάνιση του ιού του έρπητα.

- Κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής εκτίμησης, η ακρόαση του ασθενούς μπορεί να υποδείξει τα παρακάτω παθολογικά ευρήματα:

1. Αναπνευστικός Συριγμός

Ενδεικτικό σημείο στενώσεως μεγάλων αεροφόρων οδών, συνήθως από βρογχικές εκκρίσεις, που δίνει αυτό το χαρακτηριστικό ήχο.

2. Αναπνευστικοί Ρόγχοι

Ειδικότερα, "τρίζοντες" ρόγχοι Αποτελούν κυψελιδικό φαινόμενο που παρατηρείται σε πνευμονικές πυκνώσεις.

Αν πρόκειται για υγρούς ρόγχους εντοπισμένους στα άνω πνευμονικά πεδία, η νοσηλευτική διαγνωστική εκτίμηση θα πρέπει να κατευθύνεται προς ανεύρεση πνευμονικής φυματίωσης.

3. Αναπνευστικοί Ηχοι

Ηχοι μειωμένη ή τελείως ασήμαντοι. Παρατηρούνται σε απόφραξη του βρόγχου που αερίζει τη συγκεκριμένη πνευμονική περιοχή ή όταν μεταξύ του πνεύμονα και του τοιχώματος παρεμβάλλεται στοιβάδα (από αέρα, υγρό ή όγκο) που δεν συνηχεί με τις ηχητικές δονήσεις του αναπνευστικού ψιθυρίσματος.

4. Φυσήματα

Είναι δυνατόν ο νοσηλευτής - τρια να ακούει φυσήματα, όταν καταργηθεί το κυψελιδικό μέρος του αναπνευστικού ψιθυρίσματος.

Η πνευμονική πύκνωση στις κυψελίδες κάνει το φύσημα να ακούγεται "σωληνώδες" και έντονο. Αν όμως, το φύσημα ηχεί σαν "σπηλαιώδες" και ακούγεται "τραχύ" κατά την είσοδο του αέρα, τα σημεία αυτά αποτελούν ενδεικτικά στοιχεία ύπαρξης σπηλαιίου. Τότε η διάγνωση θα πρέπει να στρέφεται προς τη φυματιώδη πνευμονία.

5. Φωνητικές Δονήσεις - Θωρακικές Αντηχήσεις

Οι δονήσεις αυξάνονται σε πνευμονικές πυκνώσεις με την προϋπόθεση ότι ο βρόγχος του πάσχοντος λοβού είναι ανοικτός, ενώ οι θωρακικές αντηχήσεις είναι μειωμένες πάνω στην περιοχή της διήθησης.

6. Υπεζωκοτικός ή Πλευριτικός Ηχος Τριβής

Είναι χαμηλού τόνου, τραχύς και δυνατός. Ακούγεται κοντά στο αυτί, συνήθως και στις δύο φάσεις της αναπνοής.

Όλα τα παραπάνω είναι ευρήματα που χαρακτηρίζουν γενικά μια πνευμονία και ιδιαίτερα μια μικροβιακή. Υπάρχουν, όμως και μερικά άλλα, όχι και τόσο συχνά, που μαζί με τις υπόλοιπες κύριες εκδηλώσεις δίνουν το στίγμα τους, βοηθώντας έτσι στην αναγνώριση κάποιας μορφής τους.

Ο Νοσηλευτής - τρία πρέπει να τα γνωρίζει προκειμένου να ακολουθήσει το σωστό δρόμο της διάγνωσης.

Συνοπτικά λοιπόν είναι τα εξής:

α. Αιμόπτυση

Ετσι χαρακτηρίζεται,η από το στόμα και μετά από βήχα αποβολή αίματος, που προέρχεται από τις αεροφόρους οδούς.

Αν μια πνευμονία συνοδεύεται από αιμόπτυση, αποτελεί ισοβαρή ένδειξη ότι πρόκειται για φυματιώδη, ενώ πιο σπάνια παρουσιάζεται στις πνευμονίες από ιό της γρίπης.

Αυτό που ενδιαφέρει πρωταρχικά μια Νοσηλεύτρια μετά την εμφάνιση αίματος στα πτύελα, είναι να εκτιμά τις ποσότητες αίματος που αποβάλλει ο ασθενής. Αυτές δεν πρέπει να ξεπερνούν συνολικά τα 500 ml, γιατί διαφορετικά θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του.

Σε μια τέτοια περίπτωση, η αντιμετώπισή της πρέπει να είναι γρήγορη και σταθερή, με τη συνεργασία του γιατρού.

β. Φαρυγγίτιδα - Επιπεφυκίτιδα

Και οι δύο φλεγμονές είναι δυνατόν να εμφανιστούν στην πνευμονία από αδενοϊούς, η φαρυγγίτιδα μάλιστα, μπορεί να συνοδεύει και την από ρινοϊούς πνευμονία.

γ. Χαμηλός Πυρετός - Ακανόνιστος Βήχας - Πυώδης Απόχρεμψη

Χαρακτηριστικά της μεικτής πνευμονίας, η οποία δημιουργείται ως επιπλοκή σε χειρουργημένους, σε τραυματίες ή σε διάφορες χρόνιες παθήσεις.

δ. Διαλείπων Πυρετός - Ασυμφωνία Κλινικής και Ακτινολογικής Εικόνας

Αυτά αποτελούν εκδηλώσεις της άτυπης πνευμονίας (από μυκόπλασμα). Ο άρρωστος έχει πυρετό με διακυμάνσεις στη θερμοκρασία του, που φτάνει μέχρι και την τέλεια απυρεξία.

Ενώ η δυσαναλογία των κλινικών αντικειμενικών ευρημάτων (φτωχά ευρήματα) με την ακτινολογική εικόνα είναι εντυπωσιακή.

ε. Ναυτία - Εμετος - Διάρροια

Εκδηλώσεις πιο συχνές στις άτυπες πνευμονίες (από λεγιονέλλα).

Ο Νοσηλευτής - τρία πρέπει να είναι σε ετοιμότητα σε μια τέτοια πνευμονία, γνωστή για τη μεγάλη θνησιμότητα που έχει τα τελευταία χρόνια.

στ. Φωτοφοβία - Ρινικές επιστάξεις

Συμπτώματα που παρατηρούνται στην πνευμονία από χλαμύδια (ψιπτάκωση - ορνίθωση).

ζ. Σπληνομεγαλία

Πολλές φορές μαζί με την πνευμονία από ρικέτσια (*coxiela Burnetti*), κατά την ψηλάφηση, παρατηρείται διόγκωση του σπληνός.

η. Βρογχόσπασμος - Νυχτερινή Εφίδρωση

Παρουσιάζονται κατά την πνευμονία από εισρόφηση ή από λιποειδή. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί παρουσιάζει υψηλή θνητότητα.

θ. Νεκρωτικές Περιοχές Πνευμόνων - Εικόνα μελισσοκυρήθρας

Νέκρωση πνευμονικών περιοχών μπορεί να παρατηρηθεί μετά από συνεχείς ακτινοβολίες που καταλήγουν σε πνευμονική σκλήρυνση. Μικροί κυστικοί σχηματισμοί ανευρίσκονται ακτινολογικά και εμφανίζονται στα τελευταία στάδια της διάμεσης πνευμονίας. Η εικόνα που παρουσιάζουν θυμίζει μελισσοκυρήθρα.

2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ (ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ) ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Για την πλήρη διάγνωση της πνευμονίας, οι παρακλινικές εξετάσεις προσφέρουν ανεκτίμητη βοήθεια.

Καθήκον του Νοσηλευτή - τριας, πριν ο άρρωστος αρχίσει τις προγραμματισμένες εξετάσεις του, είναι να τον ενημερώσει γι' αυτές τις τεχνικές, αν τυχόν δεν έχει υποβληθεί ποτέ στο παρελθόν σε τέτοιες διαδικασίες. Επίσης να τον διαβεβαιώσει για την ασφάλειά του, λέγοντας ότι δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο, παρά μόνο μια μικρή ταλαιπωρία, η οποία όμως θα τον βοηθήσει στο σχήμα της θεραπείας του. Και τέλος, να του τονίσει πως η συνεργασία του είναι απαραίτητη γι' αυτές τις εξετάσεις.

Οι βασικότερες μέθοδοι διαγνωστικής εξέτασης, παρακλινικά για μια πνευμονία, και οι παρεμβάσεις της νοσηλεύτριας κατά τη διενέργεια αυτών, είναι οι εξής:

1. Ακτινολογικός Έλεγχος

Μια απλή ακτινογραφία θώρακος, που συνήθως είναι ρουτίνα για κάθε ασθενή που εισάγεται στο νοσοκομείο με αναπνευστικό πρόβλημα, αποτελεί σημαντικότερο μέσο διάγνωσης.

Στην περίπτωση της πνευμονίας, οι περιοχές της πύκνωσης είναι εμφανέστερες μέσα στο πνευμονικό παρέγχυμα.

Ο Νοσηλευτής - τρία ενημερώνει τον άρρωστο για την εξέταση και τον συνοδεύει στον ακτινολογικό θάλαμο για την περαιτέρω διαδικασία.

2. Μικροβιολογικός Έλεγχος

Η καλλιέργεια και η ευαισθησία πτυέλων είναι μια μέθοδος που πιθανότατα θα ανακαλύψει τον παθογόνο παράγοντα.

Ο Νοσηλευτής - τρία εξηγεί στον ασθενή, ότι για την επιτυχία της εξέτασης είναι απαραίτητο τα πτύελα να προέρχονται από τα θάθη του βρογχικού δέντρου. Γι' αυτό τον τοποθετεί σε καθιστή θέση με το κεφάλι σε κάμψη, και τον παρακινεί να εισπνεύσει βαθιά και στη συνέχεια να θήξει δυνατά. Τέσσερα ml (4 ml) είναι αρκετά για την εξέταση.

Ο Νοσηλευτής φροντίζει να σταλεί αμέσως το δείγμα στο εργαστήριο για αποφυγή τυχόν αλλοίωσής του, διαφορετικά φυλάγεται στο ψυγείο.

Τα πρωινά πτύελα θεωρούνται ως τα καλύτερα γι' αυτόν τον έλεγχο, είναι όμως δυνατόν να συλλεγούν οποιαδήποτε ώρα της ημέρας, εφ' όσον αυτά αποτελούν περιεχόμενο του αναπνευστικού πεδίου.

3. Έλεγχος Αερίων και PH Αρτηριακού Αίματος

Η εξέταση αυτή αποτελεί τον τελικό έλεγχο της επάρκειας του πνευμονικού αερισμού.

Περιλαμβάνει διάφορες μεθόδους, αιματηρές ή αναίμακτες, με τις οποίες ελέγχονται η ανομοιογένεια του αερισμού, κυψελιδικός αερισμός, η ικανότητα διαχύσεως των αερίων, η μερική τάση O_2 και CO_2 στο αρτηριακό αίμα και η σταθερότητα του PH (οξεοβασική ισορροπία).

Κατά τη διάρκεια της λήξεως αρτηριακού αίματος, ο άρρωστος ενημερώνεται ανάλογα από τη Νοσηλεύτρια και λαμβάνει δείγμα 3 cc αίματος.

Οι τιμές των αερίων είναι σημαντικές γιατί αποτελούν το δείκτη οξυγόνωσης του αρρώστου, για τις οποίες πρέπει να είναι ενήμερη η νοσηλεύτρια, προκειμένου να χορηγήσει τις απαιτούμενες ποσότητες O_2 , αν κριθεί από το γιατρό απαραίτητο.

Φ.Τ. PH : 7,35 - 7,45

PO_2 : 80 - 100 mm Hg

PCO_2 : 38 - 42 mm Hg

Κορεσμός HB σε O_2 : 95 - 98%

4. Βρογχοσκόπηση

Με αυτή την τεχνική είναι δυνατή η άμεση εξέταση των βρόγχων που βρίσκονται κοντά στο διχασμό της τραχείας.

Γίνεται συνήθως με γενική νάρκωση του αρρώστου ή τοπική.

Στην περίπτωση της πνευμονίας είναι χρήσιμη για την άμεση επισκόπηση του βρογχικού δέντρου για τυχόν παθολογικές καταστάσεις, καθώς και για εκτέλεση βρογχοαναρροφήσεως με σκοπό τη συλλογή δείγματος βρογχικών εκκρίσεων για εργαστηριακό έλεγχο.

Επειδή η ασφάλεια της εξέτασης απαιτεί οργανωμένο χειρουργείο ή ειδικό εργαστήριο, ο άρρωστος αισθάνεται ανασφάλεια και φόβο.

Ο Νοσηλευτής - τρια μπορεί να συμβάλλει στη ψυχική ηρεμία του ασθενή εξηγώντας του τι πρέπει να κάνει, με ποιο τρόπο μπορεί να βοηθήσει και τι αυτός περιμένει από την εξέταση.

Ετσι φροντίζει να μείνει νηστικός τουλάχιστον έξι ώρες πριν απ' αυτήν. Του τονίζει ότι πρέπει να παραμείνει ήρεμος και ακίνητος για επιτυχία της διαδικασίας και τη σωστή διαγνωστική εκτίμηση.

Μετά την εξέταση, προσέχει να μην χορηγηθεί τίποτα από το στόμα, ώσπου να επιστρέψουν τα αντανακλαστικά του θήλα και της κατάποσης, οπότε και του χορηγείται κανονική διαίτα. Μέχρι τότε, τοποθετείται σε ανάρροπη θέση και ενθαρρύνεται να αναπνέει βαθιά αποφεύγοντας την ομιλία.

Αν παρουσιαστεί οίδημα λάρυγγος ή αναπνευστική δυσκολία, ιδίως στα παιδιά, ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός.

Οι παραπάνω εξετάσεις συμπληρώνονται με μια γενική αίματος και καλλιέργεια, καθώς και με ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ.), προκειμένου να υπάρχει πληρέστερη διαγνωστική εικόνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική συμβολή του Νοσηλευτή - τριας στο άτομο που νοσεί από πνευμονία, περιλαμβάνει το σχεδιασμό και την εφαρμογή των ενεργειών εκείνων που θα οδηγήσουν, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, στην προηγούμενη φυσιολογική ζωή του.

Με το σχεδιασμό καταγράφει με προτεραιότητα τις ανάγκες του ασθενή, και στη συνέχεια σχεδιάζει το πλάνο της κάλυψής τους, θέτοντας έτσι τους αντικειμενικούς στόχους της φροντίδας του.

Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του σχεδίου, διεκπεραιώνει τις προγραμματισμένες δραστηριότητες, ενώ ταυτόχρονα ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνεργάζεται, εξηγώντας του το σκοπό των ενεργειών του και ότι αυτές δεν είναι τίποτε άλλο παρά πράξεις που στοχεύουν στην εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής υγείας του.

Εδώ θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι η αναγκαία φιλοξενία ενός ατόμου στο νοσοκομείο, είναι συχνά μια δυσάρεστη και συνάμα απογοητευτική εμπειρία. Κινητοποιεί ένα πλήθος συναισθημάτων, αγωνίας, άγχους, φόβου και ανασφάλειας που επιβαρύνουν την κατάστασή του περισσότερο. Γι' αυτό δεν πρέπει να ξεχνάμε πως οι πρώτες εντυπώσεις του νεοφερμένου ασθενή, σηματοδοτούν την περαιτέρω ψυχολογική του ισορροπία.

Αν αναλογιστούμε τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία του νοσηλευόμενου αρρώστου (ξένο περιβάλλον, άγνωστα πρόσωπα, άγνωστε διαδικασίες, περιορισμένος χώρος κ.λπ.) η πρόκληση, να γίνει η φιλοξενία μια θετική εμπειρία για το άτομο, γίνεται ουσιαστική για την επιτυχία της όλης διαδικασίας.

Στην εφαρμογή του σχεδίου, είναι δυνατόν να συμμετέχουν και άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (γιατρός, φυσιοθεραπευτής, διαιτολόγος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός κ.ά.) συμβάλλοντας, ο καθένας με τον τρόπο του, για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αν και μερικές φορές τα σχέδια φροντίδας μοιάζουν άσχετα και χρονοβόρα, είναι γεγονός ότι τα σωστά σχέδια γίνονται ουσιαστικής σημασίας, με σκοπό την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας.

Ο Νοσηλευτής - τρια με τα σχέδια αυτά δημιουργεί την κεντρική πηγή πληροφοριών για τα προβλήματα και τις ανάγκες ενός αρρώστου που πάσχει από πνευμονία και θέτει τους άμεσους (βραχυπρόθεσμους) στόχους, αλλά και τους απώτερους (μακροπρόθεσμους) που είναι πιο γενικευμένοι και έχουν συμβουλευτικό και συνάμα εκπαιδευτικό χαρακτήρα.

3.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Τα προβλήματα που δημιουργούνται σ' έναν τέτοιο άρρωστο είναι πολλαπλά και ποικίλα. Ο εντοπισμός και η καταγραφή τους μπορεί να γίνουν σύμφωνα με τον παρακάτω τρόπο:

- Από το αναπνευστικό σύστημα:

Η ύπαρξη αναπνευστικής δυσχέρειας, βασικά λόγω μειώσεως του αναπνευστικού παιδιού προκαλεί δύσπνοια, ταχύπνοια και κυάνωση διαφόρου βαθμού.

Ο θήχας και η απόχρεμψη, που δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση, κάνουν αισθητή την παρουσία τους στο μεγαλύτερο διάστημα της μέρας, ενώ το πλευριτικό άλγος είναι συνεχές και έντονο.

- Από το κυκλοφοριακό σύστημα:

Η ταχυκαρδία, που προκαλεί η ταχύπνοια λόγω της βαριάς πνευμονοπάθειας, έχει ως συνέπεια την πρόσθετη επιβάρυνση του καρδιακού έργου.

- Από το πεπτικό σύστημα:

Οι διαταραχές στα ισοζύγια νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας εξαιτίας του πυρετού, της υπερκαπνίας, της υποξίας, των εμέτων, της εφίδρωσης, είναι υπαρκτές. Η ναυτία, ο μετεωρισμός της κοιλίας και η δυσλειτουργία του εντέρου, συνοδεύουν τις διαταραχές του συστήματος αυτού.

- Κίνδυνος επιπλοκών

Ο Νοσηλευτής - τρια γνωρίζει ότι η πνευμονία μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις, για την ανάπτυξη άλλων παθήσεων, κάνοντας ακόμα πιο δύσκολη την αντιμετώπισή της.

Οι πιθανότερες επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσει ο πνευμονικός άρρωστος είναι οι εξής:

α. Ατελεκτασία

Η πάθηση αυτή έρχεται πρώτη στην κατηγορία των πιθανών επιπλοκών μετά από μια πνευμονία.

Η βρογχική απόφραξη που συντελείται στον πνεύμονα ή σε τμήμα αυτού, είναι δυνατόν να εγκλωβίσει ποσότητα αέρα μέσα σε αυτά, που μετά την απορρόφησή τους, έχει σαν αποτέλεσμα την σύμπτωση του πνευμονικού παρεγχύματος.

Ο Νοσηλευτής - τρια, μπορεί να παρατηρήσει επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια και κυάνωση, ταχυκαρδία και ταχύπνοια, μετατόπιση του μεσοθωρακίου προς την πάσχουσα περιοχή και αυξημένη πλευροδυνία στο σημείο αυτό.

Η παρέμβασή του επικεντρώνεται στο να ετοιμάσει τον άρρωστο για βρογχοσκόπηση με τη συνεννόηση του γιατρού, να τον τοποθετήσει σε κατάλληλες θέσεις παροχέτευσης, και να τον ενθαρρύνει να θήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές. Αν παραστεί ανάγκη γίνονται και βρογχοαναρροφήσεις.

Τη βρογχική παροχέτευση και τη αποβολή των πτυέλων μπορεί να την ενίσχυση με την τεχνική των πλήξεων και των δονήσεων του θώρακα που γίνεται με τα χέρια και βοηθά στην αποκόλληση των εκκρημάτων.

Αν πραγματοποιηθεί παρακέντηση θώρακα, η μετέπειτα παρακολούθηση και εκτίμηση των ζωτικών σημείων, καθώς και των ήχων της αναπνοής, πρέπει να γίνονται με μεγάλη επιμέλεια.

β. Εμπύημα θώρακα

Η νόσος μπορεί να παρουσιαστεί δευτερογενώς και από την πνευμονία, με κύριο χαρακτηριστικό τη συλλογή πυώδους υγρού μέσα στην κοιλότητα του υπεζωκότα.

Ο υψηλός πυρετός, η ταχυσφυγμία, η ορθόπνοια, ο εντοπισμένος θωρακικός πόνος, η άνιση έκπτυξη του θώρακα και ο παραγωγικός θήχας είναι τα βασικά ευρήματα της νόσου.

Η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στη χορήγηση οξυγόνου και την τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση (ημι - fowler), στην εκτέλεση επακριβώς της συντηρητικής αγωγής, στη βοήθεια κατά τις εκκενωτικές θωρακικές παρακεντήσεις, και στην μετέπειτα παρακολούθηση των σωλήνων παροχέτευσης.

Αν είναι δυνατή η έγερση και η κίνησή του, τον ενθαρρύνει, γιατί με αυτό τον τρόπο η παροχέτευση του υγρού γίνεται πιο αποτελεσματική καθώς και η αποβολή των εκκρημάτων από την αναπνευστική οδό.

γ. Απόστημα θώρακα

Η πνευμονική διαπύηση που έρχεται δευτερογενώς μετά από την εγκατάσταση της πνευμονικής νόσου, εννοείται από τη βρογχική απόφραξη και την ελαττωμένη βρογχική παροχέτευση.

Τα συμπτώματα που προέχουν είναι ο πυρετός, ο επίμονος θήχας, η κάκοσμη απόχρεμψη και η πιθανή αιμόπτυση.

Ο αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης παραλαμβάνει τη διαδικασία παροχέτευσης του αποστήματος και τη μείωση της φλεγμονής.

Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με την κατάλληλη θεσική τοποθέτηση του αρρώστου έχοντας συνεχή επίβλεψη κατά το χρόνο παραμονής του σ' αυτές τις θέσεις, με την ενθάρρυνσή του να θήχει δυνατά, και με τη χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων.

δ. Πνευμονικό οίδημα

Η λοίμωξη, ο πυρετός, η υπερφόρτωση του κυκλοφοριακού από τις εγχύσεις μπορεί να αποτελέσουν τις αιτίες για την εμφάνιση πνευμονικού οιδήματος κατά την πνευμονία.

Ο θήχας και η ανησυχία κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι τα πρώτα προειδοποιητικά σημεία, ενώ στη συνέχεια εκδηλώνεται με μεγάλου βαθμού δύσπνοια και ορθόπνοια, θήχα με αφρώδη και αιμόφυρτα πτύελα, θορυβώδεις αναπνοές με συριγμούς, κυάνωση, και έντονη εφίδρωση, πανικό και διανοητική σύγχυση.

Εκτενέστερη αναφορά στην νοσηλευτική αντιμετώπιση του οιδήματος θα γίνει κατά τη νοσηλευτική διεργασία ασθενούς με πνευμονία.

ε. Πλευρίτιδα

Η φλεγμονή του υπεζωκότα εμφανίζεται ήδη από τα πρώτα στάδια της πνευμονίας στη ξηρή της μορφή, με το χαρακτηριστικό πλευριτικό άλγος.

Στην εξέλιξη της νόσου μπορεί να μετατραπεί σε υγρή, εκτιμώντας το, από την απουσία του κλασικού ήχου τριβής και της αυξανόμενης δύσπνοιας.

Όταν βρίσκεται στην ξηρή της μορφή, η νοσηλεύτρια λαμβάνει τα μέτρα εκείνα που έχουμε αναπτύξει κατά την παρέμβαση του πλευριτικού άλγους.

Όταν μεταπέσει σε υγρή, η παροχέτευση του υγρού με παρακέντηση του θώρακα, και η χορήγηση οξυγόνου, αποτελούν τις βασικές παρεμβάσεις.

• Παρακέντηση θώρακα και νοσηλευτική παρέμβαση

Με την εκκενωτική παρακέντηση θώρακα εισάγεται βελόνα μέσα στην κοιλότητα του υπεζωκότα για την αφαίρεση του υγρού που αναπτύσσεται κατά την υγρή πλευρίτιδα.

Αναγκαία αντικείμενα για την παρακέντηση αυτή είναι:

– Τροχήλατος ενέσεων: σ' αυτό τοποθετείται τοπικό αναισθητικό, τετράγωνο αδιάβροχο και αλλαγών, λευκοπλάστ, ψαλίδι, συσκευή BILLOW. Ακόμη Set το οποίο περιέχει:

α) Βελόνες: παρακεντήσεως (trocar) μήκους 6-8 εκ., και σύριγγες τύπου Record, δοκιμαστικά σωληνάκια, λαβίδα, γάζες και τλύπια θάμβακος.

Η παρακέντηση αυτή γίνεται με τον ασθενή καθισμένο στο κρεβάτι και υποβασταζόμενο από βοηθό. Για τη διερεύνηση των μεσοπλευρίων διαστημάτων ανυψώνεται το αντίστοιχο προς την πλευρά της παρακεντήσεως χέρι και τοποθετείται στο κεφάλι του αρρώστου, το οποίο στηρίζεται στο τραπέζι του φαγητού. Το σημείο παρακεντήσεως είναι το 7ο ή 8ο μεσοπλευρίο διάστημα.

Η νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια της παρακεντήσεως βοηθά το γιατρό και ταυτόχρονα παρακολουθεί το χρώμα, την αναπνοή του ασθενούς καθώς και το

σφυγμό του, διότι υπάρχουν κίνδυνοι όπως:

- Λιποθυμία, η οποία είναι καρπός της απότομης μείωσης της ενδοθωρακικής πίεσης.

- Αιμορραγία, ένεκα τραυματισμού μεσοπλεύριων αγγείων.

- Πνευμοθώρακας, από τραυματισμό του πνευμονικού παρεγχύματος.

- Γενική αδιαθεσία. Εάν εμφανιστεί γενική αδιαθεσία, η οποία καθώς περνά η ώρα επιδεινώνεται, συνιστάται η διακοπή ή η επιβάρυνση της εκροής του υγρού.

- Βαριά καρδιακή ανεπάρκεια σε ασθενείς με επιβαρυσμένη γενική κατάσταση, απ' τους οποίους αφαιρείται μεγάλη ποσότητα υγρού (1-2 λίτρα)...

Είναι συνηθισμένο για τον ασθενή που έκανε εκκενωτική παρακέντηση θώρακα, το αίσθημα καταβολής δυνάμεων και λιποθυμικών τάσεων.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια συνιστά στον ασθενή ανάπαυση και τον βοηθά στην κάλυψη των ατομικών του αναγκών, ώσπου να προσαρμοστεί ο οργανισμός του στη νέα αυτή κατάσταση.

3.3 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο Νοσηλευτής - τρια, έχοντας υπ' όψη τα προβλήματα που έχουν ανακύψει, θέτει τις κατευθύνσεις στις οποίες πρέπει να κινηθούν οι νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Αυτές μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

1. Αμεσοι (ή βραχυπρόθεσμοι) σκοποί

- Αναγνώριση του παθογόνου παράγοντα και καταπολέμησή του με την κατάλληλη φαρμακευτική φροντίδα.

- Λύση της αναπνευστικής δυσλειτουργίας και απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων από τις αεροφόρους οδούς.

- Διόρθωση των ανισοζυγίων που έχουν διαταραχθεί (νερό, ηλεκτρολύτες, οξεοβασικής ισορροπίας).

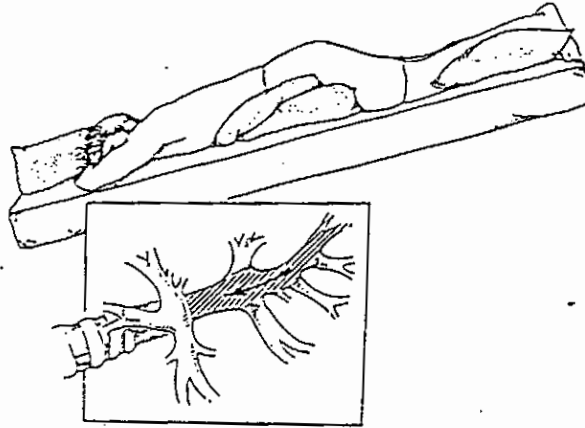
- Πρόληψη επέκτασης της λοίμωξης, δημιουργίας νέων λοιμογόνων εστιών και κατακλίσεων.

- Πρόληψη επιπλοκών

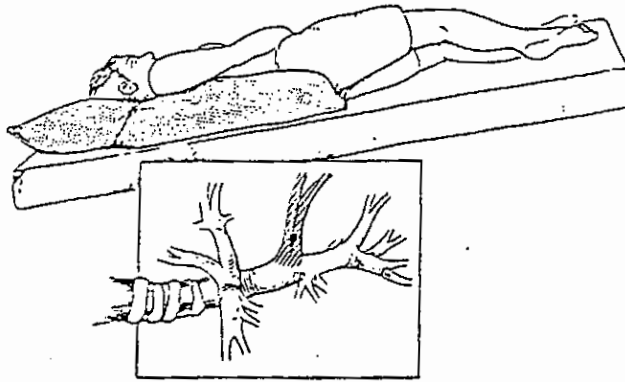
- Εξασφάλιση συμπτωματικής και υποστηρικτικής φροντίδας

2. Απώτεροι (ή μακροπρόθεσμοι) σκοποί

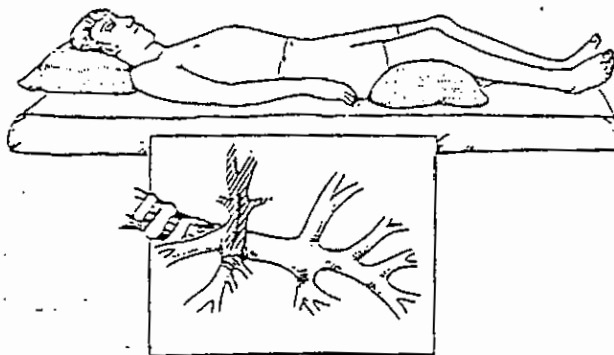
- Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του, για τη σπουδαιότητα της μετανοσοκομειακής παρακολούθησης και περιοδικής επανεξέτασης.
- Ενημέρωση για τον τρόπο χορήγησης των φαρμάκων και για τα συμπτώματα επιπλοκών της νόσου, που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής.
- Συμβουλές που αφορούν τη μείωση ή τη διακοπή βλαπτικών συνηθειών, και παρότρυνση για πιο υγιεινούς τρόπους ζωής.



Θεσική βρογχική παροχέτευση κάτω λοβών, οπισθίου βασικού θρόγγου.

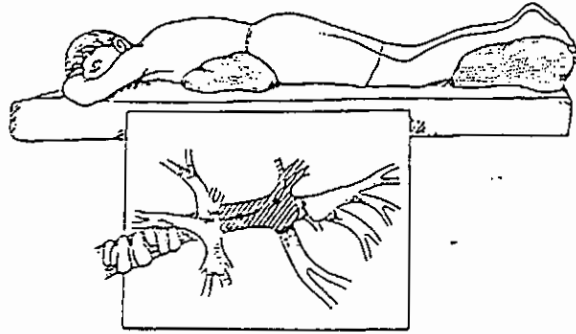


Θεσική βρογχική παροχέτευση δελτίου μέσου λοβού.

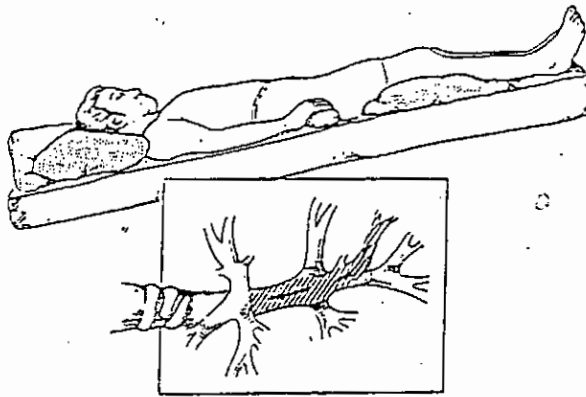


Θεσική βρογχική παροχέτευση άνω λοβών, πρόσθιο τμήμα.

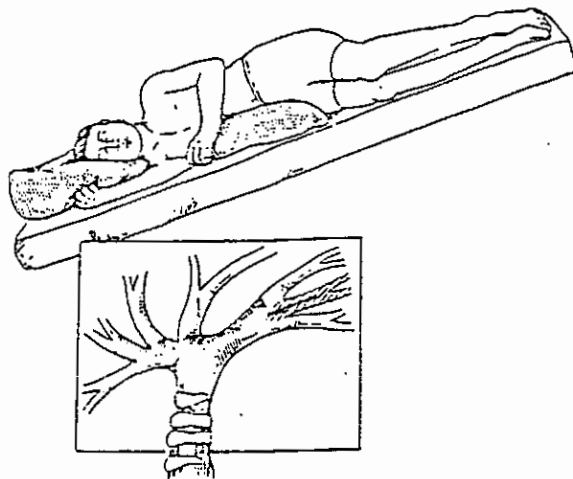
(Εικ. 4)



Θεσική βρογχική παροχέτευση κάτω λοβών κορυφαίου τμήματος.



Θεσική βρογχική παροχέτευση κάτω λοβών προσθίου βασικού τμήματος.



Θεσική βρογχική παροχέτευση κάτω λοβών εξωτερικού βασικού τμήματος.

(Εικ. 5)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο Ασθενής Α.Γ. εισήλθε στο "Κέντρο Νοσημάτων Θώρακος" Νοτιοδυτικής Ελλάδας στις 10-5-94.

Ηλικία - Επάγγελμα: 65 ετών - Αγρότης

Ατομικό ιστορικό: Βρογχίτιδα

Συνήθειες: καπνιστής -2 πακέτα ημερησίως- πίνει αλκοόλ

Αιτία εισόδου: Εντονη δύσπνοια και θήχας με πυοαιματηρά απόχρεμψη. Πυρετός 39,2°C.

Παρούσα νόσος: Αρχισε προ 3ημέρου με τη μορφή κρυολογήματος. Παρουσίασε δύσπνοια, καταβολή δυνάμεων, χαμηλό πυρετό που αυξανόταν καθημερινά και πλευροδυνία δεξιά, που επιδεινώνεται με τις κινήσεις.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

"Ro" θώρακος: εικόνα πυκνωτικής σκίασης δεξιού κάτω πνευμονικού πεδίου.

Αιματολογικός έλεγχος:

Λευκά = 20.000

Ht = 37%

T.K.E. = 90

K/a πτυέλων: ανεύρεση βακτηριδίων φυματίωσης.

Αέρια αίματος: $PCO_2 = 48$ mm Hg

$PO_2 = 57$ mm Hg

Αξονική Τομογραφία θώρακος: εικόνα συμβατή με φυματιώδη πνευμονία.

Θεραπεία = αντιφυματική: στρεπτομυκίνη ισονιαζίδη P.A.S.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
<p>Αγωνία και φόβος αισθάνεται ο ασθενής για την πορεία της νόσου του. Παρουσιάζει ψυχολογικό πρόβλημα.</p>	<p>Απαλλαγή αρρώστου από το άγχος της αγωνίας και του φόβου, ψυχολογική στήριξη του ασθενή και διδασκαλία συγγενών.</p>	<p>Να γίνει επικοινωνία με τον άρρωστο και τους οικείους του. Να δημιουργηθούν ιδανικές συνθήκες για επικοινωνία.</p>	<p>Έγινε επικοινωνία με τον άρρωστο και συνεχής συναισθηματική τόνωση του. Έγινε επικοινωνία με τους συγγενείς και διδασκαλία για τη συμπεριφορά τους απέναντι στον άρρωστο. Δόθηκε στον ασθενή μια tb. stedon 5 mg κατόπιν εντολής ιατρού, για να μπορεί να ησυχάσει και ν' απαλλαγεί απ' τις απαισιόδοξες σκέψεις.</p>	<p>Ο άρρωστος απηλόγη προς το παρόν απ' το φόβο και την αγωνία, χωρίς όμως να αισθάνεται απόλυτα ήρεμος.</p>
<p>Πυρετός</p>	<p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας</p>	<p>α. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. β. Τρίωρη θερμομέτρηση γ. Ενίσχυση του ασθενή να παίρνει υγρά. δ. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα. ε. Παρακολούθηση της ποσότητας των ούρων. ζ. Προστασία του ασθενή από ρεύματα αέρος και συχνη αλλαγή λευχειμάτων σε έντονες επιδρομές. η. Παρακολούθηση της θερμοκρασίας για τυχόν πτώση απότομη με κίνδυνο την κατάσταση.</p>	<p>Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Suphonorid. Ο πυρετός δεν υποχώρησε και έγινε Efgicalm 1 m. Σημειώνεται η θερμοκρασία ανά 3ωρο. Ο ασθενής παίρνει αρκετά υγρά απ' το στόμα. Τίθονται ψυχρά επιθέματα σε άνοδο της θερμοκρασίας. Η ποσότητα των ούρων παρακολούθηθηκε και είναι φυσιολογική.</p>	<p>Η θερμοκρασία του άρρωστου έπεσε σχεδόν στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει για πόνους θώρακούς</p>	<p>Μεγαλύτερη ανακούφιση από τον πόνο. Διατήρηση της ηρεμίας του ασθενή.</p>	<p>Ανακούφιση με τη χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων, ώστε να είναι ήρεμος και ήσυχος. Να τοποθετήσουμε τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</p>	<p>Δόθηκαν στον άρρωστο παυσι-πονα Panstan. Διδάσκεται ο άρρωστος να αναπνέει βαθιά και να συγκρατεί τη διαφραγματική του χώρα Τον ενισχύουμε να ξαπλώνει πάνω στο επώδυνο ημιθώρακιο ώστε να περιορίζει τις αναπνευστικές κινήσεις, και γενικά τοποθετείται σε θέσεις που διευκολύνουν την άνεσή του και τον κάνουν να αισθάνεται καλύτερα.</p>	<p>Επιτεύχθηκε η μείωση του πόνου και ο ασθενής αισθάνθηκε πιο ήρεμα και άνετα.</p>
<p>Ο άρρωστος παρουσιάζει αιμόπτυση ύστερα από θήλα.</p>	<p>Καταστολή του θήλα. Διακοπή της αιμόπτυσης.</p>	<p>Ακινητοποίηση του άρρωστού. Χορήγηση αντιθιχικών και αιμοστατικών φαρμάκων, κατά την εντολή ιατρού. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας. Ετοιμότητα για πιθανή απόφραξη του άδρυγα.</p>	<p>Δόθηκε μορφίνη IV καθώς και O₂. Βοηθήθηκε ο άρρωστος να ανασηκωθεί όταν θήλα. Τοποθετήθηκε σε καθιστική θέση. Δόθηκαν αντιθιχικά φάρμακα για την καταστολή του θήλα. Δόθηκαν υγρά για την ενυδάτωσή του. Έγινε περιποίηση στοματικής κοιλότητας με Hexalen. Έγινε ψυχολογική ενθάρρυνση για να νιώθει πιο ήρεμος.</p>	<p>Μειώθηκε ο θήλας και σταμάτησε η αιμόπτυση</p>

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Ο ασθενής παρουσιάζει ανορεξία	Μείωση της ανορεξίας και εξασφάλιση σωστής θρέψης και ενυδάτωσης.	Φροντίδα για την καλή διατροφή και ενυδάτωση. Προσφορά στον ασθενή τροφής της αρεσκείας του και αν υπάρχει δυνατότητα διαίτης του επιλογής. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας, έτσι ώστε κάθε κάκωση να εξουδετερώνεται πριν δημιουργήσει προβλήματα στη γείση που δημιουργεί μεγαλύτερη ανορεξία. Μέριμνα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου.	Εδόθησαν στον ασθενή γευμάτα της αρεσκείας του σε μικρές ποσότητες και περισσότερο συχνά απ'τα κανονικά διαστήματα. Η τροφή προτιμάται να είναι εύπεπτη, μαλακή, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε θρεπτικές και λευκάματα. Γίνονται συχνές πλύσεις στόματος με Hexalen. Έγινε φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών του αναγκών	Η όρεξη του ασθενή άρχισε να αυξάνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, και η θρέψη του γίνεται κανονικά.

2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο Ασθενής Μ.Π. εισήλθε στο "Νοσημάτων Θώρακος" στις 20-3-94.

Ηλικία - Επάγγελμα: 70 ετών - Συνταξιούχος

Ατομικό ιστορικό: Καρδιακή νόσος

Αιτία εισόδου: Δύσπνοια, υψηλός πυρετός και διαξιφιστικός θωρακικός πόνος.

Παρούσα νόσος: Μετά από "Ρο θώρακος" και από τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις διεπιστώθει πνευμονιοκοκκική πνευμονία.

Περιγραφή ακτινογραφίας: Εικόνα τοπικής πύκνωσης

Εργαστηριακές εξετάσεις:

Αιματολογικός έλεγχος:

Λευκά = 25.000

T.K.E. = 100

Καλλιέργεια αίματος: θετική για πνευμονιόκοκκο.

Καλλιέργεια πτυέλων: πολλοί πνευμονιόκοκκοι και πολλά ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια.

Αέρια αίματος: $PCO_2 = 41$ mm Hg

$PO_2 = 54,2$ mm Hg

Θεραπεία = υψηλές δόσεις πενικιλίνης I.V.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Υποδερμική αναπνευστικού μηχανισμού. (Δυσπνοια)	Επαρκής οξυγόνωση του ασθενούς. Διατήρηση φυσιολογικής κένωσης του εντέρου.	Κατάλληλη θέση του ασθενούς. Χορήγηση O ₂ κατάλληλη θέρμη και ευδάτωση.	Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρρωτο θέση. Ετέθει O ₂ μετά από εντολή γιατρού. Εγινε συχνή αναέωση του θαλάμου με φρέσκο αέρα. Ελαφρά ένδυση. Αποφεύχθηκαν τροφές που δημιουργούν αέρια και πιέζουν το διάφραγμα, καθώς και τροφές που δημιουργούν δυσκοιλιότητα.	Μειώθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό η αναπνευστική δυσλειτουργία του ασθενή.
Συλλογή υπεζωκοτικού υγρού.	Αφαίρεση του υπεζωκοτικού υγρού	Να ετοιμαστεί τροχήλατο με νεφροειδές, τολμία θιμάδικος, οινόπνευμα, Betadine για την απολύμανση της περιτοχής, αποστειρωμένα γάντια, αποστειρωμένο πεδίο, λευκοκιάστ, ψαλίδι, φάβοκαθετήρες. Να υπάρχει ακόμη συσκευή BILLOW.	Εγινε εκκενωτική παρακέντηση από το γιατρό και τοποθετήθηκε το BILLOW κατά άσηπτο τεχνική στο Χ/Ο.	Παρατηρήθηκε και αξιολογήθηκε το χρώμα και η ποσότητα του υπεζωκοτικού υγρού. Προσέχθηκε το τραύμα να μείνει ασφαλισμένο. Όταν γέμισε το BILLOW κλείστηκε η συσκευή με την ειδική εγκωπή και αδειοδόθηκε το περιεχόμενο της.

<p>Νοσηλευτικό πρόβλημα Πνευμονικό οίδημα</p>	<p>Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας Αμείωση αντιμετώπιση του πνευμονικού οιδήματος.</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας Κατάλληλη θέση του ασθενούς. Επαρκής οξυγόνωση. Κατάλληλη φαρμακευτική αντιμετώπιση σύμφωνα με οδηγία γιατρού. Περιορισμός προσλαμβανόμενων υγρών. Περιορισμός φυσικής δραστηριότητας και ανησυχίας.</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας Τοποθετήθηκε ο άρρωστος σε υψηλή ανάρρωτο θέση με τα πόδια κρεμασμένα κάτω, ώστε να μειωθεί ο όγκος του φλεβικού αίματος που επιστρέφει στη καρδιά. Εγιναν κυκλικές περιφύξεις των άκρων για παύση του φλεβικού αίματος. Εγινε χορήγηση IV. μορφίνης 10 mg, Digoxin 0,5 mg, Lasix 2 amp. και Aminophylline 250 mg. Τα παραπάνω φάρμακα χορηγήθηκαν μετά από ιατρική εντολή. Η παρακολούθηση του αρρώστου γίνεται σχολαστικά, ενώ η συντηρητική αγωγή και η ρύθμιση των υγρών επανειληπμένα προσδιορίζονται.</p>	<p>Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων Τα συμπτώματα του πνευμονικού οιδήματος υποχώρουν και η κατάσταση ελέγχεται.</p>
--	---	---	---	---

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
<p>Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Ενυδάτωση του ασθενούς.</p>	<p>Δίψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών απ' το στόμα. Σε αδυναμία λήψης υγρών απ' το στόμα IV. Χορήγηση υγρών.</p>	<p>Δόθηκαν στον άρρωστο απ' το στόμα χυμοί και γάλα. Επειδή όμως οι ανδρες σε υγρά ήταν πολύ μεγάλη λόγω των αυξημένων καύσεων και επιδρώσεως που δημιουργήσε ο πυρετός, χορηγήθηκε στον άρρωστο ορός D/S 5% και ηλεκτρολύτες κατόπιν εντολής γιατρού.</p> <p>Κατά τον χρόνο της παρεντερικής χορηγήσεως έγινε στενή παρακολούθηση του ασθενούς. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή λεπτομερώς των υγρών που προλαμβάνονται και αποβάλλονται, έτσι ώστε να γίνεται σωστή ρύθμιση των υγρών.</p>	<p>Αποφεύχθηκε η αφυδάτωση αλλά και η υπερφόρτωση του ασθενούς με υγρά.</p>
<p>ⓐ ασθενής V-ώθει αδυναμία και εύκολη κόπωση</p>	<p>Να αντιμετωπιστεί η κόπωση και η εξάντληση του ασθενούς.</p>	<p>Περιορισμός δραστηριοτήτων. Αποφεύγουμε οτιδήποτε κουράζει τον άρρωστο.</p>	<p>Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου. Αποφεύγει οτιδήποτε τον κουράζει (επιπόλαιες κινήσεις). Ενισχύθηκε ο άρρωστος να ασχολείται μόνο με δραστηριότητες που δεν τον κουράζουν.</p>	<p>Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Η αδυναμία και η εύκολη κόπωση περιορίστηκαν στο ελάχιστο.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ίσως το στάδιο της αποκατάστασης να φαίνεται λιγότερο σημαντικό· το ίδιο και ο ρόλος της Νοσηλεύτριας σ' αυτό. Αλλά όμως είναι εξίσου ουσιώδες.

Πολλοί πιστεύουν πως η προσφορά έργου είναι μεγάλη, μόνο όταν έχει πασιφανή αποτελέσματα.

Όμως το ίδιο υψηλής σημασίας είναι η προσφορά έργου, που τα αποτελέσματα είναι άδηλα, αλλά υπαρκτά.

Παραδεχόμαστε δηλ ότι η νοσηλευτική συμβολή είναι σημαντική, τόσο στο στάδιο της άρσης των ενοχλητικών συμπτωμάτων, όσο και στο στάδιο της αποκατάστασης.

Στο τελευταίο αυτό στάδιο, επιχειρείται σταθεροποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων, για να μπορέσει το άτομο να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο, με τις λιγότερες δυνατές συναισθηματικές και υλικές απώλειες.

Ο ασθενής έχοντας περάσει τη φάση της νόσου, νιώθει καταβεβλημένος και ανήμπορος. Πιθανόν η συναισθηματική του ισορροπία να έχει διαταραχθεί, λόγω της παραμονής του στο νοσηλευτικό ίδρυμα και της αποκοπής του απ' το οικογενειακό περιβάλλον.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να κατανοήσει την ψυχολογική του σύνθεση και να του δώσει το κουράγιο που χρειάζεται. Η ψυχολογική υποστήριξη παίζει πρωτεύοντα ρόλο στη νοσηλευτική προσέγγιση, στο στάδιο της αποκατάστασης.

Επίσης, στο στάδιο αυτό, ο άρρωστος έχει ανάγκη από ενημέρωση και οδηγίες, που θα τον προφυλάξουν από τυχόν υποτροπή της νόσου.

– Συμβουλές για διακοπή του καπνίσματος και αποφυγή χώρων με καπνό τσιγάρου. Έχει το δικαίωμα να ζητήσει να μην καπνίζουν π.χ. στο σπίτι, στο γραφείο, και να απαιτήσει να σθήσουν τα τσιγάρα, όσοι καπνίζουν σε χώρους όπου υπάρχει απαγορευτική πινακίδα.

– Συμβουλές για σωστή ενδυμασία, κυρίως τους χειμερινούς μήνες, και αποφυγή ψυχρού περιβάλλοντος.

– Να μην πλησιάζει άτομα με γνωστά αναπνευστικά νοσήματα και να αποφεύγει το συνωστισμό.

– Ο ίδιος να μην πλησιάζει άλλα άτομα όταν φταρνίζεται ή όταν θήχει (πρέπει να χρησιμοποιεί μαντίλι), προς αποφυγή διασποράς τυχόν μικροβίων.

– Οδηγίες για συνέχιση της αντιβιοτικής θεραπείας σύμφωνα με την ιατρική εντολή, και των ασκήσεων βαθιάς αναπνοής και θήχα.

– Σύσταση για τακτικές επανεξετάσεις (ακτινογραφία, καλλιέργεια πτυέλων, θωρακική ακρόαση).

Στο στάδιο της αποκατάστασης, ο άρρωστος είναι έτοιμος να συνεχίσει τη ζωή του, όπως ήταν πριν νοσήσει, αποφεύγοντας όμως τους βλαπτικούς για την υγεία του παράγοντες, που προαναφέρθηκαν.

Η Νοσηλεύτρια είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του αρρώστου και του οικογενειακού, εργασιακού και θεραπευτικού περιβάλλοντός του. Οφείλει να συνεργαστεί με τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου, και να συζητήσει μαζί τους, τυχόν προβλήματα που πηγάζουν από το θέμα της αρρώστιας.

Τέτοια προβλήματα είναι κυρίως οικονομικής φύσεως, ιδιαίτερα σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα.

Μπορεί τότε η Νοσηλεύτρια, επικοινωνώντας με τον ανάλογο ασφαλιστικό φορέα ή ταμείο, να εξασφαλίσει κάποια οικονομική βοήθεια προς την οικογένεια.

Η Νοσηλεύτρια μπορεί ακόμα να συνεργαστεί με τον προϊστάμενο του αρρώστου ή την εταιρεία στην οποία δουλεύει, για την επάνοδό του στην εργασία και για χρήση των προστατευτικών μέσων για την υγεία, αν η δουλειά είναι ανθυγιεινή. Στην περίπτωση που δεν επαρκούν μέσα, να ζητήσει να μετατεθεί σε άλλο τομέα.

Τέλος η Νοσηλεύτρια συνιστά τακτικές επισκέψεις στο θεραπευτικό ίδρυμα, για παρακολούθηση της πορείας της υγείας του, και για πρόληψη υποτροπής και επιπλοκών της νόσου.

Ετσι αποφεύγεται η μετάπτωση της νόσου από οξεία σε χρόνια μορφή, που απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα.

Ειδικότερα μάλιστα στις μέρες μας, που έχει αυξηθεί το προσδόκιμο της επιβίωσης και η αντίστοιχα η αναλογία των υπερηλίκων, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, η χρονιότητα της νόσου, δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα στην αποκατάσταση.

Χρόνιοι ασθενείς ή άτομα που πάσχουν από κάποια αναπηρία εξαιτίας επιπλοκών της πνευμονίας, εμφανίζουν συχνά ψυχολογικά προβλήματα, που είναι πιο έντονα, όσο μεγαλύτερη είναι η απομάκρυνση του πάσχοντα από τον προηγούμενο τρόπο ζωής του.

Αυτά τα ψυχολογικά προβλήματα επωάζουν άλλα, όπως η αρνητική στάση απέναντι στην αρρώστια του, η κατάθλιψη, η μείωση των σχεδίων για το μέλλον κ.ά.

Μία μορφή ομαδικής θεραπείας, θα μπορούσε ίσως στα αρχικά στάδια της ασθένειας να δράσει ανακουφιστικά στο ψυχισμό του ασθενή.

Τα κυριότερα στοιχεία που προσφέρει η ομαδική θεραπεία, είναι η αλληλεγγύη, η διαπροσωπική μάθηση, η ενθάρρυνση, η ενημέρωση, που βοηθούν τον άρρωστο να αντιμετωπίσει καλύτερα την ασθένεια του.

Η αποκατάσταση λοιπόν του αρρώστου με πνευμονία, τόσο από οργανικής όσο

και από ψυχολογικής πλευράς, παίζει σπουδαίο ρόλο στη σωστή επανένταξη του στην κοινωνία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανατρέχοντας πίσω στις σελίδες, καταλαβαίνουμε πως η πνευμονία είναι μια νόσος που εισβάλλει ύπουλα και έχει μεγάλη ποικιλία, όσον αφορά το αίτιο που την προκάλεσε. Η κλινική εικόνα της, ποικίλει κι αυτή, καθώς και η φαρμακευτική της αντιμετώπιση που είναι ανάλογη του αιτίου.

Παρατηρούμε, πως η γενικότερη αντιμετώπιση της πνευμονίας στο στάδιο της θεραπείας, έχει ανάγκη από σωστό σχεδιασμό της παρεχόμενης φροντίδας, που να βασίζεται σε ένα άρτιο σχέδιο φροντίδας.

Οι κυριότεροι λόγοι που τα σχέδια φροντίδας αποτυγχάνουν και που πρέπει να τους αποφεύγουμε είναι

α. Δεν γίνεται διεξοδική ή γίνεται παροδική εκτίμηση του αρρώστου και αυτό οδηγεί σε ελλιπή δεδομένα.

β. Το σχέδιο δεν είναι ειδικά φτιαγμένο να συναντά τις ιδιαίτερες ανάγκες του αρρώστου.

γ. Το σχέδιο δεν περιλαμβάνει αντικειμενικούς, χρονικά περιορισμένους, άμεσους στόχους.

δ. Το σχέδιο δεν περιλαμβάνει περιοδικές εκτιμήσεις, ώστε να υπολογιστεί αν θα έπρεπε να συνεχιστεί ή να αλλάξει. Αυτό συμβαίνει συνήθως όταν οι παρατηρήσεις προόδου δεν συνδέονται με το σχέδιο φροντίδας.

Αρα λοιπόν απαιτείται σωστός σχεδιασμός για μια ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, που θα καλύπτει όλες τις ανάγκες του αρρώστου και θα έχει τη μέγιστη δυνατή απόδοση.

Η κυβερνητική αδιαφορία για την προστασία των εργαζομένων σε ανθυγιεινά επαγγέλματα, φαίνεται να διαιωνίζεται. Ο συγχρονισμός της Ελλάδας στο θέμα ελέγχου των συνθηκών εργασίας, με τις ανεπτυγμένες χώρες της Ε.Ο.Κ. μοιάζει αμφίβολος.

Αυτό που χρειάζεται από την πλευρά της Πολιτείας, είναι η θεσμοθέτηση κανόνων, που να επιτρέπουν στους εργαζόμενους να λαμβάνουν τον Ε.Π.Α. και να αναγκάζουν τους εργοδότες να τον παρέχουν.

Ακόμα, να γίνουν κάποιες δαπάνες στον τομέα της πρόληψης, που επικεντρώνεται στην ενημέρωση του πληθυσμού για την πνευμονία.

Να τοποθετηθούν αρμόδια άτομα σε καίριες θέσεις, ώστε να μπορεί το κοινό να πληροφορηθεί για τους παράγοντες που δρουν βλαπτικά για την υγεία.

Η ανάγκη πληροφόρησης για την υγεία, είναι γενικώς παραδεκτή. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει, ότι οι καλά πληροφορημένοι ασθενείς ανησυχούν λιγότερο για την κατάστασή τους, και είναι περισσότερο ικανοί να την αντιμετωπίσουν.

Οι άρρωστοι, συχνά ξεχνούν τι τους είπε ο γιατρός ή δεν το καταλαβαίνουν

για διάφορους λόγους.

Επίσης μπορεί να νιώθουν ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο, για να ζητήσουν περαιτέρω εξηγήσεις.

Αυτοί οι παράγοντες δεν βοηθούν στη συγκράτηση πληροφοριών για την υγεία.

Αναγνωρίζεται ακόμα η ανάγκη για φυλλάδια πληροφοριών υγείας στους αρρώστους, σχετικά με τις ευκολίες που παρέχονται, και όλα όσα οι άρρωστοι πρέπει να γνωρίζουν όταν μπαίνουν στο νοσοκομείο, δηλαδή, καθαρές και σαφείς εξηγήσεις για το τι συμβαίνει σε πρακτικά θέματα, όπως η φύση της αρρώστιας και η προτεινόμενη θεραπεία της.

Οι άρρωστοι χρειάζονται πληροφορίες για να είναι ικανοί για γνωστικές αποφάσεις που αφορούν τη νόσο και τη θεραπεία της, και έτσι να συνεισφέρουν στην αυτοφροντίδα τους.

Αν οι πληροφορίες αυτές μπορούσαν να δοθούν γραπτώς, θα μπορούσαν οι ενδιαφερόμενοι να τις πάρουν, και με την ησυχία τους να τις διαβάσουν και να τις αφομοιώσουν.

Αρα κρίνεται σκόπιμη η ίδρυση ενός κέντρου πληροφοριών για την υγεία, που θα απαρτίζεται από αντιπροσώπους των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, και θα παρέχει πληροφορίες που στοχεύουν στον άρρωστο και την οικογένειά του.

Οι πληροφορίες θα παρέχονται υπό μορφή φυλλαδίων, βιβλίων, άρθρων και οπτικοακουστικών μέσων.

Επίσης το κέντρο αυτό, θα μπορούσε να διεξάγει επιμορφωτικά σεμινάρια πρόληψης, σε ομάδες όπως είναι οι εργάτες μιας βιομηχανίας, οι μαθητές ενός σχολείου κ.ά.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με τον επίλογο, φθάνει και το τέλος αυτής της προσπάθειας.

Κλείνοντας θα ήθελα να τονίσω ορισμένα σημεία, που θεωρώ σημαντικά γι' αυτήν εδώ την εργασία.

Γνωρίζοντας ότι η Νοσηλευτική προσφέρει της υπηρεσίες της προς τον άνθρωπο, σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας, η πρόληψη της νόσου, η βελτίωση της υγείας και φροντίδα του ατόμου, ήταν, είναι και θα είναι πάντοτε, πρωταρχικοί στόχοι σ' όλες τις εκδηλώσεις, δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες που διεξάγει η θεωρητική και πρακτική Νοσηλευτική Επιστήμη.

Η εμφάνιση της αρρώστιας δεν αποτελεί μόνο βιολογικό, αλλά συγχρόνως ψυχολογικό και κοινωνικό γεγονός. Είναι προσωπική οδυνηρή εμπειρία, που στερεί τη δημιουργία δυνατοτήτων και αγαθών. Επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια του ατόμου, ιδιαίτερα όταν χρονίζει, και διασπά την αρμονική ζωή της, δημιουργώντας ποικιλόμορφα προβλήματα.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει σαν ιδιαίτερο πλεονέκτημα, τη διαθεσιμότητα περιπτώσεων απ' την πραγματική ζωή, για την παροχή ποικίλων μορφωτικών εμπειριών και άσκησης της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι σημαντικές εμπειρίες που παρέχονται στην κλινική άσκηση είναι πολλές. Παρέχονται ευκαιρίες για προσωπική επαφή με τον ασθενή, άσκηση για καλλιέργεια δεξιοτήτων στην εκτέλεση πρακτικής νοσηλείας, ανάπτυξη της ικανότητας αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, ανάπτυξη ικανοτήτων προγραμματισμού, εφαρμογής και εκτίμησης των αποτελεσμάτων φροντίδας, κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς κατά την ασθένεια, ανάπτυξη επαγγελματικής κρίσης στη λήψη αποφάσεων, και πεδίο για εφαρμογή των θεωρητικών γνώσεων.

Όλα αυτά βέβαια, πάντα κάτω από την κατάλληλη καθοδήγηση και επίβλεψη πεπειραμένου εκπαιδευτικού προσωπικού, οδηγούν στο να καταστήσουν το νέο στέλεχος στον τομέα της υγείας, χρήσιμο σε κάθε περιβάλλον που θα βρεθεί.

Ας ελπίσουμε πως εμείς, τα νέα μέλη των επαγγελματιών υγείας, θα μπορέσουμε να συνεισφέρουμε στην αναβάθμιση του επιπέδου, του πιο πολύτιμου αγαθού : της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελόπουλος Β., ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1975.

Αθανάτου Ε.Κ., ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ Β, Αθήνα 1992.

Beyers M., Dudas S., THE CLINICAL PRACTICE OF MEDICAL SURGICAL NURCLING, Little, brown and Co., Boston 1977.

Collins S., AN INTRODUCTION TO NURCING, Mcmillan Press, London, 1983.

Γίτσιος Κ., ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ, Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1990

Desporoulos A., Silbernagl S., ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.

Krupp M., Chatton M., ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Α, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1985.

Μαλαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ., ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Β, Μέρος 1ο, Εκδοσις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1990.

Μουλόπουλος Σ., ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1983.

Παπαδημητρίου Μ. Σημειώσεις "Κοινωνικής Νοσηλευτικής" για το Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ.

Παπαδοπούλου - Νταικιώτη Ζ., Κεφαλάς Θ., ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ, Ευγενίδειο Ίδρυμα, Αθήνα 1988.

Πολυχρονόπουλος Β., Πολυζωγόπουλος Δ., ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ, Τεύχος Β, Αθήνα 1988.

Ραγιά Α., ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Αθήνα 1987.

Ρούκας Κ., ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ, Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1987.

Σαχίνη - Καρδάση Α., Πάνου Μ., ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ,
Τόμος 1ος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.

Τσόχας Κ., ΕΠΙΤΟΜΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1988.

Τσόχας Κ., ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ Ι, Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1987.

Harrison: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, Τόμος Α, Έκδοση 10η, Εκδόσεις Παρισιάνος,
Αθήνα 1987.

Χανιώτης Φ., ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990

