

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : " ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ "

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Dr. Αντωνακόπουλος Κων/νος

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

Πλέσσα Όλγα - Δήμητρα

ΠΑΤΡΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1296
----------------------	------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεραπεία των καταγμάτων του μηριαίου οστού , έγινε πραγματικότητα από την εποχή που αναπτύχθηκε η τεχνική της ακτινογραφίας . (ADAMS 1972) .

Θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι αν και ο ROENDGEN ανακάλυψε τις ακτίνες X το 1895 , οι πρώτες ακτινολογικές απεικονίσεις έγιναν αργότερα όταν κατασκευάστηκε το πρώτο ακτινολογικό μηχάνημα , με αποτέλεσμα η επανάσταση στον τόμο των καταγμάτων να είναι επιτυχία του αιώνα μας .

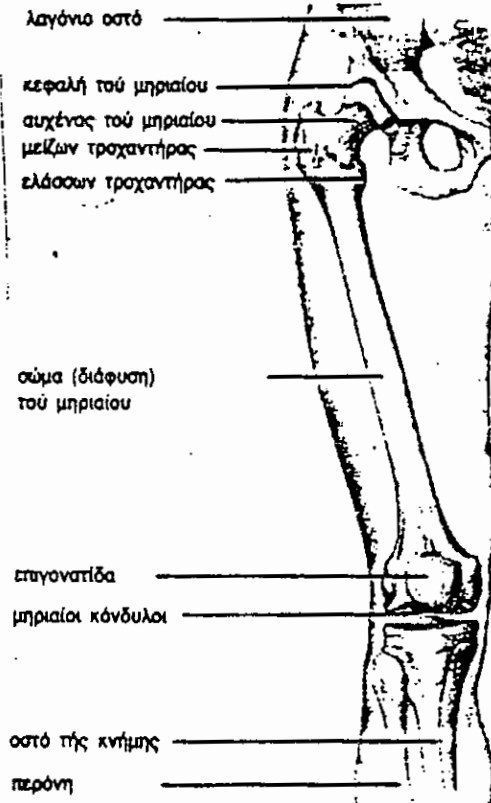
Αρχικά , η ορθοπεδική ήταν ένας περιορισμένος κλάδος της χειρουργικής , όπως δηλώνει και η ετυμολογία της λέξης "ορθός παίς" δηλ. περιοριζόταν στην διόρθωση παιδικών δυσμορφιών . Μέχρι να χρησιμοποιηθεί η ακτινογραφία, η μελέτη της φύσης του κατάγματος γινόταν από διάφορους χειρουργούς πάνω σε νεκροτομικά παρασκευάσματα και όπως αναγράφει ο CRAWFORD (1872) " κυριολεκτικά στο σκοτάδι " .

Τα τελευταία χρόνια , η ορθοπεδική χειρουργική εξελίχθηκε όσο κανένας άλλος κλάδος της γενικής χειρουργικής . Σήμερα ασχολείται με την πρόληψη , αιτιολογία και διόρθωση των δυσμορφιών του μυοσκελετικού συστήματος καθώς και με τη χειρουργική των οστών και των αρθρώσεων (κατάγματα κτλ) . Παράλληλα με την ειδικότητα της ορθοπεδικής αναπτύχθηκε και η ορθοπεδική νοσηλευτική και αυτή με τη σειρά της υποδιαιρέθηκε στη νοσηλευτική ενηλίκων , παιδών κτλ . Οι ορίζοντες της ορθοπεδικής νοσηλευτικής διευρύνονται συνέχεια , ακολουθώντας τον αυξανόμενο δείκτη μυοσκελετικών κακώσεων , δυσ-

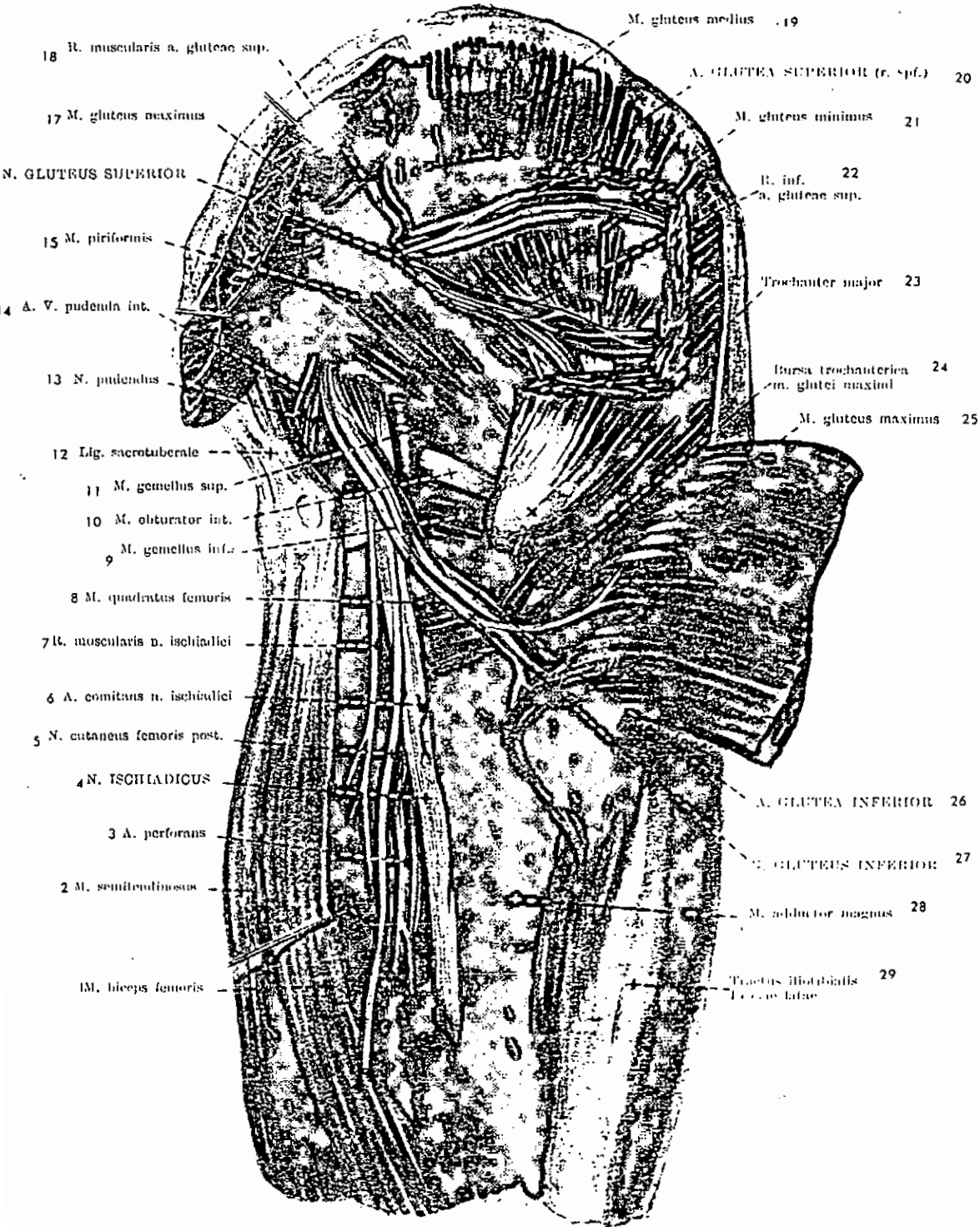
μορφιών και αναπηριών ,καθώς και την εξέλιξη της ορθοπεδικής και της τραυματιολογίας.

Η ανακάλυψη και η χρησιμοποίηση του γύψου το 1852 από τον Ολλανδό στρατιωτικό γιατρό ANTONIUS MATHFISEN ,θεωρείται από τα σημαντικότερα βήματα στον τομέα των καταγμάτων ,για την αποτελεσματικότερη ακινητοποίηση στην περιοχή του κατάγματος και ταυτόχρονα περισσότερη ελευθερία του ασθενή ,δηλ. πολύ πιο εύκολη νοσηλεία .

Η προσεκτική μελέτη της εργασίας αυτής φέρνει στο φώς τη σπουδαιότητα των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων στην αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων . Η αναπηρίες που συνήθως αφήνουν , καθώς και η μακρά διάρκεια τους , έχουν σαν αποτέλεσμα την ψυχική διαταραχή του ατόμου .



Το μηριαίο οστό



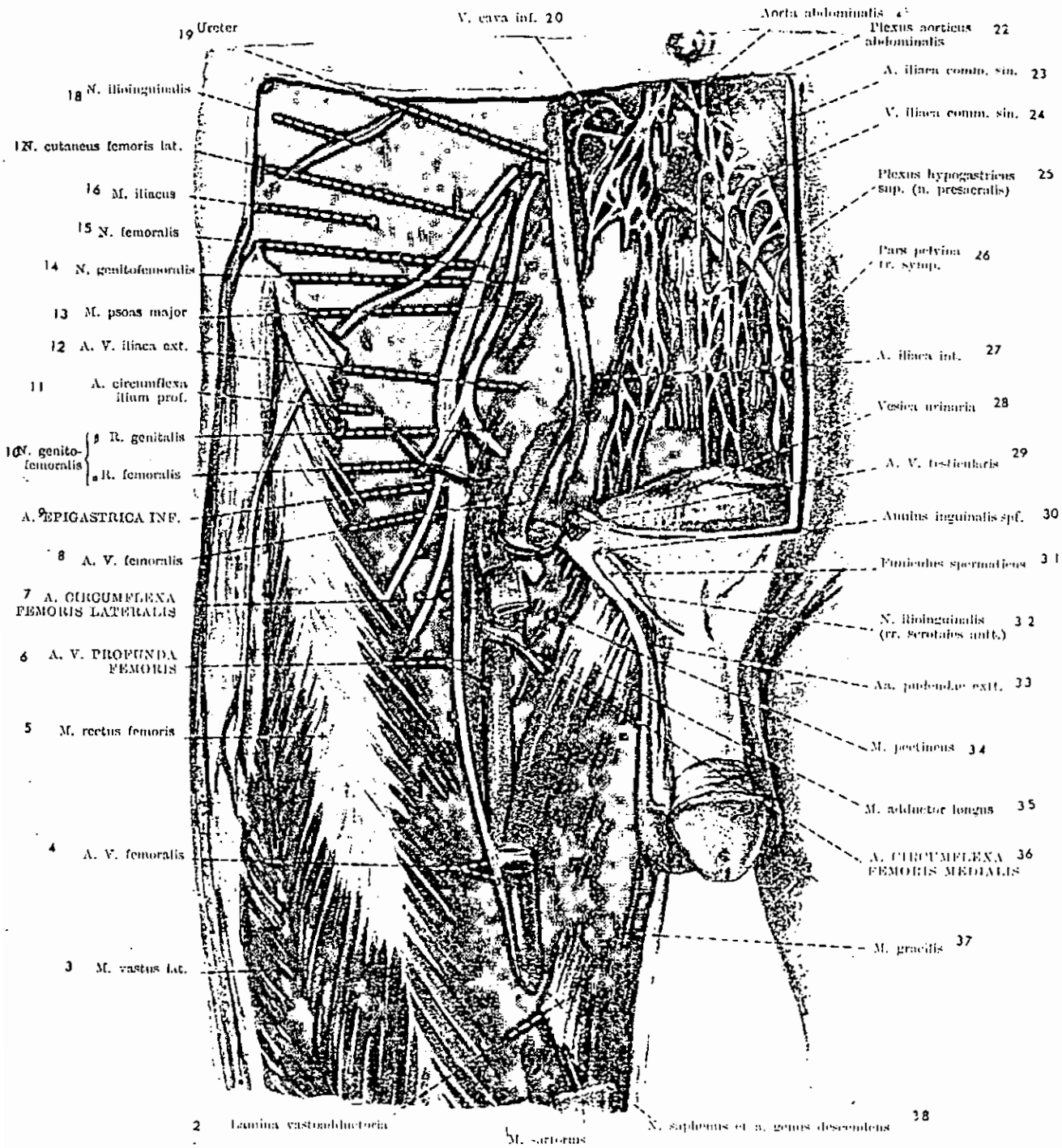
ΕΙΚ. 173: ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΓΛΟΥΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΗΡΟΥ

1. Δικέφαλος μηριαίος μ. 2. Ήμιτενοντώδης μ. 3. Διατηρώσα άρτ. 4. Ίσχιακόν ν. 5. Όπίσθιον μηροδερματικών ν. 6. Δορυφόρος του ίσχιακού ν. άρτηρία. 7. Μυϊκός κλάδος του ίσχιακού ν. 8. Τετράγωνος μηριαίος μ. 9. Κάτω δίδυμος μ. 10. Έσω θυροειδής μ. 11. Άνω δίδυμος μ. 12. Μείζων ίσχιαιτέρος συνδ. 13. Αΐδοικον ν. 14. Έσω αΐδοϊκίαι άρτ. και φλ. 15. Άπιοειδής μ. 16. Άνω γλουτιαίον ν. 17. Μέγας γλουτιαίος μ. 18. Μυϊκός κλάδος της άνω γλουτιαίας άρτ. 19. Μέσος γλουτιαίος μ. 20. Άνω γλουτιαία άρτ. (έπιπολής κλάδος). 21. Μικρός γλουτιαίος μ. 22. Κάτω κλάδος της άνω γλουτιαίας άρτ. 23. Μείζων τροχαντήρ. 24. Τροχαντηρίς θύλακος του μεγάλου γλου-

Fig. 173. ARTERIAE, VENAE ET NERVI FEMORIS POSTERIORES I.

(regiones gluteae et femoris posterior)

τιού μ. 25. Μέγας γλουτιαίος μ. 26. Κάτω γλουτιαία άρτ. 27. Κάτω γλουτιαίον ν. 28. Μέγας προσαγωγός μ. 29. Λαγονοκνημιαία ταινία της πλατίας περιτονίας.



ΕΙΚ. 171. ΑΡΤΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΜΗΡΟΥ

1. Ραπτική μ. 2. Πλατυρροσαγγός μ. 3. Έξω πλάτος μηριαίας μ. 4. Μηριαία άρτ. και φλ. 5. Όρθος μηριαίος μ. 6. Έν τώ βαθει μηριαία άρτ. και φλ. 7. Έξω περισπωμένη του μηρού α. 8. Μηριαία άρτ. και φλ. 9. Κάτω επιγάστριος άρτ. 10. Αϊδιομηριαίων ν. α) Οπισθοβουβωνικών ν. β) Αϊδιοικών ν. 11. Έν τώ βαθει περισπωμένη λαγόνιος άρτ. 12. Έξω λαγόνιος άρτ. και φλ. 13. Μείζων φαίτης μ. 14. Αϊδιομηριαίων ν. 15. Μηριαίων ν. 16. Λαγόνιος μ. 17. Έξω μηροδερματικών ν. 18. Λαγονοβουβωνικών ν. 19. Οσσητήρ. 20. Κάτω κοιλη φλ. 21. Κοιλιακή άσρη. 22. Πλέγμα της κοιλιακής άσρη. 23. Άριστερή κοινή λαγόνιος άρτ. 24. Άριστερή κοινή λαγόνιος φλ. 25. Άνω ύπογαστριον πλέγμα (μεσολαγονίον). 26. Πυελική μοίρα του συμπαθητικού στελεχους. 27. Έξω λαγόνιος άρτ. 28. Ουροδόχος κύστις. 29. Όρχικοί άρτ. και φλ. 30. Υποδερματιον ατόμιον του βουβωνικού πορου. 31. Σπερματικός τόνος. 32. Λαγονοβουβωνικών ν. (πρόσθιοι όσχεικοί κλάδοι). 33. Έξω αϊδιοικαι άρτηριαι. 34. Κτενίτης μ. 35. Μικρός προσαγγός μ. 36. Έξω περισπωμένη του μηρού άρτ. 37. Ιαχνός προσαγγός μ. 38. Σοφήνές ν. ή άνωτάτη άρθρική άρτ.

Fig. 171. ARTERIAE, VENAE ET NERVI SUBINGUINALES ET FEMORIS ANTERIORES II. (trigonum femorale, regiones subinguinalis et femoris anterior, stratum profundum)

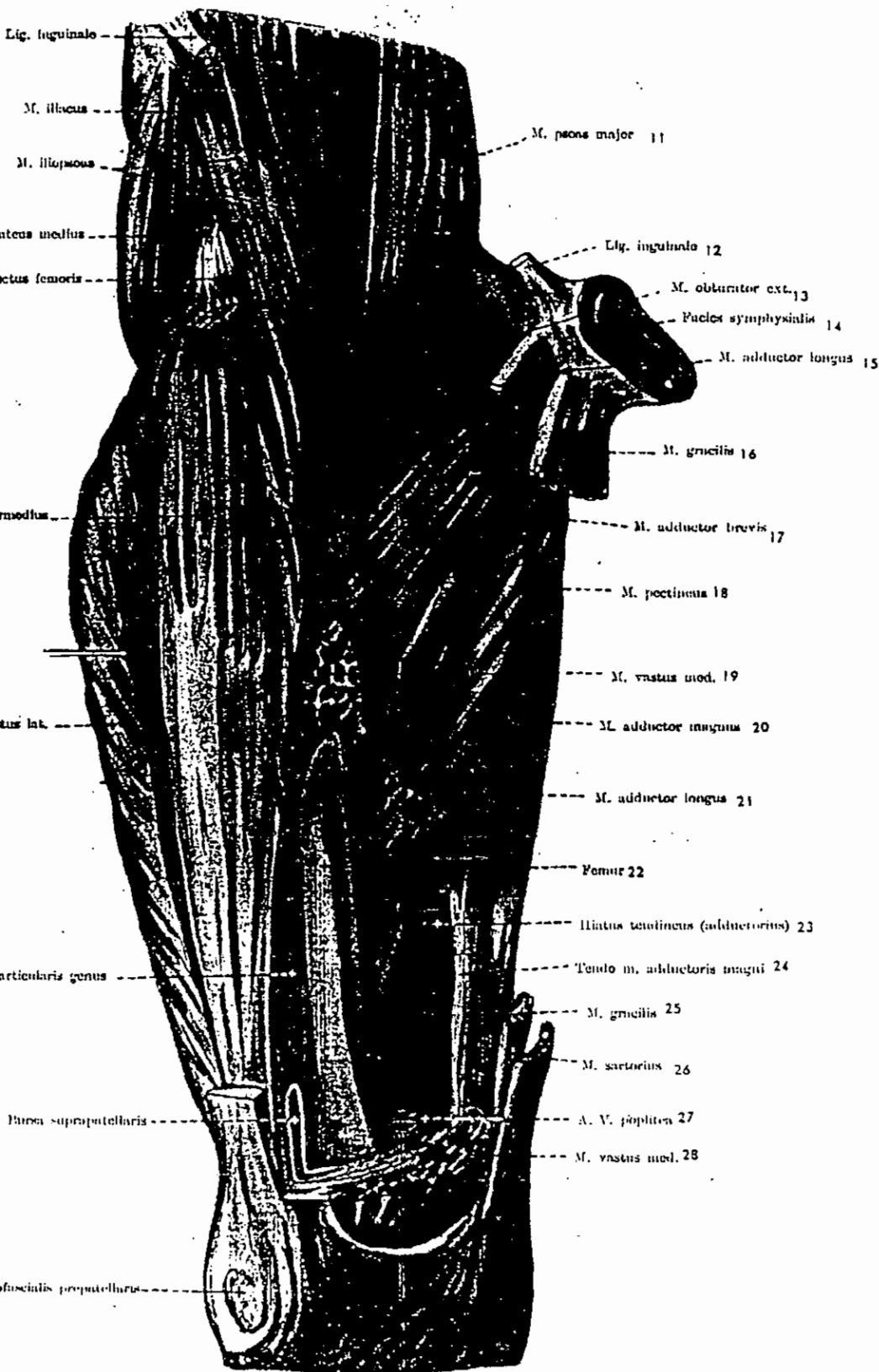


Fig. 299. MUSCULI EXTENSORES ET ADDUCTORES FEMORIS IV.

ΕΙΣ. 299: ΟΙ ΠΡΟΣΘΙΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΕΞΩ (ΠΡΟΔΡΑΠΤΟΙ) ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΗΡΟΥ IV

Υποδερμικός άρτηρών θύλακος της λαγοναχίας μ. 2. Υποεπιγοναχιαίος θύλακος. 3. Υποηρίδιος μ. 4. Έξω κνήμη μ. 5. Μέσος κνήμη μ. 6. Όρθος μηριαίος μ. 7. Μέσος γλουτιαίος μ. 8. Λαγονοστής μ. 9. Εξωτερικός μ. 10. Βουβωνικός σύνδ. 11. Μεκάν νούτης μ. 12. Βουβωνικός σύνδ. 13. Έξω θυροειδής μ. 14. Έπιάνεια της μηριαίας σμυψύσεως. 15. Μακρός προσαγωγός μ. 16. Ίσχνός προσαγωγός. 17. Βραχίς προσαγωγός μ. 18. Κτενίτης μ. 19. Έσω κνήμη μ. 20. Μέσος προσαγωγός μ. 21. Μακρός προσαγωγός μ. 21. Μηριαλον όστ. 23. Κάτω στέμνον θ. μηρογνακικού κάρου. 24. Τένον του μεγάλου προσαγωγού μ. 25. Ίσχνός προσαγωγός μ. 26. Ρακτικός μ. 27. Ίγνα. ατή άρτηρία και ελ. 28. Έσω κνήμη μ. 29. Έσω κνήμη μ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Περιγραφή μηριαίου οστού

Το μηριαίο οστό είναι οστό των κάτω άκρων που ορθώνεται με τη πυελική ζώνη αφ' ενός και κνήμη και περόνη αφ'τέρου .

Ο μηρός πρωτοεμφανίζεται στο σκελέτο του πυελικού πτερυγίου των Κροσσοπτερυγίων , κατόπιν στο πίσω άκρο των Λαβυρινθοδόντων .

Στο επάνω μέρος του μηριαίου οστού διακρίνεται :

1. Η κεφαλή του μηριαίου οστού .
2. Ο αυχένας του μηριαίου .
3. Ο μείζων τροχαντήρας .
4. Ο ελάττων τροχαντήρας .

Από την κορυφή έως το κάτω μέρος του μηριαίου οστού , βρίσκεται το σώμα (διάφυση) του μηριαίου οστού . Αυτό το μέρος είναι το μεγαλύτερο του μηριαίου οστού .

Στο κάτω μέρος του μηριαίου οστού βρίσκεται :

1. Επιγονατίδα
2. Μηριαίου σπόνδυλοι

Μύες του μηριαίου οστού

Ο σκελετός του μηρού αποτελείται από το Μηριαίο οστό , στο οποίο καταφύονται πολυάριθμοι μύες , που μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες , μια πρόσθια που αποτελείται κυρίως από τις τέσσερις κεφαλές του τετρακέφαλου μηριαίου , μια έσω που αποτελείται από τέσσερις προσαγωγούς και μία οπίσθια που αποτελείται από τον ^{τον} ημιτεντώδη , τον ημιυμενώδη και το δικέφαλο.

Αγγείωση του μηριαίου οστού

Στο πρόσθιο έσω τμήμα του μηρού βρίσκεται ο μηροίγνυακός πόρος, μέσα στον οποίο πορεύονται η μηριαία αρτηρία προς τα έξω και η μηριαία φλέβα προς τα έδω . Η οπίσθια έσω επιφάνεια του μηρού αγγειώνεται από την ισχιακή και την εν το βάθει μηριαία αρτηρία , που εκπορεύονται από την μηριαία σε απόσταση 4 cm από το βουβωνικό σύνδεσμο

Κάτω από τη μικροβουβωνική πτυχή , εκεί που εκβάλλει η μείζων σαφηνής στην μηριαία φλέβα , υπάρχει μια σημαντική ομάδα λεμφογαγγλίων .

Νεύρα του μηριαίου οστού

Το μηριαίο νεύρο διαιρείται στους τέσσερις τελικούς κλάδους του από την είσοδό του στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού και νεκρώνει το τετρακέφαλο μηριαίο . Στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού κατέρχεται το ισχιακό νεύρο εως την ιγνύ , δίνοντας κλάδους στους γειτονικούς μύες . Οι προσαγωγοί μύς διασχίζονται από του κλάδους του θυροειδούς νεύρου .

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Κάταγμα είναι η κάκωση του οστού κατά την οποία προκαλείται διακοπή της συνέχειάς του , όταν σπάζει δηλαδή ή ραγίζει σε κάποιο σημείο του .

Για να γίνει ένα κάταγμα , πρέπει να δράσει επάνω στο οστό μια σημαντική βία , αφού η μηχανική του αντοχή είναι αρκετά μεγάλη . Μερικές φορές όμως , ένα κάταγμα προκαλείται με την ενέργεια μιας ασήμαντης και δυσανάλογα μικρής βίας , όπως με μια απότομη ή και συνηθισμένη ακόμη κίνηση και βάδιση . Το κάταγμα αυτό βέβαια δεν μπορεί να συμβεί παρά μόνο σε οστά που έχουν μειωμένη αντοχή , όπως από μια ενδοοστική κύστη , οστεοπόρωση ή άλλες οστικές παθήσεις όπως καρκίνος , γι'αυτό και χαρακτηρίζεται ως παθολογικό .

Άλλοτε πάλι , ακόμη σπανιότερα , ένα κάταγμα μπορεί να προκληθεί με την ενέργεια μικρής μόνο βίας και σε φυσιολογικά οστά . Η βία όμως αυτή πρέπει να δράσει κατ'επανάληψη ,κατά συχνά χρονικά διαστήματα και με την ίδια πάντα κατεύθυνση . Το κάταγμα αυτό , είναι γνωστό ως κάταγμα εκ κοπώσεως .

Το τυπικό , όμως , συνηθισμένο κάταγμα προϋποθέτει , όπως αναφέρθηκε , τη δράση μιας αρκετά ισχυρής βίας για να προκληθεί . Η δύναμη αυτή άλλοτε δρα απευθείας επάνω στο οστό και το σπάζει (το άμεσο κάταγμα) και άλλοτε μακριά απ'αυτό στο σημείο όπως μεταβιβάζεται και ενεργεί , οπότε το κάταγμα αυτό καλείται έμμεσο , όπως στην περίπτωση κατάγματος του αγκώνα ή του ώμου,

μετά από πτώση επάνω στην παλάμη του χεριού.

ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Τα κατάγματα διακρίνονται σε πολλές ομάδες ανάλογα του μηχανισμού παραγωγής τους , της μορφής , της συνυπάρξεως βλαβών και τραύματος .

Ανάλογα του μηχανισμού παραγωγής

1. Άμεσο . Το κάταγμα γίνεται στην περιοχή όπου εξασκείται η βία π.χ. πρόσκρουση θραύσματος οβίδος στο οστό και κάταγμα στο σημείο εκείνο .
2. Έμμεσο . Το κάταγμα γίνεται μακριά από το σημείο εφαρμογής της βίας , π.χ. κάταγμα στον αγκώνα από πτώση , και πρόσκρουση στη παλάμη . Έτσι και η απότομη και ισχυρή σύσπαση μπορεί να προκαλέσει κάταγμα , όπως γίνεται στην επιγονατίδα σε σύσπαση του τετρακεφάλου μυός .
3. Παθολογικό . Το κάταγμα γίνεται ^{μέ} καθόλου ή δυσανάλογα μικρή βία αλλά σε αποδυναμωμένο από πάθηση ή νόσο μέρος του οστού .
4. Εκ κοπώσεως . Το κάταγμα γίνεται μετά από ελαφριά αλλά συνεχή βία , όπως κάταγμα του 2ου ή 3ου μεταρσίου σε νεοσύλλεκτους στρατιώτες αμάθητους σε επίπονες πορείες .

Αναλόγως της συνυπάρξεως βλαβών και τραύματος

- 1) Κλειστό . Η κάκωση αφορά το οστό και δεν υπάρχει τραύμα του υπερκείμενου δέρματος .
- 2) Ανοικτό . Συνυπάρχει τραύμα του υπερκείμενου δέρματος και έτσι η εστία του κατάγματος επικοινωνεί με τον έξω κόσμο , με αποτέλεσμα να μολύνεται . Η πορεία της πωρώσεως είναι ανώμαλος κ'βραδεία .
- 3) Απλό . Το κάταγμα δεν συνοδεύεται με βλάβες παρακείμενων οργάνων (αγγεία , νεύρα) .
- 4) Επιπεπλεγμένο . Συνυπάρχουν βλάβες παρακείμενων οργάνων π.χ. Διάτρηση εντέρου , κάκωση νεύρου κ.λ.π.

Αναλόγως της μορφής του κατάγματος

- 1) Εγκάρσιο . Τα σπασμένα άκρα είναι σχεδόν επίπεδα και σε ορθή γωνία προς τον άξονα του οστού . Μετά την ανάταξη τα σπασμένα άκρα παραμένουν στη θέση τους , πωρούνται όμως δύσκολα επειδή η επιφάνεια τους είναι μικρή .
- 2) Λοξό . Τα σπασμένα άκρα είναι σε λοξή γωνία προς τον άξονα του οστού. Η ανάταξη είναι δύσκολη καθώς και η σταθερότητά της , η πώρωση όμως γίνεται γρήγορα επειδή η επιφάνεια είναι μεγάλη .

3) Σπειροειδές . Το κάταγμα διατρέχει το μήκος του οστού κυκλω-
τερώς , σαν σπείρα ελατηρίου . Συνήθως υπάρχουν βλάβες σε νεύρα
και αγγεία που είναι σε επαφή με το οστό .

4) Γραμμοειδές ή επίμηκες . Η γραμμή του κατάγματος διατρέχει
κατά τον άξονα του οστού . Είναι σύνηθες στα οστά του κρανίου .

5) Συντριπτικό . Το οστό σπάει σε πολλά κομμάτια μικρά ή μεγά-
λα , τα οποία συνήθως αφήνεται της εστίας του κατάγματος ή
παρεμβάλλονται μεταξύ των μαλακών μορίων . Η ανάταξη είναι προ-
βληματική όπως και η πύρωση . Επιβάλλεται η αιματηρή ανάταξη η
οποία αποκαθιστά εύκολα τις επαφές των σπασμένων τμημάτων, απο-
μακρύνει τα νεκρωμένα κόκκαλα και μαλακά μόρια που βρίσκονται
μεταξύ των οστών .

6) Τέλειο . Όταν το κάταγμα εκτείνεται σ' όλο το μήκος του οστού
και παύει πλήρως η συνέχεια του .

7) Ατελές (Ράγισμα) . Όταν το κάταγμα δεν εκτείνεται σ' όλο το
μήκος του οστού . Δύσκολα γίνεται αντιληπτό και γρήγορα πυρώνο-
νται .

8) Του χλωρού ξύλου . Παρατηρείται σε μικρά παιδιά . Το κάταγμα
αφορά το κυρίως οστό ενώ το περιοστέο μένει ανέπαφο . Στην κλι-
νική εξέταση δεν υπάρχει κριγμός , στη δε ακτινογραφία δε φαίνε-
ται γραμμή κατάγματος , αλλά μόνο λύγισμα του οστού . Η ανάταξη

είναι εύκολη και το αποτέλεσμα πάντα καλό .

9) Αποσπαστικό . Το κάταγμα γίνεται σε προέχον τμήμα του οστού όπου προσφύεται τένων ή σύνδεσμος , όπως π.χ. κάταγμα επιγονατίδος , στυλοειδούς αποφύσεως , σφυρών κ.λ.π. Το σπασμένο οστικό τμήμα είναι συνήθως μικρό , χωρίς καλή αιμάτωση , με τάση απομακρύνσεως από την μητρική εστία . Κατά κανόνα απαιτείται εγχειρητική ανάταξη .

10) Ενσφηνωμένο . Το ένα από τα σπασμένα άκρα ενσφηνώνεται στο άλλο με αποτέλεσμα την βράχυνση του οστού και την παραμόρφωσή του. Κατά κανόνα ενσφηνώνονται τα σπογγοειδή οστά (σπόνδυλοι , πτέρνα λεκάνη) ή τα σπογγώδη τμήματα μακρών οστών . Παρά τη σταθερότητά τους , τα ενσφηνωμένα κατάγματα πρέπει να αποσφηνώνονται στην ανάταξη για να ξαναβρεί το οστό τη λειτουργική του αποστολή .

11) Εν εφιππεύσει . Τα σπασμένα άκρα έλκονται από τις προσκολλημένες σ' αυτά μυϊκές μάζες με αποτέλεσμα να εφιππεύσουν. Η ανάταξη είναι δύσκολη αλλά δυσκολότερη η συγκράτησή της . Συνήθως εφαρμόζεται συνεχής έλξη για την αντιμετώπιση της μυϊκής ισχύος . Πολύ συχνά η αποκατάσταση γίνεται εγχειρητικώς .

12) Επιφυσιόλυση . Το κάταγμα γίνεται στη γραμμή της επιφύσεως. Η επίφυση αποσπάται από την μετάφυση χωρίς ιδιαίτερη βία . Παρατηρείται σε παιδιά , προτού κλείσουν οι επιφύσεις .

13) Ενδαρθρικό . Το κάταγμα επεκτείνεται μέσα στην άρθρωση . Συνήθως μετά αρκετό χρόνο παρατηρούνται βαρείες αρθρικές διαταρα-

χές , παρά την ενδεχομένη καλή ανάπτυξη του κατάγματος.

14) Με παρεκτόπιση . Τα σπασμένα άκρα βρίσκονται σε απόσταση μεταξύ τους και από τον άξονα του οστού .

Διαίρεση Καταγμάτων μηριαίου οστού και Κλινική Εικόνα αυτών .

1) Κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου .

Διακρίνονται σε κατάγματα του αυχένος του μηριαίου (ενδραρθρικά) και σε διατροχαντήρια και υποτροχαντήρια (εξωαρθρικά) . Συμβαίνουν συνήθως σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών μετά από πέσιμο , παραπάτημα , γλίστρημα , αδέξιο βήμα κ.λ.π. . Επίσης προκαλούνται ύστερα από απότομη στροφή του κορμού και της λεκάνης , με το τε-
ντωμένο σκέλος στηριγμένο σταθερά στο έδαφος , οπότε η κεφαλή του μηριαίου μένει καθηλωμένη μέσα στην κοτύλη , ενώ ο αυχένος φέρεται σε βίαιη εξωτερική στροφή με συνέπεια να σπάσει . Στην περίπτωση αυτή η πτώση είναι αποτέλεσμα και όχι η αιτία του κατάγματος .

Κλινικά κάθε άτομο ηλικίας πάνω από 60 ετών που θα παραπονείται ύστερα από ένα πέσιμο για πόνο στην περιοχή του ισχίου , πρέπει να θεωρείται ότι έπαθε κάταγμα του αυχένα του μηριαίου ή διατροχαντήριο εκτός αν ο ακτινολογικός έλεγχος αποδείξει το αντίθετο .

2) Κατάγματα του αυχένα του μηριαίου οστού .

Από τις διάφορες διαιρέσεις των καταγμάτων του αυχένα του μηριαίου που κατά καιρούς περιγράφηκαν , η πιο σύγχρονη που ανταποκρίνεται στην κλινική πράξη και έτυχε γενικής αποδοχής είναι η διαίρεση κατά Garden σε 4 κατηγορίες .

α) Ατελές κάταγμα .

β) Τέλειο κάταγμα χωρίς παρεκτόπιση .

γ) Τέλειο κάταγμα με μερική παρεκτόπιση .

δ) Τέλειο κάταγμα με πλήρη παρεκτόπιση .

Η κεφαλή του μηριαίου διαχωρίζεται εντελώς από τον αυχένα και παίρνει τη φυσιολογική της θέση μέσα στην κοφύλη .

Κλινική Εικόνα

Κύρια χαρακτηριστικά αυτών των καταγμάτων είναι η εξωτερική στροφή , η βράχυνση , ο πόνος στις κινήσεις του ισχίου και η αδυναμία στη βάδιση . Επιπλέον οι άρρωστοι εκτελούν με ελάχιστο πόνο ή σχεδόν ανώδυνα ενεργητικές κινήσεις του ισχίου και σε πολλές περιπτώσεις έρχονται στο νοσοκομείο βαδίζοντας . Όλα αυτά

μπορεί να δυσκολέψουν τη διάγνωση με αποτέλεσμα να συστηθεί στον άρρωστο να επιστρέψει στο σπίτι , για να επανέλθει αρχότερα , τις περισσότερες φορές πάνω στο φορείο , με παρεκτοπισμένο κάταγμα . Αλλά με ακτινολογικό έλεγχο , που στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή , μπορεί το ενσφηνωμένο κάταγμα να μη διαγνωσθεί , διότι η γραμμή του κατάγματος σε ορισμένες περιπτώσεις δύσκολα διακρίνεται, όταν η ακτινογραφία γίνεται αμέσως μετά το κάταγμα .

Γι' αυτό εφόσον η κλινική εικόνα αφήνει υπόνοιες κατάγματος , πρέπει να συστηθεί στον άρρωστο κατάκλιση και νέος ακτινολογικός έλεγχος σε μία ή έως δύο εβδομάδες . Είναι περιττό να τονισθεί ότι ακτινογραφίες κακής ποιότητας δεν πρέπει να γίνονται αποδεκτές για υπεύθυνη διάγνωση .

3) Διατροχανθήρια κατάγματα .

Τα διατροχανθήρια κατάγματα διακρίνονται σε σταθερά και ασταθή. Η διάκριση αυτή έχει βασική σημασία για τη σωστή αντιμετώπιση τους.

Σταθερά είναι εκείνα που το επίπεδο του κατάγματος ακολουθεί περίπου τη μεσοτροχανθήριο γραμμή και δεν έχουν παρεκτόπιση ή έχουν παρεκτόπιση ⁶εραμβότητα , αλλά χωρίς συντριβή του έσω φλοιού αυχένα διάφυσης . Ασταθή είναι τα κατάγματα με τέσσερα ή περισσότερα τεμάχια που εκτός από την παρεκτόπιση, παρουσιάζουν και συντριπτικότητα του έσω και οπίσθιου φλοιού .

Κλινική Εικόνα

Έντονος πόνος στην περιοχή του ισχίου , κατάργηση της κινητικότητας , βράχυνση και εξωτερική στροφή του σκέλους αποτελούν τα χαρακτηριστικά κλινικά σημεία του κατάγματος . Η διάγνωση επιβεβαιώνεται ακτινολογικά .

4) Κατάγματα της διάφυσης του μηριαίου

Συμβαίνουν σε όλες τις ηλικίες , συχνότερα όμως σε νέα άτομα ύστερα από τροχαία ατυχήματα ή πτώση από μεγάλο ύψος . Για να σπάσει το μηριαίο στη διάφυση του , χρειάζεται να δράσει ισχυρή βία που συνήθως προκαλεί και ρήξη μυών και αγγείων με σημαντική αιμορραγία που μπορεί να οδηγήσει σε πτώση της πίεσης και σε ανάγκη μετάγγισης .

Κλινική εικόνα : Πόνος στο μικρό , βράχυνση και κατάργηση της λειτουργικότητας του σκέλους αποτελούν τα σπουδαιότερα κλινικά σημεία του κατάγματος . Η εξέταση συμπληρώνεται πάντα με έλεγχο της κυκλοφορίας στο πόδι καθώς και της λειτουργίας του ισχιακού νεύρου .

5) Κατάγματα του κάτω άκρου του μηριαίου

Τα κατάγματα αυτά διακρίνονται σε υπερκονδύλια και σε κατάγματα των κονδύλων .

6) Υπερκονδύλια κατάγματα του μηριαίου

Τα κατάγματα που συμβαίνουν στην περιοχή που βρίσκεται αμέσως πάνω από τους μηριαίους κονδύλους , λέγονται υπερκονδύλια .Είναι σχετικά σπάνια κατάγματα και προκαλούνται ύστερα από δράση ισχυρότατης βίας .

7) Κατάγματα των κονδύλων του μηριαίου

Αφορούν τον ένα κόνδυλο , συνήθως τον έξω ή και τους δύο . Προκαλούνται μετά από άμεση κάκωση . Χρειάζονται καλό ακτινολογικό έλεγχο που να περιλαμβάνει και λοξές προβολές , διότι ορισμένοι τύποι καταγμάτων των κονδύλων μπορεί να διαφύγουν της προσοχής .

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Τα κατάγματα αυτά συμβαίνουν κυρίως σε άτομα ηλικίας 60 ετών και πάνω , εξαιτίας κυρίως βιολογικής αφαλατώσεως της περιοχής από την οστεοπώρωση που παρατηρείται σε αυτές τις ηλικίες και συμβαίνουν στις απλές πτώσεις επί του εδάφους .

Προτιμάται γενικά η γρήγορη ακινητοποίηση του αρρώστου η οποία επιτυγχάνεται με τον τρόπο αντιμετώπισης του κατάγματος που τείνει όλο και συχνότερα με νέους τρόπους επεμβάσεως στην επίτευξη αυτού σκοπού .

Έτσι είναι πιο συχνές οι χειρουργικές επεμβάσεις παρά οι συντηρητικοί τρόποι αντιμετώπισης , ακριβώς για να αποφευχθούν οι επιπλοκές του κλινοστατισμού (κατακλίσεις - θρομβοφλεβίτιδες) .

Συντηρητικά αντιμετωπίζονται τα εσφηνωμένα κατάγματα του αυχένα του μηριαίου , στα άτομα κάτω των 70 ετών με το σκεπτικό ότι η αλλαγή κεφαλής δεν κρατά πάνω από 20 χρόνια με τα σημερινά δεδομένα .

Συντηρητικά επίσης δηλ. με έλξεις και γύψους αντιμετωπίζονται τα κατάγματα της διαφύσεως και τα υποτροχανθήρια στα παιδιά , επειδή είναι γρήγορη η πύρωση και υπάρχει δυνατότητα αυτοδιορθώσεως σε μήκος του οστού .

Χειρουργικά αντιμετωπίζονται τα ενδοαρθρικά κατάγματα στα παιδιά τόσο στο ισχίο όσο και στο γόνατο .

ΣΗΜΕΙΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ Μ.Ο.

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

α) Πόνος : Ο πόνος που παρουσιάζεται μετά από ένα κάταγμα του μηρού είναι ισχυρός και χρειάζεται άμεση χορήγηση ισχυρών αναλγητικών .

β) Οίδημα και διόγκωση : Αυτό οφείλεται κυρίως στην έκχυση αίματος μεταξύ των ιστών ή στην σημαντική εξίδρωση .

γ) Λειτουργική ανεπάρκεια : Είναι χαρακτηριστικό εύρημα σ' ένα κάταγμα του μηριαίου οστού . Ο ασθενής αδυνατεί να στηριχτεί στο πόδι που πάσχει και να βαδίσει .

δ) Εκχυμώσεις : Οφείλονται στην διάχυση αίματος υποδορίως ή εντός των ιστών και παρατηρείται 1 - 3 ημέρες μετά την κάκωση . Σε κάταγμα διαφύσεως του μηριαίου οστού πολλές φορές η απώλεια αίματος υπερβαίνει τα 1000-2000 Κ.Ε.Κ.

ε) Κρυγμός και παρά φύση κινήκ^ατητα : σε κάταγμα του μηριαίου οστού είναι δυνατό να υπάρχει κρυγμός και παρά φύση κινήκ^ατητα αλλά καλύτερα να μην αναζητείται για το φόβο βλάβης των παρακείμενων ιστών .

στ) Παραμόρφωση της περιοχής : Η παραμόρφωση της περιοχής οφείλεται είτε στην παρεκτόπιση των τμημάτων του σπασμένου οστού , είτε στον σχηματισμό αιματώματος και στην εμφάνιση οιδήματος. Έτσι σε κατάγματα του άνω άκρου υπάρχει βράχυνση σκέλους.

ΠΩΡΩΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ Μ.Ο

Η αποκατάσταση του κατάγματος ,η συνένωση , η γεφύρωση δηλ. των σπασμένων τμημάτων του γίνεται με τον πόρο .Πρόκειται για παραγωγή οστικού ιστού που αναπληρώνει το έλλειμμα και σταθεροποιεί το οστό .

Διακρίνεται σε τέσσερα στάδια:

α) Στάδιο αιματώματος : Η εστία του κατάγματος γεμίζει με πηγμένο αίμα μέσα στο οποίο σχηματίζονται νεόπλαστα αγγεία και εισβάλλουν οστεοβλάστες ,από το περίοστεο και μεσαύλιο .

β) Μαλακός πόρος : Η αιματική γέφυρα εμπλουτίζεται με ινώδη κύτταρα από την περιοχή και γίνεται σταθερότερη και ισχυρότερη (ινώδης πόρος).

γ) Οστικός πόρος: Στη συνέχεια οστεοβλάστες από το περίοστεο και το μυελό του οστού εισδύουν στον ινώδη πόρο και μαζί με άλατα ασβεστίου σταθεροποιούν την αρχική μαλακή γέφυρα .Με την πάροδο του χρόνου τα ινώδη στοιχεία αντικαθίστανται με οστικά κύτταρα και ολόκληρη η περιοχή παίρνει μορφή οστού.(οστικός πόρος)

δ) Ανακατασκευή οστού : Επειδή ο πόρος δεν μοιάζει με το φυσιο-

λογικό οστό , ο οργανισμός κάνει προσπάθειες ανακατασκευής του και αποκατάσταση στην προηγούμενη μορφή του .

Διαταραχές πώρωσης

1) Καθυστερημένη πώρωση : Είναι η επιπλοκή κατά την οποία ο χρόνος για την πώρωση υπερβαίνει το 50% έως το 100% του απαιτούμενου χρόνου .

Κλινικά χαρακτηρίζεται από αυξημένη τοπική θερμοκρασία ,ελαφρό οίδημα και επώδυνες κινήσεις στην εστία του κατάγματος .Ακτινολογικά η γραμμή του κατάγματος διακρίνεται ,και τα δύο οστικά άκρα παρουσιάζουν σχετική οστεοπορώση.

2) Ψευδάρθρωση : Είναι η επιπλοκή κατά την οποία ο χρόνος είναι μεγαλύτερος από το διπλάσιο του απαιτούμενου .Τα στοιχεία του πύρου παραμένουν καθαρά και λυώδη ,επιτρέποντας παρά φύσιν μικροκινήσεις ,το δε οστό δεν έχει βρει τη σταθερότητά του.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ανώδυνων κινήσεων στην εστία του κατάγματος .Ακτινολογικά διακρίνουμε δύο είδη ψευδάρθρωσης : Την ατροφική και υπερτροφική .

Τα αίτια της καθυστερημένης πώρωσης και της ψευδάρθρωσης είναι τα ακόλουθα :

- 1) Ατελής ακινητοποίηση.
- 2) Πλημμελής ανάταξη.
- 3) Κακή αιμάτωση των σπασμένων άκρων.
- 4) Μόλυνση του κατάγματος και ανάπτυξη φλεγμονής.
- 5) Διάλυση του αιματώματος από το ενδαρθρικό υγρό (αυτό συμ-

βαίνει στα ενδαρθρικά κατάγματα - κάταγμα αυχένος μηριαίου).

- 6) Διάσταση του κατάγματος από υπερβολική έλξη.
- 7) Παρεμβολή μαλακών μορίων στο πύρο.
- 8) Ανοικτά και επιπλεγμένα κατάγματα.

Παράγοντες που ευνοούν την πύρωση.

- Τοπικοί:
- 1) Τα κατάγματα που είναι κοντά στις επιφύσεις πωρώνονται γρηγορότερα απ'αυτά της διάφυσης
 - 2) Τα λοξά και σπειροειδή κατάγματα πωρώνονται γρηγορότερα από τα εγκάρσια.
 - 3) Τα κλειστά κατάγματα πωρώνονται γρηγορότερα από τα ανοικτά και επιπλεγμένα κατάγματα.

- Γενικοί:
- 1) Ηλικία : Στα παιδιά απαιτείται περίπου ο μισός χρόνος από τους ενήλικες .
 - 2) Γενική κατάσταση και συνυπάρχουσες νόσοι .
 - 3) Μεταβολικοί παράγοντες και ορμονικοί .

Θεραπεία: Στην καθυστερημένη πύρωση η θεραπεία συνίσταται στη συνέχιση της ακινητοποίησης με γύψο ή στην εφαρμογή λειτουργικών γύψων.

Η αντιμετώπιση της ψευδάρθρωσης είναι ανάλογη με την παθογένεια της. Στην υπερτροφική χρειάζεται μόνο σταθερή οστεοσύνθεση χωρίς μοσχεύματα ενώ στην ατροφική είναι απαραίτητη σταθερή οστεοσύνθεση με μοσχεύματα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

ΑΜΕΣΕΣ

1. SHOCK: Είναι μια σοβαρή επιπλοκή κατά την οποία ο ασθενής χρειάζεται άμεση βοήθεια γιατί κινδυνεύει η ζωή του. Τό shock προκαλείται από την μεγάλη απώλεια αίματος που παρατηρείται σ' αυτά τα κατάγματα και από συνυπάρχουσες κακώσεις.

Ο ασθενής παρουσιάζει : ταχυσφυγμία , ταχύπνοια , εφίδρωση, πτώση ΑΠ, ωχρότητα , εφιδρώσεις .

Ο πάσχων πρέπει να μεταφερθεί το γρηγορότερο στο νοσοκομείο.

2. Λιπώδης εμβολή: Άφθονα λιπώδη έμβολα μπαίνουν στην κυκλοφορία από τις φλέβες των οστικών τμημάτων του κατάγματος. Τα μεγαλύτερα από αυτά προκαλούν πνευμονικές εμβολές, ενώ τα μικρότερα διέρχονται από τα τριχοειδή του πνεύμονα προχωρούν προς τον αριστερό κόλπο-κοιλία και από εκεί στην μεγάλη κυκλοφορία και δημιουργούν εμβολές στον εγκέφαλο , στους νεφρούς , δέρμα και άλλα όργανα.

3. Θρομβοφλεβίτιδα-πνευμονική εμβολή: Οφείλεται σε εμβολή των πνευμονικών αρτηριών, από θρόμβους που σχηματίζονται στις φλέβες των κάτω άκρων. Είναι βαριά επιπλοκή και μπορεί να αποβεί θανατηφόρος.

Εμφανίζεται 14-17 μέρες μετά την κάκωση, κυρίως σε ηλικιωμένους και οφείλεται στη μακρόχρονη ακινησία των καταγμάτων.

Γι' αυτό επιδίδεται ταχεία ακινητοποίηση του καταγματία, φυσιοθεραπεία της αναπνοής και κατάλληλη φαρμακευτική προφύλαξη.

4. Βλάβες αγγείων και νεύρων : Η βλάβη αφορά την ιγνυακή αρτηρία και το ισχιακό νεύρο .
5. Κατακλίσεις : Δημιουργούνται μετά από μακρόχρονη ακινησία των ασθενών . Αποφεύγονται με τη συχνή αλλαγή θέσεως του καταγματία και με την καθημερινή εντριβή της ράχης και των γλουτών .
6. Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα : (ουρολοιμώξεις ,κυστίτις, σχηματισμός λίθων .) Παρατηρείται στους υπερίληκες και στους επί πολύ χρόνο κατακεκλιμένους . Επιβάλλεται κινητοποίηση , αντισηψία των ουροφόρων οδών και λήψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών .
7. Καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές .
8. Τέτανος : Στα ανοικτά κυρίως κατάγματα πρέπει να παίρνουμε τις απαραίτητες προφυλάξεις για να μειώσουμε τον κίνδυνο του τετάνου .
9. Διαπύση του τραύματος , σε ανοικτά κατάγματα ή σε κλειστά που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά .

ΑΠΩΤΕΡΕΣ

1. Μυϊκός σπασμός : Οι μύες είναι ισχυροί , έλκουν το σπασμένο τμήμα ανατρέποντας έτσι την ανάταξη . Η αντιμετώπιση του σπασμού γίνεται με συνεχή έλξη του περιφερικού σπασμένου τμήματος , με κατάλληλες μεθόδους (οστική , δερματική έλξη) .
2. Καθυστέρηση πωρώσεως - ψευδάρθρωση .
3. Οστικές νεκρώσεις : Τμήματα οστών τα οποία έχουν ελλιπή αιμάτωση , νεκρώνονται . Είναι πολύ σημαντικός παράγων ψευδάρθρωσης .
Για να αποκατασταθεί η λειτουργία της πωρώσεως απαιτείται η απομάκρυνση του νεκρωμένου τμήματος .
4. Τοπική λοίμωξη .
5. Δυσκαμψία και αγκύλωση αρθρώσεως : Είναι βαριά επιπλοκή . Πολλές φορές το μέλος είναι άχρηστο λόγω της αναπτυχθείσης δυσκαμψίας ή αγκυλώσεως παρά το ότι το κάταγμα επωρώθει καλά , έγκαιρα και σε ανατομικώς καλή θέση . Για την πρόληψή τους επιβάλλεται τη ταχεία κινητοποίηση και κινησιοθεραπεία .
6. Βράχυνση μέλους είναι επιπλοκή που κυρίως οφείλεται σε α.) κακή πώρωση β.) απώλεια οστικής ουσίας και γ.) καταστροφή συζευτικού χόνδρου στον αναπτυσσόμενο σκελετό .

7. Μετατραυματική οστεοπόρωση η οποία χαρακτηρίζεται από πόνο , οίδημα της περιοχής και δυσκαμψία αρθρώσεως . Γι'αυτό χρειάζεται ενεργητική κνησιοθεραπεία των αρθρώσεων της περιοχής .

8. Επώδυνες συμφύσεις οι οποίες εμφανίζονται μετεγχειρητικά .

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Είναι πολύ σπάνιο να παρευρίσκεται εξειδικευμένος γιατρός στον τόπο του ατυχήματος και μάλιστα άρτια εξοπλισμένος . Πάντως ,ορισμένες γνώσεις παροχής πρώτων βοηθειών είναι απαραίτητες και πολλές φορές αποβαίνουν σημαντικές για την επιβίωση του ασθενούς . Είναι πολύ δύσκολο από την πρώτη στιγμή να γίνει πλήρης εκτίμηση της εκτάσεως της βλάβης , άλλοτε γιατί η λεπτομερής κλινική εξέταση είναι αδύνατη και άλλοτε γιατί μερικές βλάβες χρειάζονται χρόνο να εμφανιστούν .

Τέσσερα σημεία χρειάζονται προσοχή για την άμεση προσφορά βοήθειας :

α.) Εξασφάλιση της ελεύθερης αναπνοής του τραυματία .

Μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου πριν από την άφιξη του τραυματία στο Νοσοκομείο είναι η ασφυξία λόγω αποφράξεως των ανωτέρων αναπνευστικών οδών από υπόλοιπα τροφής , πύγματα αίματος και εμέσματα . Ο έλεγχος των παραπάνω αεροφόρων οδών γίνεται με ελαφρά έκταση της κεφαλής , έλξη της κάτω γνάθου προς τα εμπρός και κάτω και διερεύνηση της στοματικής κοιλότητας με το δάκτυλο . Για τους αναισθητούς τραυματίες η ασφαλέστερη θέση είναι η πλάγια στην οποία και πρέπει να μεταφέρονται στο νοσοκομείο .

β.) Αιμόσταση και απλή κάλυψη των τραυμάτων.

Συνήθως η αιμορραγία από τα τραύματα σταματά μόνη της . Πάντως ελέγχεται η αιμορραγία πολύ ικανοποιητικά με απλή πλεστική επίδεση . Ίσχυριμη περίδεση πρέπει να αποφεύγεται και να χρησιμοποιείται μόνο όταν η απλή πλεστική επίδεση του τραύματος δεν αρκεί ή δεν υπάρχει μερικός ή ολικός ακρωτηριασμός του μέλους και αιμορραγία μεγάλου αρτηριακού στέλεχους .

Τα τραύματα πρέπει να καλύπτονται με το καθαρότερο υλικό που διαθέτουμε .

γ.) Μετατραυματικό Shock .

Συνήθως εμφανίζεται μία έως δύο ώρες μετά το ατύχημα και οφείλεται κυρίως σε εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία . Μέτρα που μπορούν να ληφθούν για να προλάβουν ή να ελλάτσουν το Shock είναι , εκτός του στοιχειώδους ελέγχου της αιμορραγίας , ο ήπιος χειρισμός μεταφοράς του αρρωστού , το σκέπασμα του με μια κουβέρτα ή ένα παλτό και η ελλάτωση του πόνου με ένα ισχυρό αναλγητικό . Είναι σημαντικό να καθησυχάσει κανείς αμέσως τον ασθενή , διαβεβαιώνοντας τον ότι είναι ή ότι θα γίνει γρήγορα καλά .

δ.) Ακλινητοποίηση .

Η ακλινητοποίηση ενός κατάγματος διευκολύνει τη μεταφορά , ελλατώνει τον πόνο , ελλατώνει πρόσθετες βλάβες μαλακών μορίων και διευκολύνει αιμόσταση . Εύκολος τρόπος ακλινητοποίησης ενός κάτω άκρου είναι η πρόσδεσή του στο υγιές ή η χρήση πρόχειρων ξύλινων νάρθηκων με μαλακή και παχιά περιτύλιξη του μέλους . Με καλύτερο τρόπο ακλινητοποιείται το άκρο μέσα σε φουσκωτούς νάρθηκες , που υπάρχουν σ' όλα τα νοσοκομειακά αυτοκίνητα και οι οποίοι εκτός από την ικανοποιητική ακλινητοποίηση κατά την μεταφορά , ασκούν και αιμοστατική πίεση σε υπάρχοντα τραύματα .

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όσο καλά οργανωμένη και αν είναι η μεταφορά με νοσοκομειακά αυτοκίνητα θα περάσει τουλάχιστο μισή με μία ώρα ,ώσπου ο πάσχων να φτάσει στο Νοσοκομείο . Αυτός ο χρόνος είναι δυνατόν ν' αξιοποιηθεί από εξειδικευμένο προσωπικό μεταφοράς του αρρώστου σ' ένα καλά και πλήρως εφοδιασμένο νοσοκομειακό αυτοκίνητο .

Προσοχή πρέπει να δοθεί σε απλές ενέργειες αλλά καθοριστικές για την επιβίωση του τραυματία . Η μεταφορά του τραυματία γίνεται συνήθως σε ύπτια θέση σε φορείο , με δύο εξαιρέσεις στις οποίες η μεταφορά γίνεται σε πλάγια θέση , δηλ. στους αναίσθητους ασθενείς και στους ασθενείς που αιμορραγούν από τη ρινοφαρυγγική κοιλότητα . Σ' αυτή τη θέση οι ανώτερες αεροφόροι οδοί διατηρούνται ευκολότερα ελεύθερες .

Σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία βλάβης της σπονδυλικής στήλης ο ασφαλέστερος τρόπος μεταφοράς είναι σε σκληρό φορείο και στη στάση που βρέθηκε ο πάσχων , ώστε να περιοριστούν στο ελάχιστο πρόσθετες βλάβες του νώτιαίου μυελού .

Αν υπάρχει σύστημα τηλεπικοινωνίας του νοσοκομειακού αυτοκινήτου προς το Νοσοκομείο , πρέπει να ενημερωθεί το Νοσοκομείο όσο το δυνατόν γρηγορότερα για το είδος της βλάβης , το μέγεθος , τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν κλπ .

Συνοπτικά , όπου να μεταφερθεί ο τραυματίας στο Νοσοκομείο , πρέπει να ελέγχονται τα παρακάτω σημεία :

- α.) Απομάκρυνση των περιέργων και κλήση νοσοκομειακού αυτοκινήτου.
- β.) Απελευθέρωση και διατήρηση ανοικτών των άνω αεροφόρων οδών .
- γ.) Έλεγχος της αιμορραγίας με απλή συμπίεση και κάλυψη των τραυμάτων .
- δ.) Πρόληψη της καταπληξίας.
- ε.) Στοιχειώδης ακινητοποίηση καταγμάτων άνω και κάτω άκρων .
- στ.) Προσεκτική μεταφορά σε φορείο επίπεδο έστω και αυτοσχέδιο .
- ζ.) Ταχύτερη δυνατή ενημέρωση του Νοσοκομείου .
- η.) Περισυλλογή και αποστολή ακρωτηριασμένων μελών στο Νοσοκομείο.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

Η θεραπεία των καταγμάτων είναι συντηρητική και χειρουργική .

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α.) Γύψινους επιδέσμους : Είναι ο συνηθέστερος τρόπος στα παιδιά σπάνια στους ενήλικες .

Ο κυριότερος σκοπός

- για να ακινητοποιήσουν κατάγματα , ώστε να μειώνεται ο πόνος και να ενισχύεται η οστεοσύνθεση .
- για να μπορεί ο άρρωστος να κινείται ευκολότερα
- για πρόληψη και διόρθωση παραμορφώσεων .
- για συγκράτηση παράλυτων άκρων στη σωστή τους θέση .

Πλεονεκτήματα :

- α.) Περιορίζεται πάρα πολύ ο κίνδυνος φλεγμονής,
- β.) Δεν διαταράσσεται η εστία του κατάγματος με χειρουργική επέμβαση,
- γ.) Αποφεύγεται η αποκόλληση των μαλακών μορίων .

Μειονεκτήματα :

- α.) Βαθμός δυσκαμψίας των αρθρώσεων κατά την αφαίρεση .
- β.) Δεν επιτυγχάνεται πλήρης ακινητοποίηση του κατάγματος .
- γ.) Η πώρωση του κατάγματος είναι πιο δύσκολη και βραδεία .

β.) Έλξεις :

Έλξη είναι δύναμη προς δύο κατευθύνσεις και είναι μία μέθοδος συντηρητικής θεραπείας καταγμάτων . Η δύναμη έλξεως αυξάνεται με την τοποθέτηση βαρών .

Σκοπός της εφαρμογής έλξης :

- να ελαττωθεί ο μυϊκός σπασμός .
- να ακινητοποιηθεί μια άρθρωση που φλεγμαίνει .
- να διορθωθεί μια παραμόρφωση .
- να ακινητοποιηθεί ένα κάταγμα και να μειωθεί η επέκτασή του .

Διακρίνουμε δύο είδη έλξεων : α.) δερματική

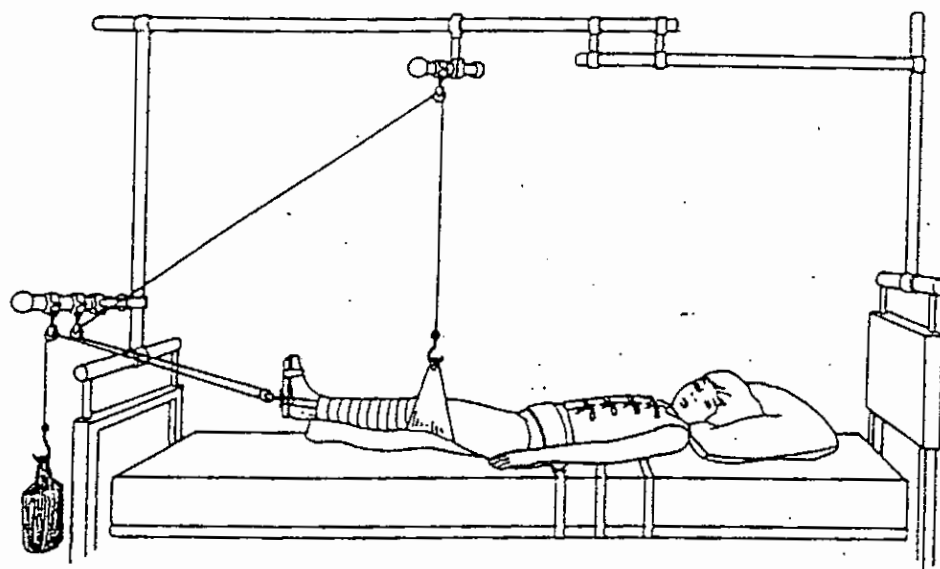
β.) σκελετική

1. Δερματική :

Χρησιμοποιείται ως προσωρινό μέτρο αντιμετώπισης σε ένα κάταγμα ποδιού έως ότου εφαρμοσθεί οριστική θεραπεία . Βασική προϋπόθεση για την χρησιμοποίησή της είναι η καλή κατάσταση του δέρματος . Κατά την εφαρμογή δερματικής έλξης το βάρος δεν πρέπει να είναι μεγάλο και να ξεπερνά τα 4-5 Kgr γιατί υπάρχει κίνδυνος δερματικής ρήξης . Μετά την εφαρμογή της έλξης γίνεται συχνός έλεγχος του δέρματος ^{για} τυχόν δερματίτιδες .

γ) Έλξη Russel

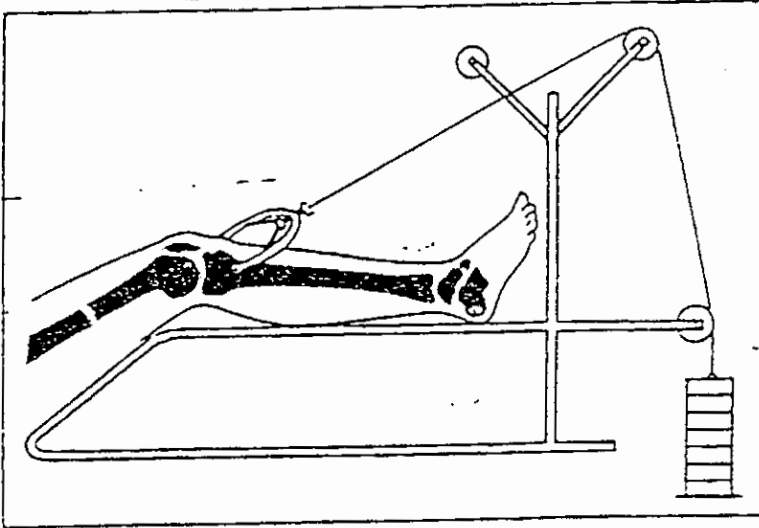
Είναι δερματική ισοροπούμενη έλξη αναρτήσεως και χρησιμοποιείται σε κατάγματα και κακώσεις του ισχίου. Ο άρρωστος μπορεί να καθίσει ελαφρά και να κινηθεί, αν το θέλει, ενώ η γραμμή έλξεως του άκρου παραμένει αρκετά σταθερή.



2) Σκελετική έλξη

Εφαρμόζεται κυρίως στα υπερκονδύλια κατάγματα του μηρού. Τα πλεονεκτήματα της σκελετικής είναι ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όσο καιρό διαρκεί η πώρωση, με παράλληλη κινητοποίηση των αρθρώσεων. Ακόμα εδώ έχουμε την εφαρμογή μεγάλου βάρους (10-15 Kgr). Χρησιμοποιείται και όταν ακόμα στο δέρμα υπάρχει κάποιο οίδημα και δεν επιτρέπεται η εφαρμογή της δερματικής έλξης.

Τοποθετείται βελόνη STEIN - MANN στο τους μηριαίους κονδύλους. Εφαρμόζονται από 10-15 Kgr και χρησιμοποιείται όσο διαρκεί η πώρωση.



3) Μεταλλικοί νάρθηκες - μεταλλικοί σκελετοί

α) Επικλινής απλός σκελετός Braun -Bohler

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποβαστάτε το κάτω σκέλος στο οποίο μπορεί να εφαρμοστεί έλξη (δερματική ή σκελετική)

β) Νάρθηκες Thounas

Χρησιμοποιείται για την ακινητοποίηση των άκρων .

Ο σκοπός των μεταλλικών σκελετών είναι :

- η υπερέκταση του μέλους
- η ακινητοποίηση του
- Η διόρθωση παραμορφώσεων

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α.) Εσωτερική οστεοσύνθεση .

Η εσωτερική οστεοσύνθεση έχει σκοπό την σταθερή συγκράτηση και ακινητοποίηση του κατάγματος , ώστε να μην χρειάζεται καμιά εξωτερική συγκράτηση του μέλους με γύψο ή νάρθηκες .

Υλικά για την εσωτερική οστεοσύνθεση .

α.) Ειδικοί κοχλίες με τους οποίους κοχλιώνονται τα τμήματα του κατάγματος σταθερά μετά την ανάταξή τους .

β.) Ειδικές πλάκες που κοχλιώνονται στα οστά .

γ.) Ενδομυελικούς ήλους .

δ.) Ήλοι (Knowles cannulated pins) .

ε.) Εξωτερική οστεοσύνθεση στα επιπλεγμένα κατάγματα τα της διαφύσεως .

Βασικές προϋποθέσεις της σωστής θεραπείας αυτής

α.) πλήρης ανάταξη και σταθερή ακινητοποίηση

β.) άμεση κινήτοποίηση των αρθρώσεων .

γ.) η λειτουργία των μυών .

δ.) η αποφυγή της μακροχρόνιας κατάκλισης με όλα τα δυσμενή επακόλουθα .

ε.) επιτυγχάνεται η ευκολότερη νοσηλεία του τραυματία .

στ.) ταχεία έγερση και έξοδος του από το νοσοκομείο .

β.) Εξωτερική οστεοσύνθεση

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σε πολύ συντριπτικά κατάγματα που η εσωτερική οστεοσύνθεση πρακτικά είναι δύσκολη και ανέφικτη και σε βαριά επιπλεγμένα κατάγματα με μεγάλες καταστροφές των μαλακών μορίων και του δέρματος .

Βασικές προϋποθέσεις της σωστής θεραπείας αυτής .

- α.) σταθερή συγκράτηση
- β.) αποφεύγεται η ακινητοποίηση του μέλους
- γ.) καμία επέμβαση στην εστία του κατάγματος

Δύο βασικά μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι :

- α.) διαταραχή της αγγειώσεως και η επιβράνδυση έτσι πολλές φορές της πωρώσεως.
- β.) κίνδυνος φλεγμονής .

Αρθρόδεση μηριαίου

Συνήθως τέτοιοι ασθενείς τοποθετούνται σε οσφυοκνημικό γύψο. Ο άρρωστος παρακολουθείται για πολύ, για την πρόληψη συπτωμάτων μετεγχειρητικού shock. Οι εγχειρήσεις του μηριαίου οστού είναι εξαντλητικές , μεγάλης διάρκειας και μερικές φορές συμβάλλουν στην εμφάνιση shock.

Αυτός τοποθετείται από την πλευρά του υγιούς σκέλους , ώστε να μπορεί να γίνει περιποίηση ραχέων και των γλουτών . Κατά την αλ-

λαγή θέσεως , ο κορμός και το γυψωμένο σκέλος στρέφονται ταυτόχρονα.

Τοποθετούνται 3 μαξιλάρια κάτω από τον οσφυοκνημικό γύψο (ένα στη μέση και τα δύο κατά μήκος του άκρου χωρίς κενά).

Μετά από καθέ αλλαγή θέσεως η νοσηλεύτρια παρατηρεί ώστε:

- το αναπνευστικό πεδίο να είναι ελεύθερο .
- ο γύψινος επίδεσμος να υποβαστάζεται πολύ καλά και
- τα δάκτυλα του γυψωμένου ποδιού να μη βυθίζονται στο στρώμα .

Ο άρρωστος προστατεύεται κατάλληλα κατά τη χρήση ουροδοχείου και σκωραμίδας , ώστε να μη λερωθεί ο γύψινος επίδεσμος (κομμάτια nylon ή γάζας τοποθετούνται γύρω από την περιοχή πρωκτού και ουρήθρας).

Αν αιμορραγήσει το τραύμα η περιοχή του γύψου ποτίζεται , όποτε η νοσηλεύτρια παρακολουθεί αυτό με ειδικό χαράκωμα ,ώστε να βεβαιωθεί για παραπέρα συνέχιση της αιμορραγίας .

Όταν αφαιρεθεί ο γύψος και τοποθετείται έκταση , η νοσηλεύτρια προσέχει ώστε :

Να τοποθετηθεί στήριγμα κάτω από το γόνατο , τη μέση κ.λ.π. και να είναι τοποθετημένος σε σκληρό στρώμα .

Κάθε αλλαγή θέσεως του χειρουργημένου άκρου γίνεται με κάθε προσοχή και δεξιολοτεχνία και πάντοτε με τη βοήθεια και των δύο χεριών .

Τοποθετείται μεταλλικός σκελετός για διευκόλυνση των κινήσεων και κατά την αλλαγή θέσεως οι γειτονικές αρθρώσεις υποβαστάζονται .

Σήμερα για να κάνουμε αρθρόδεση , δηλ. κατάργηση της κινητικότητας μιας άρθρωσης , έχει καλύτερα και πιο γρήγορα αποτελέσματα η χειρουργική οδός παρά η συντηρητική με γύψους .

β.) Ηλωση μηριαίου

Μετεγχειρητικά μπορεί το σκέλος του αρρώστου να τοποθετηθεί σε έκταση Buck ή να είναι ελεύθερο . Το χειρουργημένο άκρο πρέπει να βρίσκεται σε καλή θέση . Επιβλέπεται για τυχόν στροφή τα έσω ή έξω καθώς και για πτώση του πέλματος . Η στήριξη του πέλματος εμποδίζει την πτώση του , όπως και η χρήση ειδικών παντοφλών και παπουτσιών .

Κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας ο άρρωστος στρέφεται προς τη μη χειρουργημένη πλευρά διατηρώντας το χειρουργημένο άκρο σε θέση απαγωγής . Τοποθετούνται μαξιλάρια ανάμεσα στα πόδια .

Σηκώνεται από το κρεβάτι μετά από 2-14 μέρες . Ο αριθμός των ημερών επηρεάζεται από τις αντιλήψεις του γιατρού , από το είδος του κατάγματος , από την ηλικία του αρρώστου , τη γενική του κατάσταση κλπ .

Ο άρρωστος σηκώνεται αφού προηγουμένος εφαρμοσθεί ελαστικός επίδεσμος ή κάλτσα στα πόδια και βοηθείται για να καθίσει με κρεμασμένα τα πόδια μέχρι να βρει την ισορροπία του . Στην αρχή κάθεται σε πολυθρόνα και αργότερα κρατά δεκανίκια ή μπαστούνι . Μερικές φορές χρειάζεται να είναι εκεί και ο γιατρός , πάντοτε όμως σηκώνεται με τη βοήθεια φυσιοθεραπευτή και νοσηλεύτριας .

Απαγορεύεται να σηκώνει βάρη για 3-6 μήνες .

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Κατά την είσοδο του τραυματία στα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία, η πρώτη μας φροντίδα είναι ,η μεταφορά του με προσοχή και ήπιες κινήσεις ,από το φορείο^{6ο} κρεβάτι εξέτασης .

Κατόπιν ελέγχουμε τα ζωτικά σημεία του τραυματία (αρτηριακή πίεση σφύξη ,θερμοκρασία ,αναπνοές),αύξηση ή μείωση των οποιών μας προειδοποιούν για σοβαρές επιπλοκές που πρέπει να αντιμετωπίσουμε άμεσα.

Η κυριότερη και σοβαρότερη επιπλοκή (άμεσης αντιμετώπισης γιατί κινδυνεύει η ζωή του τραυματία),είναι η καταπληξία λόγω του ότι ο τραυματίας πιθανότατα έχει εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία . Η καταπληξία εκδηλώνεται με συγχυτική κατάσταση ωχρότητα ,ψυχρή επίδρωση ταχυσφυγμία ,ταχύπνοια ,πτώση αρτηριακής πίεσεώς και θερμοκρασίας.Μαλίστα το SHOCK επιταχύνεται από παράγοντες όπως: πόνος ,φόβος ,και άγχος.

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

- 1) Τοποθέτηση του τραυματία σε ύπτια οριζοντιωμένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα
- 2) Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης με χορήγηση οξυγόνου.
- 3) Διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος ,του τραυματία σε φυσιολογικά επίπεδα .Αυτό το επιτυγχάνουμε σκεπάζοντας το σώμα του με ζεστές κουβέρτες για να μην κρυώνει . Προσέχουμε την υπερθέρμανση

του τραυματία , η οποία μπορεί να επιβαρύνει την κατάσταση του .

4) Λαμβάνουμε συχνά τα ζωτικά σημεία του τραυματία , ώσπου να σταθεροποιηθούν .

5) Έλεγχος της εξωτερικής αιμορραγίας . Τοποθετούμε το σημείο που αιμορραγεί σε ανάρροπη θέση και καλύπτουμε με γάζα και πλεστική επίδεση .

6) Φλεβοκεντάμε για λήψη αίματος το οποίο θα σταλεί στο μικροβιολογικό εργαστήριο για τις απαραίτητες αιματολογικές εξετάσεις (ομάδα - διασταύρωση , γεν. αίματος , T.K. E.) αλλά και για διατήρηση μιας καλής φλέβας για την χορήγηση ορρών και μετάγγιση αίματος όταν υπάρχει μεγάλη απώλεια αίματος .

7) Ακινητοποιούμε τον τραυματία . Με την ακινητοποίηση αποφεύγουμε άσκοπες κινήσεις και μειώνεται ο πόνος ο οποίος είναι ένας από τους παράγοντες που επιταχύνουν την εμφάνιση της καταπληξίας .

8) Αποκατάσταση ψυχικής ηρεμίας του τραυματία .

Μένουμε κοντά του , ενθαρρύνοντας και καθησυχάζοντας τον.

Αφού αντιμετωπίσαμε την καταπληξία , κάνουμε γενικό έλεγχο στο σώμα του τραυματία για τη διαπίστωση καταγμάτων ή άλλων κακώσεων .

(Εάν υπάρχει υποψία για κάταγμα , ακινητοποιούμε το μέλος ή τα μέλη που φέρουν το κάταγμα με πρόχειρους νάρθηκες ή σανίδες και αποφεύγουμε τις βίαιες και αδέξιες κινήσεις) .

Στο μεταξύ έχουμε ειδοποιήσει και ενημερώσει το γιατρό , σχετικά με το περιστατικό και γίνεται από αυτόν αντικειμενική εξέταση του τραυματία και διάγνωση .

Αφού έχουν δοθεί οι πρώτες βοήθειες και έχει διαγνώσθει από το γιατρό το κάταγμα του μηριαίου οστού , μεταφέρεται ο τραυματίας με φορείο στο ακτινολογικό εργαστήριο , με εντολή του γιατρού για τη λήψη ακτινογραφίας του μέλους που φέρει το κάταγμα . Με αυτή βοηθάται ο γιατρός για την ακριβή θέση και μορφ'η του κατάγματος .

Όταν τελειώσουμε με όλες τις παραπάνω εργασίες , γίνεται εισαγωγή του τραυματία στη ορθοπεδική κλινική , στην οποία θα ξεκινήσει η θεραπευτική αγωγή .

Η θεραπευτική αγωγή σε όλα τα κατάγματα του μηριαίου οστού , είναι συντηρητική ή χειρουργική .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με γύψο .

Η εφαρμογή γύψου είναι ο συνηθέστερος τρόπος για τη συντηρητική θεραπεία των καταγμάτων .

Αντικείμενα εφαρμογής γύψου είναι :

- Γύψινο επίδεσμοι .
- Orthoband ή τσόχα ή απλό βαμβάκι η αφρολέξ .
- Stochinette (πλεκτό υλικό σωληνοειδές σαν κάλτσα), βελόνα και κλωστή για ράψιμο της τσόχας,μαχαίρια,ψαλίδια,ανεξίτηλο μολύβι .
- Γάντια
- Μεγάλος κουβάς με νερό σε θερμοκρασία δωματίου.Προστατευτικό για το πάτωμα .
- Αδιάβροχο

Τοποθέτηση γύψου

Αρχικά ,μεταφέρεται ο καταγματίας στην αίθουσα εφαρμογής γύψου, πολύ προσεκτικά με ήπιες κινήσεις.

Κάτω από το μέλος που θα γυψωθεί τοποθετούμε το αδιάβροχο και στη συνέχεια τυλίγουμε με ορθοπάν το σκέλος,έτσι ώστε μετά την εφαρμογή του γύψου,ο γύψος να μην έρχεται σε επαφή με το δέρμα .

Κατόπιν βρέχουμε τις γυψοταινίες βυθίζοντας μέσα στη λεκάνη με το νερό για 5 λεπτά περίπου,τις στραγγίζουμε και τυλίγουμε με αυτές το σκέλος κυκλικά όπως και το ορθοπάν.

Το άκρο ,κατά την εφαρμογή του γύψου είναι κεκαμμένο και διατηρείται έτσι μέχρι να στεγνώσει ο γύψος.

Το στέγνωμα του γύψου κατορθώνεται με την έκθεση του στον ατμοσφαιρικό αέρα. Σε λίγες ώρες μπορεί αυτός να στεγνώσει, τέλειο όμως στέγνωμα γίνεται μετά από 48 ώρες.

Κατά την εφαρμογή του γύψου, αφήνουμε ακάλυπτα τα δάκτυλα για παρακολούθηση και διαπίστωση κυκλοφορικών ανωμαλιών, όπως κυάνωση, οίδημα, ψυχρότητα.

Αναδιπλώνουμε τα άκρα του ορθοπάν, πάνω στα χείλη του γύψου μετά την εφαρμογή του, για αποφυγή θρημματισμού των χειλιών του γύψου και του ερεθισμού του δέρματος.

Μετά από εφαρμογή του γύψου ρωτάμε τον άρρωστο αν αισθάνεται δυσχέρια ή πόνο.

Αν ο άρρωστος παραπονιέται για πόνο, ο γύψος και το επιδεσμικό υλικό που περιβάλλει το σκέλος πρέπει να σχιστεί για αποφυγή σύσφιξης, κυκλοφορικών προβλημάτων και ελκών πίεσης.

Η μεταφορά του ασθενή, από την αίθουσα εφαρμογής γύψου στο θάλαμο, γίνεται προσεκτικά, γιατί όσο είναι βρεγμένος ο γύψος, κινδυνεύει να πιεστεί και όταν στεγνώσει θα πιέζει σε εκείνα τα σημεία το δέρμα.

Πριν τη μεταφορά του στο θάλαμο, ετοιμάζουμε το κρεβάτι του, τοποθετώντας σανίδες κάτω από το στρώμα για να είναι σκληρά. Τοποθετούμε επίσης αδιάβροχο καλυμμένο με υποσέντονο στο μέρος εκείνο του κρεβατιού, που αντιστοιχεί ο γύψος, έτσι ώστε να προστατευθεί το στρώμα από την υγρασία του γύψου.

Επειδή το άκρο πρέπει να είναι κεκαμένο, έως ότου στεγνώσει ο γύψος, φροντίζουμε να υπάρχουν αδιάβροχα μαξιλάριά τα οποία θα τοποθετηθούν κάτω από το πόδι.

Καθημερινά γίνεται έλεγχος της κινητικότητας, της θερμοκρασίας και του χρώματος των δακτύλων. Εάν παρατηρήσουμε την παραμικρή

αλλαγή θα πρέπει να ενημερώσουμε το γιατρό για αποφυγή κυάνωσης , οιδήματος , ισχαιμία κτλ.

Προσοχή για παράπονα του ασθενή αισθητικές διαταραχές στο πόδι (αίσθημα καύσου ή ψύχους) .

Προσοχή στην περιοχή του χείλους του γύψου για αποφυγή ερεθισμού του σημείου αυτού .

Πρέπει να γίνεται καθημερινή καθαριότητα των γεννητικών οργάνων . Η αλλαγή της θέσης είναι απαραίτητη 2 φορές την ημέρα . Φροντίζουμε την διαίτα του ασθενή η οποία πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα , άλατα , και βιταμίνες , αποφεύγοντας αυξημένες θερμίδες για τον κίνδυνο παχυσαρκίας .

Κατά την έξοδο του ασθενή θα πρέπει να γίνει διδασκαλία των συγγενών ως προς την περιποίηση και καλή διατήρηση του γύψου.

Η ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση περιλαμβάνει

- 1) ο γύψος πρέπει να αφαιρείται την καθορισμένη ημερομηνία .
- 2) να αποφεύγει το βρέξιμο του γύψου και το χαράκωμα αυτού .
- 3) να αποφεύγει το στήριγμα του σώματος του στο γυψωμένο άκρο .
- 4) το άκρο να βρίσκεται σε ανάρροπη θέση για τυχόν οίδημα .
- 5) να αποφεύγει την είσοδο διαφόρων αντικειμένων μέσα στο γύψο , αυτό ισχύει κυρίως για τα παιδιά .
- 6) σε περίπτωση πόνου , κακοσμίας κυάνωσης , πρέπει να ενημερώνεται ο θεράπωντας γιατρός .

Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αφαίρεση γύψου.

Αντικείμενα

- 1) ηλεκτροκίνητο πριόνι

- 2) διαστολέας γύψου
- 3) μαχαίρι γύψου
- 4) ψαλίδι γύψου
- 5) μουσαμάς
- 6) ελαστικός επίδεσμος

Ο ασθενής μεταφέρεται στο μέρος όπου θα του αφαιρεθεί ο γύψος . Εκεί η νοσηλεύτρια θα του περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο θα χρησιμοποιηθεί ο κόπτης του γύψου . Του εξηγεί ακόμα ότι δεν θα αισθανθεί καθόλου πόνο . Βάζει να λειτουργήσει λίγο τον κόπτη για να ακούσει ο ασθενής τον ήχο του . Ελέγχεται το πάχος του γύψου και τραβάται μια γραμμή από το σημείο που θα κόψει . Υγραίνεται ο γύψος πάνω στη γραμμή που έχουμε τραβήξει . Με την υγρασία μειώνεται το σύννεφο της σκόνης του γύψου . Βάζουμε σε ενέργεια το πριόνι . Καθώς η λάμα κόβει το γύψο , θα αισθανθούμε μια απώλεια της αντίστασης . Μετά τη συμπλήρωση της κοπής , ανασηκώνουμε λίγο τη λάμα , δεν βγαίνει όμως τελείως από το αυλάκι κοπής . Ο γύψος κόβεται από μια σειρά γραμμικών κινήσεων εναλασσόμενης πίεσης κατά μήκος της γραμμής κοπής .

Κόβεται ο γύψος στα δύο πλάγια . Από εκεί χωρίζονται τα δύο κομμάτια με τα χέρια μας . Κόβουμε κατόπιν το βαμβάκι το stockinette κατά μήκος με ψαλίδι . Κρατώντας το σκέλος του ψαλιδιού , που είναι πιο κοντά στο δέρμα , παράλληλα προς αυτό .

Μετά την αφαίρεση του γύψου , καθαρίζεται απαλά το δέρμα με ήπιο σαπούνι και νερό . Κατόπιν το στεγνώνουμε και επαλείφουμε με κρέμα δέρματος .

Εξηγούμε στον ασθενή ότι το δέρμα θα απολεπιστεί και θα είναι πιο

αδύ ατο από το άλλο εξαιτίας της μη λειτουργίας του . Του βεβαιώνουμε ότι θα πάρει την παλιά του μορφή και θα αποκτήσει την λειτουργικότητά του σε μερικές εβδομάδες .

Τονίζουμε στον ασθενή τη σπουδαιότητα της συνέχισης των ασκήσεων που έκανε .

Οι ασκήσεις είναι απαραίτητες για επανάκτηση και αύξηση της δύναμης και λειτουργίας των μυών .Μετά την αφαίρεση του γύψου αναμένονται πόνος και δυσκαμψία .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΞΗ

Όλα τα κατάγματα του μηριαίου οστού , εκτός από τα παρεκτοπισμένα του αυχένος μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά με έλξη .

A.) Δερματική έλξη - Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Αντικείμενα εφαρμογής δερματικής έλξης .

- ταινία έλξεως
- ελαστικός επίδεσμος
- ορθοπάν
- μεταλλική έκταση
- βάρη (το βάρος κανονίζεται από το γιατρό)
- κύβοι

Νοσηλευτική φροντίδα

- 1) Συχνή παρακολούθηση του ακινητοποιημένου άκρου , για σημεία κυκλοφοριακής διαταραχής .
- 2) Κατά την εφαρμογή της δερματικής έλξης το βάρος δεν πρέπει να είναι πάνω από 4 - 5 Kgr .
- 3) Να γίνεται καθημερινός έλεγχος του συστήματος έλξης .
- 4) Ελέγχουμε τα σχοινιά να είναι σε ευθεία γραμμή με τις τροχαλίες , να μην υπάρχουν κόμποι και να μην είναι χαλαρωμένα .

Νοσηλευτική αντιμετώπιση - Γενικά

- Ο άρρωστος είναι τοποθετημένος σε σταθερό κρεβάτι με σανίδα κάτω από αυτό .
- Εξηγείται σε αυτόν η σκοπιμότητα της έλξεως πριν εφαρμοστεί αυτή ώστε να συμμετέχει ενεργητικά στο πρόγραμμα της αποκαταστάσεώς του .
- Εξασφαλίζεται στον άρρωστο φυσική και συναισθηματική ανάπαυση,
- Πρέπει να απομακρύνεται οτιδήποτε μειώνει τη δύναμη της έλξεως ή αλλάζει την κατεύθυνσή της .
- Τα βάρη να μην ακουμπούν σε καρέκλα ή στο πάτωμα και ποτέ να μην αφαιρούνται ή υποβαστάζονται εκτός και να έχει δοθεί ειδική εντολή .
- Τα σχοινιά να είναι χωρίς κόμπους και ελεύθερα μέσα στο αυλάκι της τροχαλίας .

- Οι προστιβές των εξαρτημάτων της έλξεως να μειώνονται στο ελάχιστο και τα λευχίμματα του αρρώστου να μην μπλέκονται μέσα σ' αυτά .
 - Ο φορέας της δύναμης της έλξεως να είναι σ επιμήκης άξονας του οστού .
 - Τα σχοινιά να είναι σε ευθεία γραμμή με τις τροχαλίες και να αποφεύγεται κάθε χαλάρωσή τους .
 - Πρέπει να γίνεται πρόβλεψη ώστε η ελκτική δύναμη , που συνήθως εξασφαλίζεται με ένα βάρος που κρέμεται , να ισορροπείται από την αντιέλξη . Αυτό επιτυγχάνεται με την ανύψωση των κάτω άκρων του κρεβατιού ώστε το βάρος του σώματος του αρρώστου να δρά σαν αντιέλξη .
 - Σε αρρώστους που έχει εφαρμοστεί έλξη πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κάθε παράπονο που θα εκφραστεί και να ερευνάται το αίτιο που τυχόν το προκαλεί .
 - Να ελέγχεται συχνά το σύστημα της έλξεως με τα εξαρτήματά του για να λειτουργεί αποδοτικά και να διατηρείται σε καλή κατάσταση .
 - Σε δερματική έλξη το βάρος που τοποθετείται δεν πρέπει να ξεπερνάει την αντοχή του δέρματος ώστε να αποφεύγονται δερματικές ρήξεις . Πρέπει να ελέγχεται συχνά η ακεραιότητα του δέρματος που έλκεται και να εκτιμάται ανάλογα .
 - Το δέρμα του αρρώστου ελέγχεται συχνά για τυχόν διαπίστωση σημείων πύεσης ή τριβής πάνω σε οστικές προεξοχές και καθημερινά γίνεται επίβλεψη αυτού .
 - Επιβλέπεται καθημερινά το δέρμα για πρόληψη κατακλίσεων και κυρίως στην περιοχή του γλουτού και αχίλλειου τένοντα , στα σφυρά και στην πτέρνα .
- † Άρρωστος που φέρει κεφαλική έλξη μπορεί να δημιουργήσει κατακλίσεις στο πίσω μέρος της κεφαλής , πηγούνι , αυτιά και γνάθο , γι' αυτό οι περιοχές αυτές πρέπει να επιβλέπονται . Αν δε ο άρρωστος φέρει " έλξη

οσφύος " η νοσηλεύτρια επιβλέπει τη λαγόνια ακρολοφία και την περιοχή του ιερού οστού για πρόληψη κατακλίσεων .

- Να μην διαφεύγουν την προσοχή της νοσηλεύτριας πιθανά σημεία μόλυνσης , ειδικά γύρω από τη βελόνα σε σκελετική έλξη .Επίσης αυτή πρέπει να είναι σε εγρήγορση ώστε να ανακαλύπτει τυχόν κακοσμία μέλους τοποθετημένου σε γύψο , σημεία τοπικής φλεγμονής ή άλλο ενδεικτικό στοιχείο οστεομυελίτιδας .

- Πρέπει να ενισχύονται ενεργητικές κινήσεις σε όλες της αρθρώσεις που δεν έχουν προσβληθεί .

- Η νοσηλεύτρια πληροφορείται από τον γιατρό το είδος και τη διάρκεια των κινήσεων που μπορεί να κάνει ο άρρωστος που βρίσκεται σε έκταση και τον ενθαρρύνει στο να τις κάνει .

Σκελετική έλξη - Νοσηλευτική φροντίδα

Αντικείμενα σκελετικής έλξης .

-set σκελετικής έλξεως (αποστειρωμένο)

-μεταλλικό σκελετό για ανάρτηση του σκέλους (Braun ,Thouiaw)

-βάρη , σχοινί .

-Προστατευτικά για τα άκρα της βελόνας .

Νοσηλευτική φροντίδα

- 1) Τήρηση άσηπτης τεχνικής για καθαρισμό της βελόνας και παρακολούθηση για συμπτώματα τοπικής φλεγμονής .
- 2) Ελέγχεται συχνά το σύστημα της έλξεως για εξασφάλιση καλής λειτουργίας .
- 3) Περιποίηση δέρματος ράχως και γλουτών τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα για πρόληψη κακώσεων του δέρματος .
- 4) Αν υπάρχει υποψία μόλυνσης γίνεται επίκρουση πάνω από το κνημιαίο μύρτωμα . Αν ο ασθενής αισθανθεί πόνο θα υπάρχει λοίμωξη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ψυχολογική ετοιμασία:

Φυσιολογικά όταν κάποιος οδηγείται στο χειρουργείο είτε πρόκειται για μικρή επέμβαση είτε για μεγάλη διακατέχεται από φόβο , άγχος , αγωνία και πολλά παρόμοια συναισθήματα .

Έργο της νοσηλεύτριας είναι να απαλλάξει τον άρρωστο από τα συναισθήματα αυτά , και αυτό θα το κατορθώσει με το να εξηγήσει τι ακριβώς πρόκειται να του συμβεί στο χειρουργείο .

Δηλαδή τον ενημερώνει για το είδος της κάκωσης που έχει και τη σοβαρότητα της κακώσεώς του , την νάρκωση που θα πάρει , το χρόνο που θα παραμείνει στο χειρουργείο και τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν και θα μείνουν στο πόδι του .

Ο ορθοπεδικός άρρωστος δεν αντιμετωπίζει μόνο προβλήματα φυσικής αποκαταστάσεως , αλλά και προβλήματα κοινωνικής λόγω των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει , γι' αυτό το λόγο ενθαρρύνεται να συζητήσει όλα αυτά που αντιμετωπίζει .

Μόνο με το διάλογο θα καταφέρει να διώξει όλα αυτά τα συναισθήματα που δυσχαιρένουν την αποκατάστασή του .

Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Τόνωση σωματική :

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο , βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το χειρουργείο και να μην παρουσιάσει μετεγχειρητικές επιπλοκές κατά το μετεγχειρητικό στάδιο .

Αυτό το επιτυγχάνει με το να διατρέφεται σωστά ,δηλ. η διαίτα του να περιλαμβάνει : υδατάνθρακες , λευκώματα , άλατα , βιταμίνες και να είναι φτωχή σε λίπη .

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα καχεκτικά άτομα και στα άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση , διότι αυτά βρίσκονται σε μειονεκτική θέση , εξαιτίας της μικρής αντοχής τους στο χειρουργικό stress .Ακόμα αυτά τα άτομα είναι επιρρεπή στο shock και τη αιμορραγία , εξαιτίας του υποσιτισμού τους.

Γι'αυτό το λόγο σ'αυτούς τους ασθενείς γίνεται τόνωση του οργανισμού με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων , βιταμινών , υδαταθράκων κλπ) , ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος,ηλεκτρολυτών κλπ) για την διόρθωση κάθε υδατοηλεκτρικής διαταραχής .

Ενα άλλο σημαντικό καθήκον της νοσηλεύτριας κατά την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή είναι , η παρακολούθηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών , επειδή ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος , τών υδρώτα και τους τυχόν εμετούς .

Γι'αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως shock , ναυτία , δίψα κ.ο.κ.

Την προηγούμενη της εγχείρησης μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά .

Εξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμετών και μετεωρισμού κοιλίας .

Επειδή , μετά την επέμβαση , πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό , που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση , ατελεκτασία ή βρογχοπνευμονία , η νοσηλεύτρια στη προεγχειρητική περίοδο διδάσκει τον άρρωστο πως ν'αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση .

Ένα ακόμα σημείο που πρέπει να προσέξει η νοσηλεύτρια είναι τους παχύσαρκους καταγματίες . Τα άτομα αυτά αντιδρούν λιγότερα έντονα στο stress , δεν αντέχουν στην αφυδάτωση και παρουσιάζουν ευκολότερα shock . Ακόμη η παχυσαρκία προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως : διαπύηση τραύματος και εκσπλάχνωση , πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα .

Επίσης ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στους υπερήλικες που έχουν υποστεί κάταγμα και πρόκειται να αντιμετωπιστεί το κάταγμα τους χειρουργικά , λόγω των προβλημάτων υγείας που έχουν όπως : υπόταση η οποία είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση και αν δε διορθωθεί έγκαιρα , προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα μυοκαρδίου , υπέρταση, αναιμία .

Σε όλους τους ηλικιωμένους πρέπει να τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλομένων και προσβαλλομένων υγρών .Τους γίνονται δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτροκαδιογράφημα . Τα προεγχειρητικά φάρμακα χορηγούνται σε μικρότερες δόσεις για την αποφυγή αναπνευστικής καταστολής και υποξίας .

Είναι οριμένες χρόνιες παθήσεις , όπου η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα , γιατί οδηγούν σε μετεγχειρητικές επιπλοκές , οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή ακόμα και στον θάνατο ,έαν δεν

αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά προεγχειρητικά .

Οι ασθένειες αυτές είναι : 0 σακχαρώδης διαβήτης , η νόσος του Addison , νεφρικές , καρδιακές , ηπατικές και ορμονικές διαταραχές .

Ιατρικές εξετάσεις

Κλινικές: Πριν μπει ο ασθενής στο χειρουργείο εξετάζεται για τελευταία φορά από τον ορθοπεδικό , για επιβεβαίωση της κάκωσης .

Επίσης από τον παθολόγο για την αντικειμενική μελέτη όλων των συστημάτων , καθώς και από τον αναισθησιολόγο για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος , για να αποφασίσει το είδος της νάρκωσης .

Εργαστηριακές εξετάσεις

Εκτός από τον ακτινολογικό έλεγχο (ακτινογραφία του μέλους που πάσχει και ακτινογραφία θώρακος) και το ΗΚΓ στον ασθενή που πρόκειται να μπει στο χειρουργείο γίνονται και οι παρακάτω εξετάσεις :

- εξέταση αίματος : γενική αίματος (λευκά-ερυθρά) τύπος λευκών αιμοσφαιριών , χρόνος ροής και πήξεως αίματος , ομάδα και Rhesus αίματος , T.K.E. , σάκχαρο και ουρία αίματος .
- Γενική ούρων .

Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου , δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση . Αυτή συνίσταται καθαριότητα , αποτρίχωση , και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου , ώστε να καταστεί αδύνατο για μολύνσεις .

Ο καθαρισμός και το ξύρισμα γίνεται σε μεγάλη έκταση γύρω από το εγχειρητικό πεδίο . Αν κατά λάθος , δημιουργηθεί λύση συνέχειας του δέρματος πρέπει ν'αναφερθεί στο χειρουργείο πριν την επέμβαση .

Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Περιλαμβάνει :

- α) Η νοσηλεύτρια προσέχει τα Ζ.Σ. του ασθενή και την γενική κατάσταση του καταγμάτια . Αν τα Ζ.Σ. δεν βρίσκονται στα φυσιολογικά επίπεδα η ο ασθενής εμφανίσει βήχα ο οποίος δείχνει την ύπαρξη κρυσταλλογονιμίας , το χειρουργείο πρέπει ν'αναβληθεί .
- β) Ο ασθενής φορά τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα (ποδονάρια , υποκάμισο , σκούφος) αφού πρώτα βγάλει όλα τα δικά του .
- γ) Αφαιρούνται δακτυλίδια και γενικά όλα τα κοσμήματα .
- δ) Αφαιρούνται ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη .
- ε) Η ουροδόχος κύστη πρέπει να κενωθεί γιατί σε περίπτωση που είναι γεμάτη , μπορεί να αδειάσει στο χειρουργικό τραπέζι .
- στ) Γίνεται προνάρκωση συνήθως μισή ώρα πριν από το χειρουργείο . Το είδος της προνάρκωσης , η δόση του φαρμάκου και ο χρόνος χορήγησή

τους καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο .

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ποιο συχνά είναι κυρίως τα οπιούχα και βαρβιτουρικά . Αυτά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία , ακόμα μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και επομένως την απαιτούμενη για την αναισθησία δόση του ναρκωτικού .

Επίσης η προνάρκωση συμβάλλει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος , την ελάττωση των εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας .

Οι συγγενείς ενημερώνονται για την προνάρκωση που έγινε στον ασθενή και παρακαλούνται να κάνουν ησυχία και προσέχουν τον άρρωστο .

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Το μετεγχειρητικό στάδιο είναι ένα από τα δυσκολότερα στάδια που περνάει ένας ασθενής , εξαιτίας των μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών που εμφανίζονται σ' αυτό το στάδιο. Γι' αυτό το λόγο χρειάζεται ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα , και μάλιστα από εμπειρη και ικανή νοσηλεύτρια , η οποία θα έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να ασκήσει το καθήκον της .

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται με το φορείο . Η μεταφορά του αρρώστου με το φορείο θέλει ιδιαίτερη προσοχή . Ο ασθενής πρέπει να προφυλαχτεί από τα ρεύματα , γιατί όπως είναι ιδρωμένος προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό shock . Ο ασθενής τοποθετείται στην κατάλληλη θέση . Η πιο συνηθής θέση του καταγματία μετά το χειρουργείο είναι " ύπτια " με το κεφάλι στραμμένο πλάγως . Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών . Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι : πνευμονικές , κυκλοφορικές , ουροποιητικές , πεπτικές από το τραύμα , τους μυς και τις αρθρώσεις .

Η ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι , χρησιμοποιείται αμέσως μετά την εγχείρηση για την διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών .

Η νοσηλεύτρια παίρνει σε τακτά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά σημεία του αρρώστου , παρακολουθεί τη γενική του κατάσταση , ελέγχει το τραύμα για τυχόν διαπίστωση αιμορραγίας , παρακολουθεί την διανοητική και ψυχική κατάστασή του , τηρεί προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμε-

νων υγρών (εξαιτίας μετεγχειρητικού stress ,ο όγκος των ούρων είναι μικρός) . Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες τα ούρα του 24ωρου μπορεί να είναι μόνο 600-700 ml και με ψηλό ειδικό βάρος .

Επίσης φροντίζει για την καθαριότητα του αρρώστου .Αλλάζει τον ιματισμό και το νυχτικό του ασθενή καθημερινά και πλένει την στοματική κοιλότητα συχνά (προλαμβάνει στοματιτίδες και παροντίτιδες) .

Οι συχνές εντριβές και αλλαγή θέσεως προλαμβάνουν τις κατακλίσεις (οι κατακλίσεις παρουσιάζονται συχνά σε άτομα που δεν σηκώνονται γρήγορα από το κρεβάτι) . Η διαίτα του χειρουργημένου καταγματία είναι αρχικά υγρή , βαθμιαία προχωράει σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη .Ο άρρωστος πρέπει να πάρει πλήρη διαίτα όσο πιο γρήγορα είναι δυνατό , επειδή η καλή διατροφή μειώνει τη διάρκεια και τις επιπλοκές της ανάρρωσης .

Επειδή ο καταγματίας δεν μπορεί να σηκωθεί γρήγορα από το κρεβάτι εξαιτίας του τραυματός του είναι επιρρεπής στις διάφορες επιπλοκές (πνευμονικές, αγγειακές , πεπτικές) που παρουσιάζονται κατά το μετεγχειρητικό στάδιο . Γι'αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την εγκαίρη έγερση . Οι ασκήσεις αρχίζουν μέσα στο πρώτο 24ωρο και εκτελούνται κάτω από την καθοδήγηση της νοσηλεύτριας .

Οι ασκήσεις είναι: α) βαθιά αναπνευστικές κινήσεις , για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων .

β) Ασκήσεις των βραχιόνων πλήρως τροχίας στην κατ'ώμον άρθρωση.

γ) Ασκήσεις άκρων χεριών .

δ) Ασκήσεις άκρων ποδιών .

ε) Ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών .

Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας και κάθε τι σχετικό με το χειρουργημένο , πρέπει να αναγράφονται στο

νοσηλευτικό δελτίο , για την ενημέρωση της ομάδας υγείας ή και να αναφέρονται στο αρμόδιο πρόσωπο , όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο .

Η ακριβής ενημέρωση της ομάδας υγείας για την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς βοηθάει πολύ στο ανακουφιστικό και θεραπευτικό της έργο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μετά από κάθε χειρουργείο είναι δυνατόν να εμφανιστούν ορισμένες καταστάσεις που θα ταλαιπωρούν τον ασθενή ή μπορούν ακόμη να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του.

Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται επιπλοκές , και είναι βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας να μπορεί να αναγνωρίσει τα πρώτα συμπτώματα της κάθε επιπλοκής που παρουσιάζεται για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωσή της .

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι : shock ή καταπληξία .

Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές , και είναι από τις κυριότερες αιτίες θανάτου .

Το shock είναι ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών . Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική ανοξία των διαφόρων οργάνων .

Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα : σφυγμός μικρός , συχνός και μόλις αισθητός , αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη , βλέμμα απλανές και αδιάφορο , πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης , δέρμα και βλεννογόνοι ωχροί , άκρα ψυχρά , ψυχρός ιδρώτας . Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων , εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας .

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι :

Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση) , για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου .

θέρμανση του ασθενή με κουβέρτες , περιορισμός κινήσεων του ασθενή , καρδιοτονώση και χορήγηση ενδοφλεβίως αιμάτος ορού ή πλάσματος μετά από οδηγία γιατρού , εισαγωγή καθετήρα Foley , για ωριαία μέτρηση όγκου ούρων , ειδικού βάρους ΡΗ.

Επίσης χορηγούνται μεγάλες δόσεις σκευασμάτων υδροκορτιζόνης μετά από ιατρική οδηγία και η νοσηλεύτρια του θαλάμου παρακολουθεί συνέχεια τα Ζ.Σ. του ασθενή .

Αιμορραγία :

Οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες διακρίνονται σε :

1) Πρωτογενείς 2) Διάμεσες 3) Δευτερογενείς .

Επίσης ανάλογα με το είδος του αγγείου που αιμορραγεί σε :

1) Τριχοειδική 2) Φλεβική 3) Αρτηριακή .

Παράγοντες που συντελούν σ'αυτή την επιπλοκή :

- Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και κυρίως των τριχοειδών
- Η μόλυνση του τραύματος
- Βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενή
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος

Συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής .

- Ο άρρωστος είναι αγχώδης , ανήσυχος , κινείται συνεχώς , διψά , το δέρμα του είναι κρύο ωχρο και υγρό .
- Σφυγμός συχνός , μικρός , η θερμοκρασία πέφτει , οι αναπνοές συχνές και βαθιές .
- Παρατηρείται πτώση ΑΠ , της ΦΠ και του αιματοκρίτη .
- Χείλη και επιπεφυκότες ωχροί .

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι :

- 1) Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση shock .
- 2) Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμίσει ο άρρωστος .
- 3) Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροπη θέση , κάλυψη με γάζα και πλεστική επίδεση .
- 4) Μετάγγιση αίματος .
- 5) Αν δεν υπάρχει αίμα δίνετα πλάσμα ή υποκατάστατά του , φυσικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή γλυκόζης .

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών , δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η ταχεία χορήγηση υγρών μπορεί να αυξήσει πολύ την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία .

Πνευμονικές επιπλοκές:

Είναι συχνές και σοβαρές επιπλοκές.

Αίτια που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι :

- α) Λοιμώξεις στόματος, ρινός λαιμού .
- β) Ερεθιστική επίδραση του αναισθητικού .
- γ) Η εισρόφηση εμεσμάτων .
- δ) Κατάχρηση καπνίσματος και χρόνιες αναπνευστικές νόσοι .
- στ) Παχυσαρκία ή αδυναμία , πολύ μεγάλη ή πολύ μικρή ηλικία.

Η πρόληψη των εκδηλώσεων αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει:

- Στη παρακολούθηση του καταγμάτων , μέχρι την τέλεια απο-
νάρκωσή του .
- Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς .
- Υποδοχή του αρρώστου σε ζεστό κρεβάτι και διατήρησεί του ζεστό .
- Εγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση .
- Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς , για την αποφυγή πνευμονικής
στάσεως του αίματος .
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές , να βήχει
και να κάνει κινήσεις άκρων .
- Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Κατά την πνευμονική εμβολή έχουμε μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα. Ο άρρωστος ξαφνικά παρουσιάζει εντονότατο πόνο στο θώρακα, αδυναμία να αναπνεύσει, κυάνωση και αγωνία.

Οι κόρες του διαστέλλονται και τον περιλούζει κρύος ιδρώτας.

Ο σφυγμός είναι συχνός και άρρυθμος, που τελικά γίνεται αφηλάφητος και στο τέλος ο άρρωστος πεθαίνει.

Οι ενέργειες της νοσηλεύτριας για την πρόληψη της πνευμονικής εμβολής είναι :

- Ενθαρρύνει τον ασθενή να εφαρμόσει τις αναπνευστικές κινήσεις που του έχει δείξει (10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα).
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να εφαρμόσει τις ασκήσεις των βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ'ώμον άρθρωση, και τις ασκήσεις άκρων χεριών.
- Αποφυγή εντριβών των άκρων.
- Επίσης ενθαρρύνει τον καταγματία να σηκωθεί γρήγορα από το κρεβάτι και να δραστηριοποιηθεί.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την εμφάνιση των συμπτωμάτων της πνευμονικής εμβολής είναι :

- Ο άρρωστος τοποθετείται σε αναπνευστική θέση, γίνεται χορήγηση O_2 και σε ανάγκη διασωλήνωση και σύνδεση με μηχανικό αναπνευστήρα.
- Χορηγούνται αναλγητικά και κατευναστικά για μείωση της αγωνίας, που αυξάνει τον υποαερισμό καθώς και υποστηρικτικά της καρδιακής λειτουργίας.
- Επίσης η νοσηλεύτρια παρακολουθεί συνεχώς τα Ζ.Σ του αρρώστου, το χρώμα, την ποσότητα και τη σύσταση των πτυέλων, το ισοζύγιο προ-

σλαβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών και τέλος στέλνει τον ασθενή για σπυθηρογράφημα πνευμόνων .

Κατακλίσεις: είναι από τις πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές σε καταγματίες εξαιτίας της μακροχρόνιας παραμονής στο κρεβάτι .

Κατάκλιση είναι η πληγή που προκαλείται από νέκρωση περιοχής του δέρματος που συνοδεύονται συχνά από προοδευτική καταστροφή των υποκείμενων ιστών .

Τα συμπτώματα δημιουργίας κατακλίσεως είναι τα ακόλουθα:

- Εάν η κατάκλιση δεν αντιμετωπισθεί τότε έχουμε εμφάνιση κυανώσεως και ψυχρότητας του δέρματος. Μειώνεται ή χάνεται τελείως η αισθητικότητα του δέρματος.
- Και τέλος εάν τα αίτια που ενισχύουν τη δημιουργία της κατακλίσεως δεν αρθούν επαρκώς τότε εμφανίζεται " η εσχάρα " που δημιουργείται από την πλήρη τοπική νέκρωση των κυττάρων του δέρματος.

Η πρόληψη και η νοσηλευτική φροντίδα των κατακλίσεων είναι:

- Συχνή αλλαγή θέσεως εφόσον αυτό δεν επηρεάζει την κατάσταση του αρρώστου.
- Συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πλέζονται για τυχόν εμφάνιση κοκκινίλας.
- Διατήρηση κλινοσκεπασμάτων καθαρών και τεντωμένων, χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκώματα , διατήρηση καθαρών και στεγνών των μελών του σώματος.
- Πλύσιμο του δέρματος γύρω από την κατάκλιση με ζεστή "σαπουνάδα" και εντριβή με οινόπνευμα.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ο ορθοπεδικός άρρωστος δεν αντιμετωπίζει μόνο προβλήματα φυσικής αποκατάστασης , αλλά και προβλήματα κοινωνικής αποκατάστασης καθώς και ψυχολογικά . Η νοσηλεύτρια οφείλει να είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ποικίλες ανάγκες του και να τον βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ,μια και αυτός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τον εαυτό του εύκολα , εξαιτίας της βλάβης που προκλήθηκε . Ορθοπεδικά προβλήματα εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες και ακολουθούνται συνήθως από οικονομικά προβλήματα .Η αναπηρία που προκλήθηκε λόγω της μακράς παραμονής απειλεί ακόμη περισσότερο αυτόν που φορτώθηκε τα βάρη τα "προς το ζην" και πολύ συχνά οι αρρώστοι αυτοί αντιμετωπίζουν το θέμα της αποκατάστασής τους με έντονη απαισιοδοξία .Ορθοπεδικοί άρρωστοι με αναπηρία μεγάλης διάρκειας έχουν ανάγκη φυσικής και συναισθηματικής αποκατάστασης . Η αντιμετώπιση και ικανοποίηση ψυχολογικών αναγκών απαιτεί την νοσηλεύτρια να βρίσκει τρόπους για συνεχή απασχόληση του .

Τα αισθήματα της ασφάλειας και χρησιμότητας εύκολα αναπτύσσονται και σταθεροποιούνται στον άρρωστο , όταν αυτός παίρνει ενεργό μέρος σε προγράμματα εργασιοθεραπείας κ.τ.λ. Η συμμετοχή αυτή πρέπει να γίνεται γνωστή και σε όλες τις νοσηλεύτριες της μονάδας και να αποτελεί μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας του . Αν είναι δυνατό ,αυτός πρέπει συμμετέχει σε ενεργητικές ασκήσεις και η εργασιοθεραπεία είναι πολύ ωφέλιμη γι'αυτόν . Τις ώρες της αναπαύσεως μπορεί να μελετά ,να παρακολουθεί την τηλεόραση ή να χρησιμοποιεί ραδιόφωνο. Σε περιπτώσεις που ο άρρωστος είναι τελείως ακίνητος στο κρεβάτι του και πάλι πρέπει να ενισχύεται , ώστε να απασχολείται ανάλογα με τις προτιμήσεις του ,π.χ συζήτηση ,μελέτη κ.τ.λ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α!

ΕΠΩΝΥΜΟ : Π

ΟΝΟΜΑ : Σ

ΗΛΙΚΙΑ : 22

ΔΙΑΜΟΝΗ : ΠΑΤΡΑ

ΕΙΣΟΔΟΣ : 12-9-94

ΚΛΙΝΙΚΗ : ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Διατροχαντήριο κάταγμα αριστερού μηριαίου .

Στις 12-9-94 εισήλθε στην ορθοπεδική κλινική του " Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών " Ο Π.Σ. κάτοικος Πατρών, ετών 22 , βάρους 73 Kgr , φοιτητής ασφαλισμένος στο Ι.Κ.Α .

Κατά την λήψη ιστορικού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μαθαίνουμε πως ο ασθενής έπεσε από το μηχανάκι μετά από ατύχημα και ένιωσε έντονο πόνο και λειτουργική αδυναμία στο αριστερό κάτω άκρο .

Στα έκτατα εξωτερικά ιατρεία διαπιστώθηκε από τους γιατρούς λειτουργική ανεπάρκεια του σκέλους , στροφή του σκέλους προς τα έξω και έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της περιλοχής .

Μετά την κλινική εξέταση των ορθοπεδικών ιατρών , ο ασθενής μεταφέρθηκε με φορείο στο ακτινολογικό εργαστήριο για ακτινολογικό έλεγχο .

Η διάγνωση ήταν διατροχαντήριο κάταγμα του αριστερού μηριαίου

οστού .

Ο ασθενής κατόπιν μεταφέρθηκε με το φρείο στην Ορθοπεδική Κλινική . Μετά την τοποθέτηση του ασθενή στο κρεβάτι του έγινε λήψη των ζωτικών του σημείων .

ΑΠ : 130/60 mm Hg

Σφυγμός : 90/λεπτό

Θερμοκρασία : 36.5 °C

Μετά χορηγήθηκε παυσίπονο για ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. Οι γιατροί αποφάσισαν ότι το κάταγμα έπρεπε να αντιμετωπισθεί χειρουργικά . Προγραμματίστηκαν Εργαστηριακές Εξετάσεις , ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα .

Εργαστηριακές Εξετάσεις :

Αιματοκρίτης :	47%
Αιμοσφαιρίνη :	138
Αιμοπετάλια :	Κ.Φ.
Λευκά αιμοσφαίρια :	9.500
Πολυμορφοπύρηνα :	58
Λεμφοκύτταρα :	25
Ηωσινόφυλα :	2
Μονο :	2
Τ.Κ.Ε. :	31
Σάκχαρο :	90
Ουρία :	40
Κάλιο :	41
Νάτριο :	144
Χρ. Πρ. :	13.8

Η ακτινογραφία θώρακος ήταν φυσιολογική καθώς και το ηλεκτροκαρδιογράφημα . Επειδή ο ασθενής επρόκειτο να υποστεί μεγάλη και δύσκολη εγχείριση του έγινε σωματική τόνωση , αλλά και ψυχολογική υποστήριξη .

Ακόμα έγινε στον ασθενή παρακολούθηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών .

Πέντε ώρες πριν από την εγχείριση έγινε στον ασθενή χορήγηση καθαρτικού για την εκκένωση του εντέρου και προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου . Έγινε καλός καθαρισμός της περιοχής της τομής καθώς και της γύρω περιοχής . Ακόμα ο ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα .

Μετά τη σωματική και τοπική καθαριότητα ο ασθενής φόρεσε την ειδική ρόμπα του χειρουργείου .

Έγινε προνάρκωση του ασθενή και μεταφορά του στο χειρουργείο . Εκεί έγινε εσωτερική συγκράτηση του κατάγματος με ήλο και κοχλίες .

Με την αποχώρηση του ασθενή από το θάλαμο στο χειρουργείο , έγινε ετοιμασία του θαλάμου και στρώσιμο του χειρουργικού κρεβατιού για να είναι έτοιμο με την επιστροφή του από το χειρουργείο .

Μόλις τελείωσε η χειρουργική επέμβαση ο ασθενής μεταφέρθηκε στην αίθουσα ανάνηψης όπου εκεί του πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία .

ΑΠ : 110/60 mm Hg

ΣΦ : 80/λεπτό

θ : 36.6 °C

Μετά ο ασθενής μεταφέρθηκε στο θαλαμό του . Εκεί του γινόταν συχνή παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση επιπλοκών . Του γινόταν τακτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων καθώς και των άκρων του ασθενή .

Την επόμενη μέρα έγινε ακτινολογικός έλεγχος στο σημείο της επέμβασης . Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής εμφάνισε πυρετό και ο γιατρός του χορήγησε αντιβίωση κάθε 6ωρες .Ακόμα έκανε 3 φορές εμμέτους . Η αδελφή τηρούσε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών . Ο ασθενής έκανε συχνούς εργαστηριακούς ελέγχους . Η έξοδός του έγινε στις 25-9-94 . Πριν την έξοδό του , του έγινε διδασκαλία και διαφώτιση , για να δοθεί καλύτερη και σωστότερη προσοχή .

Πρόβλημα ασθενή Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλ/κής φροντίδας	Προγραμματισμός της νοσηλ/κής φροντίδας	Εφαρμογή της νοση- λευτικής παρέμβασης	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
1) Ο ασθενής χρειάζεται νοσηλεία στην Ορθρ/κή Κλινική και χειρουργική αντιμετώπιση .	Ακινητοποίηση του κατά- γματος κ' περιποίηση της υπάρχουσας βλάβης για πρόληψη επέκτασης του	Τοποθέτηση του ασθενή- νους στο θάλαμο του . Παρακολούθηση της γε- νικής κατάστασης του ασθενούς .	Μεταφέρεται του ασθενή- νους κρεβάτι που του έχει ετοιμαστεί .	Το σκέλος ακινητοποιήθει- κε .
2) Ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή .	Ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας για ανα- κούφιση από το άγχος και την αγωνία . Να προετοιμαστεί ο ασθενή- νός για την εισαδό του στο χειρουργείο .	Να γίνει ενημέρωση από τη νοσηλεύτρια . Να γίνει συζήτηση με τον ασθενή για να δο- θούν απαντήσεις στα ερωτήματά του .	Η νοσηλεύτρια έκανε την ενημέρωση . Η συζήτηση έγινε με τον ασθενή και τους συγγενείς .	Ο ασθενής είχε ακόμα λίγο άγχος και αγωνία . Ο ασθενής κάπου ανακου- φίστηκε αλλά έδειξε με- γαλύτερη εμπιστοσύνη . Μένουμε στο πλευρό του και τον καθησυχάζουμε .
3) Πόνος στο αριστερό πόδι .	Ανακούφιση από τον πόνο .	Να χορηγεί στον ασθενή- νή παυσίπονο . Να το- ποθετηθεί σε θέση που να ανακουφίζει ύστερα από ιατρική εντολή .	Χορήγηση παυσίπονου Ο ασθενής τοποθετήθη- κε σε καλύτερη θέση .	Ο ασθενής μετά την χορή- γηση παυσίπονου ηρέμησε . Η θέση αυτή τον ανακου- φισε .
4) Λειτουργική αδυναμία και επιδείνωση του πόνου σε κάθε κίνηση .	Να μειωθεί ο πόνος και η κίνηση του άκρου .	Να μειώσουμε στο ελά- χιστο τις κινήσεις του άκρου .	Ακινητοποιούμε το σκέλος που φέρει το κάταγμα με πρόχειρους νάρθηκες .	Ο ασθενής κάπως ανακου- φίστηκε .
5) Εργαστηριακές εξετά- σεις για τις ανάγκες της εγχείρησης .	Να δούμε αν ο ασθενής εί- ναι σε θέση να χειρουργη- θεί . Οι εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται πριν από κάθε περίπτωση .	Να μην φάει ο ασθενής το πρωί πριν από τις εργαστηριακές εξετά- σεις .	Έγινε η λήψη αίματος για τις εξετάσεις .	Τα αποτελέσματα των εξε- τάσεων ήταν ικανοποι- ητικά .
6) Προεγχειρητική ετοιμασία .	Παρακολούθηση γενικής κα- τάστασης του ασθενή . Ο	Παρακολούθηση για τυ- χόν εμφάνισει κρυστο-	Η παρακολούθηση έγινε από την νοσηλεύτρια	Ο ασθενής ήταν έτοιμος για να μπει στο χειρου-

Πρόβλημα ασθενή Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλ/κής φροντίδας	Προγραμματισμός της νοσηλ/κής φροντίδας	Εφαρμογή της νοση- λευτικής παρέμβασης	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
	<p>ασθενής να μείνει νησι- κός .Προνάρκωση του ασθενή- νούς με τα κατάλληλα αναισθητικά .</p>	<p>γήματος .Να μην φάει το πρωί .Λίγες ώρες πριν μπει στο χειρου- ργείο γίνεται περι- ποίηση του χειρουργι- κού πεδίου .Ξυρίζεται η γύρω περιοχή . Να γίνει η κορήνηση ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΡΟ- ΠΙΝΗΣ ΕΝΔΟΦΥΣΙΑ</p>	<p>του θαλάμου . Ο ασθενής έμεινε νηστικός και του έγινε λήψη αίματος . Η νοσηλεύτρια έκανε την προνάρκωση .</p>	<p>ργείο . Τα αποτελέσματα ήταν καλά . Έγινε η προνάρκωση χωρίς να έχει αντίρρηση ο άρρω- στος .</p>
7) Ο ασθενής έκανε δύο εμμέτους .	<p>Αντιμετώπιση των εμμετών . Πρόληψη για επιδείνωση της κατάστασης .</p>	<p>Να ανακουφισθεί από τους εμμετούς .</p>	<p>Γίνεται περιποίηση στη στοματική κοιλό- τητα μετά από τους εμμετούς .Προφυλάσσο- νται τα κλινοσκε- πάσματα .</p>	<p>Οι εμμετοί είναι ένα σύ- νηθες φαινόμενο που όμως δεν διαρκεί πολύ .</p>
8) Πυρετός .	<p>Άμεση αντιμετώπιση του πυρετού . Πρόληψη επιδεί- νωσης της κατάστασης .</p>	<p>Να ανακουφισθεί από τον πυρετό .</p>	<p>Χορήγηση αντιπυρετι- κών μετά από εντολή γιατρού . Χορήγηση αντιβίωσης μετά από εντολή γιατρού . Εφα- ρμόθηκαν στον ασθενή κρύες κομπρέσες .</p>	<p>Ο πυρετός ελαττώθηκε . Ο ασθενής ανακουφίσθηκε</p>
9) Δυσκοιλιότητα και τυ- μπανισμός κοιλίας .	<p>Αντιμετώπιση της δυσκοι- λιότητας . Αντιμετώπιση του μετεωρισμού .</p>	<p>Να χορηγηθεί υπόθετο για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας . Να τοποθετηθεί σωλή- νας αερίων .</p>	<p>Τοποθετήθηκε σωλήνας αερίων . Χορηγήθηκαν υπόθετα για την δυ- σκοιλιότητα .</p>	<p>Βεβαίως της ακινησίας του ασθενή και της επι- δράσεως του αναισθητικού δημιουργείται δυσκοιλιό- τητα στον καταγμάτια και μετεωρισμός . Μετά την εφαρμογή του σωλήνα αερίων και του υποθέτου ο άρρωστος αισθάνθηκε καλύτερα .</p>

Πρόβλημα ασθενή Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλ/κής φροντίδας	Προγραμματισμός της νοσηλ/κής φροντίδας	Εφαρμογή της νοση- λευτικής παρέμβασης	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
10) Ο ασθενής κατά τη 8η μετεγχειρητική μέρα παρουσίασε έρπυθροτικό και ευαισθησία στη φτέρνα του αριστερού ποδιού . Στο σημείο αυτό είχε δημιουργηθεί μια μικρή κατάκλιση .	Άμεση αντιμετώπιση της κατάκλισης . Πρόληψη επιδείνωσης της κατάκλισης . Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του δέρματος .	Ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος. Διάρθρωση του δέρματος στεγνού κατ-καθαρού. Απομάκρυνση ή ανακούφιση του μέρους του σώματος από πιεστικά παράγοντα , ο οποίος επιβαρύνει την κυκλοφορία του αίματος . Καλή καθαριότητα του δέρματος .	Ενισχύθηκε η κυκλοφορία του δέρματος και η θρέψη των ιστών με συχνές εντριβές με οινόπνευμα με πλύσεις με πολύ ζεστό νερό . Διατηρήθηκαν τα κλινοσκεπάσματα στεγνά και τεντωμένα . Διατηρήθηκαν στεγνά και καθαρά τα μέλη του σώματος που πιεζόνταν	Η κατάκλιση αντιμετωπίστηκε γρήγορα και δεν επεκτάθηκε . Η κατάκλιση δημιουργήθηκε λόγω της ακινησίας . Η προφύλαξη του ασθενή από τη δημιουργία κατάκλισεων είναι ο ιδεώδης τρόπος για την αντιμετώπιση τους και είναι καθήκον και ευθύνη απο-κλειστικά της νοσηλεύτριας.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β!

ΕΠΩΝΥΜΟ : Τ

ΟΝΟΜΑ : Π

ΗΛΙΚΙΑ : 14

ΔΙΑΜΟΝΗ : ΠΑΤΡΑ

ΕΙΣΟΔΟΣ : 29-6-94

ΚΛΙΝΙΚΗ : ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ

Στις 29-6-94 εισήλθε στην Ορθοπεδική Κλινική του " Νοσοκομείου Παιδων Μπέμμη Καραμανδάνη " Η Τ.Π. ετών 14 , κάτοικος Περιβόλας Πατρών , βάρους 45 Kgr , μαθήτρια , ασφαλισμένη στον Ο.Γ.Α. .

Η ασθενής αναφέρει ότι μετά από την ολίσθηση και πτώση της , ένιωσε έντονο πόνο στην περιοχή του γλουτού και λειτουργική αδυναμία του δεξιού κάτω άκρου .

Μετά την πτώση της , οι συγγενείς της την μετέφεραν στα Έκτακτα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου όπου εκεί της δόθηκαν οι πρώτες βοήθειες .

Εκεί κατά την κλινική εξέταση που της έκανε ο ιατρός και ύστερα από τον ακτινολογικό έλεγχο , βεβαιώθηκε το σημείο και η μορφή του κατάγματος .

Η ασθενής κατόπιν μεταφέρθηκε στην Ορθοπεδική Κλινική όπου εκεί τοποθετήθηκε στο κρεβάτι της . Μετά την τοποθέτησή της στο κρεβάτι , της έγινε λήψη των ζωτικών σημείων

ΑΠ : 120/60 mm Hg

ΣΦ : 80-85 λεπτό

Θερμοκρασία : 36.4°C

Η νοσηλεύτρια χορήγησε παυσίπονο για την ανακούφιση της ασθενούς

από τον πόνο .

Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τους γονείς για την κατάσταση της ασθενούς. Μετά από λίγη ώρα έφτασε και ο ορθοπεδικός , ο οποίος και με την βοήθεια του ακτινολογικού ελέγχου διαγνώσθηκε κάταγμα στο δεξιό μηριαίο οστό.

Ο γιατρός θεώρησε σαν καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης την συντηρητική θεραπεία . Αυτή περιλαμβάνει ακινητοποίηση του άκρου με δερματική έλξη για ένα μήνα , μέχρι να γίνει ανάταξη και στη συνέχεια εφαρμογή γύψου .

Πρόβλημα ασθενή Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλ/κής φροντίδας	Προγραμματισμός της νοσηλ/κής φροντίδας	Εφαρμογή της νοση- λευτικής παρέμβασης	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
1) Το παιδί χρειάζεται να νοσηλευτεί στο νοσο- μείο .	Ακινητοποίηση του κατά- γματος κ' περιποίηση της υπάρχουσας βλάβης για πρόληψη επέκτασης του	Να τοποθετηθεί το παιδί στο θάλαμο του. Να παρακολουθείται η γενική κατάσταση του παιδιού .	Μεταφέρεται το παιδί στο κρεβάτι που του έχει ετοιμαστεί . Μετά την τοποθέτηση του , έγινε έλεγχος των ζωτικών σημείων .	Το σκέλος ακινητοποιήθη- κε . Τα ζωτικά σημεία έδειξαν ΑΠ=120/60mm Hg ΣΦ=80-85/λεπτό ΘΕΡΜ.=36.3°C
2) Ανάγκη ελέγχου γενι- κής κατάστασης ασθενούς .	Διαπίστωση τυχόν αιμορρα- γίας ή άλλων επιπλοκών εξαιτίας του κατάγματος .	Να γίνει ο έλεγχος από την νοσηλεύτρια του θαλάμου και να ειδοποιήσει το γιατρό αν παρατηρήσει κάτι το ανησυχητικό .	Ο έλεγχος έγινε από τη νοσηλεύτρια του θαλάμου . Πήρε τα Ζ.Σ της ασθενούς και έλεγε το σπασμένο άκρο .	Τα Ζ.Σ. ήταν ΑΠ=110/70mm Hg. θ= 36.5°C. ΣΦ=68-70/λεπτό Η γενική κατάσταση ήταν καλή.
3) Κατάσταση ανησυχίας	Να βρούμε την αιτία που κάνει την ασθενή μας ανή- συχη , κ' ο σκοπός μας είναι η καθυσύχηση της μικρής μας ασθενής, για την εισοδό του στο χειρουργείο .	Να γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων .	Στις 1:30 πμ πάθησαν πάλι τα ζωτικά σημεία ΑΠ=106/75mm Hg. ΣΦ=88/λεπτό. Αναπ=28/λεπτό.	Βλέπουμε ότι κάπως έχει αρχίσει να βελτιώνεται η ανησυχία του .
4) Ανάγκη ενημέρωσης και ψυχολογικής προσέγγισης της οικογένειας και της ασθενούς .	Απομάκρυνση του άγχους και της αγωνίας .	Η ενημέρωση να γίνει από την Νοσηλεύτρια και από τους γιατρούς	Η ενημέρωση έγινε .	Η ασθενής παραπονέθηκε για την παραμονή της στο Νοσοκομείο ήταν ανήσυχη.
5) Πυρετός	Να ρίξουμε τον πυρετό στα φυσιολογικά του επίπεδα .	Να χορηγηθούν αντιπυ- ρετικά μετά από εντο- λή του ιατρού .Να γίνει συχνή θερμομέ- τρηση .Να λάβουμε μέ- τρα για να ανακουθη- σθεί το παιδί .	Χορήγηση PONSTAN στο παιδί μετά από εντολή ιατρού .Στη συνέχεια κάνουμε στο παιδί ένα χλιαρό λουτρό.Το σκε- πάζουμε με ελαφρό ρούχο.Εξασφαλίζουμε ήρεμο περιβάλλον και τοποθετούμε κρύες κο- μπρέσες στο μετωπό του	Κατεβάσαμε τον πυρετό στο 37.6°C . Από όλες τις ενέργειες μας αυτές καταφέραμε να ρίξουμε τον πυρετό στο 36.7°C .

Πρόβλημα ασθενή Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός της νοσηλ/τικής φροντίδας	Εφαρμογή της νοσηλευ- τικής παρέμβασης	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων κ'επιστημονική εκτίμηση
6) Ανάγκη εφαρμογής δερματικής έλξης .	Να ελαττωθεί ο μυϊκός σπασμός .Να ακινητοποιη- θεί το κάτω άκρο . Να διορ- θεί η παραμόρφωση .	Να εφαρμοσθεί αμέσως η δερματική έλξη .	Εφαρμόζουμε ταινίες λευκοπλάστ στη μέση και έξω πλευρά του πόδιού .Κατόπιν τυ- λίγουμε το πόδι με επίδεσμο και κρεμάμε βάρος 4-5 Kgr μετά από οδηγία ορθοπεδι- κού .	Εφαρμόσθηκε η έλξη και παρέμεινε στο παιδί πε- ρίπου ένα μήνα .Ετσι πέτυχε η αναμενόμενη ανάταξη ,με την ακινη- τοποίηση .
7) Παρακολούθηση του μέ- λους που φέρει την έλξη καθώς και του συστήματος της έλξης.	Να προλάβουμε τυχόν κυ- κλοφοριακές διασέρειες , κιάνωση ,ψυχρότητα . Να δούμε για την κάλη λει- τουργεία του συστήματος.	Να ελέγχουμε καθημε- ρινά το πόδι και να ενημερώσουμε και τους γονείς για την ανα- γνώριση συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανι- σθούν	Ο έλεγχος γινόταν και στο πόδι αλλά και στο σύστημα από τη νοση- λεύτρια .	Το παιδί δεν παρουσίασε σημεία κυκλοφοριακής δυ- σχέρειας .Το σύστημα δεν παρουσίασε πρόβλημα.
8) Γίνεται ακτινολογικός έλεγχος.	Να δούμε την πορεία της ανάταξης .	Να γίνει η ακτινογρα- φία στο κρεβάτι του παιδιού.	Η ακτινογραφία έγινε .	Η πορεία της ανάταξης προχωράει ικανοποιητικά.
9) Εξέταση του δέρματος για τυχόν ερεθισμό από την κολλητική ταινία.	Ελεγχος για την διάγνωση τυχόν δερματίτιδας που μπορεί να εμφανισθεί .	Να γίνει έλεγχος από τη νοσηλεύτρια .	Ο έλεγχος έγινε .	Δεν υπάρχει ένδειξη δερματίτιδας.

Πρόβλημα ασθενή Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί/σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός της νοσηλ/κής φροντίδας	Εφαρμογή της νοση- λευτικής παρέμβασης	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
10) Περιποίηση της πε- ριοχής των γλουτών και της ράχης .	Να προλάβουμε τυχόν επι- πλοκές όπως είναι η ερυ- θρότητα και η κατάκλιση .	Να περιποιηθούμε το δέρμα στους γλουτούς και τη ράχη σε συχνά διαστήματα .	Καθημερινά περιποίηση και καθαρισμός.	Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλά.Η περιοχή των γλουτώνκαι της ράχης εί- ναι σε καλή κατάσταση.
11) Ανάγκη εφαρμογής γύψου και παρακολούθηση του γύψου και του τραυ- τισμένου άκρου .	Να ακινητοποιηθεί το κά- ταγμα .Ευκρότερη κίνηση του παιδιού .Πρόληψη επι- πλοκών(κακοσμία ,αισθητι- κές διαταραχές).	Να πάει το παιδί στην αίθουσα εφαρμογής γύ- ψου.Να ενημερωθεί για το τί θα του γίνει. Έντατικός έλεγχος.Να ενημερωθούν οι γονείς για τα συμπτώματα που εμφανίζουν επιπλοκές ώστε να ειδοποιηθούν έγκαιρα τη νοσηλ/ύτρια	Έγινε η εφαρμογή γύ- ψου από το γιατρό και τη νοσηλεύτρια . Ο έλεγχος γίνεται κα- θημερινά.	Κανένα πρόβλημα κατά την εφαρμογή.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η αποδοχή του γεγονότος ότι ένα άτομο βρίσκεται σε μια κατάσταση απαιτεί πλήρη μεταβολή του τρόπου ζωής , είναι πάντα δύσκολη .

Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η συναισθηματική αντίδραση συχνά παρεμποδίζει την θεραπεία .

Απ'τη μια μεριά η πρωτογενής αντίδραση μπορεί να εμφανιστεί με άρνηση συνεργασίας και από την άλλη μπορεί να υπάρχει υπερβολική ενασχόληση με την πάθηση .

Η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλλει κάθε προσπάθεια να χαράξει μια μέση γραμμή , στην οποία ο ασθενής αναγνωρίζει την κατάστασή του και ανταποκρίνεται σ'αυτήν σωστά , χωρίς να του γίνεται έμμονη ιδέα . Πρέπει να αναπτύξει διάλογο μαζί του καθώς και με την οικογένειά του , προσπαθώντας να τους κάνει να καταλάβουν ότι δεν διαφέρουν από τους άλλους ασθενείς .

Τα προβλήματα που δημιουργούνται μπορούν να αντιμετωπισθούν με την κοινή λογική που συνδυάζεται με αίσθημα συμπάθειας και σταθερότητας .

Εκτός από τα παραπάνω η Νοσηλεύτρια μπορεί να δράσει και σε τομείς όπως τα Νοσοκομεία , τα Κέντρα Υγείας , τα Αγροτικά Ιατρεία και κάθε άλλος χώρος ανθρώπινης δραστηριότητας .

Αντικείμενο εργασίας της είναι ο ίδιος ο άνθρωπος . Είναι ο άνθρωπος που αναζητεί μέσα , τρόπους και μεθόδους για την επίλυση των προβλημάτων , αμφισβητήσεων , μετεωρήσεων των συνανθρώπων του .

Ο Νοσηλεύτης οφείλει να κινηθεί γρήγορα με επιδεξιότητα και ευστροφία , με πίστη για την δουλειά του και τον συνάνθρωπό του .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΒΑΣΩΝΗ Β. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ " Επιτομή Χειρουργικής - Ορθοπεδικής "
 5η Έκδοση αναθεωρημένη , Αθήνα 1987
- ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ - Γ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ , " θέματα Ορθοπεδικής και Τραυματιολογίας " . Έκδοση Γ , Εκδόσεις ΓΡ . Παρισιανός , Αθήνα 1981
- ΓΕΡΜΑΝΗ ΙΩΑΝΝΟΥ , " Ορθοπεδική Χειρουργική " Τόμος 10ος Εκδόσεις "Ατλαντίς - Μ. Πεχλιβανίδης & Σια " , Αθήνα 1977
- ΕΠΙΤΟΜΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ ΑΤΛΑΣ , Τόμοι Α' και Β' Έκδοση Κυριακίδη 1985
- KISS/SZENTAGOTHAÏ ."Ατλας Ανατομίας του Ανθρώπου " . Τόμος 1ος , Έκδοση 52α , Εκδόσεις Αθηνάς Μатарάγκας , Αθήνα 1974
- KISS/SZENTAGOTHAÏ " Ατλας Ανατομίας του Ανθρώπου " . Τόμος 2ος , Έκδοση 52β , Εκδόσεις Γεώργιος Μатарάγκας , Αθήνα 1966
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ.Σ. " Γενική Παθολογική -Χειρουργική Νοσηλευτική " , Τόμος Α' Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων " Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1985
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ.Σ. " Γενική Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική " Τόμος Β' Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων " Η ΤΑΒΙΘΑ " Αθήνα 1987
- ΣΑΧΙΝΗ Α. ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ Μ. " Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική " Τόμος 2ος μέρος Β' Έκδοση Πρωτότυπη , Εκδόσεις "ΒΗΤΑ " Αθήνα 1985
- ΣΑΧΙΝΗ Α. ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ Μ. " Παθολογική & χειρουργική Νοσηλευτική " Τόμος 1ος Επανάκδοση , Εκδόσεις " ΒΗΤΑ " Αθήνα 1985
- ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Π. " Ορθοπεδική " Εκδόσεις " University Studio Press , Θεσσαλονίκη 1984

