

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Β.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΑΝΘΟΥΛΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΥΝΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ:

- 1.
- 2.
- 3.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1233

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι - ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ Χ.Ν.Α.

Νεφρός: Ανατομία και Λειτουργία	1
Νεφρική ανεπάρκεια: Παθοφυσιολογία	3
Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια:	
Ορισμός	5
Αίτια	5
Σημεία και συμπτώματα	6
Υπόστρωμα της νόσου	8
Κατηγορίες κλινικών εκδηλώσεων	9
Στάδια Χ.Ν.Α.	10
Ουραιμία:	
Ορισμός	12
Συμπτώματα	14
Παθογένεια ουραιμικών συμπτωμάτων	15
Εργαστηριακές εξετάσεις	19
Εργαστηριακά ευρήματα	20
Διαφορική διάγνωση	22
Θεραπεία:	
Συντηρητική	23
Αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση στη θεραπεία της ΧΝΑ	27
Περιτοναϊκή πλύση στη θεραπεία της Χ.Ν.Α.	29

Η σημασία του προβλήματος της Χ.Ν.Α. για την ελληνική κοινωνία	30
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Χ.Ν.Α.

A. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	32
B. Σκοποί της φροντίδας	33
Γ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση προβλημάτων	34
Δ. Διύλιση (ορισμός - σκοποί διύλισης)	38
I. Περιτονοδιύλιση	39
- Πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα	40
- Επιλογή ασθενών για Σ.Φ.Π.	41
- Εργαστηριακός έλεγχος ασθενών που είναι υποψήφιοι για Σ.Φ.Π.	43
- Εκπαίδευση νεφροπαθούς	44
- Προεγχειρητική ετοιμασία νεφροπαθούς για τοποθέτηση Π.Κ.	45
- Μετεγχειρητική φροντίδα	48
- Αρχές ασηψίας - αντισηψίας	48
- Μετεγχειρητικές επιπλοκές κατά την τοποθέτηση του Π.Κ.	48
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Π.Κ.	49
- Εναρξη Σ.Φ.Π.Κ.	50
- Παρέμβαση πριν από την Π.Κ.	52
- Παρέμβαση κατά τη διάρκεια Π.Κ.	53
- Παρέμβαση μετά την Π.Κ.	56
- Επιπλοκές	58
II. Αιμοδιύλιση - Τεχνητός νεφρός	59
- Νοσηλευτής στη Μ.Τ.Ν.	<u>62</u>
- Πρόληψη μολύνσεων	62

- Διδασκαλία του νεφροπαθούς	63
- Διαιτολόγιο	64
- Προβλήματα ασθενών που κάνουν Α.Κ.	65
- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πριν την Α.Κ.	66
- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την Α.Κ.	67
- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετά την Α.Κ.	68
- Αποσύνδεση αρρώστου από τον Τ.Ν.	68
- Αντιδράσεις του αρρώστου και προβλήματα κατά την αιμοκάθαρση	69
- Πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα Α.Κ.	72
III. Μεταμόσχευση νεφρού	74
- Αντενδείξεις	75
- Επιλογή δεκτών	76
- Επιλογή δοτών	77
- Ρόλος του νοσηλευτή στη μεταμόσχευση	<u>78</u>
- Μεταγγίσεις αίματος	78
- Προεψαισθητοποίηση	79
- Προεγχειρητική ετοιμασία	79
- Μετεγχειρητική φροντίδα	81
- Αξιολόγηση	84
- Ανοσολογία της απόρριψης	84
IV. Αποτελέσματα μορφών θεραπείας	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α.	
- Ορισμός	88
- Σκοποί	88
A. Κλινική περίπτωση	89
B. Κλινική περίπτωση	100
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τα κίνητρα που με ώθησαν να ασχοληθώ με αυτή την εργασία, ήταν αφ' ενός μεν το ενδιαφέρον μου για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και η επιθυμία μου να τη μελετήσω διεξοδικά, αφ' ετέρου δε η ανάγκη που υπάρχει να κατανοήσουν όλοι το σπουδαίο ρόλο της Νοσηλεύτριας/τη στην αντιμετώπιση της νόσου και τη βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη προς τον ασθενή, προκειμένου να αποδεχθεί τη νέα κατάσταση ζωής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον υπεύθυνο καθηγητή της εργασίας μου κ. Κούνη, την οικογένειά μου και γενικαά όλους όσους με βοήθησαν, στη συλλογή στοιχείων για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και στην ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Συνάμα, αφιερώνω την εργασία μου σε όλους όσους πάσχουν από τη χρόνια αυτή νόσο, μαζί με την εκτίμηση και τη συμπάθειά μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Εξετάζοντας διάφορα ιατρικά προβλήματα, θα μπορούσαμε να διαπιστώσουμε τη σημαντική θέση που κατέχει σ' αυτά η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η παρούσα εργασία θέτει σαν σκοπό της την παρουσίαση αυτού του σοβαρού και βασανιστικού προβλήματος της σύγχρονης εποχής.

Θα ασχοληθούμε ειδικότερα με την παθογένεια της νόσου και τη θεραπεία της. Το μεγαλύτερο βάρος όμως θα δοθεί στις νοσηλευτικές διεργασίες που έχουν σχέση με τα συμπτώματα και τις επιπλοκές της νόσου, αφού πρόκειται για ασθένεια κατά την οποία τα νοσηλευτικά προβλήματα των ασθενών είναι πολλά σε σοβαρότητα και αριθμό.

Εκτός από τα παθολογικά προβλήματα, τους δημιουργεί πολλά κοινωνικά, ψυχολογικά, οικογενειακά και επαγγελματικά. Οι άρρωστοι αυτοί περνούν αρκετό χρόνο στο νοσοκομείο. Εκτός από την ανάγκη του γιατρού έχουν περισσότερο την ανάγκη των νοσηλευτών, γιατί αυτοί μένουν σχεδόν όλες τις ώρες μαζί τους.

Ο τεχνητός νεφρός και η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελούν ξεχωριστά επιτεύγματα των τελευταίων ετών, που αποτελούν τις κύριες μεθόδους αντιμετώπισης των αρρώστων με τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. και κάνουν επιτακτική την ανάγκη εξασφάλισης νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής στάθμης, από εξειδικευμένους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, για άριστη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Πέρα όμως από την αιμο-περιτοναϊκή κάθαρση, με τη μεταμόσχευση, που αποτελεί ένα άλλο επίτευγμα της εποχής μας, μπορεί να επιτευχθεί φυσιολογική αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας, δεδομένου ότι μόνο ένας νέος προστιθέμενος νεφρός είναι σε θέση να αποκαταστήσει την υγεία του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ Χ.Ν.Α.

Νεφρός: Ανατομία και Λειτουργία

Μια από τις κυριότερες λειτουργίες του νεφρού είναι να διατηρεί σταθερό τον όγκο και την ωσμωριακότητα του εξωκυττάριου υγρού, εξισσοροπώντας την πρόσληψη και την απέκκριση νατρίου, καλίου και νερού. Επί πλέον, ο νεφρός κατορθώνει να διατηρεί σταθερό το pH του αίματος και των κυττάρων, προσαρμόζοντας την απέκκριση του υδρογόνου και των διττανθρακικών στην πρόσληψή τους, στην αναπνοή και το μεταβολισμό. Εκτός απ' αυτά, ο νεφρός συγκρατεί θρεπτικά συστατικά και απεκκρίνει τελικά προϊόντα του μεταβολισμού και ξένες βιολογικές ουσίες. Επίσης εκτελεί πολλές μεταβολικές λειτουργίες και αποτελεί πηγή ορμονών.

Λειτουργική μονάδα του νεφρού είναι ο νεφρώνας. Αρχίζει από ένα αγγειώδες σπείραμα στο οποίο το αίμα που φτάνει διηθείται στο μακρύ σωληνάριο του νεφρώνα. Το μεγαλύτερο μέρος του υγρού και των διαλυτών ουσιών που διηθήθηκαν επανέρχεται στο αίμα με μια διαδικασία επαναρρόφησης. Το μέρος που δεν επαναρροφάται παραμένει στο σωληνάριο και εμφανίζεται στο τελικό ούρο (απέκκριση).

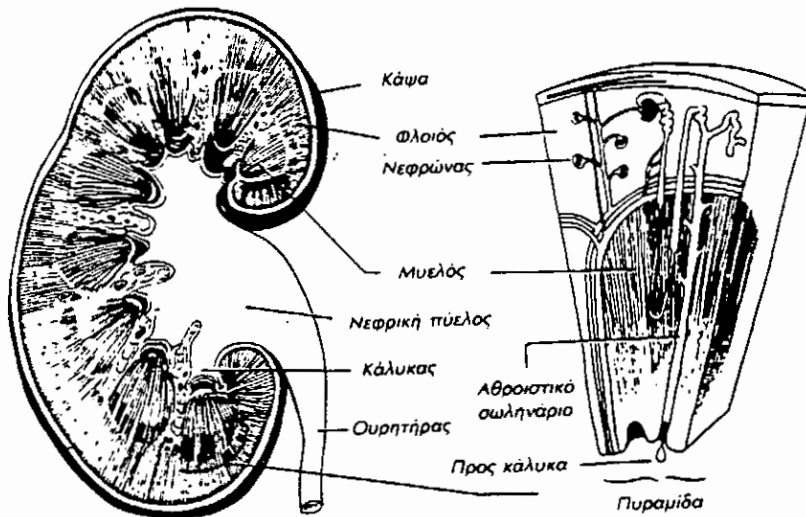
Υπομονάδες του νεφρώνα είναι το νεφρικό σωματίο, το εγγύς σωληνάριο, το άπω σωληνάριο, η αγκύλη του Henle και το αθροιστικό σωληνάριο.

Οι νεφροί φέρονται σχεδόν κάθετα σε επαφή με την πρόσθια επιφάνεια του πίσω τοιχώματος της κοιλιάς. Βρίσκονται γενικά πίσω από το περιτόναιο, στο χώρο που λέγεται οπισθοπεριτοναϊκός. Η θέση τους, δεξιά και αριστερά από τη σπονδυλική στήλη, αντιστοιχεί στο ύψος του 12ου θωρακικού μέχρι τον 3ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Ο δεξιός νεφρός βρίσκεται λίγο πιο χαμηλά από τον αριστερό, γιατί πιέζεται από το ήπαρ. Αν κοιτάξουμε με γυμνό μάτι μια κατά μέτωπο τομή του νεφρού, θα παρατηρήσουμε ότι αποτελείται από δυο ουσίες, τη φλοιώδη και τη μυελώδη. Η μυελώδης ουσία αποτελείται από 7-20 κωνικού σχήματος περιοχές, που λέγονται μαλπιγγιανές πυραμίδες. Κάθε νεφρός έχει από το έξω προς τα μέσα τα εξής περιβλήματα που τον περιβάλλουν και το στηρίζουν στη θέση του: το περιτόναιο, τη νεφρική περιτονία, το περινεφρικό λίπος και τον ινώδη χιτώνα.

Νεφρική κυκλοφορία

Το αίμα φτάνει με μεγάλη πίεση στο νεφρό, με τη μικρού μήκους και μεγάλης διαμέτρου νεφρική αρτηρία, που διακλαδίζεται σχηματίζοντας τις τοξοειδείς αρτηρίες, οι οποίες με τη σειρά τους δίνουν τις μεσολοβίδιες αρτηρίες που αιματώνουν τη φλοιώδη μοίρα. Οι τοξοειδείς αρτηρίες σχηματίζουν το όριο μεταξύ φλοιώδους και μυελώδους ουσίας του νεφρού. Η κατανομή του αίματος στις δυο αυτές περιοχές είναι διαφορετική. Η νεφρική ροή πλάσματος στον άνθρωπο είναι στη μεν φλοιώδη ουσία περίπου 500 ml/min, στη δε μυελώδη 120 ml/min στην εξωτερική ζώνη και 25 ml/min στην εσωτερική. Σε παθολογικές καταστάσεις οι σχέσεις αυτές είναι δυνατό να

μεταβληθούν. Η ολική νεφρική ροή αίματος στον άνθρωπο αποτελεί περίπου το 25% του κατά λεπτόν όγκου αίματος (ΚΛΟΑ).



Επιμήκης διατομή του νεφρού.

ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Παθοφυσιολογία

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μια κατάσταση στην οποία η σπειραματική διήθηση δεν μπορεί να απαλλάξει τον οργανισμό από τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού, με αποτέλεσμα την αύξησή τους στο αίμα και την πρόκληση διαταραχών, τόσο των υγρών και ηλεκτρολυτών, όσο και της οξεοβασικής ισορροπίας. Η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια, συγγενής ή επίκτητη, μόνιμη ή ανατάξιμη.

Υπάρχουν πολλές αιτίες που την προκαλούν, όμως γενικά προκαλείται από καταστάσεις που οδηγούν σε ελάττωση της αιματικής ροής στους νεφρούς, σε πρωτοπαθή απόφραξη των νεφρών ή σε απόφραξη στην απέκκριση των ούρων.

Οι νεφροί έχουν μια ενδογενή ικανότητα να διατηρούν τη νεφρική ροή του αίματος σε τέτοιο επίπεδο, ώστε να διατηρείται ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης. Για τη σπειραματική διήθηση είναι απαραίτητη συστολική αρτηριακή πίεση 80-180 mmHg. Όταν η νεφρική ροή του αίματος μειώνεται, συμβαίνουν αλλαγές στη νεφρική λειτουργία. Μεταβολές στη νεφρική ροή του αίματος συμβαίνουν όταν υπάρχει ελάττωση στο δραστικό όγκο αίματος ή πτώση της συστολικής πίεσης κάτω από 80 mmHg.

Οι μεταβολές που γίνονται στη νεφρική λειτουργία είναι πολλές. Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης μειώνεται. Η αλδοστερόνη αποκρίνεται στις μεταβολές της πίεσης και στην ελάττωση της νεφρικής ροής του αίματος, με αύξηση της επαναρρόφησης του νατρίου.

Η έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης, που γίνεται σε απόκριση της κατακράτησης του νατρίου, συντελεί στην επαναρρόφηση μεγαλύτερης ποσότητας νερού.

Αφού η σπειραματική διήθηση μειώνεται, η απομάκρυνση των διαλυμένων ουσιών ελαττώνεται. Η αύξηση των διαλυμένων ουσιών κάνει το υγρό των σωληναριακών κυττάρων υπέρτονο. Για την ελάττωση της υπερτονικότητας, περισσότερο νερό έλκεται μέσα σ' αυτά. Τα αποβαλλόμενα ούρα ελαττώνονται σε όγκο και σε περιεκτικότητα σε νάτριο.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ορισμός

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από μια βραδεία, προοδευτική μείωση της νεφρικής λειτουργίας για πολλούς μήνες ή χρόνια, μέχρι ένα τελικό στάδιο, που εκδηλώνεται με χρόνια ουραιμία και καλείται "ουραιμικό σύνδρομο". Είναι μη αναστρέψιμη.

Αίτια

- Χρόνια σπειραματονεφρίτιδα - νόσος από ανοσολογικά συμπλέγματα.
- Χρόνια πυελονεφρίτιδα.
- Διαβητική νεφροπάθεια.
- Χρόνια διάμεση νεφρίτιδα, π.χ. φάρμακα.
- Χρόνια αποφρακτική ουροπάθεια.
- Υπερτασική νεφροσκλήρυνση.
- Ουρική αρθρίτιδα.
- Πολυκυστική νόσος.
- Αμυλοείδωση.
- Μυέλωμα.

Η φυσιολογική ικανότητα συμπύκνωσης των ούρων από τα νεφρικά σωληνάκια δεν μπορεί να ανταγωνιστεί το μεγάλο όγκο των ούρων και έτσι προκύπτει πολυουρία.

Κατακράτηση νατρίου και νερού δεν παρατηρείται συνήθως προτού η σπειραματική διήθηση φτάσει κάτω από 10 ml/min. Σε παθήσεις που προσβάλλουν κυρίως τη μυελώδη μοίρα, όπως είναι η χρόνια πυελονεφρίτιδα, η νεφροπάθεια των αναλγητικών και άλλες χρόνιες διάμεσες νεφρίτιδες, η εκλεκτική προσβολή των νεφρικών σωληναρίων οδηγεί σε απώλεια της ικανότητας για συμπύκνωση των ούρων, σε αδυναμία επαναρρόφησης του νατρίου και σπανιότερα καλίου.

Κλινικά Ευρήματα της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας

Συμπτώματα

Σημεία

Από το δέρμα:

- Κνησμός.
- Ξηροδερμία.

- Μελάγχρωση.
- Δρυφάδες από τον κνησμό.

Από τα μάτια:

- Ελάττωση της όρασης.
- Επιπεφυκίτιδα.

- Υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια.
- Εναπόθεση ασβεστίου στον κερατοειδή.
- Εναπόθεση ασβεστίου στον επιπεφυκότα (κόκκινο μάτι).

Από το καρδιαγγειακό:

- Δύσπνοια.
- Ορθόπνοια.

- Υπέρταση και πνευμονικό οίδημα (ουρεμικός πνεύμονας).
- Περικαρδίτιδα και άθροιση υγρού.

Συμπτώματα

- Θωρακικός πόνος.
- Οίδημα άκρων.

Από το γαστρεντερικό:

- Ανορεξία.
- Εμετος.
- Δίψα.
- Διάρροια.

Από το νευρομυϊκό:

- Λήθαργος.
- Σπασμοί.
- Κώμα.
- Κράμπες.
- Αδυναμία.

Από το σκελετό:

- Οστικοί πόνοι.
- Αθριτικοί πόνοι.
- Ουρική αρθρίτιδα.

Από τους ενδοκρινείς:

- Ανικανότητα.
- Στεριρότητα.
- Διαταραχή εμμηνορυσίας.

Από το αιμοποιητικό:

- Αδυναμία.
- Δύσπνοια.
- Αιμορραγική διάθεση.
- Επίσταξη.

Σημεία

- Ισχαιμική νόσος καρδιάς.
- Καρδιακή ανεπάρκεια.

- Χαρακτηριστική απόμνοια.
- Παρωτίτιδα.
- Εξέλκωση του στόματος.

- Εγκεφαλοπάθεια - τρόμος.
- Περιφερική νευροπάθεια.
- Αισθητική κινητική.
- Μυοπάθεια - μυϊκή ατροφία.

- Εκτοπη εναπόθεση Ca στις αρθρώσεις, στα αγγεία, στα μάτια.
- Ουραμική νόσος οστών.

- Ατελής ανάπτυξη.
- Καθουτερημένη ήβη.

- Αναιμία.
- Εκχυμώσεις.
- Πορφύρα.

Συμπτώματα**Σημεία**Από το ουροποιογεννητικό:

- | | |
|--------------|----------------------------|
| - Δίψα. | - Πρωτεΐνουρία. |
| - Νυκτουρία. | - Παθολογικό δείγμα ούρων. |
| - Ενούρηση. | |

Το υπόστρωμα της νόσου

Η έκφραση "ελάττωση νεφρικών εφεδρειών" ανταποκρίνεται σ' ένα βαθμό ελάττωσης της νεφρικής λειτουργίας κατά τον οποίο η ουρία του αίματος μπορεί να είναι φυσιολογική αλλά η κάθαρση της κρεατινίνης δείχνει ότι η σπειραματική διήθηση είναι μικρότερη από την αναμενόμενη για την ηλικία και τη σωματική διάπλαση.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή "η ελάττωση των νεφρικών εφεδρειών" μπορούν να έλθουν στο φως αν ο άρρωστος υποστεί επιβάρυνση της νεφρικής του λειτουργίας, π.χ. κατά τη διάρκεια μιας εγχείρησης, λόγω αφυδάτωσης ή έκθεσης σε νεφροτοξικό φάρμακο, οπότε συμβαίνει οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε έδαφος χρονίας. Η έναρξη της ασθένειας συχνά είναι ύπουλη, έτσι ώστε η πάθηση γίνεται αντιληπτή μόνο όταν η σπειραματική διήθηση έχει φτάσει σε 5-10 ml/min και οι νεφροί είναι μικροί και συρρικνωμένοι.

Στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας δεν είναι δυνατή η ιστολογική ταξινόμηση. Κι αυτό γιατί στη βιοψία τα περισσότερα σπειράματα έχουν σκληρυνθεί.

Φαίνεται ότι, καθώς μη καταστρεπτική βλάβη αποδεκατίζει τον πληθυσμό των νεφρώνων, αφήνει τους παραμένοντες νεφρώνες άθικτους, αυτή είναι "η υπόθεση του άθικτου νεφρώνα" που εμφανίζει μερικά από τα παθοφυσιολογικά συμβάντα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Η ελάττωση του αριθμού λειτουργικών νεφρώνων, όχι μόνο προκαλεί κατακράτηση ουρίας, φωσφορικών και θειϊκών ριζών και άλλων ουραιμικών τοξινών, αλλά επιβαρύνει τους παραμένοντες άθικτους νεφρώνες με το πρόσθετο φορτίο των στερεών συστατικών που θα αποβάλλονταν από τους υπόλοιπους νεφρώνες. Αυτό το πρόσθετο φορτίο προκαλεί στους άθικτους νεφρώνες μια συνεχή ωσμωτική διούρηση.

Κατηγορίες κλινικών εκδηλώσεων

Αρρωστοι με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να έχουν συμπτώματα που μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις κατηγορίες:

1) Συμπτώματα τα οποία μπορούν να σχετίζονται ειδικτοερα με διαταραχές του νεφρού και των ηλεκτρολυτών, π.χ. κώμα, που οφείλεται σε υπονατριαιμία. Αυτά τα συμπτώματα είναι τυχαία και δεν μπορούν να χαρακτηρισθούν σαν παθογνωμονικά της νεφρικής ανεπάρκειας. Οι κλινικές εκδηλώσεις τους είναι αναστρέψιμες με τη διόρθωση της υποκείμενης αιτίας (π.χ. της υπονατριαιμίας), αλλά δεν βελτιώνονται με την εξωνεφρική κάθαρση αυτή καθ' αυτή, εκτός και εάν η υποκείμενη διαταραχή του νερού και των ηλεκτρολυτών διορθώνεται κατά τη διάρκεια της καθάρσεως.

2) Μερικές από τις εκδηλώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας δεν σχετίζονται άμεσα με τις μεταβολές της απεκκρίσεως. Ούτε αποδίδονται όλες στην κατακράτηση προϊόντων του μεταβολισμού, καθώς η αιματοκάθαρση μπορεί να βελτιώσει μερικές ή καμία από τις παραπάνω εκδηλώσεις. Οι εκδηλώσεις αυτές πιθανόν να οφείλονται σε διαταραχές της ρυθμιστικής λειτουργίας. Τέτοιες εκδηλώσεις είναι αναιμία, υπέρταση, οστεοδυστροφία και αποτιτάνωση των μαλακών μορίων.

3) Υπάρχουν ακόμα συμπτώματα που αφορούν πρωτοπαθώς το γαστρεντερικό, το καρδιοαγγειακό και το νευρικό σύστημα, καθώς επίσης και άλλα όργανα με μικρότερη όμως επίπτωση των εκδηλώσεών τους. Σ' αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα αναφέρονται σαν ουραιμικά συμπτώματα και πιστεύεται ότι οφείλονται στη συσσώρευση στο αίμα ουσιών που διέρχονται τη μεμβράνη του φίλτρου.

4) Τέλος, υπάρχουν νευροψυχιατρικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, που συνοδεύουν όλες τις χρόνιες νόσους, συμπεριλαμβανομένης και της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Στάδια χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας

Για την κατανόηση του συνδρόμου της Χ.Ν.Α. είναι απαραίτητο να διευκρινήσουμε ότι δεν αποτελεί κατάσταση στατική, αλλά δυναμική και εξελίσσεται, περνώντας διάφορα στάδια που απαιτούν και διαφορετική μεταξύ τους αντιμετώπιση.

Όταν ο συνολικός ρυθμός σπειραματικής διηθήσεως (GFR) είναι μειωμένος αλλά όχι σε επίπεδα κάτω από το 35-40% περίπου του φυσιολογικού, η όλη νεφρική λειτουργία είναι αρκετή, ώστε να παραμείνει ελεύθερος ο άρρωστος από συμπτώματα, αν και οι νεφρικές εφεδρείες μπορεί να είναι μειωμένες.

Σ' αυτό το στάδιο νεφρικής καταπτώσεως η βασική απεκκριτική, βιοσυνθετική και οι λοιπές ρυθμιστικές λειτουργίες του νεφρού διατηρούνται σε γενικές γραμμές σε ικανοποιητικό βαθμό.

Σε ένα κάπως πιο όψιμο στάδιο της πορείας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (GFR γύρω στα 20-35% του φυσιολογικού), εμφανίζεται αζωθαιμία, με την υπέρταση και την αναιμία να αποτελούν τις πιο συχνές πρώιμες ανωμαλίες. Άλλες διαταραχές είναι η δυσανεξία υδατανθράκων, η υπερουριχαιμία, η υπερτριγλυκεριδαιμία και η μειωμένη ικανότητα παραγωγής συμπυκνωμένων ούρων, πράγμα που οδηγεί σε πολυουρία και νυκτουρία. Αν και οι άρρωστοι είναι σχετικά ασυμπτωματικοί σ' αυτό το στάδιο, οι νεφρικές εφεδρείες είναι τόσο πολύ μειωμένες, ώστε οποιαδήποτε κατάσταση αιφνιδίας εντάσεως (Stress), όπως είναι η μεσολάβηση κάποιας λοιμώξεως, αποφράξεως ουροφόρας οδού, αφυδατώσεως ή χορηγήσεως ενός νεφροτοξικού φαρμάκου, μπορεί να μειώσει ακόμα περισσότερο τη νεφρική λειτουργία, πράγμα που οδηγεί συχνά στην εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων έκδηλης ουραιμίας. Επιστροφή σε μια πιο σταθεροποιημένη βασική γραμμή μπορεί συχνά να επιτευχθεί σ' αυτούς τους ασθενείς με άμεση διόρθωση της υποκείμενης οξείας διαταραχής.

Με την παραπέρα απώλεια της μάζας νεφρώνων (GRF κάτω από 20-25% του φυσιολογικού), ο άρρωστος παρουσιάζει έκδηλη νεφρική ανεπάρκεια, η οποία, μαζί με την αυξημένη βαρύτητα της αναιμίας προκαλεί και υπερφόρτιση σε υγρά, καθώς και από διάφορες διαταραχές από το γαστρεντερικό, το καρδιαγγειακό και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Στο στάδιο αυτό υπάρχει ακόμα ικανότητα του νεφρού σε βαθμό που να πραγματοποιείται η απέκκριση καλίου, με αποτέλεσμα να μην υφίσταται πρόβλημα κλινικά σημαντικής υπερκαλιαιμίας. Η ουραιμία μπορεί να θεωρηθεί ως τελικό στάδιο αυτής της προοδευτικής διεργασίας, όπου καθίστανται κλινικά έκδηλες πολλές ή όλες οι δυσάρεστες εκδηλώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

ΟΥΡΑΙΜΙΑ

Είναι ο όρος που αποδίδεται γενικά στο κλινικό σύνδρομο που παρατηρείται σε αρρώστους με τεράστια απώλεια νεφρικής λειτουργίας.

Ο όρος ουραιμία υιοθετήθηκε αρχικά λόγω της παραδοχής ότι οι ανωμαλίες που παρατηρούνται σε αρρώστους με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) προκύπτουν από κατακράτηση στο αίμα της ουρίας και των άλλων τελικών προϊόντων του μεταβολισμού, που φυσιολογικά απεκκρίνονται στα ούρα.

Είναι σαφές ότι η ουραιμική κατάσταση συνιστά κάτι περισσότερο από αυτή μόνο την ανεπάρκεια της νεφρικής απεκκριτικής λειτουργίας, διότι είναι σύνολο μεταβολικών και ενδοκρινικών λειτουργιών, που φυσιολογικά υποεξυπηρετούνται

από τον άθικτο νεφρό, ανευρίσκονται επίσης μειονεκτικές στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Η εμφάνιση και η βαρύτητα των σημείων και συμπτωμάτων της ουραιμίας συχνά ποικίλλουν τα μεγιστα από άρρωστο σε άρρωστο, ανάλογα, εν μέρει τουλάχιστον, με το μέγεθος της μείωσης της λειτουργούσας μάζας των νεφρώνων, όπως επίσης και την ταχύτητα απώλειας της νεφρικής λειτουργίας.

Οι πιθανότεροι υποψήφιοι που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως τοξίνες σε κατάσταση ουραιμίας είναι τα προϊόντα του καταβολισμού των πρωτεϊνών και των αμινοξέων. Σε αντίθεση με τα λίπη και τους υδατάνθρακες, που τελικά μεταβολίζονται σε διοξείδιο του άνθρακα και νερό, ουσίες που απεκκρίνονται εύκολα, ακόμα και στα ουραιμικά άτομα, δια μέσου των πνευμόνων και του δέρματος, απέκκριση των προϊόντων καταβολισμού των πρωτεϊνών και των αμινοξέων βασίζεται κυρίως στους νεφρούς. Έχει προσδιορισθεί ένας μεγάλος αριθμός τέτοιων προϊόντων, με την ουρία να αποτελεί το πιο σημαντικό ποσοτικά προϊόν.

Στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια κατακρατούνται επίσης και αζωτούχες ενώσεις μεγάλου μοριακού βάρους. Ο τοξικός ρόλος αυτών των ουσιών έχει υποστηριχθεί με βάση την εντύπωση ότι οι άρρωστοί του αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με κατά διαλείμματα περιτοναϊκή διάλυση, εμφανίζουν λιγότερα προβλήματα νεφροπάθειες απ' ό,τι άρρωστοι που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοδιάλυση, παρά τα υψηλότερα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης στο αίμα.

Οι ουσίες μεγαλύτερου μοριακού βάρους είναι πολυπεπίδια, που με την πάροδο της νεφρικής ανεπάρκειας

ανέρχονται συχνά σε σημαντικά ύψη, όχι μόνο λόγω του πλημμελούς νεφρικού καταβολισμού, αλλά λόγω της επαυξημένης ενδοκρινικής εκκρίσεως.

Ουραιμικά συμπτώματα

Πολύ συχνά η εμφάνιση των ουραιμικών συμπτωμάτων είναι τόσο τυπική, ώστε να μπορεί κανείς να διακρίνει στο φως ότι πρόκειται για άρρωστο που πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Για λόγους που δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένοι, υπάρχει μια αυξημένη εναπόθεση χρωστικής, η οποία, σε συνδυασμό με την αναιμία, δίνει ένα ιδιαίτερο χρώμα μπεζ - ένα συνδυασμό μπεζ και μπρούτζου, που στο φως μπορεί να φαίνεται πράσινο.

Επιπλέον, η όψη του πάσχοντος είναι οίδηματώδης. Το οίδημα και κυρίως το γαιώδες χρώμα, δίνει την εντύπωση ότι πρόκειται για μια χαρακτηριστική χρόνια εξαντλητική νόσο και ιδιαίτερα, για χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Η πορφύρα είναι συχνή στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, οφείλεται δε σε δυσλειτουργία των αιμοπεταλίων και ανταποκρίνεται στην αιμοκάθαρση.

Πριν από την εφαρμογή της αιμοκάθαρσης, άρρωστοι με βαριά ουραιμία εμφανίζουν εικόνα "ως από πάγου", λόγω εναποθέσεως της αποβαλλόμενης ουρίας στο δέρμα.

Ο ανοσολογικός μηχανισμός είναι διαταραγμένος στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Οι άρρωστοι φαίνονται περισσότερο ευπαθείς στις λοιμώξεις.

Ο κνησμός μπορεί να είναι ελαφρός ή τόσο έντονος ώστε να επισκιάζει όλα τα ουραιμικά συμπτώματα. Σε μερικούς αρρώστους ο κνησμός εξαφανίζεται με την αιμοκάθαρση, γεγονός που σημαίνει ότι μπορεί να οφείλεται σε ουραιμικές τοξίνες. Η θεραπεία με υπεριώδεις ακτίνες βοηθά στην υποχώρηση του κνησμού, τουλάχιστον για όσο διάστημα διαρκεί η φωτοθεραπεία.

Παθογένεια ουραιμικών συμπτωμάτων

(Α) Γαστρεντερικό

Ανορεξία, ναυτία, έμετοι και λόξυγγας είναι συνηθισμένες εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα. Συχνά ναυτία και έμετοι συμβαίνουν με ένα χαρακτηριστικό τρόπο, που θυμίζουν τους πρωινούς εμέτους των αρχικών σταδίων της εγκυμοσύνης. Ο άρρωστος μπορεί να ξυπνά με καλή διάθεση και όρεξη για φαγητό. Η θέα, η μυρωδιά ή ακόμα και η πρώτη δοκιμή φαγητού του προκαλεί ναυτία και έμετο. Εάν ο άρρωστος επιμένει και κατορθώσει να πάρει αρκετά υγρά, είναι βέβαιο ότι μερικές ώρες αργότερα θα μπορέσει να καταναλώσει ένα πλήρες γεύμα και είναι πιθανό ότι δεν θα έχει ναυτία για την υπόλοιπη μέρα.

Εκτός από την κακουχία, ο μεγάλος κίνδυνος της ανορεξίας, της ναυτίας και των εμέτων συνίσταται στην επακολουθούσα αφυδάτωση και την έλλειψη νατρίου, που έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση του εξωκυτταρικού όγκου υγρών και του GFR και την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Μια άλλη εκδήλωση της προσβολής του γαστρεντερικού συστήματος στην ουραιμία είναι τα έλκη, που μπορούν να

απαντούν οπουδήποτε από το στόμα έως τον πρωκτό. Ο σχηματισμός ελκών προκαλεί πόνο, συμβάλλει στην απώλεια αίματος και μπορεί να προκαλέσει διάτρηση.

(B) Κεντρικό νευρικό σύστημα

Ο ουραιμικός άρρωστος εμφανίζει ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Μπορεί να είναι σε πνευματική διαύγεια μέχρι τη στιγμή του θανάτου ή μπορεί να εμφανίζει άγχος, ευερεθιστότητα και ανησυχία, να έχει παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις και να ανακοινώνει τρομακτικά όνειρα. Μερικοί άρρωστοι γίνονται παρανοϊκοί, άλλοι εμφανίζουν κατάθλιψη και άλλοι παρουσιάζουν με περίεργα χαρούμενη συμπεριφορά, πράγμα που φαίνεται ασύμφωνο με την όλη κλινική εικόνα. Προφανώς με πολλά από τα παραπάνω συμπτώματα δεν μπορεί κανείς να είναι βέβαιος κατά πόσο μια συγκινησιακή αντίδραση αποτελεί εκδήλωση στα πλαίσια της νόσου και κατά πόσο μπορεί να σχετίζεται με την κατακράτηση ή την αναπαραγωγή ουσιών που προκαλούν συμπτώματα από τον εγκέφαλο. Τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται με την αιμοκάθαρση.

Ένας άρρωστος μπορεί να βρίσκεται σε λήθαργο, να είναι σε σύγχυση και να έχει αδυναμία συγκεντρώσεως. Ένας άλλος μπορεί να μισοκοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας και να περνά τα βράδια του σε πλήρη σύγχυση και διέγερση.

Μυϊκοί σπασμοί είναι συχνοί, ακόμη και σε αρρώστους που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση. Επιληπτικοί σπασμοί, γενικευμένοι ή εστιακοί, είναι συχνό φαινόμενο. Εδώ η διαφορική διάγνωση είναι σπουδαίας σημασίας, λόγω της βαριάς

αιτιολογίας των σπασμών στην ουραιμία και της θεραπευτικής αντιμετώπισής τους. Οι σπασμοί μπορεί να οφείλονται σε υπονατρία, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, υπασβεστιαϊμία ή στην ουραιμική κατάσταση. Στην υπονατρία και στην υπερτασική εγκεφαλοπάθεια η θεραπεία κατευθύνεται στη διόρθωση του νατρίου του ορού και στην πτώση της αρτηριακής πίεσης αντίστοιχα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση ενός απλού ουραιμικού σπασμού με φάρμακα δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει πιθανότητα να επαναληφθεί, εκτός και αν εφαρμοσθεί αιμοκάθαρση.

Η ουραιμική περιφερική νευροπάθεια είναι μια ιδιαίτερη εκδήλωση του ουραιμικού συνδρόμου. Η κλινικά εμφανής νευροπάθεια μπορεί να παρουσιάζεται σαν "σύνδρομο ποδιών", το οποίο αναμφισβήτητα είναι μια δυσάρεστη κατάσταση: ο άρρωστος εμφανίζεται να σέρνει τα πόδια του. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται τα βράδια, ο δε άρρωστος βρίσκει ανακούφιση στη συνεχή κίνηση των ποδιών. Η περιφερική νευροπάθεια είναι μικτού τύπου και αρχίζει με αισθητικές διαταραχές, όπως αίσθημα καύσου, παραισθήσεις και υπερευαισθησίες. Πριν υπάρξει σημαντική επινέμηση των κινητικών μυών, η αιμοκάθαρση προκαλεί συχνά βελτίωση μέσα σε λίγες εβδομάδες. Η κινητική επινέμηση, όπως είναι η πτώση των άκρων ποδιών που είναι περισσότερο συχνή στους άνδρες, έχει κακή πρόγνωση. Μπορεί να ανταποκρίνεται στην παρατεταμένη και πιο συχνή αιμοκάθαρση με πιο διαπερατές μεμβράνες, αλλά αυτό δεν συμβαίνει πάντοτε. Ακόμα και εάν δεν βελτιωθεί, δεν υπάρχει λόγος να πιστεύει κανείς ότι δεν θα ανασταλεί η εξέλιξή της με την παρατεταμένη αιμοκάθαρση. Η εμφάνιση κλινικών σημείων νευροπάθειας αποτελεί ένδειξη για χρόνια αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση.

(Γ) Καρδιοαναπνευστικό

Εκτός από την υπέρταση, μια άλλη συχνή καρδιακή εκδήλωση της ουραιμίας είναι η ινώδης περικαρδίτιδα, η οποία κλινικά και εργαστηριακά απαντά καλά στην αιμοκάθαρση. Μερικές φορές δεν υπάρχουν συμπτώματα, και η μόνη εκδήλωση είναι η παρουσία περικαρδιακού ήχου τριβής. Μερικές φορές όμως, η περικαρδίτιδα συνοδεύεται με έντονο οπισθοστερνικό πόνο. Γενικά, τα προβλήματα από την παρουσία υγρού στο περικάρδιο είναι λίγα, ενώ μερικές φορές παρατηρείται επιπωματισμός. Η παρουσία επιπωματισμού αποτελεί απόλυτη ένδειξη για παρακέντηση του περικαρδίου. Η παρακέντηση πρέπει να γίνει αμέσως, γιατί είναι η μόνη που μπορεί να σώσει τη ζωή του αρρώστου. Η καθυστέρηση στην παρακέντηση έχει σαν αποτέλεσμα το θάνατο, ακόμα και σε αρρώστους που είχαν προγραμματισθεί να αντιμετωπισθούν με περικαρδιεκτομή.

Το υγρό είναι σχεδόν πάντοτε αιμορραγικό και οι άρρωστοι συνήθως ανταποκρίνονται καλά στην απομάκρυνσή του και την έναρξη χρόνιας αιμοκάθαρσης. Η υπερηχογραφία προσφέρει σημαντική διαγνωστική βοήθεια στη διαπίστωση του υγρού. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η εμφάνιση περικαρδίτιδας μπορεί να ακολουθήσει λοίμωξη του αναπνευστικού.

(Δ) Κοινωνικοοικονομικά και ψυχικά προβλήματα

Παλιότερα τα κύρια προβλήματα με τα οποία είχε να ασχοληθεί ο γιατρός ήταν η φυσική επιβίωση, η απώλεια ή η αλλαγή της εργασίας, η ανικανότητα φροντίδας της οικογένειας όπως προηγουμένως, η άρνηση λήψης φαρμάκων, η κατάθλιψη και το άγχος, επίσης η μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, ο φόβος ότι όλα αυτά υποβιβάζουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Σε πολλές περιπτώσεις η πλήρης πλήξη και η ολική εξάρτηση από την τηλεόραση συνοδεύουν την επιβίωση, σαν το μόνο και παθητικό σκοπό.

Σε πολλούς αρρώστους η αίσθηση της αυτοεγκατάλειψης συνοδεύεται με την εμφάνιση αδιαφορίας, πριν ακόμα οι φυσικές δυνάμεις φτάσουν σ' αυτό το σημείο.

Παρακολούθηση για μεγάλο διάστημα είναι συνήθως δύσκολη. Το κλινικό πρόβλημα του χρόνιου αρρώστου δεν έχει ούτε το ενδιαφέρον ούτε την αμεσότητα της οξείας καταστροφής νόσου. Επιπλέον, όταν η θεραπεία ή η βελτίωση στην υποκείμενη νόσο είναι αδύνατη, ο γιατρός χάνει την αυτοπεποίθηση στον εαυτό του σαν "ήρωα" θεραπευτή. Η απογοήτευση αυτή έχει αντίκτυπο στον ψυχισμό των αρρώστων.

Πάρα πολλά μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής και να αυξήσουμε τις χαρές στους αρρώστους με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Είναι τα ίδια πράγματα που θα κάναμε για καθένα άρρωστο με χρόνια νόσο. Το καλλίτερο απ' όλα είναι να οργανώσουμε ένα πρόγραμμα για τη ζωή και τη θεραπεία, ξεχωριστά για κάθε άρρωστο.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Χρειάζονται:

- Η τιμή αιμοσφαιρίνης και παρασκευάσματα περιφερικού αίματος για το χαρακτηρισμό της αναιμίας.
- Η ουρία του αίματος και η κάθαρση της κρεατινίνης για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας.

- Το ουρικό οξύ του ορού.
- Απεκκριτική ουρογραφία για νεφροτομογραφία για την εκτίμηση του μεγέθους των νεφρών και για αποκλεισμό της απόφραξης.
- Δείγμα ούρων από το μέσο της ούρησης για τη γενική ούρων και για τον έλεγχο τυχόν ουρολοίμωξης.
- Το ασβέστιο, ο φώσφορος και η αλκαλική φωσφατάση του ορού για την έγκαιρη ανεύρεση των βιοχημικών μεταβολών της νεφρικής οστεοδυστροφίας.
- Ακτινογραφίες, σπινθηρογράφημα και βιοψία οστών για επιβεβαίωση νεφρικής οστικής νόσου.
- Αυστραλιανό αντιγόνο (HBSAG) - η ηπατίτιδα Β στις μονάδες τεχνητού νεφρού έχει μεγάλη νοσηρότητα, ιδιαίτερα μεταξύ του προσωπικού.
- Προσδιορισμός της ιστοσυμβατότητας αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η αναιμία, η αζωθαιμία η οξέωση είναι τα κύρια ευρήματα. Η αναιμία είναι συνήθως ορθόχρωμη και ορθοκυτταρική, με αιμοσφαιρίνη σε επίπεδα 6-9 G/DL.

Τα ούρα είναι συνήθως αραιά και περιέχουν μικρές ποσότητες πρωτεϊνών· λίγα ερυθρά, λευκά και επιθηλιακά κύτταρα και λίγους κοκκιώδεις και κηρώδεις κυλίνδρους, μερικοί από τους οποίους είναι μεγάλοι (ευρείς κύλινδροι νεφρικής ανεπάρκειας).

Οι συγκεντρώσεις του αζώτου της ουρίας του αίματος, της κρεατινίνης του ορού και συχνά του ουρικού οξέος του ορού, είναι πολύ αυξημένες. Το νάτριο του ορού μπορεί να είναι κατά τι χαμηλότερο του φυσιολογικού και το κάλιο του ορού ελαφρώς ή κατά πολύ αυξημένο. Το ασβέστιο του ορού είναι ελαττωμένο. Επί οστικής νόσου η δραστηριότητα της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού είναι αυξημένη και η κυκλοφορούσα παραθορμόνη είναι συχνά αυξημένη. Το μαγνήσιο του ορού μπορεί να είναι αυξημένο. Η κατακράτηση φωσφορικών, των θειικών και συχνά των χλωριούχων, προκαλεί ελάττωση της συγκέντρωσης των διττανθρακικών του πλάσματος.

Τόσο η κατακράτηση οργανικών οξέων όσο και η παραβεβλαμμένη σωληναριακή απέκκριση ιόντων υδρογόνου, μαζί με τις απώλειες νατρίου και διττανθρακικών ρυθμιστικών διαλυμάτων, συνοδεύονται από ελάττωση του pH του πλάσματος.

Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να παρουσιάζει ενδείξεις καρδιακής διατάσεως, οίδημα του διάμεσου ιστού κατά τη μέση ζώνη των πνευμόνων, εκσεσημασμένη πνευμονική συμφόρηση ή πνευμονικό οίδημα.

Το ΗΚΓ έχει εικόνα συστολικής υπερφόρτισης ή υπερτροφίας της αριστερής κοιλιάς και αλλοιώσεις λόγω της τοξικότητας του καλίου.

Το μέγεθος των νεφρών πρέπει να καθορίζεται με υπερηχογραφία, απλή ακτινογραφία ή τομογραφία της κοιλιάς.

Η ενδοφλέβια πυελογραφία ή η παλίνδρομη μελέτη δυνατό να ενδείκνυνται προς αποκλεισμό της απόφραξης των κατώτερων ουροφόρων οδών ή των ουρητήρων.

Οι ακτινολογικές ενδείξεις οστικής νόσου (οστεομαλακία και ινώδης οστεΐτιδα) είναι συχνές πολύ πριν παρουσιαστούν εμφανή συμπτώματα και κλινικά σημεία.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζεται με συμπτώματα και σημεία ανάλογα με τη λειτουργική υπολειμματικότητα, που προκύπτει από την ελάττωση του αριθμού των λειτουργούντων νευρώνων μάλλον, παρά με την αιτία της νεφρικής βλάβης.

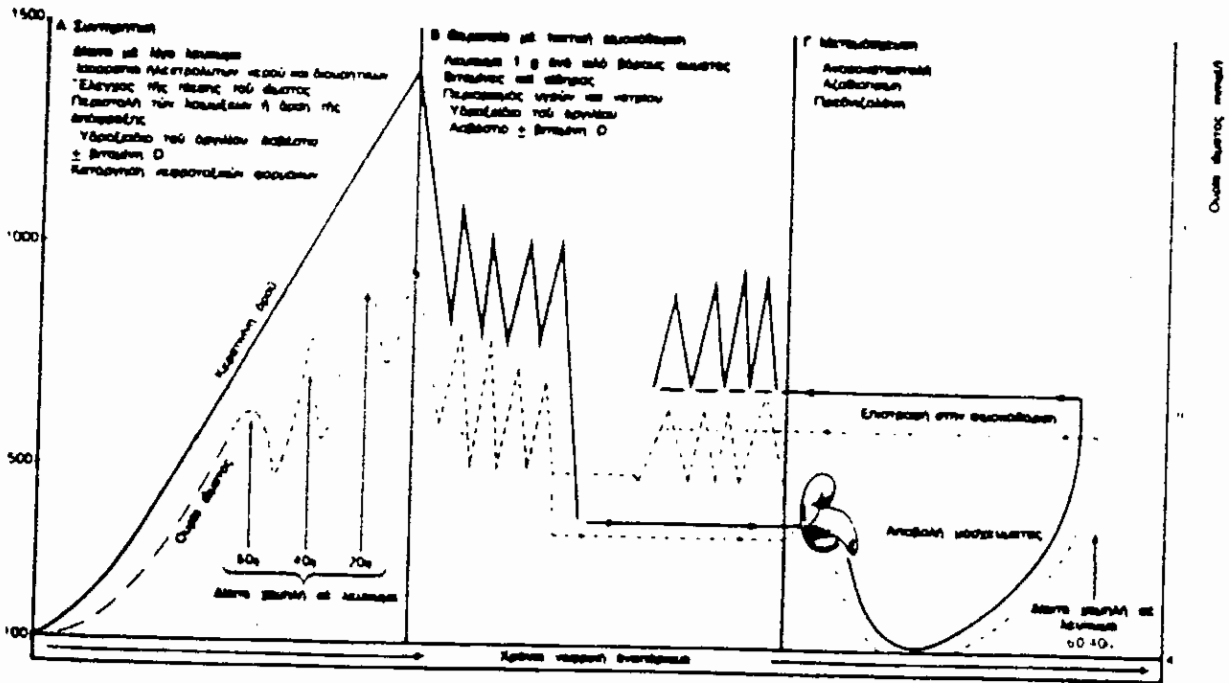
Συχνά είναι αδύνατο να γίνει διάκριση μεταξύ της νεφρικής ανεπάρκειας, λόγω χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας, πυελονεφρίτιδας, κακοήθους υπερτάσεως, διαβητικής νεφροπάθειας και νόσου του κολλαγόνου. Η παρουσία μεγάλων νεφρών, χαρακτηριστικών της πολυκυστικής νόσου, βοηθά την αναγνώριση αυτής της αιτίας της νεφρικής ανεπάρκειας.

Ο γιατρός πρέπει να αναγνωρίζει τις θεραπεύσιμες αιτίες της νεφρικής ανεπάρκειας, όπως η απόφραξη, η λοίμωξη, η μόνιμη υπερασβεστιαμία, η ουρική νόσος, το μύελωμα και η τοξικότητα των φαρμάκων.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ Χ.Ν.Α.

Θεραπεία

Τα τρία βασικά στάδια της θεραπείας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας φαίνονται στην Εικ. 1.



Όταν ο νεφροπαθής φτάσει στο τελικό στάδιο Χ.Ν.Α., η διατήρηση της ζωής του είναι δυνατή με την εφαρμογή είτε της αιμοκάθαρσης είτε της περιτοναϊκής κάθαρσης ή με επιτυχή

μεταμόσχευση νεφρού. Όμως με την αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση δεν γίνεται αποκατάσταση όλων των λειτουργιών που επιτελούν οι φυσιολογικοί νεφροί.

Το μόνο που επιτυγχάνεται είναι η απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων και η ομοιόσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών. Και αυτό είναι ευνόητο, επειδή για τις ορμονικές και μεταβολικές λειτουργίες είναι απαραίτητο να υπάρχει λειτουργικό νεφρικό παρέγχυμα. Συνεπώς οι εξωνεφρικές καθάρσεις δεν υποκαθιστούν το νεφρό, αλλά αντικαθιστούν ορισμένες λειτουργίες και διατηρούν το άτομο στη ζωή.

Αν και τα τελευταία χρόνια βελτιώθηκε η επιβίωση των νεφροπαθών, με τη χρόνια αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση, ωστόσο η ποιότητα της ζωής και ο βαθμός αποκατάστασης δεν έχουν μεταβληθεί ανάλογα. Με τη μεταμόσχευση μπορεί να επιτευχθεί φυσιολογική αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας, όμως υπάρχουν πολλά προβλήματα που πρέπει να λάβει κανείς υπόψη. Μερικά από αυτά είναι:

- (α) Έλλειψη νεφρικών μοσχευμάτων, που σε μερικές χώρες είναι πολύ μεγάλη, όπως στη χώρα μας.
- (β) Απόρριψη των μοσχευμάτων, που το ποσοστό είναι ακόμη σημαντικά υψηλό.
- (γ) Κίνδυνοι από σοβαρές επιπλοκές που περικλείουν τα πολύ τοξικά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που κατ' ανάγκη χορηγούνται στις μεταμοσχεύσεις νεφρών.

I. Συντηρητική θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία (χωρίς κάθαρση και χωρίς μεταμόσχευση), θα πρέπει να συσταθεί νωρίς, για να

επιτευχθεί, εάν είναι δυνατό, έλεγχος των συμπτωμάτων, ελαχιστοποίηση των επιπλοκών, πρόληψη των μακροπρόθεσμων επακόλουθων της ουραιμίας και επιβράδυνση της εξέλιξης της νεφρικής ανεπάρκειας.

Θα πρέπει να γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια για διόρθωση οποιασδήποτε από τις αναρίθμητες αναστρέψιμες συνιστώσες που επιτείνουν τη νεφρική έκπτωση.

Μέγιστη σημασία έχει η θεραπευτική αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου ή των επιπλοκών της νεφρικής ανεπάρκειας, οι οποίες επισπεύδουν ακόμα πιο πολύ την απώλεια των νεφρώνων.

Η υπέρταση, οι λοιμωξεις των ουροφόρων οδών, η νεφρολιθίαση, οι ανατομικές ανωμαλίες του ουροποιητικού σωλήνα, ή εκείνες οι μορφές σπειραματονεφρίτιδας, που μπορούν να ανταποκριθούν στη θεραπεία, θα πρέπει να τυγχάνουν σθεναρής (επιθετικής) θεραπείας.

Στα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνονται η αποφυγή νεφροτοξικών φαρμάκων και εμγάλων δόσεων ακτινοσκοπιών μέσω στον άρρωστο με ήδη επιβαρυμένη νεφρική ανεπάρκεια.

Η τροποποίηση του διαιτολογίου αποτελεί σημαντική συνιστώσα της συντηρητικής θεραπείας. Ο πρώιμος προσδιορισμός του νατρίου και των υγρών μπορεί να ενέχει τεράστια σημασία για τη θεραπεία της υπέρτασης.

Καθώς η νεφρική ανεπάρκεια εξελίσσεται, καθίσταται αναγκαίος ο περιορισμός των τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες, που περιορίζει την ανορεξία, τη ναυτία και τους εμέτους και έχει υποστηριχθεί από μερικούς ότι αναστέλλει την εξέλιξη της νόσου. Οι ενήλικοι ασθενείς δεν πρέπει να

λαμβάνουν λιγότερο από 0,6 g πρωτεΐνης ανά χιλιόγραμμο βάρους την ημέρα, για να αποφευχθεί αρνητικό ισοζύγιο.

Η αποκατάσταση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, π.χ. η χρήση διττανθρακικού νατρίου ή γλυκονικού νατρίου για τη διόρθωση της οξέωσης, ή διττανθρακικών, δεξτρόζης και ινσουλίνης, για τη θεραπεία της υπερκαλιαιμίας, καθίσταται αναγκαία στις προχωρημένες καταστάσεις ουραιμίας.

Μερικές χημικές ανωμαλίες που συμβαίνουν στη νεφρική ανεπάρκεια δεν χρειάζονται ή δεν επιδέχονται θεραπεία. Η υπερμαγνησισαιμία, η υπερτριγλυκεριδαιμία ή η ήπια δυσανεξία διττανθρακικών δεν χρειάζονται σε γενικές γραμμές θεραπεία.

Αν ο άρρωστος υποφέρει από ουρική αρθρίτιδα, τότε μπορεί να επιτευχθεί θεραπεία της υπερουριχαιμίας. Όμως η υπερουριχαιμία από μόνη της δεν έχει αποδειχθεί επιζήμια.

Έχει υποστηριχθεί ότι ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός μπορεί να επισπεύσει την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας. Ο περιορισμός των υγρών, του νατρίου, καλίου, των φωσφορικών και των πρωτεϊνών, έχει ως συνέπεια τη διαμόρφωση ενός πολύ περιορισμένου και συχνά μη αποδεκτού διαιτολογίου από τον άρρωστο. Το διαιτολόγιο αυτό, μαζί με τη χορήγηση πολλών φαρμάκων, διαπιστώνεται συχνά τη στιγμή που αρχίζουν να κάνουν αισθητή την παρουσία τους οι επιπλοκές της ουραιμίας και η ανάγκη για κάθαρση και μεταμόσχευση είναι επιτακτική.

Παράλληλα με τη λήψη μετρων συντηρητικής αντιμετώπισης, είναι απαραίτητο να προετοιμασθεί ο άρρωστος, στα πλαίσια ενός εντατικού εκπαιδευτικού προγράμματος, όπου θα εξηγηθούν οι πιθανότητες για τελική νεφρική ανεπάρκεια και για διάφορες

μορφές διαθέσιμης θεραπείας. Όσο πιο εμπειριστατωμένες είναι οι γνώσεις των αρρώστων γύρω από την αιμοκάθαρση, την περιτοναϊκή πλύση και τη μεταμόσχευση, τόσο ευκολότερες και σωστότερες είναι οι αποφάσεις σε μεταγενέστερο χρόνο.

II. Η αιμοκάθαρση και η μεταμόσχευση στη θεραπεία της νεφρικής ανεπάρκειας

Στη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών, η αιμοκάθαρση και η μεταμόσχευση έχουν καταστεί θεραπευτικές μέθοδοι, αποτελεσματικές στην παράταση της ζωής των αρρώστων με νεφρική ανεπάρκεια.

Η συντηρητική αντιμετώπιση, η αιμοκάθαρση, η περιτοναϊκή κάθαρση, αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους στη θεραπεία της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, ενώ για αρρώστους με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σ' αυτό το σχήμα θεραπείας μπορεί να προστεθεί η μεταμόσχευση.

Αρχικά οι άρρωστοι αντιμετωπίζονται με συντηρητική θεραπεία, αλλά τελικά έχουν ανάγκη από αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού.

Λόγω περιορισμένης επιτυχίας της κάθε μιας από αυτές τις μεθόδους θεραπείας, η χρόνια αυτή νόσος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με προοπτική μεταβάσεως από τη μια μορφή στην άλλη, όπως ενδείκνυται από το βαθμό επιτυχίας και την επίπτωση των επιπλοκών σε κάθε μορφή θεραπείας.

Η θεραπεία της νεφρικής ανεπάρκειας θα πρέπει να αρχίζει σ' ένα στάδιο νοσηρής διεργασίας, στο οποίο οι επιπλοκές είναι μέτριου βαθμού, αλλά όχι όταν ο άρρωστος είναι τελείως ασυμπτωματικός.

Οι προχωρημένου σταδίου επιπλοκές της ουραιμίας θα πρέπει να αποφεύγονται με πρώιμη θεραπεία.

Η πρώιμη κάθαρση έχει ιδιαίτερη ένδειξη εφαρμογής σε ασθενείς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια, στους οποίους υπάρχει πιθανότητα αναλήψεως της νεφρικής λειτουργίας, καθώς και σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, οι οποίοι έχουν καλή ανοσολογική σχέση (συμβατότητα) με συγγενή δότη, οπότε η μετέπειτα μεταμόσχευση θα μπορούσε να οδηγήσει αυτούς σε ανάληψη της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας.

Στους υπόλοιπους ασθενείς, η κλινική απόφαση για μετάβαση από τη συντηρητική θεραπεία σε κάθαρση ή μεταμόσχευση βασίζεται στην ποιότητα ζωής του αρρώστου και στο κατά πόσο τα οφέλη της θεραπείας υπερτερούν των κινδύνων ή όχι.

Τα κριτήρια επιλογής για μεταμόσχευση είναι σε γενικές γραμμές πιο αυστηρά από εκείνα για κάθαρση και υπαγορεύονται από την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών, που σχετίζονται με την ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

Στα περισσότερα προγράμματα μεταμόσχευσης, το ανώτερο όριο ηλικίας περιορίζεται στα 55 έως 60 χρόνια περίπου, ιδιαίτερα στην περίπτωση που στη μεταμόσχευση χρησιμοποιούνται νεφροί πτωμάτων.

Τα κριτήρια για την υποβολή σε θεραπεία με αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση είναι λιγότερο αυστηρά, επειδή η κάθαρση έχει μικρότερη νοσηρότητα απ' ό,τι η μεταμόσχευση στους υπερήλικες ασθενείς, καθώς και σ' εκείνους με βαριές επιπλοκές.

III. Η περιτοναϊκή πλύση στη θεραπεία της Χ.Ν.Α.

Η χρόνια περιτοναϊκή πλύση επιχειρήθηκε κατά το τέλος της δεκαετίας του 1940, αλλά ήταν σχετικά ανεπιτυχής μέχρι το 1969, οπότε κατασκευάστηκε ένας μόνιμος περιτοναϊκός καθετήρας, ο καθετήρας Tenckhoff.

Η χρήση αυτού του μόνιμου καθετήρα της συσκευής παροχής μέσου διαλύσεως με συνεχές κλειστό κύκλωμα, οδήγησε σε θεραπευτικά πρωτόκολλα, όπου οι άρρωστοι υποβάλλονταν σε θεραπεία 2 έως 3 φορές την εβδομάδα ώσπου να συμπληρώσουν συνολικά 30 έως 40 ώρες, για να επιτευχθούν καθάρσεις και απομάκρυνση υγρών παρόμοιες με εκείνες της αιμοκάθαρσης.

το 1978, η ιδέα της σταθερής περιτοναϊκής πλύσεως επί μεγάλα χρονικά διαστήματα στο σπίτι, οδήγησε στην ανάπτυξη της συνεχούς περιπατητικής περιτοναϊκής πλύσεως (CAPD), η οποία διαφέρει από την κατά διαλείμματα περιτοναϊκή πλύση στο ότι οι άρρωστοι ενσταλάζουν υγρό μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, σφραγίζουν τον καθετήρα, συνεχίζουν τον περιπατητικό τρόπο ζωής και κάθε 4 έως 6 ώρες αδειάζουν την περιτοναϊκή κοιλότητα και αντικαθιστούν το μέσο διαλύσεως. Με την τεχνική αυτή γίνεται χρήση σάκκων περιεκτικότητας 2 λίτρων μέσου διαλύσεως και αποφεύγεται η ανάγκη για χρησιμοποίηση καθάρσεως.

Η τροποποίηση της τεχνικής με τη χρήση μιας συσκευής κυκλικής παροχής του μέσου διαλύσεως, ώστε να αποφεύγεται η ανταλλαγή αυτού στη διάρκεια της νύχτας με χρόνια ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση του υγρού στη διάρκεια των ωρών εγρήγορσης, μπορεί να είναι πιο αποδεκτή από μερικούς αρρώστους.

Σε μια κατάσταση που χρειάζεται νοσοκομείο, εκτελείται συνήθως περιτοναϊκή πλύση με τη χρήση αιχμηρού καθετήρα, που διαρκεί 24 έως 72 ώρες. Η κατά διαλείμματα περιτοναϊκή πλύση μπορεί να εκτελεσθεί σε ειδικό κέντρο ή στο σπίτι (συνήθως στη διάρκεια της νύχτας), ενώ η συνεχής περιτοναϊκή πλύση εκτελείται οπουδήποτε.

Όπως και στην περίπτωση της αιμοκάθαρσης, η σύσταση του μέσου διαλύσεως μπορεί να τροποποιηθεί, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες υπερδιηθήσεως και καθάρσεως.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι νεφροπαθείς αποτελούν ιδιόμορφο πληθυσμό χρόνια πασχόντων. Η θεραπεία τους διαρκεί όσο και η ζωή τους και απαιτεί τελείως εξειδικευμένη νοσηλευτική υποδομή, με υψηλό κόστος λειτουργίας σε ό,τι αφορά την ιατρική, παραϊατρική και τεχνική κάλυψή της.

Η αναγκαία δαπάνη καταλαμβάνει ένα μεγάλο ποσοστό του ετήσιου προϋπολογισμού υγείας κάθε χώρας. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται κάθε χρόνο αναγκαστικά, από την αύξηση του συνολικού αριθμού των νεφροπαθών που ζούν με Τεχνητό Νεφρό. Η περικοπή είναι αδύνατη, επειδή είναι καθαρά νοσηλευτική δαπάνη και ως τέτοια αποτελεί επιταγή κάθε προηγμένης χώρας.

Η οικονομική αντιμετώπιση του θέματος αποβαίνει σε βάρος άλλων συγγενών τομέων (ιατρική έρευνα, κτηριακή νοσοκομειακή υποδομή κ.ά.).

Εκτός όμως από την επιβάρυνση της εθνικής οικονομίας, η χρονικότητα της νόσου έχει οικονομικές επιπτώσεις και για την οικογένεια του πάσχοντα, γιατί συνοδεύεται από μείωση του εισοδήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Χ.Ν.Α.

A. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

I. Πηγές πληροφοριών

- α) Άρρωστος.
- β) Μέλη οικογένειας.
- γ) Προηγούμενα ιατρικά, νοσηλευτικά δελτία.

II. Ιστορικό υγείας

Αφού η νεφρική ανεπάρκεια, τόσο η οξεία όσο και η χρόνια, είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη κατάσταση, είναι ανάγκη να εκτιμηθούν όλα τα συστήματα του οργανισμού. Παρά ταύτα, ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να εξατομικεύσει την κάθε περίπτωση προκειμένου να περιλάβει σημαντικές πληροφορίες στο ιστορικό υγείας κάθε αρρώστου.

- α) Ηλικία
- β) Φύλο
- γ) Διανοητική κατάσταση
- δ) Επάγγελμα
- ε) Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- στ) Ιστορικό οικογένειας που αφορά νεφρικές παθήσεις
- ζ) Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό
- η) Λεπτομερή διαιτητική εκτίμηση
- θ) Ιστορικό αλλεργειών, χρήση φαρμάκων

ι) Δραστηριότητες

ια) Σχήμα ούρησης, συμπεριλαμβανομένου του μειωμένου όγκου.

III. Φυσική εκτίμηση

α) Ουραιμική πάχνη, αποχρωματισμός δέρματος εξαιτίας κατακρατήσεως του χρωμογόνου των ούρων.

β) Οίδημα βλεφάρων, κάτω άκρων.

γ) Αρτηριακή υπέρταση.

δ) Δυσσοσμία στόματος.

ε) Αφρώδη ούρα.

B. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι

(α) Αναγνώριση και απομάκρυνση της αρχικής αιτίας.

(β) Διατήρηση, όσο μπορεί να γίνει, της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.

(γ) Πρόληψη οξέωσης και μείωση καταβολισμού των πρωτεϊνών.

(δ) Πρόληψη υπερυδάτωσης.

(ε) Πρόληψη μολύνσεων.

(στ) Μείωση του νεφρικού φόρτου, ελάττωση του επιπέδου των τοξικών προϊόντων του ορού.

(ζ) Πρόληψη επέκτασης της νεφρικής βλάβης και ελάττωσης της νεφρικής λειτουργίας.

(η) Διατήρηση καλής θρέψης αλλά ελαττωμένων μεταβολικών αναγκών.

2. Μακροπρόθεσμοι

- (α) Αποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας.
- (β) Συμμόρφωση του αρρώστου με το θεραπευτικό σχήμα.

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Προβλήματα	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
1. Διατητικοί περιορισμοί.	<p>Η θερμιδική αξία των τροφών να φτάνει τις 2.500 - 3.000 ημερησίως. Δίαιτα με μειωμένο λεύκωμα, πλούσια σε υδατάνθρακες και λίπος, φτωχή σε κάλιο και νάτριο. Η λήψη υγρών είναι κατά βούληση. Συνήθως τόσο ώστε να μην προκληθεί αφυδάτωση. Καθημερινή ζύγιση. (Το βάρος δεν πρέπει να αυξηθεί ή ελαττωθεί πέρα από 0,45 kg την ημέρα). Σε αδυναμία πρόσληψης τροφής από το στόμα γίνεται χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων γλυκόζης. Διδασκαλία που αφορά τη δίαιτα.</p>
2. Διαταραχή νερού, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.	<p>Σχολαστική μέτρηση και εκτίμηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, κυρίως σε ολιγουρική φάση. Μέτρηση ποσότητας και συχνότητας ούρων.</p>

Προβλήματα	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
<p>3. Πρόληψη μολύνσεων.</p>	<p>Πιστή τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Παρακολούθηση για σημεία υπερκαλιαιμίας.</p> <p>Σχολαστική άσηπτη τεχνική. Οι άρρωστοι νοσηλεύονται σε μοναχικό δωμάτιο.</p> <p>Αναγνώριση και αναφορά σημείων μόλυνσης.</p> <p>Προσοχή στα ρεύματα.</p> <p>Χορήγηση αντιβιοτικών με εντολή γιατρού σε περίπτωση μόλυνσης.</p> <p>Αν υπάρχει μόνιμος καθετήρας, πλύση με διάλυμα αντιβιοτικού.</p> <p>Συχνό γύρισμα. Βήχας, βαθιές εισπνοές για αποβολή εκκρίσεων, για πρόληψη πνευμονίας.</p> <p>Διδασκαλία αρρώστου για κανόνες υγιεινής και αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν μολύνσεις των ανώτερων αναπνευστικών.</p>

Προβλήματα	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
<p>4. Αναιμία, αιμορραγική διάθεση.</p>	<p>Παρακολούθηση ζωτικών σημείων για πρόληψη αιμορραγίας.</p> <p>Αποφυγή τραυματισμών, βουρτσίσματος δοντιών με σκληρή βούρτσα και χρήση χονδρών βελόνων για ενέσεις.</p> <p>Συχνή παρακολούθηση και εκτίμηση παραμέτρων αίματος (αιματουρίας, αιμοσφαιρίνη κ.λπ.</p> <p>Σε μείωση Hb, ενδείκνυνται μικρές μεταγγίσεις πλυμένων ερυθρών.</p>
<p>5. Φροντίδα δέρματος και στόματος.</p>	<p>Η παρουσία οιδήματος επιβάλλει ειδική φροντίδα του δέρματος. Χρησιμοποιούνται ουδέτερα σαπούνια. Συχνή περιποίηση δέρματος το οποίο είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο, ξηρό και λεπιδώδες, με κιτρινόφαιη απόχρωση και παρουσιάζει κνησμό που πιθανόν να οφείλεται στη διαταραχή μεταβολισμού ασβεστίου και φωσφόρου. Φροντίδα στόματος πριν από κάθε γεύμα. Το ξύδι εξουδετερώνει το αμμώνιο και απαλλάσσει από τη μεταλλική αμμωνιακή γεύση. Γύρισμα του αρρώστου κάθε δυο ώρες. Χρησιμοποίηση, για εντριβή και μασάζ, μέσων που δεν ξηραίνουν το δέρμα.</p>

Προβλήματα	Νοσηλευτικές δραστηριότητες
6. Έμετοι, αϋπνία, υπνηλία.	Ενθάρρυνση και συνεχής υποστήριξη του αρρώστου. Εξήγηση στον άρρωστο ότι αυτά αναμένονται στην πορεία της νόσου. Ενημέρωση γιατρού και τήρηση φαρμακευτικής αγωγής.
7. Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος.	Διατήρηση ήρεμης ατμόσφαιρας. Απαραίτητη περιβαλλοντική ασφάλεια. Διατήρηση από τον άρρωστο μέγιστης ανεξαρτησίας στην αυτοφροντίδα. Προφυλάξεις σε περίπτωση σπασμών.
8. Διαταραχές στις φυσιολογικές τιμές ζωτικών σημείων.	Μέτρηση και εκτίμηση ζωτικών σημείων και κυρίως της Α.Π. Η παρουσία υπέρτασης μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση επιπλοκών (εγκεφαλικά επεισόδια, ρινορραγία κ.λπ.). Ενημέρωση γιατρού για τήρηση αγωγής.
9. Ψυχολογική κατάσταση.	Ενθάρρυνση, υποστήριξη. Εκτίμηση διανοητικής κατάστασης κάθε 4 ώρες. Εξήγηση στον άρρωστο και την οικογένειά του ότι οι περίοδοι σύγχυσης είναι κάτι αναμενόμενο. Διατήρηση κρεβατιού σε χαμηλό ύψος και χρησιμοποίηση προφυλακτήρων.

Ποτέ δεν λησμονεί η νοσηλεύτρια ότι ο άρρωστος με Χ.Ν.Α. έχει ανάγκη συνεχώς να τονώνεται ηθικά και να περιβάλλεται με πολλή στοργή και κατανόηση, επειδή η αρρώστια είναι και μεγάλης διάρκειας και οδηγεί οριστικά στο θάνατο.

Η επαφή με τον άρρωστο να μη γίνεται μηχανικά, επειδή πρέπει, το επιβάλλει το καθήκον, αλλά να πηγάζει από την εσωτερική διάθεση να βοηθηθεί ο συνάνθρωπός μας. Παρέχοντας η νοσηλεύτρια/τής στον άρρωστο τη δυνατότητα να εκφράσει τα προβλήματα και τους φόβους του, συντελεί στην αποκατάσταση της ψυχικής του γαλήνης και ηρεμίας, που είναι τα απαραίτητα όπλα στη διεξαγωγή της μάχης εναντίον της Χ.Ν.Α.

Δ. ΔΙΥΛΙΣΗ

Διύλιση είναι η φυσική κίνηση των κρυσταλλικών διαλυμένων ουσιών από μια περιοχή μεγάλης πυκνότητας, μέσα από διύλιτική μεμβράνη, σε μια περιοχή μικρότερης πυκνότητας, ώσπου να εξισωθεί η συμπύκνωσή τους στις δυο περιοχές. Η διύλιση των ενδογενών ή εξωγενών τοξικών ουσιών από το πλάσμα μπορεί να γίνει ή εξωσωματικά (τεχνητός νεφρός) ή ενδοσωματικά (περιτοναϊκή διύλιση).

Οποιαδήποτε απ' αυτές τις ειδικές θεραπείες μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε νεφρική ανεπάρκεια, ως υποκατάστατο του νεφρού που πάσχει. Εξάλλου, οποιαδήποτε μορφή διύλισης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αντιμετώπιση της ουραιμίας και/ή της φυσικής προετοιμασίας αρρώστου για μεταμόσχευση.

Οι σκοποί της θεραπείας της διύλισης:

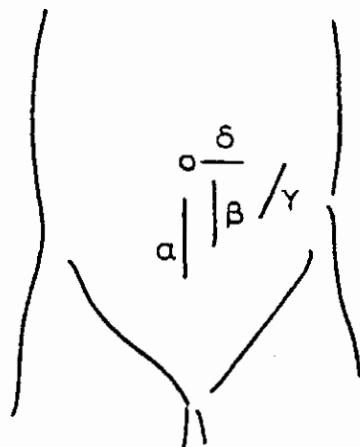
1. Απομάκρυνση τοξικών ουσιών και μεταβολικών άχρηστων προϊόντων από το πλάσμα.
2. Ρύθμιση της ισορροπίας των υγρών.
3. Διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας.
4. Διόρθωση διαταραχών οξεοβασικής ισορροπίας.
5. Έλεγχος αρτηριακής πίεσης.

Μέρος ΙΠεριτονοδιύλιση

Στην περιτονοδιύλιση το περιτόναιο παίζει το ρόλο της διύλιτικής μεμβράνης. Μεσα απ' αυτό περνούν οι κρυσταλλικές ουσίες (ουρία, γλυκόζη, ηλεκτρολύτες) από το πλάσμα προς το διάλυμα διύλισης και αντίθετα, που έχει τοποθετηθεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Το υγρό μετά την ανταλλαγή των κρυσταλλικών ουσιών παροχετεύεται με τη βοήθεια της βαρύτητας.

Τομείς προσπέλασης της περιτοναϊκής κοιλότητας για τοποθέτηση μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα (Εικ. 1):

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| α) μέση υπομφαλία | β) παράμεση |
| γ) υψηλή Roux | δ) εγκάρσια παραομφαλική. |



Εικ. 1

Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα περιτοναϊκής πλύσεως

Η περιτοναϊκή πλύση, όπως και η αιμοδιάλυση, μπορούν να εκτελεστούν σε διάφορες καταστάσεις και με έναν αριθμό διαφορετικών τεχνικών. Η κύρια διαφορά στους τύπους μέσων περιτοναϊκής πλύσεως είναι η μεγαλύτερη ποσότηταδεξτρώζης που χρησιμοποιείται ως ωσμωτικό μέσο για την απομάκρυνση υγρού.

Μειονέκτημα της μεθόδου είναι ο πιο μεγάλος συνολικός χρόνος θεραπείας - είτε πρόκειται για συνεδρίες κατά διαλείμματα είτε πρόκειται για συνεχή πλύση. Η μέθοδος αυτή δεν θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε αρρώστους με πρόσφατη χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά ή σε αρρώστους με αναπνευστική ανεπάρκεια.

Σε μερικούς ασθενείς μπορεί να μη γίνεται επαρκής κάθαρση, όπως συμβαίνει π.χ. σ' εκείνους με σκληροδερμία, αγγειϊτιδα ή κακοήγη υπέρταση.

Σε επιπλοκές της περιτοναϊκής πλύσεως περιλαμβάνεται η μόλυνση της οδού εισόδου του καθετήρα, η περιτονίτιδα και η μέτρια απώλεια πρωτεϊνών.

Η CAPD προϋποθέτει άρρωστο με υψηλό βαθμό νοημοσύνης και συνεργατικότητας και εμφανίζει υψηλότερη επίπτωση περιτονίτιδας από όσο η κατά διαλείμματα περιτοναϊκή πλύση, λόγω των πολλαπλών οδών εισόδου στο σύστημα.

Πλεονεκτήματα της περιτοναϊκής πλύσεως είναι η αποφυγή ηπαρινισμού και χειρουργικής επεμβάσεως στα αγγεία, καθώς και ένας βραδύτερος ρυθμός καθάρσεως, ο οποίος μπορεί να αποτελεί πλεονέκτημα σε μερικούς ασθενείς με καρδιαγγειακή αστάθεια. Η περιτοναϊκή πλύση έχει επίσης το πλεονέκτημα ότι μπορεί να εκτελεστεί ολοκληρωτικά από τον ίδιο τον άρρωστο.

Α. Επιλογή ασθενών για συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση που αρχίζουν εξωνεφρική κάθαρση

1ο Στάδιο επιλογής

Δυνητικά, όλοι οι ασθενείς με τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. που πρόκειται να αρχίσουν εξωνεφρική κάθαρση, μπορούν να ενταχθούν τόσο σε Σ.Φ.Π.Κ. όσο και σε αιμοκάθαρση με Τ.Ν. Από αυτούς, ο γιατρός αρχικά θα επιλέξει σε ποιους η Σ.Φ.Π.Κ. προσφέρει περισσότερα πλεονεκτήματα. Η επιλογή αυτή γίνεται με κριτήρια τόσο ιατρικά, όσο και κοινωνικά.

α. Ασθενείς που αρχίζουν εξωνεφρική κάθαρση

Ιατρικά κριτήρια

- Ασθενείς που σύντομα πρόκειται να μεταμοσχεθούν.
- Μικρά παιδιά.
- Σακχαρώδης διαβήτης.
- Νόσος στεφανιαίων αγγείων.
- Ανεπάρκεια αυτόνομου νευρικού συστήματος.
- Υπέρταση δύσκολα ρυθμιζόμενη.

Κοινωνικά κριτήρια

- Τόπος διαμονής.
- Εργαζόμενοι ασθενείς.
- Ασθενείς που ταξιδεύουν.

β. Ασθενείς που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση

Ιατρικά κριτήρια

- Προβλήματα αγγειακής προσπέλασης.
- Αναιμία.
- Υπέρταση δύσκολα ρυθμιζόμενη.
- Υποτασικά επεισόδια.
- Σακχαρώδης διαβήτης.

- Κακή ανοχή αιμοκάθαρσης.
- Περιφερική νευρίτιδα.
- Υπερκαλιαιμία μεταξύ συνεδριών αιμοκάθαρσης.

Κοινωνικά κριτήρια

- Τόπος διαμονής.
- Εργαζόμενοι ασθενείς.
- Ασθενείς που ταξιδεύουν.

2ο Στάδιο Επιλογής

Για όλους τους ασθενείς που πρόκειται να αρχίσουν εξω-νεφρική κάθαρση ισχύουν κριτήρια του 2ου σταδίου, που ουσιαστικά δεν πρόκειται για κριτήρια επιλογής, αλλά για κριτήρια αποκλεισμού από τη μέθοδο. Τα κριτήρια αυτά διακρίνονται σε ιατρικά και κριτήρια που αφορούν αμιγώς τη μέθοδο.

Ιατρικά κριτήρια

Μείζονες σχετικές αντενδείξεις:

- Τύφλωση.
- Ημιπληγία, διαταραχές κινητικότητας, βαριές αναπηρίες.
- Κολοστομία.
- Διανοητική καθυστέρηση.
- Ψυχικές διαταραχές.

Ελάσσονες σχετικές αντενδείξεις:

- Ηλικία.
- Εκτεταμένες χειρουργικές κοιλιακές επεμβάσεις.
- Κήλες, διαφραγματοκήλη.
- Εγκολπωμάτωση εντέρου.
- Πολυκυστικοί νεφροί.
- Δισκοπάθεια οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης.

- Ηπατίτιδα.
- Υπερτριγλυκεριδαιμία.
- Χρόνια λήψη ανοσοκατασταλτικών.
- Περιφερική αγγειακή νόσος.

Κριτήρια ψυχικά, κοινωνικά

- Παραδοχή της Σ.Φ.Π.Κ.
- Είδος ασχολίας ασθενούς.
- Οικογενειακή υποστήριξη.

Τελική επιλογή

- Επιθυμία ένταξης σε Σ.Φ.Π.Κ.
- Ικανότητα στην εκπαίδευση.
- Συνεργασιμότητα.

Εργαστηριακός έλεγχος νεφροπαθών που είναι υποψήφιοι για Σ.Φ.Π.Κ.

- Τ.Κ.Ε.
- Γενική αίματος.
- Σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ουρικό οξύ αίματος.
- Νάτριο, κάλιο, ασβέστιο, φώσφορος αίματος.
- Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια ορού, ολικά λιπίδια.
- SGOT, SGPT, αλκαλική φωσφατάση, όξινος.
- Αιμορραγικός έλεγχος (για χειρουργική τοποθέτηση του Π.Κ.).
- Αέρια αίματος (προετοιμασία χειρουργείου).
- Ομάδα αίματος και Resus, HBsAg
- Γενική και καλλιέργεια ούρων.
- ΗΚΓγράφημα, ακτινογραφία θώρακος F/PR.
- Βαριούχος υποκλυσμός.

Μέχρι την έναρξη της μεθόδου Π.Κ., οι νεφροπαθείς που ήδη ήταν σε Χ.Α. με Τ.Ν., συνεχίζουν το πρόγραμμά τους, αλλά με χορήγηση ανά συνεδρία μειωμένης δόσης ηπαρίνης (μετεγχειρητική περίοδος). Σε πρωτοαντιμετωπιζόμενους μη αιμοκαθαιρόμενους νεφροπαθείς, ακολουθείται συντηρητική αγωγή με δίαιτα 0,5 g λευκώματος ανά kg Σ.Β., περιορισμό των καλιούχων τροφών και χορήγηση φουροσεμίδης σε δόση 125-1000 mg/24ωρο, ανάλογα με την απόκριση κάθε νεφροπαθούς και το βαθμό αναγκαίας αφυδάτωσης. Η χορήγηση διττανθρακικών μπορεί να γίνεται με προσθήκη μαγειρικής σόδας στο πόσιμο νερό.

Ωστόσο, αν η συντηρητική αυτή αγωγή δεν επαρκεί για τη ρύθμιση του ασθενούς, γίνεται έναρξη αιμοκάθαρσης με Τ.Ν. με τοποθέτηση προσωρινής αγγειακής προσπέλασης (shunt, υποκλείδιος καθετήρας), αν βέβαια ο νεφροπαθής δεν έχει ήδη εσωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία.

Εκπαίδευση νεφροπαθούς και νοσηλευτικού προσωπικού στη Σ.Φ.Π.Κ.

Η επιτυχία της Σ.Φ.Π.Κ. ως μεθόδου αντιμετώπισης του τελικού σταδίου Χ.Ν.Α., στηρίζεται, κατά κύριο και πρωταρχικό λόγο, στην ορθή εκπαίδευση του νεφροπαθούς πάνω στην τεχνική εφαρμογή της μεθόδου. Η εκπαίδευση αυτή γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας Σ.Φ.Π.Κ.

Η χρονική διάρκεια εκπαίδευσης του νεφροπαθούς εξαρτάται βέβαια από την ηλικία και τη νοημοσύνη του, αλλά μπορεί να επιμηκυνθεί από άμεσες επιπλοκές της μεθόδου που εφαρμόζεται μετά την τοποθέτηση Π.Κ.

Έτσι, είναι απαραίτητη η ορθή εκπαίδευση του νεφροπαθούς από έμπειρο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, με πίστη και ενθουσιασμό για τη μέθοδο. Το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργείται με την κατάλληλη επιλογή, αλλά οπωσδήποτε από την ορθή εκπαίδευσή του.

Εκπαιδεύει κανείς σωστά, όταν προηγουμένως έχει ο ίδιος εκπαιδευτεί ορθά, ώστε να είναι κατοχος του αντικειμένου της διδασκαλίας του.

Θεωρητική ενημέρωση

Γνώσεις στην:

- Παθοφυσιολογία των νεφρών.
- Χ.Ν.Α.
- Μεθόδους αντιμετώπισης Χ.Ν.Α. (Τ.Ν., Σ.Φ.Π.Κ., μεταμόσχευση).
- Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου.
- Υλικά για την εφαρμογή Σ.Φ.Π.Κ.

Πρακτική εφαρμογή

Τεχνική εφαρμογή της μεθόδου: Αρχικά ο νοσηλευτής εκπαιδεύεται πάνω στην εφαρμογή μεθόδου χρησιμοποιώντας υλικά της μεθόδου που η μονάδα Σ.Φ.Π.Κ. διατηρεί για εκπαιδευτικούς σκοπούς.

Προεγχειρητική ετοιμασία νεφροπαθούς για τοποθέτηση Π.Κ.

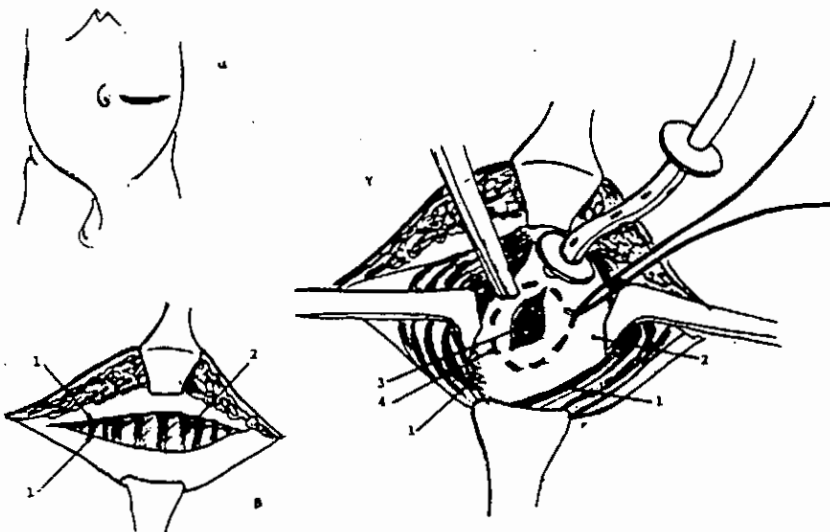
Αυτή περιλαμβάνει προετοιμασία του νεφροπαθούς με:

- Λουτρό καθαριότητας - καθαρισμό υποκλυσμό.

- Ετοιμασία χειρουργικού πεδίου της κοιλιακής χώρας για τοποθέτηση Π.Κ.
- Αποφυγή λήψης τροφής.
- Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων.
- Φροντίδα αίματος για πιθανή μετάγγιση.
- Προετοιμασία υλικών χειρουργικής τοποθέτησης Π.Κ. ανάλογη προς το είδος καθετήρα.
- Ενημέρωση του νεφροπαθούς και υποστήριξή του.

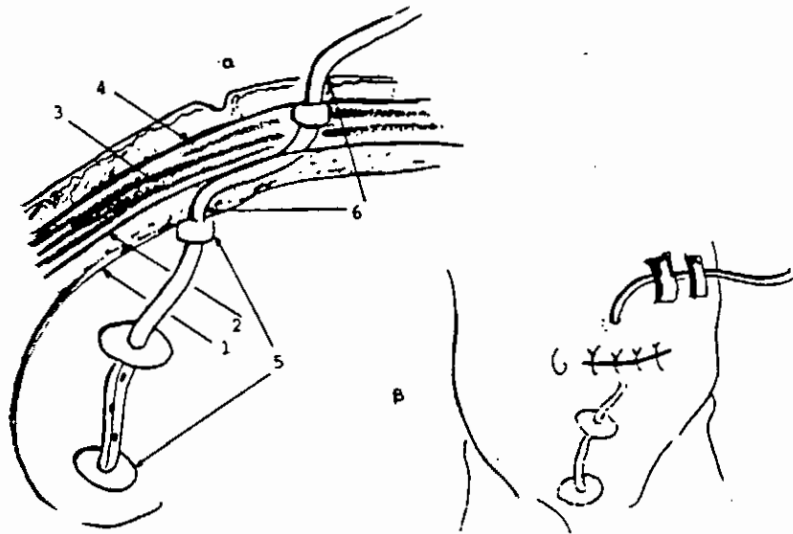
Με απλό τρόπο επεξηγείται η αναγκαιότητα εφαρμογής της Σ.Φ.Π.Κ., η διδασκαλία τοποθέτησης του Π.Κ. Οι λογικές πληροφορίες - εξηγήσεις ελαττώνουν το αίσθημα φόβου, ενώ το αίσθημα εμπιστοσύνης του νεφροπαθούς ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών ενεργειών γίνεται με δεξιότεχνία και αυτοπεποίθηση.

Σχηματική απεικόνιση τοποθέτησης μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα τύπου TWH (Εικ. 1): (α) εγκάρσια παραομφαλική τομή, (β1) εγκάρσια διατομή της πρόσθιας θήκης του αριθμού κοιλιακού μυός, (β2) όρθιος κοιλιακός μυς, (γ1) δίνιση των ινών του ορθού κοιλιακού μυός κατά τη φορά τους, (γ2) οπίσθια θήκη του ορθού κοιλιακού μυός, (γ3) διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας, (γ4) τοποθέτηση περίπαρσης.



Εικ. 2

Σχηματική απεικόνιση μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα τύπου ΤWΗ (συνέχεια), Εικ. 2: (α) απεικόνιση της τοποθέτησης σε οβελιαία τομή, (1) περιτόναιο, (2) οπίσθια θήκη ορθού, (3) ορθός κοιλιακός μυς, (4) πρόσθια θήκη ορθού, (5) ενδοπεριτοναϊκό τμήμα καθετήρα, (6) εξωπεριτοναϊκό τμήμα καθετήρα (σχηματισμός σήραγγας), (β) τελική εικόνα τοποθέτησης μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα τύπου ΤWΗ.



Ο άμεσος μετεγχειρητικός ακτινολογικός έλεγχος της κοιλιάς αποδεικνύει την καλή θέση του καθετήρα στην πύελο, Εικ. 1.



Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα του νεφροπαθούς, είναι ίδια με όλους τους άλλους χειρουργημένους ασθενείς, αλλά παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες σε ό,τι αφορά την είσοδο και έξοδο του περιτοναϊκού διαλύματος και την τήρηση πιστού ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Αρχές ασηψίας - αντισηψίας

Τονίζεται ιδιαίτερα η ανάγκη καθαριότητας του χώρου αλλαγής του περιτοναϊκού σάκου και ο τρόπος πλυσίματος των χεριών με βουρτσάκι και πυκνό αντισηπτικό διάλυμα. Επισημαίνεται παράλληλα η αξία της χρήσης μάσκας και αποστειρωμένων γαντιών. Επιπλέον, επιδεικνύεται ο ιδιαίτερος τρόπος ανοίγματος "set αλλαγής" και του σάκου περιτοναϊκού διαλύματος, ώστε να αποφεύγονται όσο το δυνατό επιμολύνσεις αυτών των υλικών. Από την άλλη μεριά, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο απολύμανσης των επαναχρησιμοποιούμενων υλικών. Τέλος, υπογραμμίζεται η σημασία της καθαριότητας του σώματος και ιδιαίτερα της δερματικής εξόδου του περιτοναϊκού καθετήρα.

Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές κατά την τοποθέτηση του Π.Κ.

Αιμορραγία

Από τη χειρουργική τομή.

Στη σήραγγα του κοιλιακού τοιχώματος (tunnels).

Ενδοπεριτοναϊκά από μικρά αγγεία του περιτοναίου.

Μαζική από αγγεία του περιτοναίου ή του μεσεντερίου.

Διάτρηση

Εντέρου.

Ουροδόχου κύστεως.

Μετεγχειρητικός ειλεός.

Άλγος στην περιοχή του περίνεου. Είναι το συχνότερο σύμπτωμα, που οφείλεται στο μηχανικό ερεθισμό της ουροδόχου κύστης ή/και του ορθοσιγμοειδούς από το νεοεισαχθέντα καθετήρα.

Εκτός από τις άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές, το πρώτο, μετά την επέμβαση 24ωρο, είναι δυνατό, ο νεφροπαθής να παρουσιάσει υπερκαλιαιμία και μεγάλη αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης αίματος, λόγω της καταστροφής ιστών κατά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και σημεία υπερυδάτωσης με ή χωρίς υπονατριαιμία, ανάλογα με το είδος και την ποσότητα των υγρών που χορηγήθηκαν στο χειρουργείο.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας/ή στην περιτοναϊκή πλύση

Σαν συμπέρασμα είναι ότι, από τη στιγμή που έχει εφαρμοστεί η Π.Κ., η νοσηλεύτρια/τής διατηρεί και ρυθμίζει τη λειτουργία της. Εκτός του ότι είναι υπεύθυνη για την οργάνωση των υγρών εγχύσεως και παροχετεύσεως, όπως καθορίστηκε από το γιατρό, οφείλει παράλληλα να κάνει εύστοχες παρατηρήσεις και να ασχολείται και με τα άλλα νοσηλευτικά προβλήματα που η Π.Κ. δημιουργεί στον άνθρωπο. Δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο να υποβάλλονται σε Π.Κ. σοβαρά άρρωστοι, οι οποίοι επιπρόσθετα υποφέρουν και από τις δυσμενείς επιδράσεις της

αρχικής νόσου που τους οδήγησε στη νεφρική ανεπάρκεια. Ο ανακουφιστικός και ενισχυτικός ρόλος της νοσηλεύτριας μπορεί να συμβάλλει στη διατήρηση ακμαίου ηθικού στον άρρωστο καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας και στη μείωση μερικών δυσάρεστων ενοχλημάτων. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποδεχθεί τη συναισθηματική ανησυχία του αρρώστου και να προσπαθήσει να προσδιορίσει τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι επιδρούν δυσμενώς στην ειδική περίπτωση του.

Με τον τρόπο αυτό θα αναπτύξει αξιόλογη διαίσθηση στις ανάγκες του αρρώστου και θα μπορέσει να χειριστεί το περιστατικό ικανοποιητικά.

Η έναρξη της Σ.Φ.Π.Κ.

Η έναρξη εφαρμογής της μεθόδου της Σ.Φ.Π.Κ. είναι σταδιακή σε ό,τι αφορά την ποσότητα του εγχεόμενου διαλύματος σε κάθε αλλαγή, ενώ η πρόοδος σε μεγαλύτερους όγκους γίνεται εφόσον δεν παρουσιαστούν προβλήματα στεγανότητας του κοιλιακού τοιχώματος. Ο όγκος των πρώτων αλλαγών είναι 1000 ml (1,5%) με συχνότητα 6 αλλαγών/24ωρο.

Η δόση αυτή των 6 lt/24ωρο της Σ.Φ.Π.Κ. είναι επαρκής για τη διατήρηση ανεκτής βιοχημικής κατάστασης του νεφροπαθούς. Μετά από 3-5 μέρες, ο όγκος αυξάνεται σε 1500 ml (1,5%) ανά αλλαγή και συχνότητα μειώνεται στις 4 αλλαγές/24 ώρες.

Τελικά μετά 3-5 μέρες, χορηγούνται 2000 ml (1,5%) ανά 6ωρο.

Αν μετά την έναρξη της εφαρμογής της Σ.Φ.Π.Κ. παρουσιαστεί διαρροή διαλύματος από τη χειρουργική τομή ή τη σύριγγα, ο νεφροπαθής επανέρχεται σε ακινησία και σε διαλείπουσα έγχυση μέχρι την πλήρη στεγανοποίηση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Συνήθως, 10 μέρες διακοπής της Σ.Φ.Π.Κ. αρκούν σ' αυτές τις περιπτώσεις.

Από την ημέρα έναρξης εφαρμογής της Σ.Φ.Π.Κ., εκτός από την τακτική καθημερινή κλινική εκτίμηση του νεφροπαθούς, τηρείται καθημερινό διάγραμμα ισοζυγίου υγρών και απόδοσης της αφυδάτωσής του για κάθε αλλαγή (Σχέδιο 1).

Σχέδιο 1

Δελτίο ημερήσιας παρακολούθησης Σ.Φ.Π.Κ.

Όνοματεπώνυμο Ημερομηνία

Ώρα

Όγκος εισερχόμενου περιτοναϊκού υγρού

Όγκος εξερχόμενου περιτοναϊκού υγρού

Όψη περιτοναϊκού υγρού

Ηπαρίνη

Φάρμακα

Βάρος σώματος

Αρτηριακή πίεση

Θερμοκρασία σώματος:

Τελική είσοδος περιτοναϊκού υγρού ούρα 24ώρου

Νερό

Τελική έξοδος περιτοναϊκού υγρού

Κατά τις πρώτες εκχύσεις μπορεί να εμφανιστεί πόνος, ο οποίος όμως είναι δυνατό να προληφθεί με τη θέρμανση του

διαλύματος ή με τη χορήγηση αναλγητικών που θα υποδείξει ο γιατρός. Εάν ο πόνος επιμένει, γίνεται προσπάθεια ανακουφίσεως του αρρώστου με την έγχυση τοπικού αναισθητικού μέσα από τη συσκευή καθάρσεως προτού γίνει η έγχυση του προς κάθαρση διαλύματος. Ακόμη στη μείωση του πόνου συμβάλλει η μείωση της ροής του υγρού των πρώτων 100-200 ε.εκ.

Η μεγαλύτερη προς τα πάνω και τη διάταση της κοιλίας εξαιτίας της εγχύσεως των δυο κιλών του διαλύματος. Ελαφρές αλλαγές στη θέση του αρρώστου, εντριβές στην πλάτη κ.λπ.

Νοσηλευτική παρέμβαση πριν από την περιτονοδιύλιση.

Φυσιολογική και ψυχολογική.

1. Ο Νοσηλευτής/τρια εξηγεί:
 - α) Το σκοπό της θεραπείας.
 - β) Την αλλαγή του υγρού.
 - γ) Την εφαρμογή του καθετήρα.
 - δ) Τη δραστηριότητα κατά τη διάρκεια θεραπείας.
 - ε) Διάρκεια θεραπείας.
2. Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εκφράσει τις αγωνίες και τους φόβους του και να διατυπώσει ερωτήσεις.
3. Εκτίμηση του επιπέδου αγωνίας του αρρώστου και ανάλογη παρέμβαση.
4. Άδειασμα της κύστης (αν δεν μπορεί ο άρρωστος να ουρήσει γίνεται καθετηριασμός) για αποφυγή του κινδύνου διάτρησής της κατά τη διάρκεια της παρακέντησης.
5. Μέτρηση βάρους για μετέπειτα σύγκριση.
6. Μέτρηση ζωτικών σημείων για μετέπειτα σύγκριση.

Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη διάρκεια της περιτονοδιύλισης

1. Τήρηση του προγράμματος θεραπείας σύμφωνα με τις εντολές του γιατρού. Άριστος ρυθμός διύλισης είναι περίπου 2,5 l/h.

- (α) Θέρμανση του υγρού διύλισης στους 37°C, πριν την εισαγωγή του στην περιτοναϊκή κοιλότητα (επιταχύνει τη διεργασία της διύλισης, διατηρεί σταθερή τη θερμοκρασία του σώματος και δίνει άνεση στον άρρωστο).
- (β) Προσθήκη ηπαρίνης στο διάλυμα (στη μια μόνο φιάλη).
- (γ) Σύνδεση δυο φιαλών Y-σωλήνα χορήγησης (μειώνει την πιθανότητα μόλυνσης στο μισό).
- (δ) Προσοχή να μην μπει αέρας μέσα στους σωλήνες γιατί θα προκαλέσει δυσφορία στον άρρωστο και δυσκολία στην παροχέτευση υγρού. Κλείσιμο των πιέστρων εισόδου του υγρού.
- (ε) Παροχέτευση του υγρού στην κοιλότητα και κλείσιμο του πιέστρου εξόδου. Παραμονή υγρού 20'-30' ή σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- (στ) Έλεγχος για αναδιπλώσεις, άρμεγμα του σωλήνα, αλλαγή θέσης του αρρώστου, πλύση της περιτοναϊκής κοιλότητας με ηπαρινισμένο διάλυμα, αν η παροχέτευση του υγρού διάλυσης είναι δύσκολη.
- (η) Παρακολούθηση χρώματος υγρού. Κανονικά είναι διαυγές, ελαφρά κίτρινο, και μπορεί να είναι αιμωραγικό κατά τους πρώτους κύκλους θεραπείας, εξαιτίας της τραυματικής

εισαγωγής του καθετήρα. Αιμορραγικό υγρό και μετά οτις πρώτους κύκλους πρέπει να προκαλεί υποψία κοιλιακής αιμορραγίας.

2. Παρακολούθηση και σύγκριση των ζωτικών σημείων με εκείνα της βασικής γραμμής.

(α) Μέτρηση ζωτικών κάθε 15' αρχικά και κάθε 1 έως 4 ώρες μετά.

(β) Σύνδεση του αρρώστου με καρδιοσκόπο. Παρακολούθηση για αρρυθμίες.

3. Μέτρηση βάρους κάθε 24 ώρες μετά την έναρξη της διύλισης.

4. Προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών του αίματος κάθε 12 ώρες.

5. Εξέταση ούρων για σάκχαρο, κετονικά σώματα, ειδικό βάρος, λεύκωμα, ερυθρά αιμοσφαίρια, pH κ.λπ. σε κάθε ούρηση.

6. Παρακολούθηση είδους υγρού, διύλισης, φαρμάκων που προστέθηκαν. Ενημέρωση γιατρού για ισορροπία υγρών κάθε 8 ώρες. Συμπλήρωση δελτίου διύλισης.

7. Εξασφάλιση μέτρων άνεσης.

(α) Σε περίπτωση πόνου κατά την εισαγωγή του υγρού, επιβράδυνση εισαγωγής, χρήση αναλγητικών, τοπικών αναισθητικών.

(β) Έγερση του αρρώστου για σύντομο χρονικό διάστημα με εντολή γιατρού.

(γ) Απασχόληση του αρρώστου λόγω πολύωρης θεραπείας.

8. Διατήρηση ασηψίας. Αλλαγή γαζών κάθε 8 ώρες με αυστηρή άσηπτη τεχνική.

9. Παρακολούθηση για σημεία περιτονίτιδας (κοιλιακό άλγος, ευαισθησία, σανιδώδης κοιλιά, πυρετός, λευκοκυττάρωση, θολερή όψη του υγρού παροχέτευσης).

10. Παρακολούθηση για σημεία εντερικής διάτρησης (πόνος και κοπρανώδες υλικό στο υγρό). Διακοπή της διύλισης και κλήση του γιατρού.

11. Παρακολούθηση για σημεία διαρροής υγρού στους κοιλιακούς ιστούς, στη θωρακική κοιλότητα και στο όσχεο.

12. Παρακολούθηση για σημεία οξέος πνευμονικού οιδήματος (ταχύπνοια, επιπόλαιη αναπνοή, ρόγχοι, ταχυκαρδία). Διακοπή φάσης εισαγωγής, ανύψωση του άνω μέρους του κρεβατιού. Κλήση γιατρού.

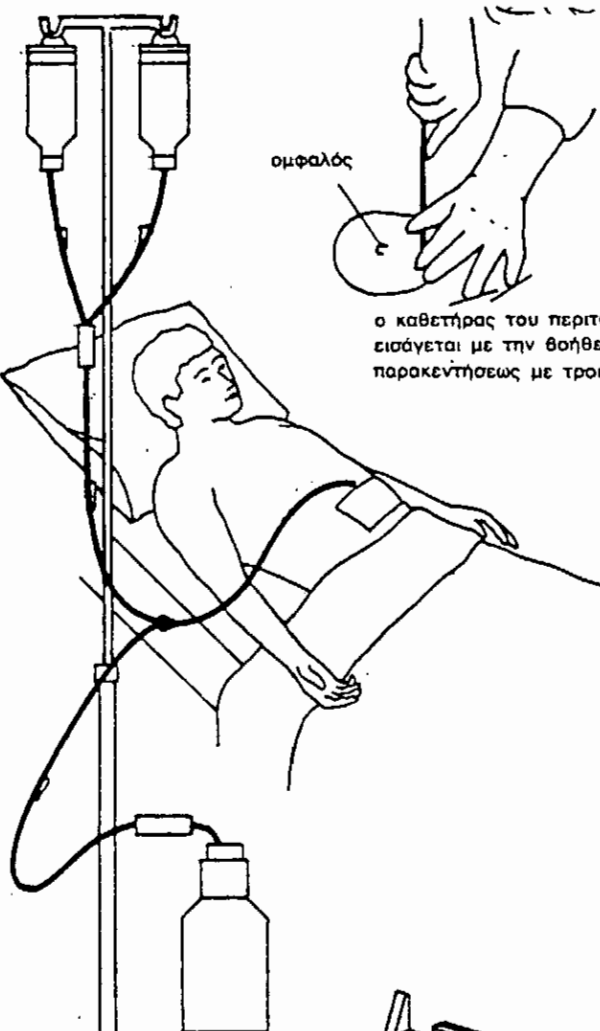
13. Παρακολούθηση για υπεργλυκαιμία, υπόταση, υποογκαιμία, μόλυνση, υπερυδάτωση, υπονατριαιμία και υποπρωτεΐναιμία.

14. Παρακολούθηση για μεταβολές στη συμπεριφορά. Συνεχής ενθάρρυνση και υποστήριξη του αρρώστου. Ευκαιρίες για έκφραση της αγωνίας και των αισθημάτων ματάιωσης. Βοήθεια του αρρώστου για διατήρηση αυτοεκτίμησης.

Συνοπτικά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άρρωστο με περιτοναϊκή πλύση δίνονται στην παρακάτω Εικ. 1..

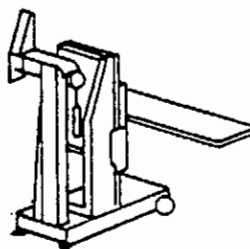
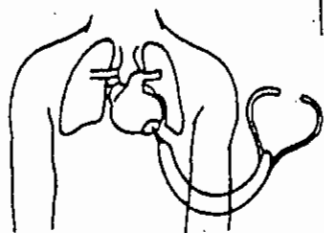
Λευτικές
εμβάσεις
διατήρηση
ισοζυγίου υγρών
δια μετρήσεως
και καταγραφής.

1. Προσλαμβανομένων
2. Αποβολομένων
 - α. Ούρα
 - β. Έμμετοι
 - γ. Παροχτετεύσεις
- Β. Τήρηση διαγράμματος διαλύσεως.
- Γ. Ενθάρρυνση, αρρώστου για βαθειές αναπνοές και αποβολή πυέλων.
- Δ. Λήψη ζωτικών σημείων.
- Ε. Ενίσχυση λήψεως καθορισμένης τροφής.
- ΣΤ. Λήψη σακχαρούχων υγρών, στα καθορισμένα διαστήματα.
- Ζ. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.
- Η. Επίβλεψη καθετήρα περιτοναίου όταν ο άρρωστος αλλάζει θέση.



ομφαλός

ο καθετήρας του περιτοναίου εισάγεται με την βοήθεια παρακεντήσεως με τροκάρ.



Θ. Ζύγισμα αρρώστου καθημερινά.

Ι. Εκτίμηση συμπεριφοράς και συμπτωμάτων αρώστου.

Εικ. 1

Νοσηλευτική Παρέμβαση μετά την περιτονοδιύλιση

1. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα αποστολή της κορυφής του για καλλιέργεια.
2. Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων κάθε 2-4 ώρες, ειδικά της θερμοκρασίας.

3. Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή των γαζών στο σημείο παρακέντησης.
4. Παρακολούθηση και εκτίμηση των δοκιμασιών νεφρικής λειτουργίας και των προσδιορισμών των ηλεκτρολυτών.
5. Συνέχιση μέτρησης και συσχέτιση όλων των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Ζωτικής σημασίας η καθημερινή ζύγιση.
6. Συχνές περιοδικές εκτιμήσεις της όλης φυσικής κατάστασης του αρρώστου.

Η περίοδος της ισορροπίας, δηλαδή ο χρόνος που απαιτείται για τη διαπήδηση του νερού, ουρίας, καλίου και άλλων διαλυτών ουσιών δια μέσου της περιτοναϊκής μεμβράνης, προσαρμόζεται με τον αρχικό σκοπό της καθάρσεως. Εάν η Π.Κ. αποβλέπει στην απομάκρυνση υγρών από τον οιδηματώδη και υπερκορεσμένο σε υγρά άρρωστο, η παραμονή του διαλύματος στο επριτόναιο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 30 λεπτά. Εάν ο σκοπός της καθάρσεως είναι η μετακίνηση καλίου, ουρίας, ουρικού οξέος και άλλων ευδιάλυτων ουσιών, τότε το διάλυμα παραμένει μέσα στο περιτόναιο μια ώρα για την εξασφάλιση επαρκούς ισορροπίας.

Θετικό ισοζύγιο υγρών φανερώνει κατακράτησή τους από τον άρρωστο, αρνητικό δε, που είναι και πιο επιθυμητό, δηλώνει περισσότερη αποβολή υγρού από τον άρρωστο. Θετικό ισοζύγιο 500 g ή αρνητικό ισοζύγιο 100 g πρέπει αμέσως να αναφέρεται στο γιατρό, εκτός αν έχουν δοθεί διαφορετικές οδηγίες.

Χαμηλή αρτηριακή πίεση και ταχυκαρδία μπορεί να εμφανιστούν, όταν έχει χρησιμοποιηθεί υπέρτονο διάλυμα γλυκόζης 7% για επίτευξη αρνητικού ισοζυγίου υγρών. Η χαμηλή

3. Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή των γαζών στο σημείο παρακέντησης.
4. Παρακολούθηση και εκτίμηση των δοκιμασιών νεφρικής λειτουργίας και των προσδιορισμών των ηλεκτρολυτών.
5. Συνέχιση μέτρησης και συσχέτιση όλων των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Ζωτικής σημασίας η καθημερινή ζύγιση.
6. Συχνές περιοδικές εκτιμήσεις της όλης φυσικής κατάστασης του αρρώστου.

Η περίοδος της ισορροπίας, δηλαδή ο χρόνος που απαιτείται για τη διαπήδηση του νερού, ουρίας, καλίου και άλλων διαλυτών ουσιών δια μέσου της περιτοναϊκής μεμβράνης, προσαρμόζεται με τον αρχικό σκοπό της καθάρσεως. Εάν η Π.Κ. αποβλέπει στην απομάκρυνση υγρών από τον οιδηματώδη και υπερκορεσμένο σε υγρά άρρωστο, η παραμονή του διαλύματος στο επριτόναιο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 30 λεπτά. Εάν ο σκοπός της καθάρσεως είναι η μετακίνηση καλίου, ουρίας, ουρικού οξέος και άλλων ευδιάλυτων ουσιών, τότε το διάλυμα παραμένει μέσα στο περιτόναιο μια ώρα για την εξασφάλιση επαρκούς ισορροπίας.

Θετικό ισοζύγιο υγρών φανερώνει κατακράτησή τους από τον άρρωστο, αρνητικό δε, που είναι και πιο επιθυμητό, δηλώνει περισσότερη αποβολή υγρού από τον άρρωστο. Θετικό ισοζύγιο 500 g ή αρνητικό ισοζύγιο 100 g πρέπει αμέσως να αναφέρεται στο γιατρό, εκτός αν έχουν δοθεί διαφορετικές οδηγίες.

Χαμηλή αρτηριακή πίεση και ταχυκαρδία μπορεί να εμφανιστούν, όταν έχει χρησιμοποιηθεί υπέρτονο διάλυμα γλυκόζης 7% για επίτευξη αρνητικού ισοζυγίου υγρών. Η χαμηλή

αρτηριακή πίεση είναι αποτέλεσμα ταχείας κινήσεως των υγρών από τα τριχοειδή αγγεία στην περιτοναϊκή κοιλότητα, χωρίς να αντικατασταθεί ο όγκος του υγρού που μετακινήθηκε από τα υγρά του μεσοκυττάριου χώρου.

Το διάλυμα της καθάρσεως ετοιμάζεται κάθε φορά με αυστηρή και σχολαστική ασηψία, επειδή δημιουργείται άμεση επικοινωνία της περιτοναϊκής κοιλότητας με το εξωτερικό περιβάλλον και κάθε παραβίαση της τεχνικής της ασηψίας εγκυμονεί τον κίνδυνο ανάπτυξης περιτονίτιδας.

Ο κίνδυνος κορεσμού από τη ρουτίνα και επαναληψιμότητα των ενεργειών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη διατήρηση της λειτουργικότητας της μακροχρόνιας παρακολούθησης του νεφροπαθούς σε Σ.Φ.Π.Κ., μπορεί να καταστρατηγήσει την απόδοση και το τελικό αποτέλεσμα της Σ.Φ.Π.Κ. ως μέθοδο αντιμετώπισης του Τ.Σ.Χ.Ν.Α.

Είναι, ίσως, ανθρώπινο, δεν είναι ωστόσο επιτρεπτό στην ιατρική και νοσηλευτική ομάδα, που πιστεύει στην προσφορά υπηρεσίας στον πασχοντα συνάνθρωπο, που ο ίδιος δεν το θέλησε να γίνει "χρόνιος πάσχων". Μέσα από αυτή την πίστη η ιατρονοσηλευτική ομάδα θα βρει τη δύναμη και τον τρόπο να ξεπεράσει το "άγχος της ρουτίνας".

Επιπλοκές της περιτονοδιύλισης

1. Απώλεια του καθετήρα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
Αφαιρείται με λαπαροσκόπηση.
2. Διάτρηση εντέρου.

3. Διάρθρωση ουροδόχου κύστης.
4. Περιτονίτιδα.
5. Μόλυνση τραύματος.
6. Αρρυθμίες εξαιτίας της αφαίρεσης από το πλάσμα καλίου.
7. Υπεργλυκαιμία.
8. Υπερνατριαιμία.
9. Υπερτονικότητα των εξωκυττάρων υγρών.
10. Αντιδραστική υπογλυκαιμία - μερικές φορές συμβαίνει 24 έως 48 ώρες μετά τη διύλιση, συχνότερα στους διαβητικούς.

Παρόλο ότι η Π.Κ. σχετίζεται κάποτε με επιπλοκές, εξακολουθεί να θεωρείται εξαιρετική μέθοδος θεραπείας, εφαρμόσιμη στα περισσότερα νοσοκομεία, και στο σπίτι ακόμη. Ένεκα μάλιστα της ασφάλειας, επάρκειας, απλότητας και σχετικά χαμηλής δαπάνης που συνοδεύουν την Π.Κ., χρησιμοποιείται με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα και συνεχώς περιοριζόμενες δυσμενείς επιδράσεις στον άρρωστο.

Μ έ ρ ο ς ΙΙ

Αιμοδιύλιση - Τεχνητός Νεφρός

Η αιμοδιύλιση χρησιμοποιείται σε αρρώστους με οξεία νεφρική ανεπάρκεια όταν είναι απαραίτητη πολύ ταχεία και συχνή διύλιση ή όταν αντενδείκνυται η περιτονοδιύλιση, όπως σε περιπτώσεις βαριάς δηλητηρίασης ή βαριάς ουραιμίας.

Σ' αυτήν εφαρμόζεται ο τεχνητός νεφρός προσωρινά, ωστόσο αποκατασταθεί η λειτουργία των νεφρών. Επίσης και στη χρόνια

νεφρική ανεπάρκεια, όταν η λειτουργική βλάβη των νεφρών έχει γίνει μόνιμη και, επομένως, η θεραπεία θα είναι μακρόχρονη.

Προκειμένου να εισάγουμε αρρώστους στο Τεχνητό Νεφρό για χρόνια αιμοκάθαρση, είναι απαραίτητο να εξετάσουμε:

- Την ηλικία του αρρώστου.
- Την οικονομική κατάσταση του αρρώστου, επειδή η αιμοδιύλιση είναι και μακροχρόνια και υψηλού κόστους.
- Τη διανοητική κατάσταση του αρρώστου, ώστε να μπορεί να συνεργαστεί με την υγειονομική ομάδα.
- Την κατάσταση αγγείων του αρρώστου.
- Να υπάρχει συγκατάθεση του αρρώστου ή κάποιου συγγενούς.
- Να μην πάσχει από μεταδοτικό νόσημα. Και
- Την κατάσταση της αρρώστιας, για να επιτρέπει την εφαρμογή αντιπηκτικής αγωγής.

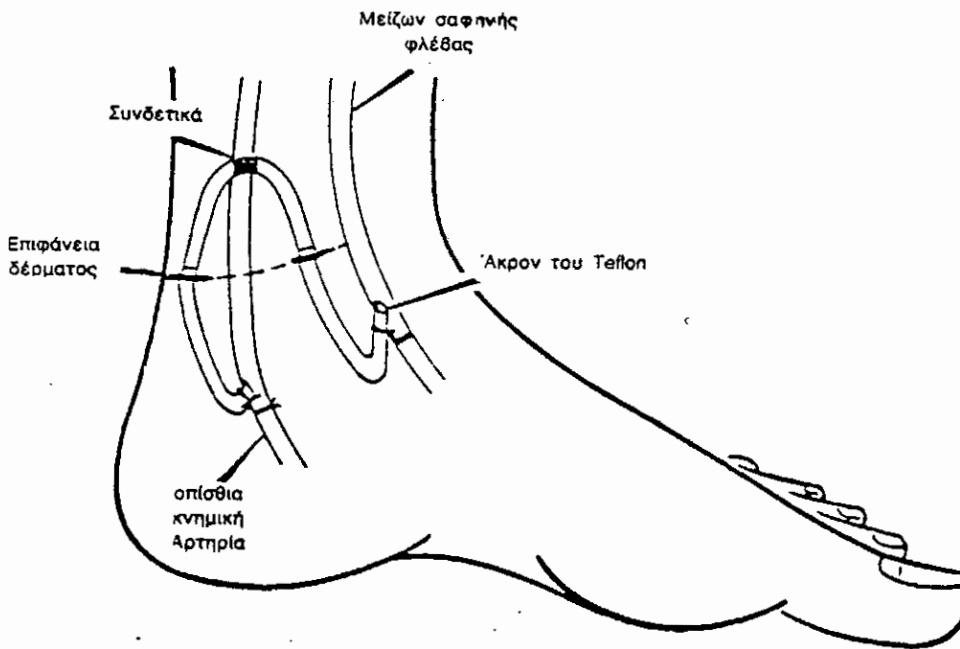
Για την εφαρμογή της θεραπείας δια Τ.Ν. πρέπει να γίνει στον άρρωστο (μικρή) χειρουργική επέμβαση για την τοποθέτηση Shunt ή δημιουργία της Fistula (Εικ. 1). Η τοποθέτηση Shunt ή της υποδόριας αρτηριοφλεβικής παράκαμψης ή του αρτηριοφλεβικού συριγγίου, συνίσταται στην αποκάλυψη αρτηρίας και φλέβας στο βραχίονα ή την κνήμη ή και σε άλλα σημεία του σώματος, τοποθέτηση καθετήρων και δημιουργία εξωσωματικής επικοινωνίας δια της συνδέσεώς του με ελαστικό σωλήνα.

Η εφαρμογή της Fistula ή της αρτηριοφλεβικής παράκαμψης ή της κάνουλας άρχισε αργότερα. Συνιστάται στην αναστόμωση αρτηρίας και φλέβας εσωτερικά στο βραχίονα και τη δημιουργία μ' αυτόν τον τρόπο μιας αρτηριοποιημένης φλέβας. Αυτή, με την πάροδο 20-40 ημερών από την αναστόμωση, μπορεί να

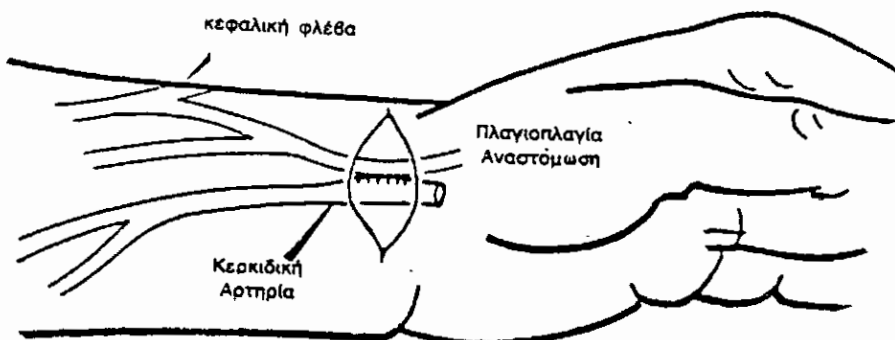
παρακεντηθεί πριν από την αιμοδιύλιση με ειδικές βελόνες, από τις οποίες η μια θεωρείται σαν αρτηρία και η άλλη σαν φλέβα.

Στο εξής ο άρρωστος αρχίζει καινούργιο τρόπο ζωής. Οφείλουμε να τον προετοιμάσουμε, να τον ενημερώσουμε για το τι ακριβώς πρόκειται να του συμβεί και να τον διαβεβαιώσουμε ότι αν ακολουθεί πιστά τις εντολές των γιατρών, θα μπορεί να ζει ομαλά, όπως όλοι οι άνθρωποι.

Εικ. 1 - Fistula του Breschez



Εικ. 2. Shunt του Scribner



Νοσηλευτής στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Όλους τους νοσηλευτές, αλλά ιδιαίτερα όσους εργάζονται στη μονάδα τεχνητού νεφρού, πρέπει να τους διακρίνει μεγάλη ευσυνειδησία, παρατηρητικότητα, ταχύτητα, ετοιμότητα, ακρίβεια. Το αίσθημα εξάλλου της ευθύνης πρέπει να είναι πολύ αναπτυγμένο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο νοσηλευτής ευθύνεται για ο,τιδήποτε συμβεί. Την ευθύνη φέρει αποκλειστικά ο υπεύθυνος γιατρός της μονάδας, ενώ ο νοσηλευτής έχει το καθήκον να ετοιμάσει το μηχάνημα, υγρά κ.τ.λ., τους ασθενείς και να τους παρακολουθεί στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

Επειδή επίσης οι άρρωστοι αυτοί μπορεί να παρουσιάσουν μεταβολή στην ψυχολογική κατάστασή τους, όπως φόβο, αγωνία, εχθρότητα, αίσθημα ανοχής, άρνηση κ.λπ., που οφείλονται στο διαρκές θεραπευτικό σχήμα, χρειάζονται την κατάλληλη υποστήριξη από την πλευρά του νοσηλευτή και βοήθεια για απόκτηση ανεξαρτησίας και ρεαλιστικής προσδοκίας.

Σε περίπτωση αιμοκάθαρσης στο σπίτι, η οποία έχει ευρεία εφαρμογή σήμερα, απαιτείται εκπαίδευση του αρρώστου και των οικείων του και, εφόσον κριθούν ικανοί, εφαρμόζουν την αιμοκάθαρση στο σπίτι, πάντοτε με την επίβλεψη της μονάδας ή ενός γιατρού.

Πρόληψη μολύνσεων

1. Σχολαστική άσηπτη τεχνική. Αποφυγή έκθεσης των αρρώστων σε οποιαδήποτε πηγή μόλυνσης.
2. Αναγνώριση και αναφορά σημείων μόλυνσης (ο άρρωστος μπορεί να έχει υποθερμία με μόλυνση και λευκοκυττάρωση χωρίς να έχει μόλυνση).

3. Χορήγηση αντιβιοτικών που έχει παραγγείλει ο γιατρός σε περίπτωση μόλυνσης.
4. Αν υπάρχει μόνιμος καθετήρας, εξασφάλιση εντολής για πλύση με αντιβιοτικό διάλυμα.
5. Προσοχή στα ρεύματα, όμως καλός αερισμός δωματίου.
6. Συχνό γύρισμα. Βήχας, βαθιές αναπνοές για αποβολή εκκρίσεων, ώστε να προληφθεί η πνευμονία.

Διδασκαλία του νεφροπαθούς που κάνει Α.Κ.

Στη διδασκαλία συμπεριλαμβάνεται και η οικογένεια του αρρώστου και αφορά:

1. Τη φύση διεργασίας της νόσου.
2. Διαιτητικούς περιορισμούς.
3. Φάρμακα. Ειδικά: δόση, όνομα, αιτιολογία χορήγησης, αναμενόμενη δράση, ανεπιθύμητες ενέργειες και σημεία τοξικότητας.
4. Συμπτώματα που απαιτούν ιατρική προσοχή.
5. Συμπτώματα μολύνσεων, κατακράτησης υγρών και υπέρτασης.
6. Διατήρηση κανόνων υγιεινής και αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν μολύνσεις ανώτερων αναπνευστικών οδών.
7. Ανάπτυξη δεξιοτεχνιών για την αυτοπαρακολούθηση: βάρος σώματος, οίδημα, μέτρηση προσλαμβανόμενων - αποβαλλόμενων υγρών.
8. Αποφυγή λήψης οποιουδήποτε φαρμάκου χωρίς ιατρική εντολή.

Διαιτολόγιο

Όλοι οι άρρωστοι στους οποίους εφαρμόζεται η αιμοκάθαρση οφείλουν να τηρούν πιστά ειδικό διαιτολόγιο, χωρίς το οποίο η αιμοκάθαρση είναι ανεπαρκής.

Το διαιτολόγιο αυτό βασίζεται σε περιορισμό υγρών, λευκωμάτων, αλάτων, νατρίου, καλίου, φωσφόρου και σε χρήση υδατανθράκων και λίπους χωρίς περιορισμό.

Το διαιτολόγιο του κάθε αρρώστου είναι προσαρμοσμένο στο βαθμό της νεφρικής του ανεπάρκειας και γίνονται συνέχεια αλλαγές, ανάλογα με τις εργαστηριακές του μεταβολές (ουρία αίματος, κρεατινίνη, φώσφορο κ.λπ.).

Τα υγρά που επιτρέπονται είναι νερό, τσάι μέχρι ένα ποτήρι την ημέρα. Η μπύρα, το κρασί, ο καφές και όλοι οι χυμοί των φρούτων απαγορεύονται.

Στους υπερτασικούς αρρώστους απαγορεύεται τελείως το αλάτι. Οι περισσότερες φυτικές τροφές περιέχουν κάλιο, γι' αυτό πρέπει να βράζονται καλά. Τα φρούτα επίσης περιέχουν κάλιο, γι' αυτό απαγορεύονται. Τα λευκώματα αυξάνουν την ουρία και πρέπει η χορήγησή τους να περιορίζεται, με προτίμηση στα ζωικά λευκώματα, τα οποία είναι ανώτερης βιολογικής αξίας (κρέας, αυγά). Το ψάρι απαγορεύεται επειδή έχει πολύ φώσφορο, καθώς και το γάλα με τα παράγωγά του, επειδή περιέχει ασβέστιο και φώσφορο. Οι πατάτες είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες, περιέχουν όμως μεγάλες ποσότητες καλίου, γι' αυτό πρέπει να βράζουν καλά σε άφθονο νερό. Μεγάλες ποσότητες καλίου περιέχουν ακόμη οι ξηροί καρποί, η σοκολάτα, το κακάο και γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται.

Σε ποσότητες επιτρέπονται το νωπό ανάλατο βούτυρο και το μέλι. Η κάθε μονάδα Τ.Ν. χρησιμοποιεί δικό της κωδικοποιημένο διαιτολόγιο, στηριζόμενο στις γενικές του γραμμές στις παραπάνω απόψεις.

Προβλήματα αρρώστου που κάνει αιμοδιύλιση

1. Η μη συμμόρφωσή του με το διϋλιτικό σχήμα, εξαιτίας της άρνησής του να παραδεχτεί τη σοβαρότητα της ιατρικής διάγνωσης και πρόγνωσης.
2. Αποτυχία στο να κάνει ενεργητική ζωή, εξαιτίας της έλλειψης κινήτρου ή εξαιτίας υπερβολικής εξάρτησης.
3. Συζυγικά προβλήματα.
4. Μεγάλες οικονομικές δυσκολίες, εξαιτίας του υψηλού κόστους της μακροχρόνιας διϋλίσσης και πιθανής ελάττωσης των οικογενειακών εσόδων.
5. Συμπεριφορά που δείχνει επιθυμία αυτοκτονίας εξαιτίας του stress που έχει σχέση με τη μακροχρόνια διϋλιση.
6. Αξιοσημείωτη μεταβολή στην ψυχολογική κατάσταση (φόβος θανάτου, αγωνία, εχθρότητα, αίσθημα ενοχής, άρνηση κ.λπ.), που επίσης οφείλονται στο διαρκές θεραπευτικό σχήμα.

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Υποστήριξη του αρρώστου. Παραδοχή των θέσεων του αρρώστου. Βοήθεια για ανάπτυξη και εξερεύνηση νέων ενδιαφερόντων.
2. Παρακολούθηση για σημεία βαριάς κατάθλιψης. Μη συμμόρφωση στις οδηγίες κ.λπ. μπορεί να είναι ένδειξη κατάθλιψης.

3. Βοήθεια για συζυγική σταθερότητα. Τήρηση και ενθάρρυνση της ανεξαρτησίας. Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του να αναπτύξουν ρεαλιστικές προσδοκίες και να αποφύγουν την υπερπροστασία. Ενθάρρυνση για ανάληψη ευθύνης για τη συνέχιση εφαρμογής του θεραπευτικού σχήματος.
4. Καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης.
5. Βοήθεια για επαγγελματική αποκατάσταση μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας.
6. Εκτίμηση δυνατοτήτων για διύλιση στο σπίτι.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πριν την αιμοδιύλιση

1. Πριν αρχίσει η διαδικασία της αιμοκάθαρσης ελέγχεται η γενική κατάσταση του αρρώστου:
 - Παρατήρηση βάδισης - τόνου της φωνής - έκφρασης του προσώπου.
 - Μέτρηση του βάρους σώματος και των ζωτικών σημείων.
2. Έλεγχος της περιοχής παράκαμψης.
 - α) Αφού αφαιρεθούν οι γάζες γίνεται έλεγχος για σημεία θρόμβου.
 - β) Σημείωση του χρώματος του αίματος και του σφυγμού.
 - γ) Παρακολουθούμε και σημειώνουμε τυχόν σημεία μόλυνσεως και τηρείται άσηπτη τεχνική.
3. Έλεγχος της ημερομηνίας προηγούμενης διύλισης και τυχόν ιστορικό αιμορραγίας.
4. Έλεγχος της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου (πηγή πληροφοριών η οικογένεια).

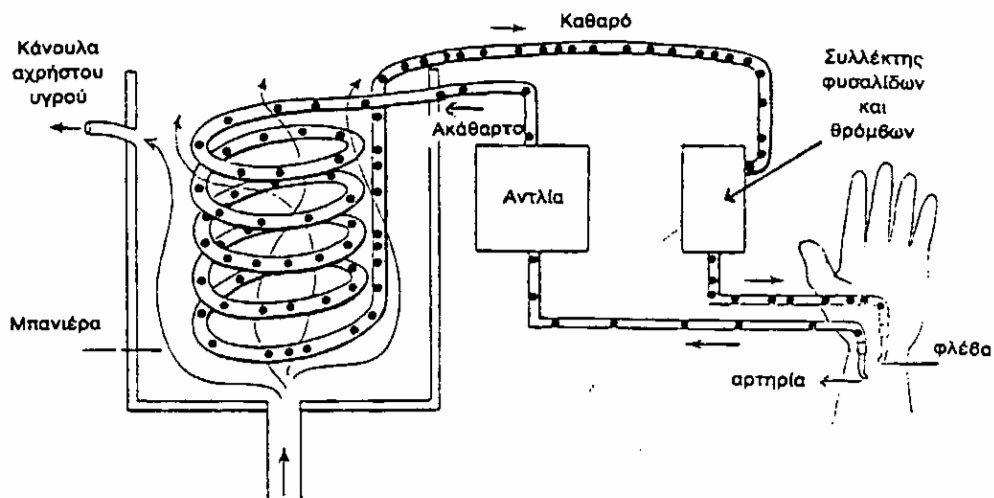
5. Έλεγχος της υποδόριας αρτηριοφλεβικής παράκαμψης (σημεία θρομβοφλεβίτιδας, οιδήματος ή αποχρωματισμού κ.λπ.).

Εναρξη αιμοκαθάρσεως

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την αιμοδιύλιση

Το αίμα ρέει εξωσωματικά και υφίσταται την κάθαρση για 4-5 ώρες. Η τεχνολογία συνεχώς ανακαλύπτει νέους μηχανισμούς και φίλτρα, ώστε ο χρόνος της κάθε αιμοκάθαρσης να μειώνεται συνεχώς και έτσι να δίνεται η δυνατότητα στον άρρωστο να κουράζεται λιγότερο και να έχει και οφέλη, κοινωνικά, επαγγελματικά κ.λπ.

Η κατεύθυνση του αίματος είναι αντίθετη από την κατεύθυνση του διαλύματος (Εικ. 2). *Εκφορική παράκαμψη βιταμινών τεχνολογία νεύ...*



Ανάλογα με το ποσό των υγρών που θέλουμε να αφαιρέσουμε από τον άρρωστο, ρυθμίζουμε την αρνητική πίεση του διαλύματος ή φλεβική πίεση του αίματος ή και των δυο ταυτόχρονα.

Στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ελέγχουμε:

1. Το βάρος του αρρώστου.
2. Την αρτηριακή και φλεβική πίεση.
3. Τη ροή του διαλύματος.
4. Τη ροή του αίματος (πρέπει να είναι συνεχής).
5. Το ρυθμό εγχύσεως της ηπαρίνης (σταγ/λεπτό).
6. Τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετά την αιμοδιύλιση

Μετά την αιμοδιύλιση γίνεται έλεγχος:

1. Των ζωτικών σημείων (εκτός από μια μείωση της αρτηριακής πίεσης) μπορεί να ανέβει και η θερμοκρασία.
2. Του σωματικού βάρους του αρρώστου.
3. Των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Αν ο άρρωστος είχε ούρα πριν από τη διύλιση, θα παρουσιάσει ολιγουρία, αφού νερό και μεταβολικά άχρηστα προϊόντα απομακρύνθηκαν από το αίμα.
4. Παρουσίας εγκεφαλικού οιδήματος, καθώς και αιμορραγικής διάθεσης.

Αποσύνδεση του αρρώστου από το T.N.

Όταν συμπληρωθεί ο χρόνος της αιμοκάθαρσης, τότε αποσυνδέουμε τον άρρωστο. Το αίμα που υπάρχει μέσα στο φίλτρο και τις συσκευές πρέπει να το πάρει ο άρρωστος και γι 'αυτό αποσυνδέουμε τη συσκευή αρτηρίας από την αρτηρία και συνδέουμε με φιάλη που περιέχει φυσιολογικό ορό και αφήνουμε να περάσει ο ορός από το φίλτρο. Όταν το φίλτρο καθαρίσει και πάρει ο

άρρωστος όλο το αίμα, τότε αποσυνδέουμε και τη φλέβα από τη φλεβική συσκευή.

Εάν ο άρρωστος φέρει Fistula, χορηγούμε 2 κ.εκ. διαλύματος θειϊκής πρωταμίνης με μια βελόνη. Μετά αφαιρούμε τις βελόνες και πιέζουμε τις οπές από όπου βγήκαν για αιμόσταση. Εάν όμως ο άρρωστος έχει Shunt, συνδέουμε αρτηρία και φλέβα με τον ελαστικό σωλήνα και έτσι έχουμε εξωτερική επικοινωνία φλέβας και αρτηρίας.

Τέλος, ο άρρωστος ζυγίζεται και ελέγχονται η Α.Π., οι σφυγμοί και η θερμοκρασία του. Εάν ο άρρωστος κάνει πρώτη φορά αιμοκάθαρση, ελέγχονται, πριν και μετά απ' αυτήν, η ουρία και οι ηλεκτρολύτες του αίματός του. Εάν όμως ο άρρωστος είναι παλαιός και ακολουθεί πλέον συντηρητική θεραπεία, ελέγχεται μια φορά το μήνα η γενική αίματος, η ουρία και οι ηλεκτρολύτες κι αυτό πάλι εξαρτάται από τον τρόπο λειτουργίας κάθε μονάδας T.N.

Αντιδράσεις του αρρώστου και τα προβλήματα κατά την αιμοκάθαρση

1. Αντίδραση από τη φορμόλη. Αυτή μπορεί να συμβεί όταν δεν έχει ξεπλυθεί καλά το μηχάνημα από την αποστείρωση που του έγινε με φορμόλη και γι' αυτό πρέπει πάντοτε να ελέγχεται με το test φορμόλης. Η αντίδραση αυτή εμφανίζεται αμέσως μετά τη σύνδεση, με έντονο ρίγος και πόνο στους νεφρούς, πονοκέφαλο, τάση για έμετο και γεύση φορμόλης στο στόμα. Όταν η ποσότητα της φορμόλης είναι μεγάλη, τότε έχουμε και αιμόλυση.

Αποσυνδέουμε αμέσως τον άρρωστο, ενώνουμε την αρτηριακή και φλεβική συσκευή και αφήνουμε να κυκλοφορεί μέσα στο φίλτρο το υπάρχον αίμα και, αφού καθαριστεί αυτό, το επανασυνδέουμε με τον άρρωστο.

2. Αντίδραση από πυρετογόνες ουσίες. Αυτή εμφανίζεται κατά το τέλος της αιμοκάθαρσης ή και αφού τελειώσει και εκδηλώνεται με έντονο ρίγος, υψηλό πυρετό (40°C), πονοκέφαλο και εμέτους.

Είναι δυνατό στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης να πήξει το αίμα μέσα στο φίλτρο ή να σπάσουν οι μεμβράνες, με αποτέλεσμα την ανάμειξη του αίματος με το διάλυμα. Και στις δυο περιπτώσεις η αιμοκάθαρση διακόπτεται.

3. Πτώση της Α.Π. Συμβαίνει πολλές φορές, όταν αφαιρεθούν από τον οργανισμό απότομα πολλά υγρά και NaCl . Ο άρρωστος θα παραπονεθεί για επιδρώσεις, ζάλη, ναυτία. Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση φυσιολογικού ορού υπό πίεση, ώσπου να ανέβει η Α.Π. στα φυσιολογικά όρια. Εξαιτίας των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, συμβαίνει να εμφανίζονται επώδυνες συσπάσεις (κράμπες) σε διάφορους μύς του σώματος, οπότε και πάλι χορηγείται υπέρτονο διάλυμα φυσιολογικού ορού.

4. Σπασμός της φλέβας. Δεν είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο και λύνεται με λίγη μετακίνηση της βελόνας.

Οι μεταγγίσεις αίματος στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης αποφεύγονται, για τον κίνδυνο της λοιμώδους ηπατίτιδας. Μόνο σε μεγάλη ανάγκη μπορούμε να χορηγήσουμε αίμα ή συμπυκνωμένα ερυθρά.

Χορηγούμε ενδοφλεβίως σίδηρο στον άρρωστο, ανάλογα με την αιματολογική του εικόνα και βιταμίνη B12. Επίσης χορηγούμε από το στόμα βιταμίνη B και C, καθώς και φυλλικό οξύ. Η χορήγηση βιταμινών, σιδήρου ή και άλλων φαρμάκων, καθώς και ο χρόνος χορήγησης, ρυθμίζονται από τα φαρμακευτικά σχήματα που χρησιμοποιηθεί η κάθε μονάδα T.N.

Αξιολόγηση

1. Θετική απόκριση στην αιμοδιάλυση. Σήμερα ο άρρωστος που χρησιμοποιεί Τεχνητό Νεφρό μπορεί να ζει σαν υγιής, να σπουδάζει, να εργάζεται και να χαίρεται οτιδήποτε.

Από παρατηρήσεις που έχουν γίνει, προκύπτει ότι με τη χρόνια Ν.Π.Α. παρατείνεται η επιβίωση σημαντικού αριθμού ασθενών πέραν της τριετίας, αλλά η φυσική τους αποκατάσταση δεν είναι συνήθως ικανοποιητική, λόγω καρδιαγγειακών επιπλοκών. Η αιμοκάθαρση με T.N. είναι μια διεθνώς παραδεκτή μέθοδος συντήρησης των πασχόντων από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ωστόσο κάνουν μεταμόσχευση, η οποία θεωρείται η αποτελεσματικότερη θεραπεία των νεφροπαθών.

2. Αρνητική απόκριση. Παρουσία επιπλοκών:

- α) Υπερ-υπογλυκαιμία.
- β) Αιμόλυση.
- γ) Σύνδρομο διύλητικού μη ισοζυγίου.
- δ) Κίνδυνοι μετάγγισης.
- ε) Ψυχολογική δυσλειτουργία.
- στ) Συνέχιση των ουραιμικών προβλημάτων παρά την αιμοδιύλιση.
- ζ) Αναιμία.
- η) Υπέρταση.

- θ) Νεφρική οστεοδυστροφία.
- ι) Γυναικομαστία και μηνορραγία.

Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα αιμοκαθάρσεως

Ο καθετηριασμός της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας με μεγάλου διαμετρήματος βλεόνα, επιτρέπει τη ροή επαρκούς αίματος για την εκτέλεση αιμοκάθαρσης. Δυστυχώς, στις αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις παρατηρούνται λοιμώξεις, θρομβώσεις και σχηματισμοί ανευρυσμάτων, ιδιαίτερα εκεί όπου χρησιμοποιούνται προσθετικά υλικά. Στις περιπτώσεις που σε αρτηριοφλεβική επικοινωνία ή αναστόμωση κάνει την παρουσία της κάποια λοίμωξη, παρατηρείται υψηλή επίπτωση σηψαιμίας και σηπτικών εμβολών. Ο συχνότερος λοιμογόνος παράγοντας είναι ο στρεπτόκοκκος Aureus.

Πολλές από τις επιπλοκές που εμφανίζονται στον άρρωστο, ο οποίος τελεί σε χρόνια κάθαρση, σχετίζονται με την υποκείμενη νόσο ή με εκείνες τις ουραιμικές καταστάσεις που δεν αναστρέφονται με θεραπεία καθάρσεως.

Η σηψαιμία και οι σηπτικές εμβολές αποτελούν τις κύριες επιπλοκές της αποτυχίας μιας Α.Φ. αναστόμωσης. Ωστόσο, με την αποτυχία της Α.Φ. αναστόμωσης σχετίζονται σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Η κατάθλιψη και η μεταβολή του εγώ αποτελούν τα συνηθέστερα ψυχιατρικά προβλήματα.

Οι απότομες ηλεκτρολυτικές μεταβολές (ιδιαίτερα του καλίου) μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση αρρυθμίας στη διάρκεια της καθάρσεως.

Η υπόταση είναι σύνηθες φαινόμενο στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και οφείλεται σε πολλούς παράγοντες.

Οι μηχανικές και/ή ιατρογενείς επιπλοκές, όπως η μόλυνση, οι εμβολές από φουσαλίδες αέρα, οι διαφυγές αίματος και το μολυσμένο μέσο διαλύσεως, έχουν καταστεί σπάνιες με τη χρήση βελτιωμένων συσκευών.

Μπορεί επίσης να προκληθούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις από το ίδιο το μηχάνημα, όπως η δια μέσου του συμπληρώματος προκαλούμενη λευκοπενία και η υποξαιμία, που οφείλεται στην επαφή του αίματος με τη σελλοφάνη.

Η ηπαρίνη, που είναι αναγκαία στη διάρκεια της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες επιπλοκές, όπως το υποσκληρίδιο αιμάτωμα και η οπισθοπεριτοναϊκή, γαστρεντερική, περικαρδιακή και ενδοϋπεζωκοτική αιμορραγία.

Ένα από τα σημαντικά προβλήματα που παρατηρούνται σε ασθενείς που τελούν υπό κάθαρση μακροχρόνια είναι η μεγάλη συχνότητα θανάτων από έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια.

Πριν ο γιατρός προχωρήσει στη θεραπεία καθάρσεως ενός συγκεκριμένου αρρώστου, θα πρέπει να σταθμίσει τους κινδύνους και τα οφέλη αυτής, αφού είναι πλέον σαφές, ότι η θεραπεία αυτή δεν είναι άμοιρη κινδύνων.

Το πλεονέκτημα της αιμοκάθαρσης είναι ο σχετικά βραχύς χρόνος θεραπείας και η ελάχιστη μεταβολή του τρόπου ζωής στα μεταξύ των θεραπειών διαστήματα. Αυτή είναι πιο αποτελεσματική από την περιτοναϊκή πλύση και δίνει τη δυνατότητα για ταχείες μεταβολές σε περιπτώσεις παθολογικών μεταβολών στον ορό.

Η αιμοκάθαρση μπορεί να εκτελεσθεί στο σπίτι, αλλά ο άρρωστος έχει ανάγκη από ένα βοηθό στη διάρκεια της θεραπείας. Αυτή είναι η πιο πλατιά διαθέσιμη μορφή καθάρσεως.

Μέρος Ι Ι Ι

Μεταμόσχευση νεφρού

Όπως φανερώνει η λέξη, πρόκειται για μεταμόσχευση νεφρού είτε από ζώντες δότες, συγγενείς ή όχι προς τον άρρωστο, είτε από νεκρούς, πτωματικούς, στους οποίους έχει διαπιστωθεί ο κλινικός θάνατος.

Σήμερα, με την πρόοδο στη διατήρηση νεφρού που προέρχεται από νεκρό δότη, μέχρι 30-36 ώρες γίνεται αργότερα η επιλογή του κατάλληλου δέκτη, ακόμη δε είναι δυνατή η αποστολή νεφρού από τη μια περιοχή στην άλλη.

Η μεταμόσχευση ανθρώπινου νεφρού αποτελεί σήμερα ορθή μέθοδο θεραπείας της προχωρημένης χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Σε παγκόσμια κλίμακα εκτελούνται 10.000 τέτοιες εγχειρήσεις, με ρυθμό που σε μερικά ιατρικά κέντρα ξεπερνά τις 50 το χρόνο.

Τα αποτελέσματα με κατάλληλα συμβατούς οικογενειακούς δότες υπερτερούν εκείνων που προκύπτουν με τη χρήση οργάνων από πτώματα και τα ετήσια ποσοστά ειτυχίας είναι αντίστοιχα 75 έως 90% και 50 έως 60%. Τα μοσχεύματα που παραμένουν βιώσιμα και λειτουργούν τον πρώτο χρόνο αποβάλλονται με πιο χαμηλή συχνότητα τα επόμενα χρόνια, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις ένα μόσχευμα μπορεί να καταστεί μάρτυρας οξέος

επεισοδίου μη αναστρέψιμης αποβολής, μετά από ικανοποιητική λειτουργία πολλών μηνών.

Τα ποσοστά επιβίωσης εμφανίζουν μικρή μόνο βελτίωση από το 1970 και μετά, γεγονός που δείχνει ότι οι μέθοδοι ανοσοκατασταλτικής θεραπείας που έχουν χρησιμοποιηθεί από το 1970 μέχρι σήμερα είναι σχετικά ανεπαρκείς.

Πιο αξιόπρόσεκτα είναι τα δεδομένα που μιλάνε για σαφή ωφέλιμα αποτελέσματα μεταγγίσεων αίματος στην προετοιμασία των ατόμων που πρόκειται να καταστούν δέκτες. Οι μη μεταγγιζόμενοι δέκτες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολής μοσχευμάτων τους, ενώ οι πολλαπλές τυχαίες μεταγγίσεις ή οι μεταγγίσεις από ειδικούς δότες μπορεί να αυξήσουν σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης των μοσχευμάτων.

Η αποβολή του μοσχεύματος δεν προδικάζει απαραίτητα τα αποτελέσματα μιας άλλης προσπάθειας μεταμόσχευσης, αλλά επιχειρείται συνεχώς αυξανόμενος αριθμός δεύτερης και τρίτης μεταμόσχευσης.

Οι μεταμοσχεύσεις νεφρού αποτελούν σήμερα στην Ελλάδα έργο ρουτίνας, με εξαιρετα αποτελέσματα. Ετησίως διενεργούνται σήμερα 170 περίπου μεταμοσχεύσεις νεφρού, ενώ θα έπρεπε να γίνονται 450 περίπου, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού.

Αντενδείξεις για μεταμόσχευση νεφρών

1. Απόλυτες αντενδείξεις:

- α. Αναστρέψιμη νεφρική βλάβη.
- β. Δυνατότητα των συντηρητικών μέτρων να εξασφαλίσουν μια αποδεκτή ζωή.

- γ. Προχωρημένες μορφές βαριών εξωνεφρικών επιπλοκών (εγκεφαλοαγγειακή ή στεφανιαία νόσος, νεοπλασία).
- δ. Ενεργός λοίμωξη.
- ε. Οξάλωση.
- στ. Ενεργός σπειραματονεφρίτιδα.
- ζ. Προηγούμενη ευαισθητοποίηση σε ιστούς του δότη.

2. Σχετικές αντενδείξεις:

- α. Ηλικία.
- β. Παρουσία ανωμαλιών της ουροδόχου κύστεως ή της ουρήθρας.
- γ. Λαγονομηριαία αποφρακτική νόσος.
- δ. Σακχαρώδης διαβήτης.
- ε. Ψυχιατρικά προβλήματα.

Η επιλογή των δεκτών που θα υποβληθούν σε μεταμόσχευση νεφρών προϋποθέτει:

Ο δέκτης να είναι ελεύθερος από απειλητικές για τη ζωή εξωνεφρικές παθήσεις, όπως ο καρκίνος, η βαριά στεφανιαία αρτηριοπάθεια και εγκεφαλοπάθεια. Με δεδομένο ότι δεν υπάρχει διάχυτη προσβολή των αγγείων, αυτός ο ίδιος ο διαβήτης δεν αποτελεί περιοριστικό παράγοντα, εντούτοις αντένδειξη για τη μεταμόσχευση αποτελεί μάλλον η προχωρημένη "φυσιολογική" παρά η χρονολογική ηλικία. Αν και οι διάφορες ανωμαλίες της ουροδόχου κύστεως και της ουρήθρας συνιστούν πρόσθετους κινδύνους, έχουν τοποθετηθεί με επιτυχία νεφρικά αλλομοσχεύματα με παρουσία αυτών των ανωμαλιών με προηγούμενη π.χ. κατασκευή τεχνητής κύστεως μέσα στην οποία τοποθετείται ο ουρητήρας του δότη.

Μια επέμβαση όπως η μεταμόσχευση νεφρών θα πρέπει να επιχειρείται μόνο όταν η συντηρητική θεραπεία φέρεται

αποτυχημένη, όταν δεν υπάρχουν αναστρέψιμα στοιχεία στη νεφρική ανεπάρκεια και όταν ο άρρωστος νοσεί τόσο βαριά, ώστε να μην καθίσταται δυνατό να νιώθει άνετα με τις συνήθειες μεθόδους θεραπείας.

Η πρόβλεψη για μετάγγιση αίματος επαρκών ποσοτήτων πριν τη μεταμόσχευση ενέχει τεράστια σημασία. Η μεταμόσχευση δεν θα πρέπει να επιχειρείται σε μια προσπάθεια διάσωσης αρρώστων που αδυνατούν να επιβιώσουν κάνοντας αιμοκάθαρση. Από την πλευρά αυτή, όταν δεν υπάρχει διαθέσιμος καλά συμβατός συγγενής δότης, ο άρρωστος και ο γιατρός πρέπει να μελετούν προσεκτικά τους σχετικούς κινδύνους σε αντιπαράθεση με εκείνους της συνεχούς καθάρσεως και η λήψη οποιασδήποτε αποφάσεως θα εξαρτηθεί από τις ειδικές σε κάθε περίπτωση συνθήκες. Συνολικά αποθνήσκουν κάθε χρόνο τα 4 έως 7% περίπου των αρρώστων ανάλογης ηλικίας και γενικής κατάστασης που τελούν σε κάθαρση ή έχουν υποστεί μεταμόσχευση.

Επιλογή δοτών

Οι ζωντανοί δότες θα πρέπει να βρεθούν φυσιολογικοί στη φυσική εξέταση και τις ίδιες κύριες ομάδας αίματος ABO, επειδή υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι οι φραγμοί που απορρέουν από τη διασταύρωση κύριων ομάδων αίματος προδικάζουν τη βιωσιμότητα του αλλομοσχεύματος. Είναι όμως δυνατό να μεταμοσχευθεί ένας νεφρός δότη ομάδας 0 σε δέκτες ομάδας A, B και AB.

Τα πτώματα δότες θα πρέπει να μη φέρουν κακοήγη νεοπλασματική νόσο, λόγω πιθανής μεταβίβασης του καρκίνου στο δέκτη.

Σήμερα βρίσκεται σε εξέλιξη η εφαρμογή σε τοπική ή εθνική κλίμακα ενός συστήματος πληροφορικής σχετικά με την υποστήριξη της μεταμόσχευσης νεφρών από πτώματα σε κατάλληλους δέκτες. Σήμερα είναι δυνατό να αφαιρέσουμε τους νεφρούς από ένα πτώμα και να τους διατηρήσουμε μέχρι 48 ώρες με ψυχρή παλμική αιμάτωση ή με απλό ζέσταμα και κρυωμά. Έτσι παρέχεται ο χρόνος για την επίλυση διάφορων προβλημάτων τυποποίησης, διασταύρωσης, μεταφοράς και επιλογής.

Ρόλος της νοσηλεύτριας στη μεταμόσχευση

Πάνω απ' όλες τις γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες είναι ο θεραπευτικός ρόλος της νοσηλεύτριας, τόσο στην προεγχειρητική ετοιμασία όσο και στη μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.

Εάν διαθέτει κατανόηση, αγάπη, σεβασμό και εκτίμηση στην προσωπικότητα του αρρώστου, αγαθή διάθεση για την ικανοποίηση των ποικίλων φυσικών και συναισθηματικών αναγκών του και, τέλος, δημιουργική δραστηριότητα για την επίλυση των ποικιλόμορφων προβλημάτων του, τότε πράγματι θα συμβάλει στην κατά το δυνατό επιτυχεστέρα και ομαλότερη έκβαση της εγχείρησης.

Μεταγγίσεις αίματος. Τη στιγμή που φάνηκε, ότι η προκαλούμενη από τις μεταγγίσεις ευαισθητοποίηση έναντι ενός τυχαίου πληθυσμού λεμφοκυττάρων ήταν προγνωστική υψηλής συχνότητας αποτυχίας των μοσχευμάτων, ένας αριθμός μοναδων μεταμόσχευσης άρχισε να ακολουθεί ένα πρόγραμμα μη χορηγήσεως αίματος, σε όσο το δυνατό πιο πολλούς ασθενείς που τελούν σε αιμοκάθαρση.

Η κλινική ανάγκη για χορήγηση αίματος βρέθηκε να είναι μικρότερη από όσο αρχικά πιστευόταν, ιδιαίτερα σε ασθενείς που δεν έχουν υποστεί νεφρεκτομή και η αποφυγή πιθανής έκθεσης σε ηπατίτιδα ήταν επίσης πάντα στα υπόψη. Η συνολική εμπειρία με τους μεταγγιζόμενους ασθενείς υπήρξε μια από τις πιο δραστικές, γεγονός που επιβεβαιώνεται με το παραπάνω αρκετές φορές: οι άρρωστοι αυτοί τελούν στον πιο υψηλό κίνδυνο αποτυχίας του νεφρικού μοσχεύματος.

Προευαισθητοποίηση. Μια θετική διασταύρωση του ορού δότη με T λεμφοκύτταρα του δέκτη είναι συνήθως προγνωστική ενός οξέος αγγειακής φύσεως συμβάματος, που ονομάζεται υπεροξία αποβολή.

Για να σημανθεί η καταλληλότητα ενός νεφρού πτώματος εκτελούνται διασταυρώσεις με περισσότερους από έναν αντιδραστικούς ορούς, λαμβάνοντας επίσης υπόψη προηγούμενες αναλύσεις σχετικά με την ειδικότητα των αντισωμάτων.

Μια άλλη πρόοδο αποτελεί το εύρημα ότι η προευαισθητοποίηση σε αντιγόνα που εκφράζονται στα Β λεμφοκύτταρα, αλλά όχι στα Τ, δεν αποτελεί αντένδειξη για μεταμόσχευση.

Προεγχειρητική ετοιμασία

Στην περίοδο αυτή ο άρρωστος προετοιμάζεται κατάλληλα, ώστε όλη η μετεγχειρητική πορεία του να είναι ακτά το δυνατό ομαλότερη.

Χορηγούνται μεγάλες ποσότητες υγρών από το στόμα ή παρεντερικά, ώστε να αποβάλλει με τα ούρα μεγαλύτερες ποσότητες άχρηστων ουσιών.

Γίνεται μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Η θρέψη του αρρώστου ενισχύεται λαμβάνοντας υπόψη προσωπικές του προτιμήσεις, επειδή είναι συνήθως άτομα μεγάλης ηλικίας και έχουν προβλήματα θρέψεως.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος φέρει καθετήρα ελέγχεται η βατότητά του, το ποσό και τα χαρακτηριστικά των ούρων και λαμβάνονται μέτρα ασηψίας για αποφυγή μόλυνσεως.

Επίσης, στα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι η βοήθεια στη λήψη ιστών για διαπίστωση της συμβατότητας με το δότη.

Ελέγχεται το κυκλοφοριακό και αναπνευστικό σύστημα με ιδιαίτερη επιμέλεια για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών, ο δε εργαστηριακός έλεγχος (αιματολογικός, μικροβιολογικός, ακτινολογικός) πληροφορεί τη νοσηλεύτρια για το βαθμό της νεφρικής λειτουργίας και τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν.

Η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας επιβάλλεται προεγχειρητικά, για πρόληψη μετεγχειρητικών αναπνευστικών προβλημάτων.

Η προεγχειρητική διδασκαλία που αφορά μετεγχειρητικές δραστηριότητες του αρρώστου σε σχέση με το βήχα και τις βαθιές αναπνοές, τα ενδοφλέβια υγρά, το μόνιμο καθετήρα, τον πόνο, τις ενεργητικές κινήσεις μέσα στο κρεβάτι, την έγερση κ.λπ., συμβάλλει στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία και πρόληψη επιπλοκών.

Η όλη ψυχική και συναισθηματική διέγερση του αρρώστου, καθώς και η γενικότερη ανησυχία του, μειώνονται κατά πολύ, εάν ο θεράπων ιατρός και η νοσηλεύτρια εμπνέουν εμπιστοσύνη.

Η νοσηλεύτρια έχει υπόψη της ότι η προεγχειρητική ετοιμασία αυτών των αρρώστων είναι μακροχρόνια, επίπονη, λεπτομερής, σχολαστική και η ψυχολογική τους ετοιμασία είναι πρώτιστο έργο, τόσο του γιατρού όσο και αυτής. Η αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ υγειονομικής ομάδας και αρρώστου, η δημιουργία φιλικών σχέσεων, η έμπρακτη εκδήλωση στοργής και αγάπης προς αυτόν, συμβάλλουν πολύ στην αισιόδοξη υποδοχή της εγχείρησης. Το ηθικό του αρρώστου καθώς και η συναισθηματική και ψυχολογική προετοιμασία του, αποτελούν σημαντικό παράγοντα καλής μετεγχειρητικής πορείας του.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Κατά τη μετεγχειρητική φροντίδα ιδιαίτερη σημασία πρέπει να αποδίδεται στην κίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι, όσο παραμένει κλινήρης, για την αποτροπή αναπνευστικών επιπλοκών και θρομβωτικών επεισοδίων. Ένα από τα κύρια σημεία της νοσηλευτικής αντιμετώπισης για τη βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας είναι η χορήγηση υγρών παρεντερικά ή από το στόμα, όταν υποχωρήσουν η ναυτία και ο έμετος.

Επιβάλλεται επίσης ακριβής τήρηση διαγράμματος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, καθώς και η εκτίμηση της σχέσεως μεταξύ τους.

Γίνεται ωριαία μέτρηση ούρων. Έλεγχος και παρακολούθηση της σύστασης των ούρων. Εξέταση και εκτίμηση τιμής ηλεκτρολυτών ορού και νεφρικής λειτουργίας κάθε 24 ώρες και προοδευτικά 3 φορές την εβδομάδα, καθώς η κατάσταση του αρρώστου σταθεροποιείται.

Με την επιστροφή του νεφρού στην κανονική λειτουργία (48 έως 72 ώρες), το ποσό των αποβαλλόμενων ούρων μπορεί να περάσει τα 2000 ml το 24ωρο.

Παρακολούθηση της κύστης για σπασμούς.

Απαραίτητη είναι η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων ανά ώρα, συμπεριλαμβανομένης και της κεντρικής φλεβικής πίεσης.

Μετά τις 24 ώρες η παρακολούθηση ζωτικών σημείων γίνεται κάθε 4 ώρες, ενώ των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών κάθε 8 ώρες.

Απαραίτητη είναι ακόμη η καθημερινή ζύγιση, καθώς και η συλλογή ούρων 24ώρου για κρεατινίνη, νάτριο, κάλιο και λεύκωμα.

Η έγκαιρη κινητοποίηση του αρρώστου μετά την επέμβαση είναι αναγκαία για τη διατήρηση της άριστης πνευμονικής λειτουργίας. Η έγερση γίνεται 24 ώρες μετά την επέμβαση. Όταν είναι στο κρεβάτι ο άρρωστος, η αλλαγή θέσεως πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, ώστε να μην επηρεάζεται η λειτουργικότητα των παροχετευτικών σωλήνων.

Γίνεται διδασκαλία του αρρώστου να αποφεύγει την καθιστή θέση για πολύ ώρα, γιατί μπορεί να αναδιπλωθεί ο ουρητήρας, να εξασκηθεί τάση στα σημεία αναστόμωσης και να περιστραφεί το μόσχευμα.

Για πρόληψη από τις μολύνσεις γίνεται, με ιατρική εντολή, χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (συνήθως azathioprine) και κορτικοστεροειδών. Χορήγηση αντιόξινων με τα κορτικοστεροειδή.

Εφαρμόζεται αυστηρά άσηπτη τεχνική. Προσεκτικό πλύσιμο των χεριών. Αποφυγή επαφής του αρρώστου με οποιοδήποτε άτομο με μόλυνση.

Γίνεται επίσης καθημερινός προσδιορισμός λευκών αιμοσφαιρίων, λήψη καλλιιεργειών από χώρους πιθανής μόλυνσης, καθώς και σχολαστική φροντίδα του καθετήρα.

Επειδή αυτοί οι άρρωστοι αποβάλλουν ούρα από την τραυματική χώρα για μεγάλο χρονικό διάστημα, χρειάζεται προσοχή μήπως αυτό δημιουργήσει σύγχυση και διαφύγει της προσοχής τυχόν συνυπάρχουσα αιμορραγία.

Τοποθετείται σωλήνας παροχέτευσης για την αποβολή των ούρων και τη διατήρηση του τραύματος στεγνού. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ελέγχει συχνά τη λειτουργικότητά του, δεδομένου ότι είναι εύκολη η εγκατάσταση θρόμβου στον αυλό του σωλήνα, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της αποβολής των ούρων.

Από το γιατρό γίνονται συχνές πλύσεις των παροχετευτικών σωλήνων με φυσιολογικό ορό και παίρνονται μετρα απόλυτης ασηψίας και αντισηψίας, γιατί υπάρχει ελεύθερη επικοινωνία του νεφρικού παρεγχύματος με το εξωτερικό περιβάλλον.

Ακόμη πρέπει να γίνονται συχνές αλλαγές του τραύματος για την προστασία του γύρω δέρματος από τα αποβαλλόμενα υγρά και τον περιορισμό της κακοσμίας, καθώς και συνεχής παρακολούθησή του για πρόληψη αιμορραγίας, η οποία θα θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

Ο άρρωστος επανέρχεται γρήγορα στη φυσιολογική του δίαιτα, μόλις αποκατασταθεί πλήρως η περισταλτική κίνηση του εντέρου. Από τη νοσηλεύτρια ενημερώνεται για τη σπουδαιότητα της μετέπειτα φροντίδας, για κανόνες υγιεινής και επίπεδα δραστηριότητας, διαιτητικές συμβουλές, καθώς και για τα σημεία και συμπτώματα μόλυνσης.

Ενημερώνεται επίσης για θέματα αυτοεκτίμησης και αυτοφροντίδας του (μέτρηση προσλαμβανόμενων - αποβαλλόμενων υγρών, βάρος σώματος, ζωτικών σημείων, συλλογή δειγμάτων ούρων κ.λπ.).

Αξιολόγηση

- Θετική απόκριση στη μεταμόσχευση και ανοσηλευτική παρέμβαση.

- Αρνητική απόκριση και παρουσία επιπλοκών.

Η απόρριψη εξαρτάται από τη σοβαρότητα της αντίδρασης. Γίνεται υποστηρικτική παρέμβαση με χορήγηση κορτικοστερινοειδών.

Μπορεί να είναι απαραίτητη η αιμοδιύλιση.

Γίνεται εκτίμηση συμπτωμάτων ανορεξίας, κακουχίας, πυρετού, οιδήματος, ελάττωσης ποσού των ούρων, αύξησης βάρους, καθώς και των επιπέδων της ουρίας και κρεατινίνης του ορού, υπέρτασης και παρουσίας ευαισθησίας στην περιοχή της μεταμόσχευσης.

Αναγράφονται και αναφέρονται τα σημεία αμέσως.

Βοηθάται ο άρρωστος με κατάθλιψη εξαιτίας αντίδρασης στην απόρριψη.

- Αυτόματη ρήξη του μοσχεύματος.

- Πρωτοπαθής νεφρική νόσος, όπως σπειραματονεφρίτιδα.

Ανοσολογία της απόρριψης

Οι γνώσεις γύρω από την ανοσολογία της μεταμόσχευσης ιστών προέρχονται κυρίως από πειραματόζωα. Παρόλα αυτά, όμως, αρκετά ενδεικτικά στοιχεία, που έχουν συγκεντρωθεί από

ανθρώπους, ιδιαίτερα από μεταμοσχεύσεις νεφρών, παρέχουν την ένδειξη ότι αυτή η ανοσολογία είναι παρόμοια, όχι όμως εντελώς όμοια, στα διάφορα είδη θηλαστικών.

Μ έ ρ ο ς Ι V

Αποτελέσματα μορφών θεραπείας

Στα τέλη του 1980, γύρω στις 48.000 άρρωστοι τελούσαν σε χρόνια κάθαρση, ενώ στη διάρκεια των τελευταίων 10 χρόνων 30.000 περίπου άρρωστοι υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρών στις Η.Π.Α.

Το 85 έως 90% περίπου των αρρώστων τελούν σε αιμοκάθαρση, ενώ στα 10 έως 15% εκτελείται κάποια από τις μορφές περιτοναϊκής πλύσης.

Από το σύνολο των νέων ασθενών με νεφροπάθεια τελικού σταδίου, μόνο το 35-50% περίπου είναι σωματικά και ψυχολογικά κατάλληλοι για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση νεφρών. Πολλοί απ' αυτούς τους ασθενείς είναι ευαισθητοποιημένοι με υψηλούς τίτλους αντισωμάτων και τελούν σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή πλύση, αναμένοντας να ευρεθεί ένας νεφρός πτώματος.

Ενας ασθενής με επιπλοκές ή σε οξεία, κρίσιμη νοσηρά κατάσταση, θα πρέπει να υποβληθεί σε κάθαρση σε νοσοκομειακή μονάδα καθάρσεως ή σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης, ενώ οι σταθεροποιημένοι ασθενείς μπορούν να υποβάλλονται σε κάθαρση ως εξωτερικοί ασθενείς σε μια νοσοκομειακή μονάδα, σε ένα εξωνοσοκομειακό κέντρο καθάρσεως ή στο σπίτι.

Στα περισσότερα κέντρα γίνεται προσπάθεια, ώστε οι ασθενείς να συμμετέχουν στη διαδικασία της καθάρσεως. Αυτή είναι η καλούμενη αυτοκάθαρση.

Το ποσοστό ασθενών οι οποίοι εκτελούν κάθαρση στο σπίτι ποικίλλει από 12 έως 40%, ανάλογα με την περιοχή της χώρας και ορισμένους άλλους παράγοντες, όπως είναι η πυκνότητα του πληθυσμού, τα οικονομικά και οι κοινωνικές παροχές.

Η κάθαρση στο σπίτι προτιμάται από πολλούς ασθενείς λόγω της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και της μη δέσμευσης από προγράμματα καθάρσεως των νοσοκομείων ή των διάφορων κέντρων.

Η μέση ηλικία των αρρώστων που τελούν σε κάθαρση είναι τα τέλη της πέμπτης δεκαετίας και αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι η νεφροσκλήρυνση και η τελική νεφρική ανεπάρκεια από άλλες παρεγχυματικές νόσους συμβαίνουν σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, αν και ο πιο πιθανός λόγος είναι ότι η διαδικασία επιλογής ευνοεί τη μεταμόσχευση σε νεότερους ασθενείς.

Το 10-20% των αρρώστων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τυγχάνουν πλήρους αποκατάστασης με την αιμοκάθαρση, ενώ το άλλο ποσοστό 30-40% μη διαβητικών ασθενών αναμένεται να αποκατασταθεί λειτουργικά, ακόμα και όταν αυτή δεν είναι εκμεταλλεύσιμη από τον ασθενή.

Το 20% των ασθενών θα ανακτήσει ένα επίπεδο λειτουργίας το οποίο δεν θεωρείται ότι εξασφαλίζει αποδεκτή αποκατάσταση στον ασθενή, αλλά τον καθιστά ικανό να αυτοεξυπηρετείται.

Οι υπόλοιποι (γύρω στο 20%) εξαρτώνται ολοκληρωτικά από τη βοήθεια των άλλων ατόμων. Οι διαβητικοί, οι οποίοι εμφανίζουν σημαντικά χαμηλό ρυθμό αποκατάστασης και πιο υψηλή

θνησιμότητα από όσο οι μη διαβητικοί άρρωστοι, αποτελούν την πλειονότητα των ατόμων που απαρτίζουν τις δυο τελευταίες ομάδες. Τα ποσοστά θνησιμότητας ποικίλουν αναλόγως της ηλικίας και της νοσηρής εξεργασίας. Όμως τα περισσότερα προγράμματα χρόνιας καθάρσεως έχουν ετήσια ποσοστά θνητότητας της τάξεως του 10% περίπου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α.

Νοσηλευτική διεργασία είναι η εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- 1) Αξιολόγηση προβλημάτων του ασθενούς.
- 2) Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.
- 3) Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
- 4) Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.
- 5) Αξιολόγηση αποτελεσμάτων.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της ανάρρωσης, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α. ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ, ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παρακάτω θα εξετασθεί η νοσηλευτική φροντίδα σε δυο τυχαίους νεφροπαθείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της Χ.Ν.Α. και κάνουν 3 φορές την εβδομάδα αιμοκάθαρση στη Μ.Τ.Ν. του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών.

Α' ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Φ.Μ.

ΗΛΙΚΙΑ : 30 χρόνων.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ : Πάτρα.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Άγαμος.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Σιδεράς.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Γαστρορραγία - Νεφρική ανεπάρκεια.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ : Επιγαστραλγίες - καύσος - έμετοι - αιματέμεση προ 4ετίας - απώλεια 6 kg το τελευταίο έτος.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ: Από έτη παρουσίασε καταβολή, η οποία εντάθηκε με την πάροδο του χρόνου. Παράλληλα τα συμπτώματα από το επιγάστριο εντείνονταν. Από 45 ημερών παρουσίασε αλλεργική δερματίτιδα, για την οποία έλαβε φαρμακευτική θεραπεία.

Προσήλθε στην παθολογική κλινική για γαστρορραγία, όπου διαπιστώθηκε επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, οπότε μετά από ένα 24ωρο μεταφέρθηκε στη Μ.Τ.Ν. αφού έλαβε 5 μονάδες αίμα.

Εξέταση κατά συστήματα

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ: Α.Π. 160/80 mmHg.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ: Αναπνοές ελαφρά μειωμένες.

ΠΕΠΤΙΚΟ: Ήπαρ ψηλαφητό - ελαφρά επώδυνο στην κρούση.

Σπλην αφηλάφητος - ευαισθησία επιγαστρίου.

ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ: Κύστη κενή ούρων.

Έτσι, σε ηλικία 30 ετών, ο νεαρός νεφροπαθής πείσθηκε να αρχίσει Α.Κ. με τον Τ.Ν. Έγινε μικρή χειρουργική επέμβαση για τη δημιουργία της Fistula και στις 2.10.93 έγινε η πρώτη Α.Κ.

Ετέθη αγωγή με ορούς και διττανθρακικά, ενώ παράλληλα έλαβε amp Zantac.

Βρίσκεται σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση, η οποία είναι ζήτημα χρόνου.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Νοσηλευτικά προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Οίδημα κάτω άκρων.	<ul style="list-style-type: none"> - Αναζήτηση αιτιών. - Αποκατάσταση από το σύμπτωμα. 	<p>Βελτίωση της ισορροπίας υγρών και χημείας του οργανισμού, που είναι αιτία του οιδήματος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Σχολαστική τήρηση διαγράμματος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. - Εκτίμηση της κατάστασης του δέρματος στις οιδηματώδεις περιοχές. - Χορήγηση Iamp Iasix με εντολή για τρού (διουρητικό για μείωση οιδήματος). 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιορισμός οιδήματος. - Ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Κνησμός.	<ul style="list-style-type: none"> - Υποχώρηση κνησμού. - Ανακούφιση ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> -Χρησιμοποίηση φίλτρου AM 140 NOVA για υψηλή κάθαρση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση ηρεμιστικών σε ακραίες περιπτώσεις με εντολή γιατρού. - Επάλειψη με αλοιφή Ξυλοκαΐνης. - Χορήγηση Ξυλοκαΐνης 10 mg σε στάγδην έγχυση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Σημαντική υποχώρηση κνησμού. - Ανακούφιση ασθενούς.
Αύξηση αναιμίας.	<ul style="list-style-type: none"> - Βελτίωση της αναιμίας που προκαλείται λόγω χαμηλής ερυθροποίησης. 	<ul style="list-style-type: none"> -Σταθεροποίηση αιμοσφαιρίνης 10-12 gr/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση ερυθροποιητίνης. τ-Ημερο, 100 IV/kg, 2 φορές εβδομαδιαίως με διάρκεια χορήγησης άνω των 1-2 min. 	<ul style="list-style-type: none"> -Σταθεροποίηση αιμοσφαιρίνης 11 gr/dl, όπως διαπιστώθηκε από

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
			<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση συμπληρώματος σιδήρου. - Αποφυγή τραυματισμών, βουρτσίσματος δοντιών με σκληρή βούρτσα και χρήση χονδρών βελόνων για ενέσεις. - Συχνή παρακολούθηση παραμέτρων αίματος (αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη κλπ.) 	<p>τις μετρήσεις.</p> <p>- Ο ασθενής μετά από τις μεταγγίσεις που γίνονταν χωρίς επιπλοκές, ήταν απαλλαγμένος από την εξάντληση.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ.φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ.φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> - Διαταραχές βάρους. - Ανορεξία. 	<p>Λήψη μέτρων για τη διατήρηση σωστού βάρους.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με τη δίαιτά του, την αποφυγή λήψης άλατος και τη σημασία πιστής τήρησης του διαιτολογίου. - Συστηματική παρακολούθηση βάρους. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πιστή τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. - Επιπρόσθετα με τη διαιτητική αγωγή δίνονται amp TONOTIL. 	<p>Αποκατάσταση βάρους και όρεξης του ασθενούς.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Θρόμβωση κλάδο της αναστομωτικής φλέβας.	- Αντιμετώπιση θρόμβωσης.	- Εξασφάλιση καλής Α.Φ. επικοινωνίας. - Πρόληψη νέας μελλοντικής θρόμβωσης με δικές μας ενέργειες.	- Η γραμμή της επιστροφής (η φλεβική) τοποθετήθηκε στο άλλο άνω άκρο. - Τοποθετήθηκαν κομπρέσες Lasonyl και χορηγήθηκαν αντιαιμοπεταλικές tabl. Fluxin (για τη θρόμβωση).	- Αποκατάσταση καλής λειτουργίας της Α.Φ. επικοινωνίας.
Συχνά παρούσαίάζει υψηλές τιμές κρεατινίνης 11 και 25 mg αντιστοιχά.	Επάνοδος τιμών στα φυσιολογικά όρια.	-Κατανόηση από τον άρρωστο της σημασίας της σωστής δόσας, για προληπτικούς	-Περισσότεροι εργαστηριακοί έλεγχοι, επειδή συχνά εμφανίζει αυξημένες τιμές. - Υπενθύμηση διαιτητικών κανόνων και περιορισμών.	- Σταδιακή μείωση των αυξημένων τιμών φωσφόρου και κρεατινίνης.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ.φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ.φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Κλινικές επιδηλώσεις οξέως πνευμονικού οιδήματος (άκρα ψυχρά, διανοητική σύγχυση, δύσπνοια, βήχας)	<ul style="list-style-type: none"> - Εγκαιρη διαπίστωση του οξέως πνευμονικού οιδήματος. - Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση. - Βοήθεια για μικρές και συνεχείς αναπνευστικές κινήσεις. - Ενημέρωση του 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξήγηση για το ρόλο της σωστής δόξαιας στη μακρά επιβίωση και ευχάριστη ζωή. -Οι τιμές του μηχανήματος ρυθμίστηκαν, ώστε η Α.Κ. να γίνει πιο έντονη και αποδοτική. - Διατήρηση ανοιχτής φλέβας για επικήτη i.v. χορήγηση φαρμάκων. - Χορήγηση με εντολή γιατρού i.v. μορφίνης για 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποδοχή των διαιτητικών κανόνων από πλευράς του ασθενούς. -Αποφυγή δραματικής εξέλιξης του αρχόμενου πνευμονικού οιδήματος. - Ο ασθενής έχασε 2 kg επί πλέον και

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ.φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ.φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
		<p>Γιατρού για τα συμπτώματα.</p>	<p>περιορισμό του άγχους και της ανησυχίας. - Αποφυγή κάθε περιττής μετακίνησης του ασθενούς και διατήρησή του σε ζεστή ημικαθιστή θέση. - Χορηγήθηκε O₂ και ακολούθησε παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας και της Α.Π., γιατί το οξύ πνευμονικό οίδημα προκαλεί υπόταση.</p>	<p>ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ.φροντίδας	Προγρα/τισμός Νοσ.φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Φέρεται με ασέβεια, υβρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, προκαλεί φάρσασα και ενοχλεί τους υπόλοιπους ασθενείς.	Αναζήτηση αιτιών που προκαλούν αυτή τη συμπεριφορά.	Βοήθεια ώστε να αποκτήσει εμπιστοσύνη και σεβασμό στο προσωπικό.	Ο νοσηλευτής κατανοεί ότι η συμπεριφορά αυτή είναι αποτέλεσμα της δυσαρέσκειάς του για τις χαμένες ευκαιρίες και χαρές της ζωής.	Ο ασθενής κατανόησε τη φύση των προβλημάτων του γάμου και της τεκνοποίησης που προκαλεί την ανάρμοστη συμπεριφορά του.

Νοσηλευτικά προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/σμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
			<ul style="list-style-type: none"> - Ψυχολογική ενόσχυση και υποστήριξη. - Εκτίμηση της κατάστασής του και αναλόγως κλήση γιατρού. - Μετά από συζήτηση μαζί του διαπιστώθηκε άγχος για θέματα γάμου και τεκνοποίησης. - Μετά από ιατρική οδηγία στάλθηκε για ψυχολογική εκτίμηση. 	<p>Ακολούθησε νέα συμπεριφορά βασισμένη στις συμβουλές του ψυχολόγου. Η συμμεριφορά του στη Μ.Τ.Ν έγινε πιο φιλική.</p>

Νοσηλευτικά προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/σμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> - Υπέρταση (210/110 mm Hg) 	<ul style="list-style-type: none"> -Ανεύρεση και αντι-μετώπιση αιτιών που προκαλούν την υπέρταση. 	<ul style="list-style-type: none"> -Άμεση μείωση Α.Π. - Μείωση της αγωνίας του ασθενούς. -Προφύλαξη σε περίπτωση σπασμών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τροποποίηση παραμέτρων Α.Κ. - Χορηγήθηκαν 2 amp. catapressay i.v. με εντολή γιατρού. -Έλεγχος Α.Π. κάθε 4 min. -Παρακολούθηση για σημεία αγγειοδιαστολής (εφιδρώσεις, πονοκέφαλους). -Παρακολούθηση για έμετο. - Λήψη προστατευτικών μέτρων σε σπασμούς (χαλαρά ρούχα, στοματοδιαστολέα κ.λπ.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά από 30 min η πίεση σταθεροποιήθηκε σε 150 mm Hg. - Ο ασθενής ηρέμησε. - Σε περιπτώσεις υπέρτασης που τα παραπάνω νοσηλευτικά μέτρα δεν έχουν αποτέλεσμα, γίνεται διακοπή της Α.Κ.

Β' ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Τ.Κ.

ΗΛΙΚΙΑ : 62 ετών.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ : Πάτρα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Εγγαμος

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Γιατρός.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Χρόνια σπειραματονεφρίτις - ουρολοίμωξη.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Εμπύρετο από το ουροποιητικό.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Ψωρίαση σε ηλικία 17 ετών - αμυγδαλεκτομή σε ηλικία 20 ετών. Το 1975 μετά από ίωση διαπιστώθηκε σπειραματονεφρίτις, ασταθική υπέρταση, ορθοστατική υπέρταση.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Η μητέρα του πέθανε από νεφρική ανεπάρκεια. Στο στενό οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας τρία άτομα με Χ.Ν.Α. Έχει πατέρα, αδελφό και τρία παιδιά υγιείς.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ: Πριν από τρία χρόνια παρουσίασε πυρετό συνοδευόμενο από αρθραλγίες και καταβολή δυνάμεων, διουρητικά ενοχλήματα. Ο πυρετός αργότερα παρουσιάσθηκε με έντονο ρίγος και τα διουρητικά ενοχλήματα περισσότερο επίμονα. Διεκομίσθη στην κλινική μας.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

ΟΨΗ : Καλή.

ΧΡΟΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ : Ωχρή.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ: Αναπνευστικό ψιθύρισμα.

ΠΕΠΤΙΚΟ: Ήπαρ ψηλαφητό 2-3 εκ. Σπλην δεν ψηλαφείται.

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ: Κύστη κακή-Προστάτης επώδυνη διόγκωση του λοβού.

Σήμερα, 4 χρόνια αργότερα, ο ασθενής κάνει 3 αιμοκαθάρσεις την εβδομάδα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
- Τάση προς έμετο. Πονοκέφαλος.	- Αναζήτηση αιτιών. - Αποκατάσταση ασθενούς.	- Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση. - Συχνότερη λήψη εργασιών εξετάσεων.	- Με εντολή γιατρού εδόθη 1 amp. primperan i.v. - Test γλυκόζης 150 mg%. - Αποφυγή χορήγησης παυσίπονου εκτός ανάγκης. - Αποσύνδεση 1 h νωρίτερα.	Ο ασθενής ε- νέχεται σε φυσιολογική κατάσταση.
2 1/2 h μετά την Α.Κ. πα- ρουσάσε χα- μηλή Α.Π. ΤΜΡ 200. Σύμ- πτωμα που	Παροχή βοήθειας για την καταστολή του συμπτώματος.	Σωστή αντιμε- τώπιση του υ- ποτασικού ε- πεισοδίου, έ- τσι ώστε να ολοκληρωθεί η	- Χορηγήθηκε με εντολή γιατρού: 1 amp ΝΟΗ 5% - Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων. - Τοποθέτηση του ασθενούς	- Τα περισσό- τερα υποτασι- κά επεισόδια αντιμετωπιζο- νται με επι- τυχία με τις

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ.φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ.φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
εμφανίζεται συχνά, κυρίως όταν είναι υπέρβαρος.		Α.Κ. και να μη χρειαστεί να διακοπεί.	σε ανάρροπη θέση. - Προσοχή εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου. - Ψυχολογική υποστήριξη. - Αναθεώρηση παραμέτρων κάθαρσης (ροή αίματος, αγωγιμότητα κ.λπ.)	νοσηλευτικές ενέργειες που αναφέρθηκαν. - Σε ορισμένες περιπτώσεις παρά την επέμβαση δεν αντιμετωπίζονται και γίνονται διακοπή.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκο- ποι νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-Κράμπες κά- τω άκρων.	-Αναζήτηση αιτίου. -Μείωση εννευρισμού. -Ανακούφιση από το σύμπτωμα.	-Ο ασθενής εμ- φανίζει ταχέως αφυδάτωση. -Σωστή ρύθμιση αφυδάτωσης και αναπλήρωση ό- γκου υγρών.	- Χορήγηση με ιατρική ε- ντολή iv υπέρτονου (15%) NaCl και 6 amp. Na. - Διδασκαλία που περιλαμ- βάνει: α) Ειδική τοποθέ- τηση του άκρου που προσ- βλήθηκε, β) μέθοδο μασάζ.	-Ο ασθενής α- νταποκρίνεται θετικά. - Έχει μάθει τη μέθοδο α- ντιμετώπισης και την εφαρ- μόζει σωστά και με επιτυ- χία. - Οι κράμπες εμφανίζονται όλο και αραι- ότερα.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> -Μερικές φορές μετά την Α.Κ. παρουσίασε αλλεργικό εξάνθημα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Απαλλαγή του ασθενούς από το σύνδρομο. 	<p>Αντιμετώπιση συμπτώματος πριν την αποχώρηση από τη Μ.Τ.Ν.</p>	<p>Επάλειψη με αλοιφή Fe-perigan.</p>	<p>Άμεση υποχώρηση του εξανθήματος εντός της Μ.Τ.Ν.</p>
<p>Προκαρδίο άλγος και ανησυχία.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Αναζήτηση αιτιών. - Μείωση πόνου. - Ηθική τόνωση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προγραμματισμός ΗΚΓ. Δεν παρουσίασε ιδιαίτερα παθολογικά προβλήματα. - Ηθική ενίσχυση για αποφυγή της ανησυχίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση με εντολή γιατρού 1 amp. Romibon ενδομυϊκά (ναρκωτικό-αναλγητικό). -Αποσύνδεση 1 h νωρτερα. 	<p>Μείωση πόνου και ικανοποιητική ανακούφιση ασθενούς</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Δύσπνοια και έντονο άγχος στα άνω άκρα	Αντιμετώπιση αιτιών που προκαλούν αυτά συμπτώματα.	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτίμηση της κατάστασης. - Ενημέρωση γιατρού. - Τοποθέτηση ασθενούς σε ανώριπη θέση, συναισθηματική τόνωση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Με εντολή γιατρού: α) ετέθη O₂ (για τη δύσπνοια) β) έγινε 1/2 Fl. Solu-Cortef 250 mg, γ) εδόθη Locavid-Waup. (λόγω του άγχους). - Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και καθησύχαση του ασθενούς. 	Στην πορεία αισθάνθηκε υποχώρηση του συμπτώματος.
<ul style="list-style-type: none"> - Εξελκώσεις γλώσσας. - Κολλούσε το στόμα του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση συμπτωμάτων. - Πρόληψη νέων εξελκώσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> Προγραμματισμός διδασκαλίας του ασθενούς. Ελεγχος Ka 8,5. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συστήνουμε στον ασθενή α) φροντίδα της στοματικής κοιλότητας κυρίως μετά από κάθε γεύμα. - Αποφυγή ερεθιστικών τρο- 	Με σχολαστική τήρηση των συμβουλών μας οι εξελκώσεις επουλώθηκαν.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ. φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<p>Παρουσία α- νησχητικών σημείων κατάθλιψης.</p>	<p>Ανεύρεση και αντιμετώπιση αιτιών που προκαλούν την κατάσταση.</p>	<p>- Συζήτηση με τον άρρωστο ώστε να αναθεωρήσει τις απόψεις του για την κατάσταση της υγείας του.</p>	<p>φών και ποτών.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας. - Φροντίδα με αντισηπτικά διαλύματα. <p>- Η ψυχιατρική εκτίμηση διέγνωσε καταθλιπτική συνδρομή με ανησυχία.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δεν δειχνει τη στενοχώρια του στους συγγενείς, με αποτέλεσμα να νιώθει μοναξιά. - Περισσότερη ψυχολογική 	<p>Υποχώρηση σημείων κατάθλιψης. Ο διάλογος μαζί του έγινε πιο εύκολος. Αρχισε να αποδέχεται την κα-</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλ.φροντίδας	Προγρ/τισμός Νοσ.φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Αιμορραγία από τη Fistula.	Άμεση αντιμετώπιση επιπλοκής.	<ul style="list-style-type: none"> - Ψυχιατρική εκτίμηση. <p>Προσοχή για αποφυγή υπερβολικού ηπαρινισμού φλέβας που προκαλεί την αιμορραγία</p>	<p>ενίσχυση του ασθενούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Παροχή ευκαιριών, να εκφράζει κάθε φορά τους φόβους και τις ανησυχίες του ελεύθερα. - Ενίσχυση του θρησκευτικού αισθήματος, με σκοπό να αντλήσει απ' αυτό πίστη, δύναμη και κωρύγιο. - Παρακολούθηση σημείου φλεβοκέντησης. - Μείωση της δόσης ηπαρίνης κατά τη διάρκεια της Α.Κ. 	<p>τάσταση με μεγαλύτερη υπομονή και επιμονή.</p> <p>Αποκατάσταση αιμορραγίας.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η υγεία είναι ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά του ανθρώπου. Όταν παρουσιάζει προβλήματα αλλάζει όλη η ψυχοσύνθεση του ατόμου. Χρειάζεται ιδιαίτερη ψυχική δύναμη και πίστη ώστε να συνεχίσει το συγκεκριμένο άτομο να επιβιώνει και να προσφέρει στον εαυτό του και στους γύρω του.

Η εξέλιξη της επιστήμης έφερε ελπίδες στους νεφροπαθείς. Η εξέλιξη αυτή είναι η μεταμόσχευση νεφρού, στην οποία ελπίζουν πολλοί από τους αιμοκαθαρόμενους. Όμως είναι δύσκολο να γίνει πραγματικότητα, μια και τα ελληνικά δεδομένα είναι απογοητευτικά.

Ενας τρόπος για να αλλάξει αυτή η κατάσταση είναι η δωρεά οργάνων, κάτι που δεν κοστίζει, αλλά αντίθετα χαρίζει ζωή. Χαρίζει το γέλιο σε ανθρώπους που το έχουν στερηθεί και το έχουν τόσο ανάγκη.

Εμείς, σαν μέλη της υγειονομικής ομάδας, πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι, για να μπορέσουμε να προσφέρουμε σωστή και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αλλά και σε κάθε άρρωστο, πρέπει να κατέχουμε γνώσεις και να μας χαρακτηρίζουν το πνεύμα αγάπης προς τον ασθενή και ετοιμότητα για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματός του.

Ειδικά στην περίπτωση ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια, εκτός από τη σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα, είναι απαραίτητη η αμέριστη συμπαράσταση και κατανόηση του νοσηλευτικού προσωπικού, επειδή ο ασθενής είναι εξαιρετικά ευαίσθητος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Θ.: "Επίτομος τεχνητός νεφρός", Εκδοση 1η, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1984.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.: "Ειδική Νοσολογία", Επίτομος, Εκδοση 3η, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- ΚΑΤΡΙΤΣΗ Ε.Δ. - ΚΕΛΕΚΗ Δ.: "Ανατομία - Φυσιολογία", Τεύχος Α', Εκδόσεις Ευγενιδείου Ιδρύματος.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "Παθολογική - Χειρουργική", Τόμος ΙΙ, Μέρος Ιο, Εκδοση 12η, Αθήνα 1989.
- ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ι.: "Οδηγίες για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε συχνή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση", Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1981.
- ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ ΝΙΚ. - ΘΑΝΟΥ Ι.: "Χρήσιμες οδηγίες και πληροφορίες για τους νεφροπαθείς", Εκδοση 3η, Ιατρικές Εκδόσεις Αργυρού, Αθήνα 1987.
- PAPPER-SOLOMON: "Κλινική Νεφρολογία", Τόμος 2ος, Εκδόσεις Λίτσας.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Ιος, Β' επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1988.
- HARRISON, "Εσωτερική παθολογία", Τόμος 2ος, Εκδοση 10η.
- HEALTH REVIEW: "Επιθεώρηση υγείας", Τεύχος 24ο, Τόμος 4ος, Αθήνα 1994.
- ΩΡΑΙΟΠΟΥΛΟΣ Δ.Γ.: "Πρακτικά Ιου Πανελληνίου Συμποσίου Περιτοναϊκής κάθαρσης", Ελληνική νεφρολογική εταιρία, Αλεξανδρούπολη 1991.

