

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

---

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΑΙ Ο  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ

---

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
κ. Αντωνακόπουλος

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
Βασιλική Αναγνωστοπούλου

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ  
ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 21-10-1994



ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 1408

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</b>	
<b>ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>	4
- Εισαγωγή ασθενούς	4
- Προεγχειρητική φροντίδα (Γενικά)	8
- Ψυχολογική προεγχ. προετοιμασία	9
- Γενική προεγχειρητική προετοιμασία	12
- Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία	24
- Τελική προεγχειρητική προετοιμασία	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</b>	
<b>ΗΜΕΡΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ</b>	32
- Προνάρκωση	32
- Μεταφορά αρρώστου στο χειρουργείο και προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς	37
- Γενικά καθήκοντα νοσηλευτριών χειρουργείου	39
- Θέσεις αρρώστου στο χειρουργικό τραπέζι	40
- Αναισθησία ή νάρκωση	45
- Τοπική αναισθησία	47
- Τοπική αναισθησία περιφερικού νευρικού συστήματος ή περιοχική αναισθησία	48
- Γενική αναισθησία	50
- Ανάνηψη ή τμήμα αποναρκώσεως	52
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</b>	
<b>ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</b>	
<b>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	59
- Μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ)	59
- Μετεγχειρητική φροντίδα	63

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο</b>	
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ</b>	78
- Διάκριση τραυμάτων	78
- Επούλωση τραυμάτων	79
- Επίδεση τραυμάτων	82
- Τρόπος χειρουργικής επίδεσης	83
- Τεχνική της αλλαγής	84
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο</b>	
<b>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ</b>	
<b>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</b>	87
- Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	87
- Μετεγχειρητικές επιπλοκές	94
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο</b>	
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ</b>	
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ</b>	96
- Χειρουργική και διαβητικός ασθενής	96
- Χειρουργική και υπερήλικας	100
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο</b>	
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</b>	104
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο</b>	
<b>ΕΞΟΔΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	117
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	119
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	120

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία μου αυτή ασχολείται με τον χειρουργημένο άρρωστο, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών που έχουν έρθει σε επαφή με την αίθουσα του χειρουργείου και έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Διαιρείται σε δύο μέρη, το Νοσηλευτικό και το Ιατρικό. Στην αρχή του Νοσηλευτικού μέρους δίνονται πληροφορίες για ότι αφορά την ψυχική και σωματική κατάσταση του αρρώστου, τις εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί, μετεγχειρητική φροντίδα και την μεταφορά του αρρώστου στην Μ.Ε.Θ. εάν είναι αναγκαίο.

Στο Ιατρικό μέρος γίνεται μια γενική αναφορά στο τραύμα, επούλωση, επίθεση, τρόπος χειρουργικής επίδεσης και τεχνική αλλαγής. Επίσης γίνεται αναφορά στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες καθώς και στον υπερήλικα και διαβητικό ασθενή.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κάθε άρρωστος όταν ετοιμάζεται για χειρουργική επέμβαση ή νοσηλεύεται μετά από αυτή έχει ιδιαίτερα νοσηλευτικά προβλήματα και παρουσιάζει ιδιαίτερες νοσηλευτικές ανάγκες τις οποίες αποκλειστικά η,ο νοσηλεύτρια-ης, μπορεί και πρέπει να αντιμετωπίσει με σκοπό την ικανοποίηση τους.

Η σύγχρονη χειρουργική έχει θεραπεύσει αρρώστειες οι οποίες είχαν κάνει ανάπηρους, ή ακόμα είχαν θανατώσει άτομα στο παρελθόν. Συγκεκριμένα, η σύγχρονη χειρουργική έχει παρουσιάσει αλματώδη πρόοδο τις τελευταίες δεκαετίες. Υπάρχουν βέβαια και οι παράγοντες που συντέλεσαν σ'αυτήν την πρόοδο της χειρουργικής και οι οποίοι είναι πολλοί.

Οι παράγοντες αυτοί είναι :

1. Κατανοήθηκε η φύση ορισμένων παθήσεων.
2. Αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του ρόλου της υδατο-ηλεκτρολητικής και ολεοβασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου.
3. Βελτιώθηκαν τα εργαλεία, οι συσκευές και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις.
4. Προόδευσε η αναισθησιολογία ώστε σήμερα να είναι δυνατές μεγαλοεπεμβάσεις στην καρδιά, πνεύμονες και στον εγκέφαλο.
5. Καταπολεμήθηκαν αποτελεσματικά οι λοιμώξεις.
6. Συμπληρώθηκε η χειρουργική και με άλλες θεραπείες όπως η ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.
7. Βελτιώθηκε η αποκατάσταση του χειρουργημένου αρρώστου με διάφορα τεχνητά μέλη του σώματος.
8. Άλλαξε το πρίσμα μέσα από το οποίο η υγειονομική ομάδα βλέπει το χειρουργημένο άτομο.

Παρ'όλα αυτά το όριο ασφάλειας και κινδύνου της ζωής του χειρουργημένου αρρώστου σε πολλές χειρουργικές περιπτώσεις είναι στενό (ειδικά στους ηλικιωμένους ασθενείς). Γι'αυτό το λόγο η νοσηλεύτρια θα πρέπει να έχει την ικανότητα, την αντίληψη και τις γνώσεις ώστε να βρίσκεται σ'ετοιμότητα μόλις αντιληφθεί πρώιμα σημεία, τα οποία την προειδοποιούν για κίνδυνο για την ασφάλεια του ασθενή και να είναι σε θέση να τα αντιμετωπίσει έγκαιρα και κατάλληλα, έτσι ώστε αυτά να μην έχουν δυσάρεστες συνέπειες τόσο για τον ασθενή, αλλά και γενικότερα.

Όπως ξέρουμε ο χειρουργικός ασθενής περνάει από τρία (3) στάδια τα οποία είναι :

Προεγχειρητικό στάδιο

Ημέρα της εγχειρήσεως

Μετεγχειρητικό στάδιο

Και τα τρία αυτά στάδια είναι πολύ καθοριστικά για την μετέπειτα υγεία και ζωή του ασθενή.

Στην εργασία μου θ'αναφερθώ αναλυτικά στο καθένα από αυτά και θα δώσω όσο πιο εκτενές και αναλυτικά μπορώ το ρόλο της Νοσηλεύτριας σε αυτές τις κρίσιμες στιγμές κάθε ασθενή.

Ειδικότερα στο κεφάλαιο "Προεγχειρητικό στάδιο" του χειρουργικού ασθενή αναφέρομαι στη συμβολή της Νοσηλεύτριας στην προεγχειρητική φροντίδα του ασθενή (σωματική-ψυχική-γενικά).

Στο κεφάλαιο "Ημέρα εγχειρήσεως" γίνεται αναφορά στην προ-νάρκωση, στα φάρμακα που χρησιμοποιούμε, στα είδη της νάρκωσης και γενικότερα στο χειρουργείο. Επίσης σ'αυτό το κεφάλαιο αναφέρομαι και στην ανάληψη του αρρώστου μετά το χειρουργείο.

Μετά από αυτό ακολουθεί το κεφάλαιο "Μονάδες εντατικής θεραπείας, Μετεγχειρητικά φροντίδα", γίνεται αναφορά στις Μονάδες

Εντατικής θεραπείας στις οποίες οδηγείται ο ασθενής για εντατικότερη παρακολούθηση και αντιμετώπιση της καταστάσεως του επίσης στο κεφάλαιο υπάρχει η Μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενή.

Συνεχίζουμε με το κεφάλαιο "*Χειρουργικό τραύμα*" δηλαδή μία γενική αναφορά στο τραύμα, επούλωση του τραύματος, επίδεση τραυμάτων, τρόπος χειρουργικής επίδεσης και τεχνική αλλαγής.

Ακολουθεί το κεφάλαιο "*Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες και επιπλοκές*".

Στο προτελευταίο κεφάλαιο της εργασίας μου γίνεται αναφορά στον υπερήλικα και στο διαβητικό ασθενή που πρόκειται να οδηγηθούν στο χειρουργείο γιατί όπως ξέρουμε και τα δύο έχουν πάρα πολλές ιδιαιτερότητες τις οποίες η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει για την όσο καλύτερη έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.

Τελειώνουμε με ένα μικρό κεφάλαιο που αναφέρεται στην έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.



ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή του ασθενούς

Κάθε ανθρώπινος οργανισμός, κάποια στιγμή της ζωής του, μπορεί να πάθει φθορά η οποία μπορεί να είναι και σωματική αλλά και ψυχική. Στην συνέχεια θ'αναφερθώ στους πιο συνηθισμένους φυσικούς παράγοντες που προκαλούν σωματική φθορά. Αυτοί χωρίζονται σε 3 κατηγορίες και είναι:

- α) Εξωτερικοί φυσικοχημικοί παράγοντες
- β) Εξωτερικοί βιολογικοί παράγοντες
- γ) Εσωτερικοί παράγοντες

Πιο αναλυτικά είναι :

α) Εξωτερικοί παράγοντες φυσικοχημικοί	Ηλεκτρικοί Ακτινοβολίες Μηχανικοί Θερμικοί
β) Εξωτερικοί παράγοντες βιολογικοί	Μόλυνση, φλεγμονή Ξένες πρωτεΐνες
γ) Εσωτερικοί παράγοντες	Διατροφή (π.χ. παχυσαρκία) Μεταβολισμός (παθήσεις μεταβολισμού) Νεοπλασίες Αυτοάμυνα

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν τέτοιες επιπτώσεις στον άρρωστο ώστε πολλές φορές να χρειάζεται η

χειρουργική τους αντιμετώπιση.

Οι χειρουργικοί άρρωστοι μπορεί να εισαχθούν στο νοσοκομείο ή σαν έκτακτα περιστατικά (τραύμα κάκωσης ατυχήματος ή οποιαδήποτε άλλη αιτιολογία) ή σαν επείγοντα τα οποία απαιτούν άμεση επέμβαση π.χ. σε οξεία σκωληκοειδίτιδα. Άλλες φορές πάλι ο χειρουργικός ασθενής μπορεί να εισαχθεί κατόπιν από προγραμματισμό τον οποίο έχει κάνει ο ίδιος και θεωρεί ότι είναι η κατάλληλη στιγμή για να υποστεί την επέμβαση (π.χ. χολοκυστεκτομή). Μερικές φορές πάλι μπορεί να εισαχθεί στο νοσοκομείο αρκετές μέρες πριν χειρουργηθεί, γιατί θα πρέπει να κάνει ορισμένες ειδικές εξετάσεις.

Ακόμα μπορεί να εισαχθεί και σαν παθολογικός ασθενής και κατά τις εξετάσεις που θα γίνουν ενώ βρίσκεται στο νοσοκομείο προκύψει το διαγνωστικό συμπέρασμα, ότι μεταξύ της άλλης νοσοκομειακής αγωγής έχει ανάγκη να χειρουργηθεί (π.χ. ένα απόστημα).

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι ο ασθενής βαδίζει στο χειρουργείο επείγόντως ή εκτάκτως όταν είναι σε μια οξεία χειρουργική κατάσταση με περιορισμένη προετοιμασία ή αφού υποστεί μία σειρά εξετάσεων (εξετάσεις ρουτίνας) ή όπως λέγονται συνήθως εξετάσεις οι οποίες προσδιορίζουν την παρούσα φυσική του κατάσταση, προετοιμάζεται για την εγχείρηση, δηλαδή προγραμματισμένα.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι έτοιμη να παραλάβει τον άρρωστο κατά την εισαγωγή του στην χειρουργική μονάδα με συμπάθεια, οι κινήσεις της θα πρέπει να είναι ήρεμες και γενικά η συμπεριφορά της θα πρέπει να είναι με συμπάθεια και ενδιαφέρον και όχι με βιασύνη ώστε ο ασθενής να αισθάνεται ασφάλεια και

εμπιστοσύνη, δηλαδή με λίγα λόγια ότι βρίσκεται σε καλά και υπεύθυνα χέρια.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βρίσκεται σε εγρήγορση ώστε κάθε τυχόν αμφιβολία ή φόβος την οποία εκφράζει ο ασθενής να την μεταφέρει προς επίλυση, πολύ συχνά στο χειρουργό. Το ίδιο πρέπει να αισθάνονται οι συγγενείς του αρρώστου για το πρόσωπο της νοσηλεύτριας. Ανάλογα με την εισαγωγή του αρρώστου γίνεται και η λήψη του ιστορικού (αναλόγως αν ο άρρωστος εισάγεται επειγόντως ή από άλλο τμήμα του νοσοκομείου ή από χειρουργείο ή προγραμματισμένα στο χειρουργικό τμήμα).

Με την ονομασία ιστορικό εννοούμε όλες τις σχετικές πληροφορίες για την παρούσα κατάσταση την τώρα και το ιστορικό της υγείας του.

Η λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε οι συνοδοί καθώς και ο άρρωστος να καταλάβουν ότι το ιστορικό ούτε κατά το ελάχιστο δεν είναι αντικείμενο περιέργειας, αλλά βοήθεια στους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες να ενεργούν για την ασφάλεια και την ορθή αντιμετώπιση των προβλημάτων του αρρώστου.

Συμβαίνει βέβαια σε μερικές περιπτώσεις, λόγω της κατάστασης του αρρώστου η οποία απαιτεί άμεση και επείγουσα χειρουργική επέμβαση η λήψη ιστορικού να γίνεται μόνο προφορικώς χωρίς να καταγραφεί αμέσως ούτε οι πληροφορίες που έδωσε ο άρρωστος αλλά ούτε τα αντικειμενικά ευρήματα που βρήκε κατά την παραλαβή του αρρώστου, αλλά και από το γιατρό κατά την αρχική εξέταση.

Γίνεται η εξέταση του ασθενή από τον γιατρό στην οποία βοηθάει και η νοσηλεύτρια αν χρειασθεί.

Πρίν από την είσοδο του ασθενή στο χειρουργείο γίνονται

ορισμένες εργαστηριακές εξετάσεις όπως γενική αίματος, προσδιορισμός αιμοσφαιρίνης, γενική ούρων, ροή αίματος και πήξης καθώς και αιματοκρίτη.

Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται και προσδιορισμός του σακχάρου αίματος καθώς και ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ.).

Μερικά νοσοκομεία έχουν το σύστημα να γίνεται και ακτινογραφία θώρακος στους αρρώστους πριν εισαχθούν στο χειρουργικό τμήμα.

Καθορίζεται η διαίτα του ασθενούς κατά τις ενδείξεις της παρούσας κατάστασης του και σε σχέση πάντα με την αφυδάτωση ή ενυδάτωση του ασθενούς.

Σε περίπτωση εμμέτων και διάρροιας δεν παίρνει τίποτα από το στόμα, ενώ συγχρόνως, βρίσκεται σε κατάσταση οφειλόμενη σε έλλειψη ηλεκτρολυτών και πρωτεϊνών.

Όπως γνωρίζουμε η κατάσταση αυτή ελαττώνει την αντίσταση του οργανισμού και επιβραδύνει την επούλωση τραυμάτων. Σε περίπτωση αιμορραγίας ή σε μικρή απώλεια αίματος είναι αναγκαίο να προσδιορισθεί η αιμοσφαιρίνη αίματος και τα ερυθρά αιμοσφαίρια αυτού. Μπορεί να χρειασθεί να χορηγηθούν στον ασθενή αίμα, πλάσμα ή και διαλύματα ηλεκτρολυτών πριν εισαχθεί στο χειρουργείο.

Όλα αυτά που αναφέρονται παραπάνω αφορούν γενικά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο. Στο παρακάτω κεφάλαιο γίνεται αναφορά πιο εκτεταμένα στην προεγχειρητική φροντίδα του χειρουργικού ασθενή.

## Προεγχειρητική φροντίδα

### Γενικά

Όπως γνωρίζουμε η προσεχτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαβαίνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωση.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει :

- 1) Ψυχολογική προετοιμασία
- 2) Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- 3) Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- 4) Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Στην ψυχολογική προετοιμασία σκοπός είναι να προετοιμαστεί ο ασθενής ψυχικά για την αντιμετώπιση της επέμβασης.

Στην γενική προετοιμασία, περιλαμβάνεται η σωματική τόνωση του ασθενή, οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις, η καθαριότητα του ασθενή, η προετοιμασία και η εκπαίδευση του ασθενούς (ασκήσεις), η εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου καθώς και ο προσαρμοσμός του ασθενούς στο νέο χώρο που θα μεταφερθεί μετά την επέμβαση (μονάδα εντατικής θεραπείας).

Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει την τοπική προεγχειρητική ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.

Τέλος η τελική ετοιμασία περιλαμβάνει :

- 1) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή
- 2) Κατάλληλο ντύσιμο στον ασθενή
- 3) Προνάρκωση

Ας κοιτάξουμε όμως καλύτερα τι περιλαμβάνει το καθένα αναπλουσιότερα.

### Ψυχολογική προετοιμασία

Κάθε ασθενής όταν εισέρχεται στο χώρο του νοσοκομείου αισθάνεται φόβο και ανησυχία πόσο μάλλον αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, φανταστείτε πόσο διακατέχεται από τέτοιου είδους συναισθήματα ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Η ψυχολογική προετοιμασία, του ασθενή αρχίζει από τη στιγμή που αποφασίζει να χειρουργηθεί ο άρρωστος. Ο φόβος και η ανησυχία που διακατέχει τον ασθενή μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό επίσης και από την αβεβαιότητα της μετεγχειρητικής εξέλιξης.

Η νοσηλεύτρια με λεπτότητα, ευγένεια, κατανόηση και ευσυνειδησία πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και επίσης να αποκτήσει εμπιστοσύνη, απέναντι στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Επίσης θα πρέπει να τον προετοιμάζει λύνοντας τυχόν απορίες και ερωτήματα χωρίς βέβαια να επεμβαίνει σε αμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρών κ.λ.π.

Με τις εξηγήσεις αυτές και τις διευκρινίσεις στις απορίες του ασθενή δημιουργείται σε αυτόν κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον που βρίσκεται. Αυτό συντελεί στην μείωση και εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από τον άγνωστο.

Μερικές φορές μπορεί η νοσηλεύτρια να ζητήσει βοήθεια άλλων υπηρεσιών του ιδρύματος όπως π.χ. του κοινωνικού λειτουργού του ιερέα του Ιδρύματος για θέματα που προκαλούν ανησυχία

στον ασθενή ή για οικονομικά, οικογενειακά θέματα.

Φόβοι για αναπηρία ανικανότητα ή μειωμένη δραστηριότητα ακόμα και ο φόβος του θανάτου είναι συχνοί στον ασθενή. Η νοσηλεύτρια δίνει αφορμές εύστοχες ώστε να βοηθήσει τον πάσχοντα να της εκφράσει τους φόβους του. Συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν τους φόβους τους όταν οι σχέσεις τους είναι καλές με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οποιαδήποτε παρανόηση ή και μερική αντίληψη της πραγματικότητας μπορεί να διασαλεύσει την εμπιστοσύνη και το κουράγιο του ασθενούς έναντι του χειρουργού ή ακόμα και των συγχρόνων χειρουργικών μέσων.

Καλό θα ήταν για τον μέλλοντα άρρωστο, που θα χειρουργηθεί να έλθει σε επαφή με συνάρρωστο ο οποίος έχει υποστεί επιτυχώς ίδια επέμβαση ή ακόμα και το αντίθετο, δηλαδή να αποφευχθεί να πληροφορηθεί μία ανεπιτυχή έκβαση ενός χειρουργηθέντος για τον ίδιο λόγο.

Σε όλες τις περιπτώσεις στον άρρωστο πρέπει να εξασφαλίζεται η απαραίτητη ψυχική ηρεμία για την αντιμετώπιση του stress της χειρουργικής επέμβασης.

Φόβοι ανησυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους των ασθενών, οι οποίοι είναι όμοιοι με τους αρρώστους και έχουν ανάγκη επεξηγήσεως και αυτοί. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τους πλησιάσει και να δώσει επεξηγήσεις και απαντήσεις στα τυχόν ερωτήματα τους.

Επίσης καλό θα ήταν να τους εξηγούσε ότι καλό θα ήταν να μην τον επισκέπτονται πολλοί μαζί μετά το χειρουργείο πράγμα που θα τον κούραζε πάρα πολύ.

Η νοσηλεύτρια, αν κάνει αυτήν την επεξήγηση στον άρρωστο

παρόντων των συγγενών εξοικονομεί χρόνο. Επειδή τόσο ο άρρωστος όσο και οι συγγενείς πιστεύουν ότι μετά την εγχείρηση είναι σε μία κρίσιμη ή σοβαρή κατάσταση και μάλιστα αν χρειασθεί να παραμείνει την ημέρα της εγχειρήσεως περισσότερο χρόνο στο τμήμα της ανάνηψης και στην συνέχεια για λίγα εικοσιτετράωρα στην μονάδα εντατικής θεραπείας θα χρειασθεί να δοθούν περισσότερες επεξηγήσεις ότι όλες αυτές οι διαδικασίες έχουν σκοπό την ασφάλεια του αρρώστου και την επιτυχή έκβαση της εγχείρησης.

Ας έλθουμε πάλι στον ίδιο τον ασθενή, λέγοντας ότι θα ήταν πραγματικά ευχής έργο να διέθεταν τα νοσηλευτικά ιδρύματα υπηρεσία απασχολήσεως των ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο εφόσον βέβαια το επιτρέπει η κατάσταση τους για να μη μείνουν μόνοι χωρίς απασχόληση με συνέπεια να οδηγούνται σε σκέψεις που δημιουργούν ανησυχίες.

Με όλα αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα στο πόσο πολύτιμη είναι η συμβολή της νοσηλεύτριας στην προετοιμασία του χειρουργικού ασθενούς πριν το χειρουργείο και πόσο βοηθάει η σωστή ψυχολογική προετοιμασία σ'όλες τις φάσεις που περνάει ο χειρουργικά ασθενής.



### Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

- 1) Τόνωση του ηθικού για την οποία αναφέρθηκε στην αρχή του κεφαλαίου.
- 2) Τόνωση σωματική.
- 3) Ιατρικές εξετάσεις.
- 4) Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.
- 5) Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς.
- 6) Καθαριότητα του ασθενούς.
- 7) Εξήγηση και προσανατολισμό του ασθενή σε περίπτωση που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση σε νέο δωμάτιο και ειδικότερα σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης (Μ.Ε.Θ.).

Καλύτερα όμως ας δούμε το καθένα αναλυτικότερα, για το σκοπό αυτό γίνεται αναφορά παρακάτω στο καθένα ξεχωριστά.

#### Σωματική τόνωση

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Αυτό επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.

Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού σε εξασθενημένα άτομα καθώς και σε άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση ή εγχείρηση κατά την οποία ο ασθενής δεν θα τρέφεται από το στόμα γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορή-

γηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών, κ.λ.π.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών κ.λ.π.).

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι αποφασιστική, ενώ ο ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η νοσηλεύτρια βοηθά στην σωματική τόνωση του ασθενούς αν :

- 1) Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
- 2) Γνωρίζει την επίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού, και
- 3) Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής.

Όλα αυτά βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες καταστάσεις καθώς και στην εκλογή της τροφής, στις οποίες υπάρχουν συστατικά που έχει ανάγκη ο πάσχων οργανισμός.

Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους εμέτους.

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.α.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς πολλά υπολείματα) σούπα ζελές. Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς.

Ενώ ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.

Ιατρικές εξετάσεις (κλινικές - εργαστηριακές)

Στα πλαίσια της γενικής προεγχειρητικής ετοιμασίας περιλαμβάνεται και εξέταση του ασθενή από :

- 1) Χειρουργό για εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς. Επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψης ιστορικού.
- 2) Παθολόγο για παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. Σε περίπτωση που κάποια από τα συστήματα παρουσιεί κάποια ανωμαλία καλείται ο ειδικός γιατρός για ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της κατάστασης.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι :

1) **Εξέταση αίματος:**

*Γενική αίματος (λευκά ερυθρά)*

*Τύπος λευκών αιμοσφαιρίων*

*Χρόνος ροής και πήξεως αίματος*

*Ομάδα και rhesus αίματος*

*Σάκχαρο και ουρία αίματος*

*Αιματοκρίτης*

*Αρίθμηση αιμοπεταλίων*

*Αιμοσφαιρίνη.*

Θεωρείται ότι για την καλή οξυγόνωση των ιστών ένας αιματοκρίτης τουλάχιστον 30% και αιμοσφαιρίνη τουλάχιστον 9 έως 10 gr/100 ml είναι απαραίτητα. Από την άλλη πλευρά για ορισμένες επεμβάσεις με υψηλό κίνδυνο θρομβωτικών επεισοδίων (αγγειολογικές καρδιολογικές κ.λ.π.) ένας αιματοκρίτης που δεν ξεπερνάει το 40% είναι ιδανικός.

Εάν η αναιμία μπορεί να διορθωθεί καλό είναι να αναβάλεται η εγχείρηση μέχρι την αποκατάσταση του αιματοκρίτη και της

αιμοσφαιρίνης στα παραπάνω ανεκτά επίπεδα. Η αποκατάσταση αυτή καλό είναι να γίνεται με *per os* ή παρεντερική χορήγηση σιδήρου φυλικού οξέος και βιταμίνης B12.

Μεταγγίσεις πλήρους αίματος ή πλυμένων ερυθρών προεγχειρητικά πρέπει να γίνονται μόνο σε μεγάλα και οξέα ελείμματα ή σε περιπτώσεις υποογκαιμίας και πάντως δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς ότι το μεταγγιζόμενο αίμα αποδίδει το μέγιστο μεταφερόμενο οξυγόνο στους ιστούς μετά από 24 ώρες.

Ο καθορισμός της ομάδας αίματος και *rhesus* κάθε ασθενούς και η πρόβλεψη και η εξασφάλιση του αναγκαίου για κάθε εγχείρηση ποσού αίματος είναι σημαντικό τμήμα της προεγχειρητικής αγωγής.

Η αιμοστατική ικανότητα του οργανισμού πρέπει να αποτελεί τμήμα του προεγχειρητικού ελέγχου σε όλους τους ασθενείς. Αδρή εκτίμηση του αιμοστατικού μηχανισμού επιτυγχάνεται με τη λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού με ειδική αναφορά σε παλαιά αιμορραγικά επεισόδια ή χρόνιες ηπατοπάθειες με προσεκτική κλινική αξιολόγηση πετεχειών, παρατεινόμενου αποφρακτικού ικτέρου κ.α.

Η αριθμηση των αιμοπεταλίων είναι ένας βασικός εργαστηριακός δείκτης της επάρκειας του μηχανισμού αιμόστασης και δεν πρέπει να παραλείπεται.

Από τις λοιπές εργαστηριακές εξετάσεις ο χρόνος προθρομβίνης ή και ο χρόνος Κεφαλίνης-Καολίνης πρέπει να αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας. Με τις εξετάσεις αυτές ελέγχει κανείς κατά το μεγαλύτερο ποσοστό την επάρκεια του αιμοστατικού μηχανισμού.

Ασφαλώς για να αποκλειστούν και άλλες διαταραχές της αιμόστασης επιβάλλεται ένας ολοκληρωμένος αιμορραγικός έλεγχος. Στη πράξη πλήρης αιμορραγικός έλεγχος γίνεται προεγχειρητικά σε

ορισμένες κατηγορίες ασθενών και επεμβάσεων (έγκυοι, καρδιοχειρουργικές και αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις κ.λ.π.).

Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος.

Εξαιτίας του stress ελαττώνεται ο χρόνος πήξεως, γι'αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης (πριν από την εγχείρηση 10.000 μονάδες υποδορίως το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης ημέρας) προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης.

## 2) Γενική ούρων

Το ποσό των ούρων και η γενική εξέταση ούρων μπορούν να αποκαλύψουν στοιχεία λανθάνουσας νεφρικής βλάβης. Η τιμή της ουρίας του αίματος είναι ένας απαραίτητος αλλά αδρός μόνο δείκτης της πειραματικής διήθησης γιατί επηρεάζεται από πολλούς άλλους εξωνεφρικούς παράγοντες.

Ασθενείς με αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών, αιμορραγία από το πεπτικό, υπερκαταβολισμό ή ολιγοουρία εμφανίζουν αυξημένη τιμή ουρίας ανεξάρτητα από το ρυθμό πειραματικής διήθησης.

Η τιμή της κρεατινίνης του ορού είναι πιο αξιόπιστος δείκτης της νεφρικής λειτουργίας γιατί δεν επηρεάζεται από την πρωτεϊνική πρόσληψη. Επηρεάζεται όμως από την μυϊκή μάζα του ασθενούς.

Ακόμα καλύτερος δείκτης της πειραματικής διήθησης είναι η τιμή της κάθαρσης της κρεατινίνης σε ούρα 24ώρου. Όταν όμως δεν υπάρχει διαθέσιμος χρόνος αρκετά ούρα 3 ή 4 ωρών αρκούν.

### 3) Ακτινογραφία θώρακα (Face and profil)

Η απλή ακτινογραφία θώρακα πρέπει επίσης να γίνεται προεγχειρητικά σε όλους τους ασθενείς και συχνά αποκαλύπτει στοιχεία από τους βρόγχους. Το πνευμονικό παρέγχυμα, ή την καρδιοαγγειακή σκιά που πρέπει να αξιολογηθούν προσεκτικά.

### 4) Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Όπως και η ακτινογραφία θώρακα έτσι και το Η.Κ.Γ. αποτελεί εξέταση ρουτίνας για την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή. Και με τα δύο μπορούν να διαπιστωθούν τυχόν ανωμαλίες όπως πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, διάταση των σφραγιτιδών, καρδιακή υπερτροφία και διαταραχές του ρυθμού.

Οποιαδήποτε από αυτές τις διαταραχές επιβάλλει πληρέστερο καρδιολογικό έλεγχο, θεραπεία και πιθανότητα αναβολής της εγχείρησης.

Σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα (στους τελευταίους έξι μήνες) η εγχείρηση πρέπει να αναβάλλεται. Όταν αυτό δεν είναι δυνατό η εγχείρηση πρέπει να γίνεται σε τμήμα που διαθέτει μονάδα εντατικής παρακολούθησης εμφραγμάτων.

Το είδος της εγχειρήσεως και η κατάσταση του ασθενούς ρυθμίζουν την ανάγκη συμπληρωματικών εξετάσεων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κ.λ.π.) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Παρενθετικώς να σημειωθεί ότι το έργο και η ευθύνη του

αναισθησιολόγου περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεως κατά πόσον ο ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση, τον καθορισμό του είδους της ναρκώσεως και του ναρκωτικού τη χορήγηση της ναρκώσεως και τέλος την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι και την τέλεια προνάρκωση του.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Πάντοτε η αναμονή της εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά πολλές φορές είναι έντονα και διώχνουν τον ύπνο. Η αύπνια και η κόπωση από αυτή προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμα στην εμφάνιση επικλοκών.

Για την αποφυγή αύπνιας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου χορηγείται το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης κατευναστικό το οποίο δίνεται στον ασθενή μετά από υπόδειξη του γιατρού.

Το ηρεμιστικό ή το ελαφρύ κατευναστικό φάρμακο δίνεται στον ασθενή γύρω στις 10 το βράδυ μαζί με ένα ζεστό πόμα.

Μετά την χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή ότι θα πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του κι όταν χρειασθεί να σηκωθεί για την τουαλέτα πρέπει να ζητήσει βοήθεια επειδή συχνά ο άρρωστος βρίσκεται σε συγχυτική κατάσταση.

Σε περίπτωση ηλικιωμένου αρρώστου ίσως χρειασθεί να μπούν περιορισμοί και απαιτείται συχνή παρακολούθηση.

Επίσης σε μερικές περιπτώσεις ίσως πρέπει να φυλαχθούν και να μετρηθούν τα αποβαλλόμενα ούρα μετά την λήψη του ηρεμιστικού.



Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς

σε ασκήσεις και μετεγχειρητικές κινήσεις

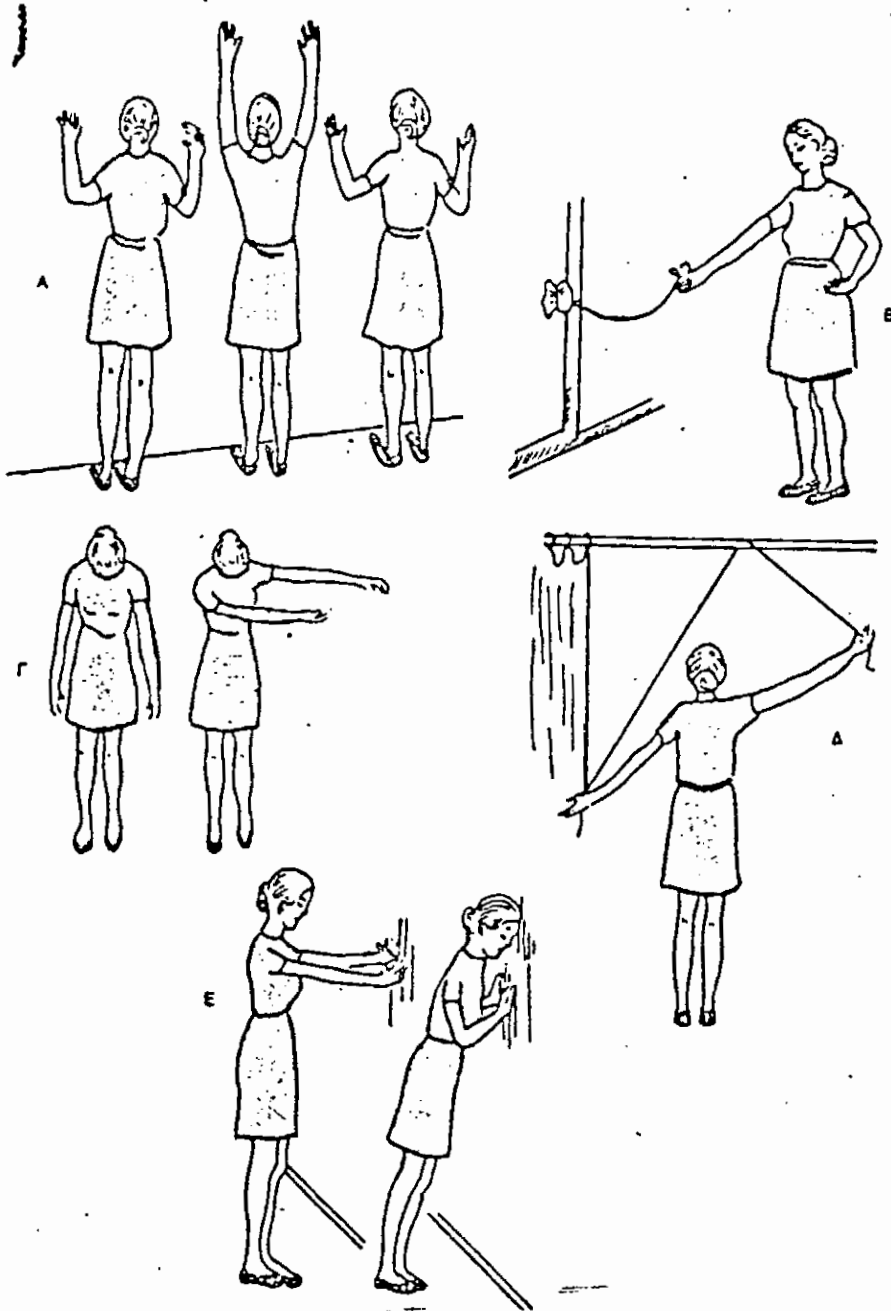
Εάν ο άρρωστος έχει προετοιμασθεί για το τι πρέπει να κάνει μετά την εγχείρηση, η μετεγχειρητική του φροντίδα θα είναι και ευκολότερη και αποτελεσματικότερη.

Πάντα θα πρέπει να διδάσκεται πως θα αναπνέει, πως θα βήχει και τις ασκήσεις που πρέπει να κάνει μετεγχειρητικά. Είναι ανάγκη να γνωρίζει ο ασθενής ότι οι βαθιές αναπνοές μετά το χειρουργείο διευκολύνουν την απομάκρυνση του αναισθητικού το ταχύτερο δυνατόν και παράλληλα εξασφαλίζουν την οξυγόνωση τόσο των πνευμόνων όσο και του όλου σώματος.

Τούτο διευκολύνει αν γνωρίζει ο άρρωστος ότι για να μην έχει επιδείνωση του αισθήματος του πόνου θα πρέπει να λυγίζει τα γόνατα προς την κοιλιά ή ακόμη ίσως χρειασθεί να βοηθηθεί από την νοσηλεύτρια κατά διαστήματα με ελαφρά πίεση, προς τα άνω των τοιχωμάτων της κοιλιάς και μάλιστα χαμηλά στο επιγάστρο.

Άρρωστοι οι οποίοι είναι συνεργάσιμοι μετά από επίδειξη μία ή δύο φορές αυτοεξυπηρετούνται.

Ενα άλλο επίσης που θα πρέπει να διδαχθούν οι άρρωστοι θα είναι πως να γυρίζουν στο κρεβάτι και γιατί είναι ανάγκη να το κάνουν.



7.25. Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή.  
Α. Αντρίχηση στον τοίχο. Β. Γύρισμα οχαιπάκι.  
Γ. Λιώρηση χειρών. Δ. Τροχαλία. Ε. Άγγιγμα μετώπου.

Καθαριότητα του ασθενούς

Αυτή συνίσταται σε :

1) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει :

- α) Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- β) Στην ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης από τον χειρουργό σε εγχείρηση κοιλιάς και πυέλου λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.
- γ) Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται :

Με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δεν συνίσταται η λήψη καθαρτικών γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένιση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατωτέρου τμήματος του παχέος εντέρου.

Η εκτέλεση υποκλυσμού ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής ιατρού.

2) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς.

Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει. Το λουτρό προ της εγχειρήσεως μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαμπούνι τρίφτη και νερό αλλά να είναι καθαριότητα και συγχρόνως απολύμανση δέρματος.

Αυτό γίνεται με βούρτσα νυχιών και διάφορες σαπουνούχες αντισηπτικές ουσίες όπως PhisoHex, Betadine, Cetavlon κ.α.

Αυτό το είδος του λουτρού συνιστάται στις εγχειρήσεις κατά τις οποίες μια ενδιάμεση μόλυνση μπορεί να στοιχίσει και τη ζωή του ασθενούς π.χ. εγχείρηση καρδιάς, πνευμόνων κ.λ.π.

Κατά το διάστημα του λουτρού, παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεχτική καθαριότητα ορισμένων σημείων, όπως ομφαλού κ.α. Τέλος γίνεται περιποίηση νυχιών. Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και η αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος των σιελογόνων αδένων.

Τέλος στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται και ο προσανατολισμός του ασθενούς σε περίπτωση που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση σε νέο χώρο γι'αυτόν και ειδικότερα όταν πρόκειται να νοσηλευτεί σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Όλη αυτή η προετοιμασία γίνεται με σκοπό να μην ανησυχήσει ο ασθενής όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον γι'αυτόν.

### Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους εκείνου στο οποίο θα γίνει η επέμβαση.

Η προετοιμασία αυτή ποικίλει, αλλά βασική προετοιμασία είναι να καταστεί η χειρουργική περιοχή τόσο καθαρή από μικρόβια, όσο είναι δυνατόν καθώς και από κάθε τι π.χ. τρίχες, χωρίς όμως να γίνουν έστω και μικροτραυματισμοί του δέρματος.

Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν σε περίπτωση που δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος, πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν την επέμβαση.

Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθούν ο ομφαλός, τα νύχια και τα μαλλιά.

Η προς χρήση ξυριστική μηχανή πρέπει να είναι αποστειρωμένη και να χρησιμοποιείται χωριστά για κάθε άρρωστο γι' αυτό το λόγο σήμερα στα νοσοκομεία χρησιμοποιούνται ξυριστικές μηχανές μιας χρήσεως.

Αφού βραχεί το δέρμα με την σαπουνάδα οι τρίχες πρέπει να ξυρίζονται κατά την κατεύθυνση που φυτρώνουν. Σε μερικές περιπτώσεις επιτρέπονται από τον γιατρό να ξυρίζονται οι άρρωστοι, μόνοιτους (σε πολύ ελάχιστες περιπτώσεις). Και σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να γίνει έλεγχος από την νοσηλεύτρια κατά το πόσο η προετοιμασία είναι επαρκής.

Πρέπει η νοσηλεύτρια να είναι σίγουρη ότι πριν από την εγχείρηση είναι έτοιμο το εγχειρητικό πεδίο. Κάθε επιδερμικό υλικό και λευκοπλάστ πρέπει να απομακρυνθεί από το τραύμα. Η βενζίνη και ο αιθέρας απομακρύνει εύκολα και τελείως το λευκο-

πλάστ.

Εκτός από τον τρόπο που ανάφερα παραπάνω, δηλαδή το ξύρισμα της περιοχής σε μερικά νοσοκομεία υπάρχει η συνήθεια της χρήσης αποτριχωτικών, διότι έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος τραυματισμού και γενικά είναι πιο άνετη διαδικασία για τον ασθενή.

Η αποτριχωτική κρέμα τοποθετείται με σπάτουλα σε πάχος μισό εκατοστό πάνω στην περιοχή του δέρματος μετά από 10' απομακρύνεται με τον ίδιο τρόπο και καθαρίζεται με βρεγμένη γάζα το δέρμα στην συνέχεια με σαπουνάδα και τέλος στεγνώνεται.

Βέβαια αυτή η μέθοδος χρειάζεται προσοχή γιατί μπορεί ο ασθενής να παρουσιάσει ευαισθησία (αλλεργία) στην κρέμα.

Όπως είπα και παραπάνω ευρύτερα σήμερα χρησιμοποιούνται αποστειρωμένα σέτ για την ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.

Κάθε δίσκος περιέχει όλα τα είδη που χρειάζονται αλλά για μια χρήση.

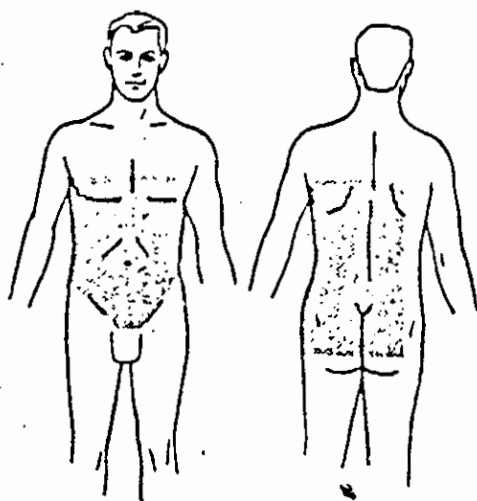
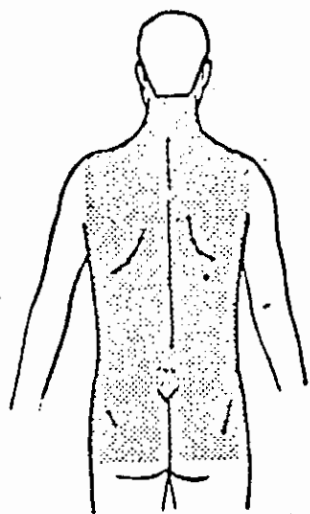
Για το εγχειρητικό πεδίο σε κοιλιακές επεμβάσεις ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην καθαριότητα του ομφαλού και στις περιοχές που υπάρχουν κρεατοελιές. Καλό είναι προ του ξυρίσματος των μασχαλών και της γεννητικής περιοχής να ψαλιδίζονται οι τρίχες.

Πρέπει να φροντίζονται επίσης να μην εκτίθεται ο ασθενής και να μένει στεγνός και σε αναπαυτική θέση κατά την διάρκεια που γίνεται το εγχειρητικό πεδίο.

Η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου στους άνδρες αρρώστους συνήθως γίνεται από νοσοκόμο σε όλα τα νοσοκομεία.

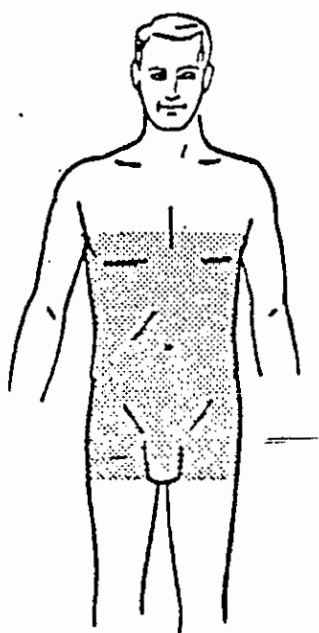
Τώρα τελευταία βέβαια η ωφέλεια όλης αυτής της τακτικής αμφισβητείται από πολλούς χειρουργούς σήμερα. Πιστεύουν ότι αφαιρούνται από το δέρμα το λίπος και οι φυσικές τους εκκρίσεις που υποστηρίζεται ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

13

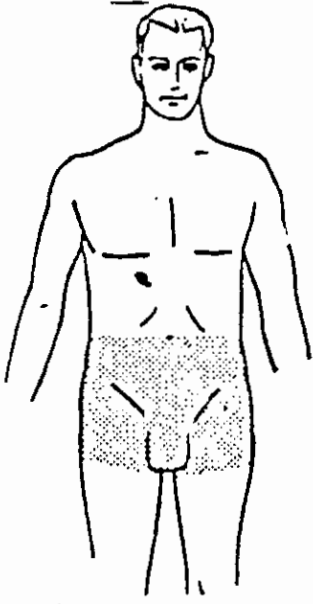


Εικόνα 4. Εγχειρητικό πεδίο για νεφρεκτομή.

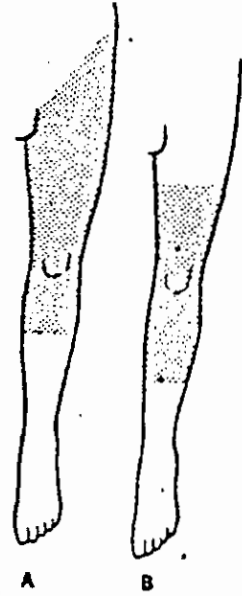
ητικό πεδίο καταλέκτομης και γενικά εγχειρή-  
σιμωνό-λικής στήλης.



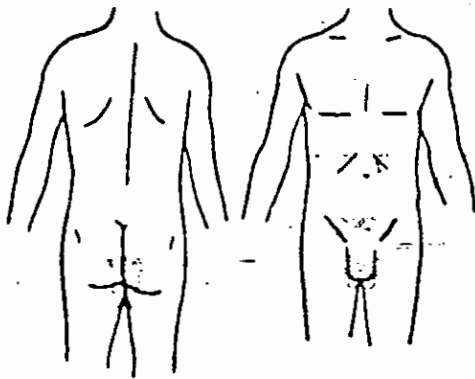
Εγχειρητικό πεδίο για κοιλιακή εγχείρηση



Εγχειρητικό πεδίο για βουβωνοκήλη, μηροκήλη.

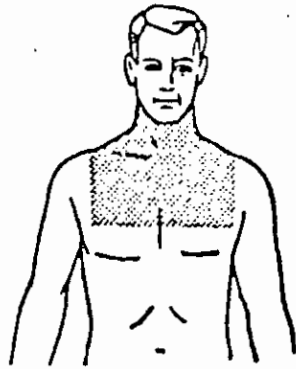


Εγχειρητικό πεδίο για εκρωτηριασμό κάτω άκρου. Α. Ακρωτηριασμός πάνω από το γόνατο, στην μεσότητα του μηρού. Β. Ακρωτηριασμός κάτω από το γόνατο.

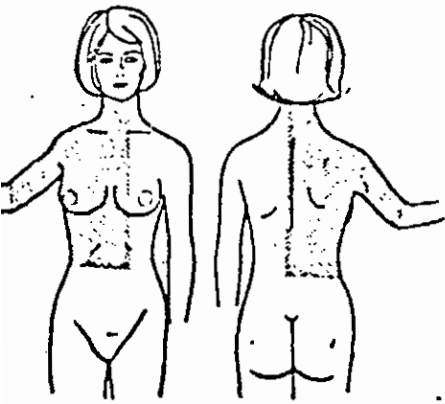


3. Περιοχή που πρέπει να ξυριστεί για εγχείρηση αιμορροΐδων.

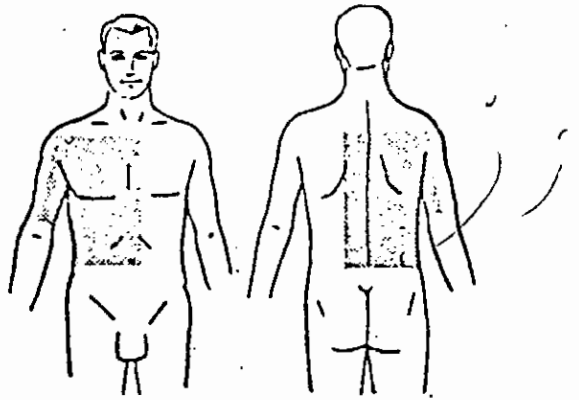




Εγχειρητικό  
πεδίο για  
Θυροειδεκτομή



Εγχειρητικό πεδίο για μαστεκτομή.



Εγχειρητικό πεδίο για εγχείρηση θώρακος (:

### Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία, περιλαμβάνει :

1) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς.

Τα ζωτικά σημεία θερμοκρασία, σφυγμός, αρτηριακή πίεση και αναπνοές πρέπει να ελέγχονται και να καταγράφονται πριν την προνάρκωση.

Εάν η θερμοκρασία έχει οποιαδήποτε άνοδο πρέπει να αναφερθεί στον ιατρό εκτός αν πρόκειται για ειδικές περιπτώσεις π.χ. απόστημα.

Ακόμα τυχόν εμφάνιση βήχα μπορεί να φανερώνει την ύπαρξη κρυολογήματος.

2) Κατάλληλο ντύσιμο του ασθενούς.

Ο άρρωστος ντύνεται με νοσοκομειακό πουκάμισο (κοινό νυχτικό ανοιχτό στο πίσω μέρος), ποδονάρια (είδος καλτσών) που σκεπάζουν τα κάτω άκρα, σκούφο ή τρίγωνο από λεπτό βαμβακερό ύφασμα (για την κάλυψη του τριχωτού κεφαλιού). Σκούφος δεν χρησιμοποιείται στους άνδρες.

Η νοσηλεύτρια φορεί τα ρούχα στον άρρωστο αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων και το νυχτικό ή τις πυζάμες του ασθενούς. Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρούνται φουρκέτες, τσιμπίδια τα οποία αν είναι μακριά τα μαλλιά πλέκονται σε πλεξίδες.

Ξένα δόντια και κινητές γέφυρες πρέπει να αφαιρούνται και να τοποθετούνται σε κάψα που να σκεπάζει η οποία όμως πρέπει να φυλάσσεται ασφαλώς για να μην χαθούν τα δόντια, αφού σημειωθεί το ονοματεπώνυμο του αρρώστου, ο θάλαμος και η ημερομηνία.

Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής νωρίς το πρωί θα πρέπει να έχει κάνει την ατομική του καθαριότητα, η οποία συνήθως περιλαμβάνει την τοπική καθαριότητα του προσώπου και του στόματος και το ξύρισμα στους άνδρες.

Αφαιρείται όλο το μακιγιάζ ακόμα και το βερνίκι των νυχιών πριν πάει ο άρρωστος στο χειρουργείο.

Οποιαδήποτε έλλειψη οξυγόνου κατά την διάρκεια της αναισθησίας από το χρώμα των χειλιών του προσώπου, των ονυχοφόρων φαλάγγων των δακτύλων και ακόμα από το χρώμα του αίματος στην χειρουργική περιοχή.

Μερικές φορές συμβαίνει οι άρρωστοι να έχουν αντιρρήσεις για την αφαίρεση του μακιγιάζ και κυρίως για την αφαίρεση του χρώματος στα νύχια.

Σε ειδικές περιπτώσεις ίσως αφαιρέσουμε το μανώ (στα νύχια) στα δύο δάκτυλα.

Πολύτιμα πράγματα όπως χρήματα και τιμαφή του αρρώστου απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα. Μαζεύονται, καταγράφονται μπροστά στο άρρωστο, τοποθετούνται σ'ένα φάκελλο και φυλάσσονται κλειδωμένα μέσα σε ένα ντουλάπι με γραμμένα τα στοιχεία του αρρώστου. Άλλες φορές πάλι παραδίδονται στην οικογένεια του αρρώστου.

Μερικοί άρρωστοι επιθυμούν να μην βγάλουν την βέρα τους γι'αυτό τους επιτρέπεται να την φορούν αλλά με την προϋπόθεση να στερεωθεί καλά με ένα κομμάτι λευκοπλάστ, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος να χαθεί. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και με διάφορα θρησκευτικά σύμβολα αν αυτά μπορούν να στερεωθούν στον καρπό του ασθενούς αλλά με ασφάλεια επιτρέπεται. Διαφορετικά θα πρέπει να πείσουμε τον άρρωστο ότι η ίδια σημασία είναι και αν

ακόμα το σύμβολο (εικόνισμα, αγίασμα) παραμένει στο κομοδίνο του ή και παραδίδεται στους συγγενείς.

Συνιστάται στον άρρωστο να ουρήσει και ίσως χρειασθεί να μετρηθεί το ποσό των αποβαλλόμενων ούρων, εάν ο άρρωστος αδυνατεί να ουρήσει ενώ νομίζει ότι έχει ούρα αναφέρεται στον χειρουργό.

Εξαρτάται από το είδος της επεμβάσεως, από την ηλικία του αρρώστου καθώς και από την κατάσταση του αν εισαχθεί καθετήρας ουροδόχου κύστεως προεγχειρητικά. Το ίδιο ίσως χρειασθεί να εισαχθεί γαστρικός σωλήνας LEVIN προεγχειρητικά. Μερικές φορές μπορεί ο χειρουργός να κρίνει ότι πρέπει να τοποθετηθούν ελαστικοί επίδεσμοι στις κνήμες του αρρώστου. Τότε οι ελαστικοί αυτοί επίδεσμοι οι οποίοι έχουν φάρδος 8-10 εκατ. τοποθετούνται ενώ είναι ξαπλωμένος ο άρρωστος, αρχίζοντας από τον αστράγαλο και τελειώνοντας στο μέσο του μηρού, χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την περίδεση του γόνατος ώστε να μην παρεμποδίζεται η κυκλοφορία του αίματος.

## ΗΜΕΡΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Κατά την ημέρα της εγχειρήσεως του αρρώστου οι επισκέψεις πρέπει να είναι περιορισμένες και μόνο ένα ή δύο μέλη της οικογένειας επιτρέπεται να δούν τον ασθενή πριν πάει στο χειρουργείο.

Αρα λοιπόν ο άρρωστος πρέπει να μένει ήσυχος και σε ανάπαυση όσο περισσότερο είναι δυνατόν. Πρέπει να βοηθηθεί γι' αυτό και να ενισχυθεί ώστε να είναι ήρεμος εάν εμφανίσει δε υπερβολική ανησυχία, άγχος ή και ιδιόμορφες εκδηλώσεις πρέπει να ενημερωθεί ο χειρουργός εγκαίρως.

Την ημέρα της εγχειρήσεως περιλαμβάνεται και όλη η τελική προεγχειρητική ετοιμασία που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Συνεχίζοντας γίνεται αναφορά στην προνάρκωση, δηλαδή στο σκοπό της προνάρκωσης αλλά και στα είδη των φαρμάκων της προνάρκωσης κ.λ.π.

### Προνάρκωση

Προεγχειρητικά χορηγείται στον άρρωστο και η προνάρκωση η οποία ορίζεται από τον αναισθησιολόγο και γίνεται συχνά υποδόρια.

Αυτή συνήθως γίνεται μισή ώρα πριν την εγχείρηση.

Τέσσερις είναι οι λόγοι που χορηγούνται προεγχειρητικά φάρμακα στον άρρωστο.

1) Για να είναι ψυχικά ήρεμος έτσι ώστε να δεχτεί ευκολότερα την αναισθησία. Γι' αυτό χορηγείται μικρή δόση ηρεμιστικού.

2) Για να ελαττωθεί ο βασικός μεταβολισμός και η διεγερτικότητα των αντανακλαστικών.

3) Για να μην έχει εκκρίσεις ή σάλια. Έτσι δε φράσουν οι βρόγχοι και υποβοηθείται η αναπνοή και η αναισθησία.

4) Για να προφυλάξει τον άρρωστο από ανεπιθύμητες ενέργειες άλλων φαρμάκων που δρουν στο συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό.

Τα φάρμακα της προνάρκωσης είναι τριών ομάδων :

1) *Βαρβιτουρικά*. Η ομάδα αυτή των φαρμάκων προκαλούν χαλάρωση, ελαττώνουν την ανησυχία και το άγχος του αρρώστου και ελαττώνουν τον μεταβολισμό (NEMBUTAL, VALIUM).

Όπως είπα και παραπάνω αυτά τα φάρμακα δίνονται για ηρεμία και όχι για αναλγησία. Κάτι άλλο που θα ήθελα να συμπληρώσω είναι ότι τα βαρβιτουρικά είναι πολύ επικίνδυνο να δίνονται μετά από την καθορισμένη ώρα.

2) *Αλκαλοειδή παράγωγα του οπίου*, όπως μορφίνη και συνθετική πεθιδίνη κ.α. Η μορφίνη καταστέλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Έτσι προκαλεί αναλγησία και ένα αίσθημα ευφορίας. Καταστέλλει επίσης το αναπνευστικό κέντρο και μπορεί να προκαλέσει σε μερικούς ασθενείς ναυτία και εμετό.

3) *Παρασυμπαθητικολυτικά* όπως η ατροπίνη. Χορηγείται πάντοτε με συνδυασμό με τα αλκαλοειδή.

Η ατροπίνη ελαττώνει τις εκκρίσεις, παραλύει τις απολήξεις του πνευμογαστρικού και παρασυμπαθητικού και έτσι ελαττώνονται τα αντανακλαστικά. Η ατροπίνη δε χορηγείται όταν ο άρρωστος έχει πυρετό.

Η προνάρκωση πρέπει να γίνεται ακριβώς την ώρα που ορίζε-

ται, είναι σπουδαίο να χορηγήσει εγκαίρως η νοσηλεύτρια την προνάρκωση διότι έτσι το μέγιστο της δράσεως των χορηγούμενων φαρμάκων συμπίπτει κατά την ώρα της νάρκωσης και επιτυγχάνεται ελάττωση των πιθανών δυσμενών επιδράσεων της.

Εάν για οποιοδήποτε λόγο η προνάρκωση δεν έγινε την καθορισμένη ώρα πρέπει να λάβει γνώση ο αναισθησιολόγος ο οποίος ίσως προβεί σε αλλαγή της προνάρκωσης σε ποσολογία και στον τρόπο χορήγησης.

Επίσης σε περίπτωση που η προνάρκωση γίνει την καθορισμένη ώρα και η εγχείρηση καθυστερήσει να αρχίσει τότε χρειάζεται να επαναληφθεί η δόση. Αυτό μπορεί να επιβαρύνει τον άρρωστο. Πάλι σε περίπτωση που γίνει μεγαλύτερη δόση προνάρκωσης το αποτέλεσμα θα είναι να εμφανίσει ο άρρωστος διαταραχές της αναπνοής, βραχυκαρδία, υπόταση τα οποία απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Όταν η προνάρκωση δεν γίνει καθόλου ο άρρωστος θα έχει εκκρίσεις, διεγέρσεις και αν πρόκειται να χειρουργηθεί με τοπική αναισθησία δεν θα είναι ήρεμος.

Ολες αυτές οι περιπτώσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω καλό θα ήταν να αποφεύγονται όσο γίνεται περισσότερο κατά τη χορήγηση προνάρκωσης γιατί μην ξεχνάμε κάθε λάθος ή αμέλεια επιβαρύνει τον ασθενή.

### Κριτήρια επιλογής

Η προνάρκωση ορίζεται προσωπικά για τον κάθε άρρωστο, λαμβάνεται δε υπόψη η ηλικία, η κατάσταση του αρρώστου και τα λαμβανόμενα φάρμακα, όπως αν παίρνει ο άρρωστος ινσουλίνη κ.α.

Ας δούμε όμως ποιά είναι η άμεση νοσηλευτική φροντίδα μετά την προνάρκωση.

Ο άρρωστος θα πρέπει να μείνει ξαπλωμένος στο κρεβάτι του και πρέπει να του εξασφαλιστεί ένα ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον. Καλό θα ήταν την προηγούμενη μέρα να ενημερώνονται οι συγγενείς και οι συνοδοί του αρρώστου να μην είναι την ημέρα της εγχειρήσεως παρά μόνο ένα ή δύο άτομα.

Ησυχία επίσης θα πρέπει να συστηθεί και γίνεται και από τους άλλους συναρρώστους, επίσης να χαμηλώσει το παράθυρο για να ελαττωθεί το έντονο φως και ακόμα να απομακρυνθεί κάθε πιθανότητα θορύβου.

Γίνεται ακόμα ένας τελευταίος έλεγχος στο αν ο άρρωστος (επώνυμο, όνομα, ηλικία, θάλαμος, περίπτωση) ο οποίος αυτή την ώρα θα πρέπει να πάει στο χειρουργείο είναι ο προετοιμαζόμενος. Ακριβώς πριν την μεταφορά του στο χειρουργείο πρέπει να αδειάσει η ουροδόχος κύστη και να ελεγχθούν τα ζωτικά του σημεία.

Μπορεί η άνοδος της θερμοκρασίας, διαταραχές του σφυγμού ή της αρτηριακής πίεσεως ίσως συντελέσουν ακόμα και στο να αναβληθεί η εγχείρηση. Μπορεί όμως οι παρατηρούμενες μεταβολές στα ζωτικά σημεία να έγιναν από την επίδραση της προνάρκωσης και να είναι παροδικές.

Ακόμα πρέπει να γίνεται ένας έλεγχος αν έγινε ο συνήθης εργαστηριακός έλεγχος αίματος και ούρων ώστε να προληφθεί πιθανή παράληψη η οποία μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστη κατάσταση τον άρρωστο.

Σχετικά με την συγκατάθεση του αρρώστου για την επέμβαση που πρόκειται να υποστεί πρέπει να έχει ληφθεί από την παραμονή της εγχειρήσεως.

Σε πολλά κράτη η συγκατάθεση αυτή είναι γραπτή την οποία υπογράφει ο ίδιος ο άρρωστος και σε ειδικές περιπτώσεις αφα-



σίας, τροχαίου ατυχήματος, ανηλικού αρρώστου υπογράφεται από κάποιον άλλο άμεσο συγγενή.

Στην Ελλάδα παραμένει ακόμα η προφορική και μόλις σποραδικά αρχίζει να ζητείται γραπτή αυτή η συγκατάθεση.

Οποιαδήποτε αμφιβολία του αρρώστου ή και των συνοδών που αφορά την απόφαση για την προγραμματιζόμενη εγχείρηση πρέπει να αναφέρεται στον χειρουργό εγκαίρως έστω και λίγα λεπτά πριν οδηγηθεί στο χειρουργείο ο άρρωστος ή λίγο πριν αρχίσει η νάρκωση.

Η ίδια προσοχή και μεταφορά της ευθύνης εκ μέρους της νοσηλεύτριας γίνεται στον άμεσο υπεύθυνο (χειρουργό) για οποιαδήποτε πληροφορία ή άλλο στοιχείο που ο άρρωστος ήθελε να αναφέρει σ'αυτήν π.χ. ένας άρρωστος δεν θέλει να του γίνει μαστεκτομή και αν ακόμα η βιοψία είναι θετική.

Η έγκαιρη ενημέρωση και ερμηνεία των ερωτήσεων του αρρώστου προλαμβάνει επεισόδια του αρρώστου και των συνοδών με το προσωπικό του νοσοκομείου (νοσηλευτικό, ιατρικό) και άλλες νομικές διαδικασίες.

Σε πολλά νοσοκομεία έχουν φύλλο νοσηλείας προεγχειρητικό το οποίο η νοσηλεύτρια που θα κάνει την προνάρκωση έχει ευθύνη να συμπληρώσει και να το υπογράψει.

Μεταφορά αρρώστου στο χειρουργείο

και προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς

Ο άρρωστος πρέπει να μεταφερθεί στο χειρουργείο μετά την προνάρκωση.

Η μετακίνηση του πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή για λόγους ασφαλείας και επειδή μπορεί να βρίσκεται σε σύγχυση λόγω της προνάρκωσης.

Η νοσηλεύτρια του χειρουργικού τμήματος ευθύνεται για την ασφάλεια του αρρώστου μέχρι να παραδοθεί συνήθως στον νοσοκόμο ή τον τραυματιοφορέα του χειρουργείου, στον οποίο μαζί με το φάκελλο και την κάρτα του αρρώστου (αυτό είναι κανονισμός του νοσοκομείου) αναφέρει και προφορικά ότι άλλο ιδιαίτερο πρόβλημα έχει ο άρρωστος και επιβάλλεται να το ξέρει ώστε να το διαβιβάσει στην νοσηλεύτρια του χειρουργείου, π.χ. ο άρρωστος είναι ανάπηρος από τύφλωση ή κώφωση ή ο άρρωστος είναι ψυχοπαθής ή κρατούμενος κ.λ.π. Μετά την αποχώρηση του ασθενή από το θάλαμο η νοσηλεύτρια αερίζει και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς. Το κρεβάτι που θα δεχτεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση πρέπει :

1) Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.

2) Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.

3) Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της απονάρκωσης.

4) Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.

5) Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος προς το μέρος του κομοδίνου τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Στο κρεβάτι ακόμα μπορεί να τοποθετηθούν διάφορα εξαρτήματα. Αυτό ρυθμίζεται από το είδος της εγχείρησης στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής και την εξέλιξή της.

Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό (νεφροειδές κ.λ.π.).

Ακόμα πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι.

Το κομοδίνο τέλος απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του αρρώστου για να τον προφυλάξομε σε περίπτωση διεγέρσεως του.

Όλα αυτά γίνονται βέβαια με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής θα μεταφερθεί στον ίδιο χώρο που ήταν και πριν, σε περίπτωση όμως που ο ασθενής θα οδηγηθεί σ' άλλο χώρο όπως στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας το κρεβάτι και γενικά το δωμάτιο ετοιμάζεται για να δεχτεί νέο ασθενή.

Γενικά καθήκοντα νοσηλευτριών χειρουργείου

Η εργασία της νοσηλεύτριας στο χώρο του χειρουργείου είναι ιδιαίτερα κουραστική και ακόμη επιβαρυντική για την υγεία της.

Η καλή απόδοση εξαρτάται από την καλή της υγεία γι'αυτό τόσο η ίδια, όσο και οι αρμόδιες υπηρεσίες πρέπει να συμβάλλουν στην καλή διατροφή της και στην επαρκή ξεκούραση.

Γενικά η δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος συμβάλλει πάρα πολύ στην καλή απόδοση της νοσηλεύτριας στο χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια του χειρουργείου χρειάζεται να έχει ήρεμο χαρακτήρα και με καλοσύνη και υπομονή να αντιμετωπίζει κάθε κατάσταση.

Σαν νοσηλεύτρια χειρουργείου πρέπει να επιλέγονται αυτές που έχουν εκφράσει ειδικά την επιθυμία αυτή και αφού συνειδητοποιήσουν την υπευθυνότητα της εργασίας τους. Απαιτείται ικανότητα συνεργασίας με όλα τα μέλη τη χειρουργικής ομάδας.

Η νοσηλευτική φροντίδα της νοσηλεύτριας στο χειρουργείο είναι ειδικός κλάδος της Νοσηλευτικής επιστήμης όπως η χειρουργική και η αναισθησιολογία αποτελούν ειδικούς κλάδους της ιατρικής επιστήμης.

Η νοσηλεύτρια του χειρουργείου είναι ένα από τα σπουδαιότερα μέλη της ομάδας του χειρουργείου.

Στα καθήκοντα της είναι η φροντίδα για ασφάλεια του αρρώστου κατά την παραμονή του στο χειρουργείο με την ίδια ή και μεγαλύτερη επιμέλεια που θα τον φρόντιζε η νοσηλεύτρια στην νοσηλευτική μονάδα.

Τέλος η νοσηλεύτρια του χειρουργείου χρειάζεται να είναι επιδέξια για κάθε χειρουργική επέμβαση, να έχει γνώσεις και

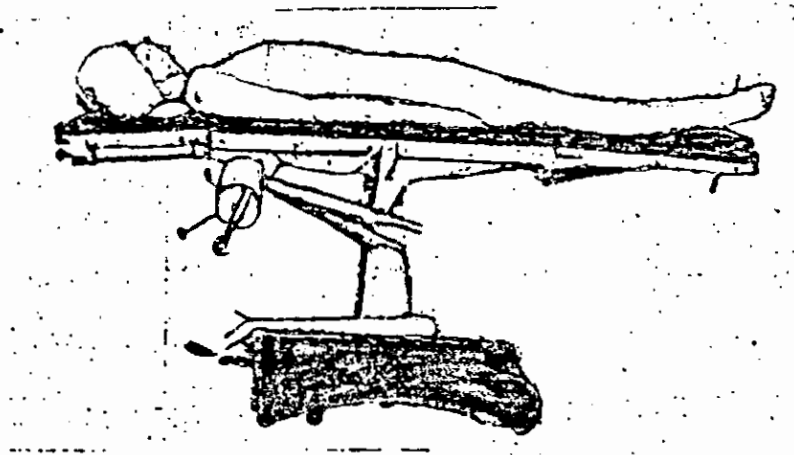
ιδιαίτερα να ενημερώνεται συνεπώς για κάθε αλλαγή τακτικής, τεχνικής, εργαλείων κ.λ.π.

Συνεχίζοντας την εργασία μου γίνεται μια συνοπτική αναφορά στις θέσεις που παίρνει ο άρρωστος στο χειρουργικό τραπέζι.

### θέσεις αρρώστου στο χειρουργικό τραπέζι

#### 1) Η θέση αρρώστου σε λαπαροτομία

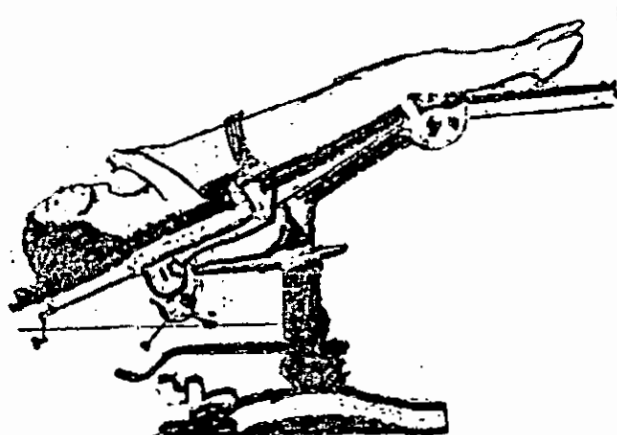
Ο άρρωστος τοποθετείται ύπτια με τους βραχίονες παράλληλα με το σώμα με τα χέρια προς τα μέσα και τους αντίχειρες κάτω από το σώμα του.



#### 2) θέση TRENDELENBURG για επεμβάσεις λεκάνης και μικρούς πυέλου

Ο ασθενής τοποθετείται ύπτια έτσι ώστε να καμφθούν τα γόνατα ακριβώς πάνω από τη σύνδεση των ποδιών του τραπεζιού. Τα γόνατα του αρρώστου είναι λυγισμένα και το υπόλοιπο σώμα του αρρώστου υποστηρίζεται από τους ώμους με κατάλληλα εξαρτήματα με σκοπό να αποφευχθεί ο κίνδυνος παράλυσης του βραχιόνιου πλέγματος.

Σκοπός τοποθέτησης του αρρώστου σε θέση TRENDLENBURG είναι να απομακρυνθούν τα έντερα από την κοιλότητα της λεκάνης εμπρός και πάνω από το υπογάστριο. Αυτή η θέση βοηθά στις επεμβάσεις μήτρας, ουροδόχου κύστεως, ουρητήρων και κατιόντος κόλου.



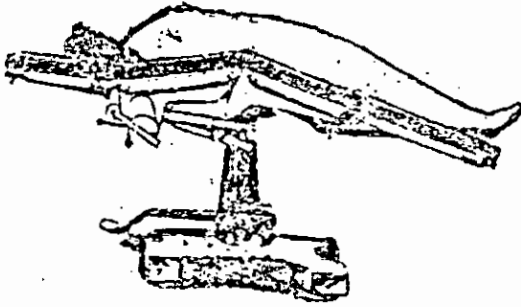
3) θέση αρρώστου σε επεμβάσεις χολυδόχου κύστεως ήπατος και στομάχου.

Ο άρρωστος τοποθετείται ύπτια. Το ένα χέρι στερεώνεται στο πλάι, παράλληλα με το σώμα ή λυγίζεται προς το θώρακα και στερεώνεται με φαρδύ λευκοπλάστ. Το άλλο τοποθετείται σε νάρθηκα για να το χρησιμοποιήσει ο αναισθησιολόγος.

Το μεσαίο τμήμα του τραπέζιού αναγείρεται με σκοπό να προβληθεί το ήπαρ και η χοληδόχος κύστη στο ύψος του επιγαστρίου. Αν δεν υπάρχει γέφυρα γίνεται γωνίωση του τραπέζιού.

Πριν κλείσει το περιτόναιο το τραπέζι ευθυγραμμίζεται. Πολλοί χειρουργοί δεν θέλουν αυτή τη θέση γιατί διατείνεται το περιτόναιο και επί πλέον μπορεί να προκληθούν πόνοι μυών μετά

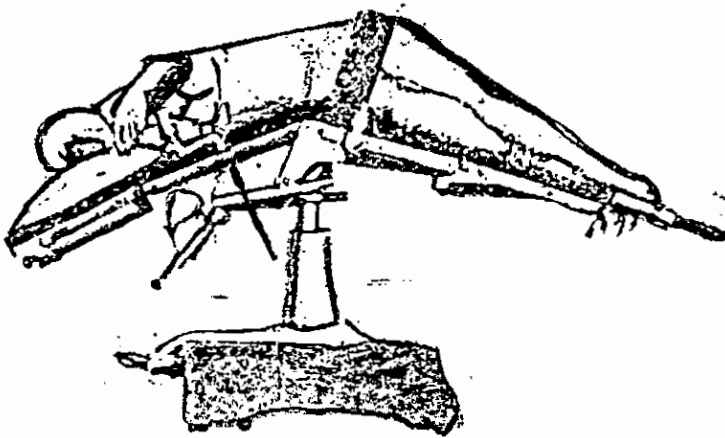
την εγχείρηση.



4) Θέση αρρώστου σε επέμβαση νεφρού και θώρακα

Κατά την αναισθησία ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια θέση. Το τραπέζι υπεγείρεται για να υψωθεί η νεφρική χώρα μεταξύ της κατώτερης πλευράς και της λαγωνίου ακρολοφίας.

Αυτή η θέση πολλές φορές χωρίς υπέγερση συνηθίζεται για πλευρεκτομή, για παροχέτευση εμποσήματος θώρακος, καθώς επίσης και για θωρακοπλαστική. Το τραπέζι ευθυγραμμίζεται πριν αρχίσει η ραφή των μυών.



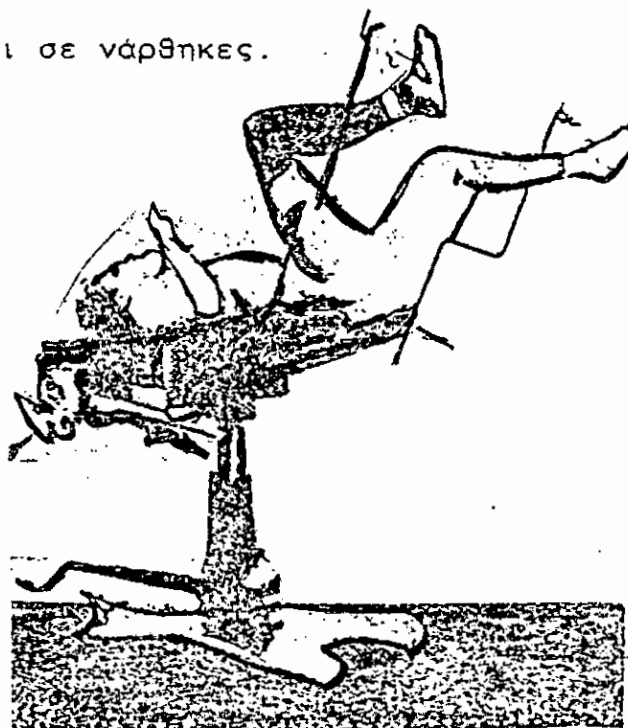
5) Θέση αρρώστου για γυναικολογικές ή περινεϊκές επεμβάσεις

Αυτή η θέση χρησιμοποιείται για επεμβάσεις του περινέου, εξωτερικών γεννητικών οργάνων, εξωτερικών οργάνων ή αιμορροειδων κ.λ.π.

Ο άρρωστος τοποθετείται πάνω στο τραπέζι έτσι ώστε οι γλουτοί να προεξέχουν λίγο έξω από την σύνδεση του μέσου και κατωτέρου τμήματος του τραπεζιού. Οι κνήμες του αρρώστου ανασπώνονται και κάμπτονται τα ισχία και τα γόνατα.

Τα πόδια υποστηρίζονται με ζώνες υφασμάτινες που στερεώνονται σε βακτηρίες τοποθετημένες στις πλευρές του τραπεζιού. Το τμήμα του τραπεζιού σπάζει στο σημείο που βρίσκονται οι γλουτοί και χαμηλώνει κατακόρυφα ή αφαιρείται ώστε ο χειρουργός να μπορεί να χειρουργεί εύκολα και πολλές φορές καθισμένος χωρίς κανένα εμπόδιο. Τα χέρια τοποθετούνται λυγισμένα στο θώρακα.

Σήμερα πολλοί γυναικολόγοι και ουρολόγοι προτιμούν μια τροποποιημένη θέση στην οποία οι μηροί κάμπτονται λιγότερο και οι κνήμες υποστηρίζονται σε νάρθηκες.





6) θέση αρρώστου σε επεμβάσεις μαστού και μασχάλης

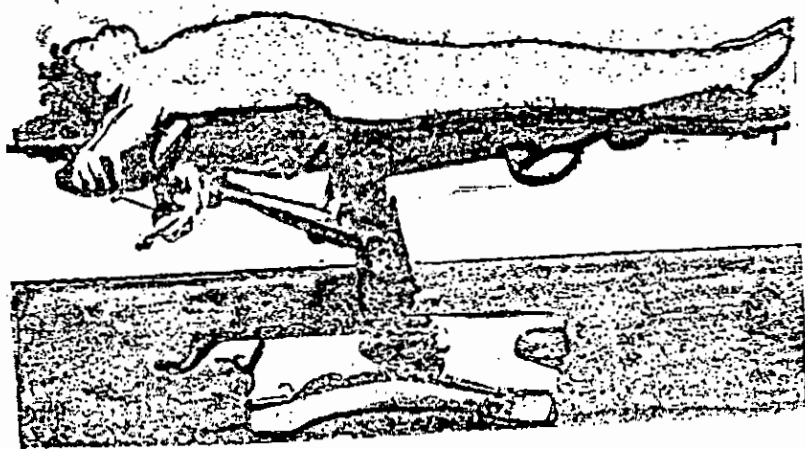
Ο ασθενής τοποθετείται ύπτια με τα χέρια τεντωμένα και τοποθετημένα πάνω σε νάρθηκες.

Μια άλλη θέση σ'αυτή την περίπτωση είναι να φέρουν τα χέρια μακριά από το σώμα κάμπτοντας τους αγκώνες και χρησιμοποιώντας ένα επίδεσμο που περνά από τον καρπό και στερεώνεται στην στεφάνη του τμήματος του κεφαλιού του τραπεζιού.

Οι βραχίονες επίσης μπορούν να κρατηθούν σ'αυτή τη θέση από μια βοηθό καθισμένη σε σκαμνί στο κεφάλι του τραπεζιού.

7) θέση αρρώστου σε ορθοπεδική επέμβαση

Οι ορθοπεδικές επεμβάσεις είναι πολλών ειδών και σχεδόν για κάθε μία από αυτές χρειάζεται και ειδική θέση του ασθενούς.



### Αναισθησία ή νάρκωση

Αναισθησία είναι η τέλεια κατάργηση των αισθήσεων που προκαλείται με διάφορα φάρμακα και έχει σκοπό να καταργήσει τον πόνο και την επαφή του αρρώστου με το περιβάλλον, είτε τοπικά σε μια περιοχή (τοπική αναισθησία) είτε καθολικά σε όλο το σώμα (γενική αναισθησία).

Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν φόβους για την νάρκωση και συχνά κάνουν διάφορες ερωτήσεις στις οποίες φαίνεται καθαρά αυτός ο φόβος .

Ρωτούν πόσο θα κρατήσει η εγχείρηση, ποιός θα τους δώσει νάρκωση, τι είδους νάρκωση θα είναι, αν θα ακούνε όσο θα είναι στο χειρουργικό τραπέζι, αν θα πονάνε κ.λ.π.

Όλα αυτά τα ερωτήματα και τους φόβους η νοσηλεύτρια της χειρουργικής μονάδας τα συναντάει πάρα πολύ συχνά και εκείνη πρέπει να εξηγήσει στον άρρωστο ότι το είδος νάρκωσης καθορίζεται από τον γιατρό, ώστε να είναι το καλύτερο στην περίπτωση του.

Εξηγείται στον άρρωστο ότι υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό υπό την επίβλεψη αναισθησιολόγου υπεύθυνου για όλη τη διαδικασία της αναισθησίας.

Όπως είπα και σε προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας μου ο αναισθησιολόγος επισκέπτεται προεγχειρητικά τον ασθενή, λαμβάνει γνώση και προφορικά των ειδικών προβλημάτων που έχει, ενισχύει και την εμπιστοσύνη του αρρώστου, απαντώντας στις ερωτήσεις, στις απορίες του και γενικά ελαττώνοντας το άγχος και τις φοβίες του.

Η νοσηλεύτρια της νάρκωσης είναι εκπαιδευμένη, μεταπτυχι-

ακά στην αναισθησία και είναι υπεύθυνη για την χορήγηση αναισθητικού μέσα στο χειρουργείο.

Σε μερικά νοσοκομεία διαθέτουν δωμάτια νάρκωσης (τμήμα νάρκωσης) στο οποίο ο άρρωστος εισέρχεται πριν πάει στο χειρουργείο, εκεί υποβάλλεται σε νάρκωση όταν ο χειρουργός είναι έτοιμος και στην συνέχεια μεταφέρεται με το φορείο στο χειρουργικό τραπέζι.

Κάτι άλλο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι όταν ο άρρωστος οδηγείται ξύπνιος στο χειρουργείο όλο το προσωπικό, τόσο οι νοσηλεύτριες όσο και οι γιατροί, πρέπει να γνωρίζουν ότι το περιβάλλον του χειρουργείου είναι παράξενο κι τρομακτικό γι' αυτόν, συζητήσεις ή σχόλια τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να αποφεύγονται.

Το είδος της νάρκωσης που χορηγείται στον άρρωστο μπορεί να επηρεάσει την μετεγχειρητική του πορεία και την επαναφορά της συνειδήσεως του.

Η νοσηλεύτρια σ' αυτό το στάδιο τόσο της νάρκωσης, όσο και της μετεγχειρητικής του κατάστασης μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να τα ξεπεράσει με τη μεγαλύτερη δυνατή αφάθεια με βάση την επιστημονική γνώση της νοσηλευτικής εμπειρίας και την ευσυνειδησία.

Η πιο ασήμαντη παρατήρηση της νοσηλεύτριας στις αντιδράσεις του αρρώστου κατ' αυτό το στάδιο ίσως αποτελεί κρίσιμη ενέργεια η οποία θα προστέψει ακόμα και τη ζωή του ασθενούς αν όχι την πρόληψη επιπλοκών ή επιδείνωση της καταστάσεως του.

Σχετικά τώρα με τα είδη αναισθησίας είναι :

- 1) Τοπική για την αναισθητοποίηση μιας περιοχής ή ενός οργάνου.
- 2) Γενική για την καθολική αναστολή των αισθήσεων του πόνου.

### Τοπική αναισθησία

Η τοπική αναισθησία χρησιμοποιείται για μικρής διάρκειας επέμβαση και εφαρμόζεται με τους παρακάτω τρόπους :

α) Με την αναισθησία δερματικής περιοχής, με τοπική χορήγηση φαρμάκων είτε με spray (π.χ. χλωριούχο αιθύλιο) είτε με ενδοδερμική ή υποδόρεια διήθηση. Με την διήθηση των ιστών με ενέσεις, αναισθητοποιείται η περιοχή σε μικρή έκταση.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι προκαΐνη, ξυλοκαΐνη κ.α.

β) Με ψεκασμό στους βλεννογόνους με αναισθητικό φάρμακο. Ο ψεκασμός χρησιμοποιείται για επεμβάσεις μικρής διάρκειας όπως ραφές, διανοίξεις αποστημάτων, βρογχοσκόπηση, οισοφαγοσκόπηση κ.λ.π, και γίνεται με ξυλοκαΐνη 1% ή 2%.

γ) Με την έγχυση αναισθητικών σε κοιλότητες όπως στην ουρήθρα για κυστεοσκόπηση, στους οφθαλμούς για εξέταση. Φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η νοβοκαΐνη, η ξυλοκαΐνη, η νομπερκαΐνη κ.α.

Τα πλεονεκτήματα της τοπικής αναισθησίας είναι οικονομικότερη, απλή στην εφαρμογή, δεν έχει κίνδυνο εκρήξεως και χρειάζεται λιγότερη μετεγχειρητική φροντίδα.

Η νοσηλευτική φροντίδα στην τοπική αναισθησία είναι : η νοσηλεύτρια τμήματος της ναρκώσεως πρέπει να βρίσκεται κοντά

στον άρρωστο κατά την ώρα που γίνεται η τοπική αναισθησία και κατά την διάρκεια της εγχείρησης.

Η νοσηλεύτρια τακτοποιεί τον άρρωστο σε κατάλληλη αναπauτική θέση, φροντίζει να αποκαλύπτεται μόνο η απαραίτητη για την αναισθησία και επέμβαση περιοχή και του εξηγεί πως θα αισθανθεί μερικά τσιμπήματα από τις ενέσεις που θα του γίνουν.

Στο χειρουργείο που θα γίνει η επέμβαση χρειάζεται να επικρατεί ηρεμία και ησυχία μια και ο άρρωστος τα ακούει όλα, το δε τραπέζι εργαλείων για την επέμβαση πρέπει να είναι έτοιμο και σκεπασμένο πριν μεταφέρουν τον άρρωστο.

Η νοσηλεύτρια που κάθεται κοντά του σε σκαμνί του εξηγεί οτιδήποτε συμβαίνει, επίσης κάθε αντίδραση π.χ. πτώση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να αναφέρεται αμέσως.

### Τοπική αναισθησία περιφερικού νευρικού συστήματος ή περιοχική αναισθησία

Εδώ υπάγεται η ραχιαία αναισθησία με οσφυονωτιαία παρακέντηση και η παραλλαγή αυτής η επισκληρίδιος αναισθησία. Το φάρμακο ενίεται στον υπαραχνοειδή χώρο της σπονδυλικής στήλης σ'ένα από τα μεσοσπονδύλια διαστήματα.

Ετσι προκαλείται εκτεταμένη αναισθησία στις ρίζες των νεύρων της περιοχής της εγχειρήσεως (π.χ. κοιλιάς, λεκάνης, κάτω άκρων) καθώς και μυϊκή χάλαση.

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι ίδια όπως και στην τοπική αναισθησία με την διαφορά ότι κατά την αναισθησία ο άρρωστος τοποθετείται σε κατάλληλη θέση με δύο τρόπους.

1) Ο άρρωστος τοποθετείται σε αριστερά πλάγια θέση με την

κάμψη της σπονδυλικής στήλης και τον κεφαλικό.

2) Ο άρρωστος τοποθετείται σε καθιστική θέση με τα χέρια του στηριγμένα σε τραπεζάκι.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται κατά την εισαγωγή της βελόνας, ο άρρωστος πρέπει να παραμένει εντελώς ακίνητος γιατί κάθε μετακίνηση είναι επικίνδυνη.

Επίσης στην οσφυονωτιαία και επισκληρίδια παρακέντηση επιβάλλεται η απόλυτη ασηψία γι' αυτό και ο αναισθησιολόγος φορά μπλούζα αποστειρωμένη και γάντια. Στον άρρωστο απαραίτητα γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση ορού για το φόβο της πτώσης της αρτηριακής πίεσεως και γενικά για περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης.

Μετά την ραχιαία αναισθησία ο άρρωστος πρέπει να παραμείνει σε ύπτια θέση για αρκετές ώρες. Να ελέγχονται τα ζωτικά σημεία του, κυρίως η Α.Π. Η αισθητικότητα των μελών που έχουν αναισθησία δεν επανέρχεται αμέσως μετά το τέλος της εγχείρησης, γι' αυτό ο άρρωστος μεταφερόμενος στο κρεβάτι του, πρέπει να τοποθετηθεί άνετα και ασφαλής.

Αντεδεικνύεται η θέση TRENTELBURG (ανάρροπος των κάτω άκρων) εκτός αν υπάρχει ειδικός λόγος.

Ο ασθενής ίσως παραπονεθεί για πονοκέφαλο, ο οποίος οφείλεται στην παρακέντηση του νωτιαίου σωλήνα.

Γενική αναισθησία

Η χορήγηση των φαρμάκων στην γενική αναισθησία μπορεί να γίνει με τους παρακάτω τρόπους :

- 1) Με την εισπνοή πηκτικών αερίων π.χ. πρωτοξειδίο του αζώτου ( $N_2O$ ) FLUOTHANE πάντοτε σε συνδυασμό με οξυγόνο ( $O_2$ ).
- 2) Με ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων π.χ. βαρβιτουρικά
- 3) Με συνδυασμό εισπνοή αερίων και ενδοφλεβίων φαρμάκων, και
- 4) Με την χορήγηση φαρμάκων από το απευθυσμένο που σήμερα δεν εφαρμόζεται.

Συμπληρωματικά να υπενθυμίσουμε ότι όλα τα φάρμακα που δίνονται στον ασθενή για αναισθησία είναι ανάλογα του βάρους και της επιφάνειας του σώματος του.

Παράλειψη στην εργασία μου θα ήταν να μην αναφερθώ στην διασωλήνωση τραχείας η οποία συνδυάζεται σχεδόν πάντα με την γενική αναισθησία.

Για την διασωλήνωση της τραχείας χρησιμοποιούνται σωλήνες που είναι κατασκευασμένοι από ελαστική ή πλαστική ουσία. Μπορεί επίσης να είναι οπλισμένοι με πλαστικό ή μεταλλικό σπείρασμα για να αποφεύγεται η κάμψη της όπως π.χ. σε εγχειρήσεις στη νευροχειρουργική. Σήμερα χρησιμοποιούνται οι σωλήνες PORTEX.

Ο ενδοτραχειακός σωλήνας εισάγεται στην τραχεία είτε από το στόμα είτε από την μύτη τυφλά.

Τα μεγέθη τους είναι διάφορα και έχουν μπαλονάκι (CUFF) που το φουσκώνουν μετά την εισαγωγή του για να κάμουν την τραχεία αεοστεγή και υδατοστεγή.

Σχετικά με τα πλεονεκτήματα ενδοτραχειακών σωλήνων :

- 1) Εξασφαλίζουν ελεύθερη αναπνευστική οδό.
- 2) Εμποδίζουν την είσοδο εκκρίσεων στην τραχεία.
- 3) Επιτρέπουν την εφαρμογή τεχνητής αναπνοής.
- 4) Καθορίζεται σταθερή πυκνότητα του οξυγόνου
- 5) Διευκολύνεται η αναρρόφηση εκκρίσεων (σάλιου, πύον, αίματος).
- 6) Εμποδίζουν το σπασμό του λάρυγγα.

Μειονεκτήματα ενδοτραχειακών σωλήνων :

Επειδή είναι ξένο σώμα μπορεί κατά την εισαγωγή του να προκαλέσει κάκωση ή ερεθισμό στην τραχεία, βήχα καθώς και βράγχος φωνής μετεγχειρητικά.

Σημεία, που θα πρέπει να προσέξει η νοσηλεύτρια και κατά την ανάνηψη.

Το ίδιο μπορεί να συμβεί αν υπάρχει δυσαναλογία μεγέθους σωλήνα - τραχείας.

Μπορεί κατά την εισαγωγή επίσης να τραυματίσει το φάρυγγα, λάρυγγα ή τα δόντια.

Για την εισαγωγή του χρειάζεται μεγαλύτερη χάλαση παρά για την εγχείρηση.

Επίσης κατά την εισαγωγή του είναι δυνατόν να εισχωρήσουν μικρόβια από το ρινοφάρυγγα στους βρόγχους και να προκαλέσουν μόλυνση.

Όταν γίνεται η εισαγωγή του σωλήνα προκαλείται στον άρρωστο βήχας με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και σε παθήσεις καρδιάς ή σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μπορεί να προκληθούν ατυχήματα.



Ανάνηψη ή τμήμα αποναρκώσεως

Είναι ο χώρος στον οποίο ξυπνά ο άρρωστος, δηλαδή επανέρχεται η συνείδηση του αρρώστου από την επίδραση της νάρκωσης.

Αποτελεί ένα οργανωμένο χώρο του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται από ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και βοηθητικό.

Η χρησιμοποίηση του έχει πρακτικά, εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης είναι διαθέσιμα σε κάθε στιγμή.

Ο άρρωστος συνοδεύεται από τον αναισθησιολόγο κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο στο τμήμα της ανάνηψης, και ο οποίος παραδίδει στη νοσηλεύτρια τον ασθενή με τις σχετικές οδηγίες και την ενημέρωση για την κατάσταση και τα ειδικά προβλήματα για τα οποία απαιτείται η φροντίδα ή η προσοχή της. Ο αναισθησιολόγος πρέπει να σιγουρευτεί ότι η αναπνευστική οδός είναι ελεύθερη και τα ζωτικά σημεία είναι σε ικανοποιητικό βαθμό πριν αφήσει τον άρρωστο.

Ο άρρωστος πρέπει να είναι προστατευμένος με προφυλακτικές στο κρεβάτι του, ώστε να εξασφαλίζεται η αποφυγή τραυματισμού και πτώσεως του αφού δεν έχει συνείδηση λόγω της νάρκωσης. Ο άρρωστος πρέπει να είναι ζεστός, σκεπασμένος με ζεστή κουβέρτα και πρέπει να προστατεύεται από τα ρεύματα.

Παρακάτω γίνεται αναλυτικότερα αναφορά στις ενέργειες της νοσηλεύτριας στο χώρο της ανάνηψης.

α) Παρακολούθηση αναπνευστικής λειτουργίας.

Από τις πρώτες ενέργειες της νοσηλεύτριας είναι να ελέγξει (και αυτό βέβαια να το επαναλαμβάνει) αν η αναπνευστική οδός του αρρώστου είναι ελεύθερη και καθαρή.

Ο άρρωστος μπορεί να τοποθετηθεί σε θέση SIMS χωρίς μαξιλάρι ώστε να διευκολυνθεί η εκροή εκκρίσεως ή βλέννας της στοματικής κοιλότητας εάν όμως αντεδεικνύεται ο άρρωστος να γυρίσει στο πλάι τότε μένει σε ύπτια θέση και χωρίς μαξιλάρι στο κεφάλι αλλά γυρισμένο μόνο το κεφάλι στο πλάι.

Εάν έχει μεγάλη ποσότητα εκκρίσεων που προκαλούν δυσκολία στην αναπνοή του αρρώστου, τότε γίνεται αναρρόφηση με καθετήρα αναρρόφησης συνδεδεμένο με αναρροφητική αντλία. Όταν λειτουργεί η αντλία ο καθετήρας πρέπει να κινείται μέσα στο στόμα, από τα μέσα προς τα έξω και το αντίθετο για να μην τραυματισθεί ο βλεννογόνος του στόματος.

*Αναρρόφηση αρρώστου σε ύπτια θέση*

Εάν παρά την αναρρόφηση η εικόνα του αρρώστου μοιάζει να έχει αναπνευστική δυσχέρεια, τότε η νοσηλεύτρια με τους αντίχειρες στην άρθρωση της κάτω σιαγόνας και τ'άλλα δάκτυλα στο

πηγούνι προσπαθεί να έλξει την κάτω γνάθο προς τα κάτω, η κεφαλή όμως πρέπει να βρίσκεται σε υπερέκταση προς τα πίσω.

Εάν παρά τις παραπάνω προσπάθειες δεν αλλάξει η όψη του αρρώστου ώστε να οξυγονώνεται αρκετά καλά τότε πρέπει να ειδοποιηθεί ο αναισθησιολόγος.

Συχνά ο αναισθησιολόγος τοποθετεί ελαστικό ή μεταλλικό αεραγωγό στο στόμα του αρρώστου ο οποίος υποβαστάζει την γλώσσα και αφήνει ελεύθερη για αναπνοή την αναπνευστική οδό, μέχρι να εμφανίσει σημεία αφύπνισης και επαναφοράς της συνειδήσεως του. Η αυξημένη αναπνευστική συχνότητα, η επιπόλαια αναπνοή ή βραδύπνοια και το κυανωτικό χρώμα κατ' αρχήν στα χείλια ίσως να ειδοποιούν κάποια αναπνευστική δυσχέρεια.

Η κίνηση αέρος μέσα και έξω προς τους πνεύμονες μπορεί να γίνει αντιληπτή τοποθετώντας την παλάμη μπροστά από το στόμα του αρρώστου.

Αναπνοές άνω των 30 και κάτω των 16 ανά λεπτό πρέπει να θέσουν σε ανησυχία την νοσηλεύτρια και ίσως πρέπει να ειδοποιηθεί ο αναισθησιολόγος.

#### β) Έλεγχος της κυκλοφορίας.

Η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός του αρρώστου πρέπει να λαμβάνονται κάθε τέταρτο και να καταγράφονται τουλάχιστον επί δύο ώρες.

Πτώση της αρτηριακής πίεσης μπορεί να είναι επακόλουθο της χορηγούμενης αναισθησίας, μετά από χορήγηση, μυοχαλαρωτικού ή ακόμα μπορεί να οφείλεται σε κινήσεις του αρρώστου ή σε πολύ ισχυρό πόνο του αρρώστου.

Εάν η υπόταση είναι αξιοσημείωτη πρέπει να κληθεί ο αναι-

σθαιολόγος.

Ο σφυγμός ελέγχεται εάν είναι γεμάτος καυστικός σε ρυθμό και σε όγκο. Πτώση αρτηριακής πίεσης, λεπτός ασθενής και γρήγορος σφυγμός με ψυχρές επιδρώσεις του δέρματος ίσως να είναι ένδειξη σοβαρής αιμορραγίας η οποία συνοδεύεται με ωχρότητα του προσώπου. Ο χειρουργός πρέπει να κληθεί αμέσως ώστε να γίνει η κατάλληλη στην περίπτωση αντιμετώπιση.

#### γ) Χειρουργικό τραύμα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ελέγχει συχνά ίσως και κάθε 15' το τραύμα για πιθανή εκροή ή αιμορραγία.

Εάν η ποσότητα φρέσκου αίματος αυξηθεί στο τραύμα του αρρώστου ίσως προμηνύεται αιμορραγία γι' αυτό πρέπει να κληθεί αμέσως ο χειρουργός.

#### δ) Παροχетеύσεις.

Κάθε παροχетеυση του αρρώστου πρέπει να συνδέεται με τον κατάλληλο τρόπο και να παροχетеύεται. Ο γαστρικός σωλήνας πρέπει να συνδέεται με σλλέκτη τοποθετημένο χαμηλότερα της οριζόντιας θέσης του σώματος ή με αναρροφητική αντλία επίσης και οι καθετήρες της ουροδόχου κύστης.

Άλλοι παροχευτικοί σωλήνες του τραύματος είναι απλοί και εκβάλλουν στο επιδερμικό υλικό (REN ROSE) ενώ άλλοι είναι μακρείς σωλήνες παροχетеυσης π.χ. σε μαστεκτομή θα χρειασθεί να συνδεθούν με αντλία τραύματος ή σε συσκευή κενού.

Ο σωλήνας T στην χολοκυστεκτομή συνήθως συνδέεται με απλή παροχетеυση σε παροχетеυτικό σάκκο.

Αν όμως μετά από θωρακοτομή, τοποθετηθεί σωλήνας πρέπει να

συνδέεται με φιάλη θώρακος.

Οι παροχέτευσεις από το ουροποιητικό σύστημα ποτέ δεν πρέπει να σηκώνονται ψηλότερα από την επιφάνεια του κρεβατιού.

*Παροχέτευση ουροποιητικού  
συστήματος με πρόβλεψη για  
πλύση ουροδόχου κύστης.*

*Παροχέτευσεις ουρητήρα και  
νεφρικής πυέλου μετά από  
ουρητηροτομή.*

Η νοσηλεύτρια για κάθε άρρωστο στην ανάνηψη πρέπει να ξέρει από πού εξέρχεται η παροχέτευση τι σκοπό έχει και ανάλογα πως πρέπει να συνδεθεί για παροχέτευση. Πιθανή καθυστέρηση έγκαιρης παροχέτευσης παροχετευτικού σωλήνα ίσως προκαλέσει επιπλοκές ή ακόμα εκθέσει σε κίνδυνο την ζωή του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια της ανάνηψης πρέπει να αντιμετωπίσει κατάλληλα κάθε παροχέτευση του αρρώστου, να συμβουλευθεί τον σωστό τρόπο τοποθέτησης του συλλέκτη κατά την μεταφορά του και να ενημερώσει ακριβώς την νοσηλεύτρια της μονάδας εντατικής θεραπείας ή του χειρουργικού τμήματος.

ε) Ιατρικές οδηγίες.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να εφαρμόζει ακριβώς τις ιατρικές οδηγίες για την λήψη υγρών, χορήγηση φαρμάκων, υγρών ενδοφλεβίως, αίματος και οτιδήποτε άλλο.

ζ) Ανακούφιση από τον πόνο.

Μόλις ο άρρωστος αρχίζει να ξυπνά από το στάδιο της νάρκωσης παραπονείται για το αίσθημα του πόνου.

Άρρωστοι που έχουν αυξημένο προεγχειρητικό άγχος συμβαίνει πολλές φορές να αρχίζουν αίσθημα πόνου πολύ νωρίς μετεγχειρητικά.

Πριν χορηγηθεί οποιοδήποτε παυσίπονο στον άρρωστο η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει πότε ακριβώς του χορηγήθηκε η τελευταία δόση αναισθητικού, επίσης πως είναι τα ζωτικά του σημεία, την ηλικία του αρρώστου και την προεγχειρητική συναισθηματική κατάσταση του.

Για οποιοδήποτε ερωτηματικό πρέπει να απευθύνεται στον χειρουργό.

η) Ούρηση.

Σχετικά με την ούρηση καλό θα ήταν να ενισχυθεί ο άρρωστος να ουρήσει πριν να αρχίσει να πονάει και μάλιστα βρισκόμενος στην ανάνηψη.

Όταν ο άρρωστος ξυπνάει τελείως έχει αυξημένο το αίσθημα του πόνου και ίσως είναι πιο δύσκολο να ουρήσει με τον ερεθισμό του πόνου.

θ) Μεταφορά του αρρώστου.

Το χρονικό διάστημα που θα παραμείνει ο άρρωστος στην ανάνηψη είναι ακαθόριστο, εξαρτάται πάντα από την άμεση μετεγχειρητική του κατάσταση.

Όταν τα ζωτικά του σημεία σταθεροποιηθούν και ο άρρωστος ξυπνήσει τελείως μπορεί να μεταφερθεί ή στην Μ.Ε.Θ. ή στην χει-

ρουργική μονάδα ανάλογα με την κατάσταση του.

Ένα κριτήριο αφυπνίσεως ικανοποιητικό είναι να λέει το όνομά του, να έχει προσανατολισμό χρόνου και χώρου να ξέρει που βρίσκεται.

Ο άρρωστος πρέπει να συνοδεύεται εκτός από τον τραυματιοφορέα ή νοσοκόμο και από την νοσηλεύτρια που τον παρακολούθησε στην ανάνηψη η οποία θα αναφέρει στην νοσηλεύτρια που θα δεχτεί τον άρρωστο οτιδήποτε για την κατάσταση και τα προβλήματά του. Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με την μικρότερη δυνατή έκθεση του και τάση στα ράμματα και με τέτοιο τρόπο ώστε να μένουν ανοιχτοί οι αεραγωγοί του.

Πολλά τραύματα ανοίγουν κάτω από μεγάλη τάση και γι' αυτό πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να μην προστίθεται επιπλέον τάση στα ράμματα. Έτσι σε περιπτώσεις θυρεοειδεκτομής το κεφάλι πρέπει να πέφτει χαλαρά προς τα εμπρός, σε μαστεκτομή ο βραχίονας της χειρουργημένης πλευράς πρέπει να διατηρείται κοντά στον θώρακα, στην νεφρεκτομή δεν επιτρέπεται να γυρίζει προς το χειρουργημένο πλάι κ.ο.κ.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Μονάδες εντατικής θεραπείας

Σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής χρειάζεται εντατική νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση της κατάστασέως του καθώς και επείγουσα και έκτακτη φροντίδα σε ότι προκύψει.

Η εξέλιξη της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) άρχισε μόλις το 1960.

Από τότε έχουν γίνει πάρα πολύ σημαντικοί πρόοδοι στον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης της Μ.Ε.Θ. καθώς και στην προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Σήμερα ο αριθμός των κρεβατιών στις Μ.Ε.Θ. έχει αυξηθεί, ο αριθμός των αρρώστων επίσης, όμως υπάρχει και τεράστια πρόοδος στον εξοπλισμό των Μ.Ε.Θ., τόσο από ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και από υπεσύγχρονα μηχανήματα.

Υπάρχουν διάφορα είδη Μ.Ε.Θ. όπως :

*Καρδιολογική Μ.Ε.Θ.*

*Χειρουργική Μ.Ε.Θ.*

*Παθολογική Μ.Ε.Θ.*

*Νευροχειρουργική Μ.Ε.Θ.*

*Παιδιατρική Μ.Ε.Θ.*

*Αναπνευστική Μ.Ε.Θ.*

*Νεφρολογική Μ.Ε.Θ. κ.α.*



Το προσωπικό το οποίο θα προσφέρει τις υπηρεσίες του στο χώρο της Μ.Ε.Θ. θα πρέπει να αποτελείται από διπλωματούχες νοσηλεύτριες ικανές για το χώρο αυτό.

Συνήθως ο αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται για μια μονάδα, 8 κλινών είναι :

α) Ημερήσιος κύκλος καθηκόντων

4 διπλωματούχες νοσηλεύτριες

2-3 βοηθοί θαλάμου

β) Απογευματινός κύκλος καθηκόντων

3 διπλωματούχες νοσηλεύτριες

2 βοηθοί θαλάμου

γ) Νυχτερινός κύκλος καθηκόντων

2-3 διπλωματούχες νοσηλεύτριες

2 βοηθοί θαλάμου

Επίσης εκτός από το παραπάνω προσωπικό που αναφέρθηκε πρέπει να υπάρχουν νοσοκόμοι φορείς, φυσικοθεραπευτές, τεχνικοί αναπνευστήρων και αναπνευστικής θεραπείας, οι οποίοι συνεργάζονται για την θεραπεία των ασθενών.

Το πάν βέβαια για την ομαλή λειτουργία της μονάδας είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη συνεργασία του προσωπικού της μονάδας, η συνεχής επιμόρφωση και ενημέρωση του σε νέες εξελίξεις.

Το προσωπικό πρέπει να είναι ενήμερο για την δράση των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων, τον τρόπο χορήγησης αυτών καθενός χωριστά, την δόση, την επίδραση, τις αντενδείξεις και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες του. Έκτακτα συμβάντα μπορεί να αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο αν χρειασθεί και πριν έρθει ο γιατρός.

Το ίδιο ισχύει και με μηχανήματα της μονάδας τα οποία το προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει άψογα τον χειρισμό τους.

Αφού αναφέρθηκα γενικά στο προσωπικό που επανδρώνει τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) καλό είναι να μιλήσουμε και λίγο για τα κριτήρια επιλογής του προσωπικού της μονάδας :

1) Να είναι από τα καλύτερα και επίλεκτα στελέχη του νοσοκομείου.

2) Να έχουν εκδηλώσει επιθυμία για να εργασθούν σε μονάδα.

3) Να έχουν εκπαιδευτεί στην Μ.Ε.Θ., να έχουν υποστεί γραπτή δοκιμασία και να έχουν θεωρηθεί επιτυγχόντες.

4) Εκτός από το βοηθητικό προσωπικό το υπόλοιπο προσωπικό να είναι διπλωματούχες νοσηλεύτριες.

Σχετικά με το ρόλο της Νοσηλεύτριας στο χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, εκτός από αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω θα ήθελα να προσθέσω την τεράστια σπουδαιότητα της συμπαράστασης της νοσηλεύτριας δίνοντας κουράγιο στον ασθενή με θερμό ενδιαφέρον, ευγενικά αισθήματα και αφοσιωμένη συμπεριφορά.

Αυτό βέβαια ισχύει και για όλους τους χώρους του νοσοκομείου αλλά στη Μ.Ε.Θ. ένα ακόμα παραπάνω γιατί είναι ο χώρος στον οποίο ο ασθενής περνάει πολύ κρίσιμες στιγμές για την μετέπειτα πορεία της υγείας του.

Ενα άλλο σημαντικό είναι η νοσηλεύτρια να έχει συναλλαγή με το περιβάλλον του αρρώστου (συγγενείς, φίλους, συνοδούς) και να μεταφέρει το ενδιαφέρον τους στον άρρωστο, να τους τονίζει πόσο ανάγκη το έχει ο ασθενής τους και πόσο τον βοηθάνε με αυτό.

Οι επισκέπτες στην Μ.Ε.Θ. πρέπει να είναι αυστηρά περιορισμένοι. Συνήθως μόνο στενοί συγγενείς επιτρέπεται να δουν τον

άρρωστο και για λίγα λεπτά. Απαγορεύονται τα λουλούδια, η τηλε-  
όραση, το ραδιόφωνο και το τηλέφωνο κοντά στους αρρώστους. Όταν  
η κατάσταση του αρρώστου βελτιωθεί και δεν χρειάζεται άλλη  
εντατική θεραπεία και παρακολούθηση μεταφέρεται σε θάλαμο της  
αντίστοιχης κλινικής που ανήκει.

### Μετεγχειρητική φροντίδα

Όπως είπαμε και παραπάνω όταν η κατάσταση του αρρώστου βελτιωθεί ο ασθενής μεταφέρεται στη χειρουργική μονάδα.

Μπορεί όμως να μην χρειασθεί η μεταφορά του στη Μ.Ε.Θ. και ο ασθενής να οδηγηθεί αμέσως στο χειρουργικό τμήμα.

Στο κεφάλαιο 2 και συγκεκριμένα στο μέρος του κεφαλαίου "Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς" γίνεται εκτεταμένη αναφορά στις ενέργειες της νοσηλεύτριας για την υποδοχή του αρρώστου μετά το χειρουργείο (ετοιμασία κλίνης και θαλάμου).

Σχετικά με την τοποθέτηση του ασθενή στο κρεβάτι θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών.

Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι : Πνευμονικές, κυκλοφορικές, ουροποιητικές, πεπικές, από το τραύμα στους μυς και τις αρθρώσεις.

Ας δούμε όμως τις θέσεις αναλυτικότερα που τοποθετείται ο ασθενής στο κρεβάτι :

#### α) Υπτία θέση.

Η υπτία 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.

#### β) Πλάγια θέση ή θέση SIM.

Ο άρρωστος είναι γυρισμένος στο πλάι με τον υπερκείμενο

βραχίονα μπροστά του. Το υποκείμενο κάτω άκρο βρίσκεται σε ελαφρά κάμψη και κατ'ισχίον και στην κατάγουν άρθρωση. Το κεφάλι υποστηρίζεται σε μαξιλάρι και ένα δεύτερο μαξιλάρι τοποθετείται κατά μήκος της ράχης. Χρησιμοποιείται όταν είναι απαραίτητο ο άρρωστος να αλλάζει συχνά θέση.

#### γ) Θέση TRENDELLENBURG

Ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση, με τα πόδια του κρεβατιού ανυψωμένα. Η θέση αυτή υποβοηθά την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου και χρησιμοποιείται σε shock και αιμορραγία.

#### δ) Θέση FOWLER

Από όλες τις θέσεις η πιο συνηθισμένη, αλλά και εκείνη που δύσκολα μπορεί να διατηρηθεί είναι η θέση FOWLER. Ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία  $60^\circ$  ως  $70^\circ$  με το οριζόντιο επίπεδο.

Είναι η άνετη καθιστή θέση. Οι χειρουργημένοι άρρωστοι τοποθετούνται στην θέση αυτή αμέσως μετά την ανάνηψη. Στην θέση αυτή ο άρρωστος τοποθετείται με μεγάλη προσοχή γιατί συχνά αισθάνεται ζάλη.

Αν ο άρρωστος παραπονεθεί για ζάλη τοποθετείται στην ύπτια θέση και μέσα σε μία ή δύο ώρες στην θέση FOWLER. Κάτω από τα πέλματα τοποθετείται υποστήριγμα ώστε να διατηρείται ο άρρωστος στην θέση αυτή.

ε) Θέση ημι-FOWLER

Χρησιμοποιείται όσων είναι αναγκαία η αποφυγή τάσης όπως στην βουβωνοκήλη ή κοιλιοκήλη. Το κεφάλι ανυψώνεται 30-32 cm και τα γόνατα κάμπτονται.

Ας σημειωθεί ότι αυτές οι θέσεις χρησιμοποιούνται τόσο σε ασθενείς που μεταφέρονται στην Μ.Ε.Θ. όσο και στην χειρουργική μονάδα.

Κάτι άλλο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι επειδή ο άρρωστος είναι ευαίσθητος στην αλλαγή της θερμοκρασίας, φροντίδα πρέπει να δοθεί στα σκεπάσματα του αρρώστου ώστε να τον διατηρούν ζεστό. Πρέπει να αποφευχθούν τα ρεύματα, οι ανεμιστήρες, οι συσκευές air condition. Σαν ο άρρωστος παραπονεθεί για κρύο ή για αίσθημα ψύχους παρά την κατάλληλη παρεχόμενη φροντίδα (ίσως απλώς αισθάνεται κατ'επέκταση της ανάνηψης στην οποία ήταν και συνήθως υπάρχει αερισμός).

Ο άρρωστος πρέπει να παραμείνει σκεπασμένος με κουβέρτα μέχρι το δέρμα του να γίνει ζεστό και στεγνό και μετά απομακρύνεται το παραπάνω σκέπασμα, ώστε να μην ζεσταθεί πολύ. Ο άρρωστος που ζεσταίνεται (ίσως ιδρώσει ή αισθάνεται ανήσυχος, ενώ συγχρόνως με την εφίδρωση έχει απώλεια υγρών του σώματος και διαταραχή των ηλεκτρολυτών των οποίων η σπουδαιότητα είναι γνωστή και βασική ανάγκη του χειρουργημένου (να είναι φυσιολογικοί οι ηλεκτρολύτες)).

Φροντίδα του στόματος (πλύση) του προσώπου και των χεριών παρέχουν άνεση στον ασθενή. Η πλύση της ράχης και η εντριβή με οινόπνευμα είναι απαραίτητα. Ο άρρωστος πρέπει να γυρίζει εναλλάξ στο πλάι. Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια χονδρή πετσέτα διπλωμένη

ρολό αν τοποθετηθεί κάτω από την οσφυϊκή μοίρα του αρρώστου τον ανακουφίζει.

Εαν ο άρρωστος πρέπει να μην παίρνει τίποτα από το στόμα, τα χείλη του αρρώστου πρέπει να βρέχονται κατά διαστήματα με κρύο νερό. Ο θάλαμος του αρρώστου πρέπει κατά διαστήματα να αερίζεται και να παραμένει μακριά από τον θόρυβο.

### Κίνηση

Όπως ξέρουμε εάν ο άρρωστος έχει προετοιμαστεί για το τι πρέπει να κάνει μετά την εγχείρηση η μετεγχειρητική του φροντίδα θα είναι ευκολότερη και αποτελεσματικότερη γι' αυτό ο άρρωστος θα πρέπει να έχει διδαχθεί ότι θα πρέπει να κινείται μετά την εγχείρηση αφού ξυπνήσει.

Πρέπει να γυρίζει τουλάχιστον κάθε δύο ώρες στο πλάι μέχρι να σηκωθεί.

Η στροφή αυτή στο πλάι όταν δεν αντενδεικνύεται προλαμβάνει τις αναπνευστικές επιπλοκές (πνευμονία κ.α.) και τις θρομβώσεις.

### Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών

Ενδοφλέβια υγρά χορηγούνται στον άρρωστο τόσο προεγχειρητικά, κατά την διάρκεια της επέμβασης όσο και μετεγχειρητικά.

Συνήθως χορηγούνται ορροί από την προηγούμενη μέρα της εγχείρησης ώστε να ενυδατωθεί ο άρρωστος και συμπληρώνονται οι ηλεκτρολύτες, εάν έχουν διαταραχή.

Σε οποιαδήποτε εγχείρηση γίνεται απώλεια υγρών, ηλεκτρολυτών και αίματος.

Μετεγχειρητικά αυτές οι απώλειες αυξάνουν ή λόγω της αυξη-

μένης επίδρωσης της οξείας ή βεβιασμένης αναπνοής και τέλος του εμέτου.

Γι' αυτό πρέπει να γίνεται αντικατάσταση αυτών (απολεσθέντων υγρών) με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

Τα υγρά χορηγούνται συνήθως στον αυλό των φλεβών με βελόνα (πεταλούδα) ή φλεβοκαθετήρα.

Σχετικά με τα είδη των διαλυμάτων που χρησιμοποιούνται είναι :

Τα υδατικά χορηγούμενα για την αποκατάσταση της αφυδάτωσης έχουν σαν αποτέλεσμα να ερεθίζουν την λειτουργία του νεφρού (προκαλούν αποβολή μεγάλης ποσότητας ούρων). Αυτά τα υγρά περιέχουν DEXTROSE δηλαδή υδατάνθρακες σε νερό ή φυσιολογικό ορό (9% χλωριούχο νάτριο).

Οι υδατάνθρακες μεταβολίζονται και το νερό είναι ελεύθερο να απορροφηθεί από τα κύτταρα ή να αποβληθεί όσο περισσέψει.

Το ισοζύγιο των υγρών συχνά διατηρείται με αυτά τα διαλύματα εμπλουτισμένο με την ανάλογη ποσότητα ηλεκτρολυτών. Υγρά προοριζόμενα να αντικαταστήσουν πρωτοπαθή απολεσθέντα υγρά του σώματος (αφυδάτωση) λόγω εμέτου, λόγω διάρροιας, λόγω αυξημένης εκροής από τραύμα, είναι συνήθως τα τύπου RINGER'S.

Ένα βασικό στα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι να παρακολουθεί τον άρρωστο όταν λαμβάνει ενδοφλέβια ορούς. Η ροή του ορού ορίζεται από τον θεράποντα ιατρό και ο αριθμός των σταγόνων ανά λεπτό εξαρτάται από την κατάσταση που βρίσκεται ο άρρωστος.

Το σημείο εισόδου του ορού πρέπει να παρακολουθείται μήπως παρουσιάζει οίδημα. Δείγμα ότι η φλέβα έσπασε και θα πρέπει να αφαιρεθεί η βελόνα και να εισέλθει σε ένα άλλο σημείο



του δέρματος. Εάν κατά την αλλαγή του ορού η φιάλη τοποθετηθεί χαμηλότερα από τον άρρωστο, αίμα θα εμφανισθεί στο σύστημα του ορού ή στην βελόνα ή στον φλεβοκαθετήρα.

Εάν δεν εμφανισθεί αίμα ίσως δεν έχει διηθηθεί πλήρως το υγρό του ορού.

Συχνά ο άρρωστος μπορεί να παραπονεθεί για καυστικό πόνο στο σημείο που είναι η βελόνα και τότε απαιτείται έλεγχος και συχνή παρακολούθηση μήπως επιβάλλεται να αλλάξει φλέβα.

Εάν έχει κλείσει η φλέβα τότε πρέπει πάλι να διακοπεί σε αυτό το σημείο η χορήγηση υγρών και να τοποθετηθεί η βελόνα σε άλλη φλέβα.

Ένα άλλο σημαντικό που πρέπει να τονιστεί είναι οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις από τη χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών τις οποίες πρέπει να γνωρίζει η νοσηλεύτρια για να μπορεί να τις αντιμετωπίσει.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί τον άρρωστο που παίρνει ορρό σε πολύ συχνά διαστήματα μήπως εμφανίσει αναπνευστικές διαταραχές από την αύξηση της φλεβικής πίεσης.

Δυσχέρεια αναπνοής, αύξηση στις επιδρώσεις, βήχας, δυσφορία, άνοδος της αρτηριακής πίεσης, διαταραχές του σφυγμού (ταχυσφυγμία και διόγκωση των φλεβών είναι τα συμπτώματα της υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας. Εάν συνεχίσουμε την χορήγηση των υγρών παρά τα προαναφερθέντα συμπτώματα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση πνευμονικού οιδήματος στον άρρωστο.

Μια άλλη συνήθης επιπλοκή κατά την χορήγηση ορού ενδοφλεβίως είναι η θρομβοφλεβίτιδα κατά την οποία η φλέβα φλεγμαίνει και ίσως δημιουργηθεί κάποιος θρόμβος. Ερυθρότητα και οίδημα αναπτύσσεται στο σημείο εισόδου της βελόνας κατά μήκος του κα-

θετήρα και ο άρρωστος παραπονείται για πόνο κατά μήκος της φλέβας.

Όταν αυτό συμβεί πρέπει να διακόπτεται αμέσως η χορήγηση του ορρού και χλιαρές υγρές κομπρέσες κυρίως με αλουμινόνερο ή αντιφλογιστική αλοιφή (LASONIL) τοποθετούνται πάνω από την φλεγμαίνουσα φλέβα για να ανακουφίσουν τον άρρωστο από τον πόνο και να διευκολύνουν την επούλωση. Εμβολή επίσης μπορεί να προκληθεί και από την είσοδο σταγονιδίου αέρος, ο οποίος εισέρχεται από το σύστημα ορρού όταν ο αέρας δεν έχει αφαιρεθεί όλος κατά μήκος του αυλού του συστήματος ή ακόμα καμμιά φορά όταν τελειώσει ο ορρός και δεν έχει αντικατασταθεί εγκαίρως από άλλο. Αιφνίδια πτώση της Α.Π. ή κολλάψεως μπορεί να συμβεί κατά την εμβολή εξ αέρος με συμπτώματα σοκ και απώλεια συνειδήσεως.

Αλλα ανεπιθύμητα συμπτώματα που μπορούν να εμφανισθούν κατά την διάρκεια λήψης ενδοφλέβια ορρού είναι η ναυτία, ο έμετος, το ρίγος και η αύξηση του αριθμού των σφυγμών.

Εάν οτιδήποτε από αυτά συμβεί διακόπτεται ο ορρός και ειδοποιείται ο γιατρός. Υπάρχει όμως περίπτωση να μην μπορεί να διευκρινισθεί αν αυτά τα συμπτώματα οφείλονται στην χειρουργική περίπτωση και εγχείρηση ή έχουν σχέση με τη χορήγηση του ορρού. Η απότομη εμφάνιση όμως των συμπτωμάτων κλίνει περισσότερο στην δυσμενή επίδραση του ορρού. Επίσης ίσως ο άρρωστος έχει κάποιο βαθμό ευαισθησία στον ένα ή στον άλλο ορρό. Πάντως οποιαδήποτε δυσφορία κι αν περιγράψει ο άρρωστος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, διότι μπορεί να τον προστατέψει από πιθανή επιπλοκή.

### Δίαιτα

Στους περισσότερους χειρουργικούς αρρώστους δεν δίνεται τροφή μετεγχειρητικά, εάν δεν επανέλθουν οι περισταλτικές κινήσεις του εντέρου, γιατί ίσως προκαλέσει ναυτία, έμμετο και δημιουργήσει αέρια.

Επιτρέπεται να βρέχει το στόμα του ο άρρωστος με κρύο νερό και παγάκια συχνά, ώστε να ανακουφίζεται από το αίσθημα της δίψας ενώ συγχρόνως οι άρρωστοι παίρνουν ενδοφλέβια ορρούς. Άρρωστοι όμως με γαστρεντερική αναρρόφηση δεν παίρνουν νερό από το στόμα, γιατί αυτό συντελεί στην μεταφορά ηλεκτρολυτών από την κυκλοφορία μέσα στο στομάχι και αναρρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών πριν προφθάσουν να επαναρροφηθούν από το βλενογόνο του στομάχου.

Με τον τρόπο αυτό μπορεί ο οργανισμός να χάσει πολύτιμους ηλεκτρολύτες, κυρίως χλώριο, κάλιο και νάτριο. Βαριές καταστάσεις μεταβολική αλκάλωσης ή υπονατριαιμίας έχουν δημιουργηθεί από αλόγιστη χορήγηση σκέτου νερού από το στόμα σε άρρωστο με γαστρική αναρρόφηση.

Αν είναι ανάγκη να δίνονται στον άρρωστο παγάκια αυτά πρέπει να γίνονται από φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή ένα ισοζυγισμένο ηλεκτρολυτικό διάλυμα που θα υποδείξει ο γιατρός.

Οι άρρωστοι που δεν έχουν υποστεί εγχείρηση στο γαστρεντερικό τους σύστημα επανέρχονται σύντομα σε ελαφρά και κανονική δίαιτα στην συνέχεια.

Οι περισσότεροι άρρωστοι συνήθως δεν έχουν το αίσθημα της πείνας γιατί τους δίνονται υγρά από το στόμα. Όσο χρονικό διάστημα ο άρρωστος είναι σε έλεγχο του ισοζυγίου των υγρών θα πρέ-

πει χωρίς παράλειψη να καταγράφονται ακριβώς τα λαμβανόμενα από το στόμα υγρά.

Όταν επιτραπεί από το στόμα σίτιση η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρύνει τον άρρωστο να παίρνει τροφές οι οποίες να αναπληρώνουν τις ελλείψεις του οργανισμού, π.χ. ένας άρρωστος με ειλεοστομία, πρέπει να παίρνει τροφές πλούσιες σε κάλιο, ένας άρρωστος με χολοκυστεκτομή πρέπει να παίρνει τροφές με πολύ νάτριο.

Βέβαια πρέπει να λαμβάνονται υπόψη καταστάσεις που τυχόν συνυπάρχουν, όπως νεφρική ανεπάρκεια στην χορήγηση καλίου και καρδιοπάθεια στην χορήγηση νατρίου. Ο άρρωστος πρέπει να πάρει πλήρη διαίτα όσο πιο γρήγορα είναι δυνατόν επειδή η καλή διατροφή μειώνει τη διάρκεια και τις επιπλοκές της ανάρρωσης.

Αλλά ας δούμε καλύτερα και ποιές είναι οι επιπτώσεις της ανεπαρκούς θρέψης στον χειρουργικό ασθενή.

Από πολύ νωρίς είχε παρατηρηθεί ότι ασθενείς με διαταραχές της θρέψης παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Πειραματικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα πειραματόζωα που δεν τρέφονται φυσιολογικά έχουν κατά πολύ μεγαλύτερη ευαισθησία στο αιμορραγικό shock. Έτσι σε πειραματόζωα με κακή θρέψη απώλεια αίματος 26 cm<sup>l</sup> ανά χιλιόγραμμο σωματικού βάρους προκαλούσε βαρύτατο shock παρά το γεγονός ότι ο αρχικός όγκος τους ήταν φυσιολογικός.

Αντίθετα τα φυσιολογικά διατρεφόμενα πειραματόζωα παρουσίαζαν shock μετά από απώλεια 45 ml αίματος ανά χιλιόγραμμο σωματικού βάρους.

Η υποπρωτεϊναιμία εξάλλου στον άνθρωπο καταστέλλει τις λειτουργίες του μυελού των οστών και προκαλεί ατροφία του σπληνός και του λεμφοποιητικού ιστού με αποτέλεσμα την αναιμία

και την λευκοπενία. Επί υπολευκωματαιμίας έχει παρατηρηθεί επίσης μειωμένη παραγωγή αντισωμάτων και πιθανή ευαισθησία στις λοιμώξεις.

Η μειωμένη πρόσληψη, πρωτεϊνών μπορεί να έχει μια σειρά από ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Η αντίσταση του ήπατος στις τοξίνες μειώνεται, ενώ παρατηρούνται σοβαρές διαταραχές στην ενζυματική δραστηριότητα του.

Η παρατεταμένη στέρηση των πρωτεϊνών έχει επίδραση και στην λειτουργία των πνευμόνων και στον αερισμό. Ο θάνατος από αιτία συνήθως εκδηλώνεται σαν θάνατος από πνευμονία. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι σε προχωρημένες καταστάσεις αιτίας όπου η μυϊκή πρωτεϊνική μάζα έχει σημαντικά ελαττωθεί παρατηρείται αδυναμία. Αυτή έχει σαν αποτέλεσμα το μειωμένο αερισμό των πνευμόνων και την αδυναμία αποβολή της απόχρεμψης. Η υποπρωτεϊναιμία εξάλλου υποβοηθά το οίδημα των τοιχωμάτων των κυψελίδων και των βρογχιολίων όπως επίσης και την υπερπαραγωγή βρογχικών εκκρίσεων.

Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος με αποτέλεσμα την επιμόλυνση των κατακρατούμενων εκκριμάτων και το θάνατο.

Η ελάττωση των πρωτεϊνών του πλάσματος έχει κατευθείαν επίδραση στο μηχανισμό επούλωσης και γι αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία μετεγχειρητικά. Από την άλλη μεριά η μυϊκή αδυναμία που αναφέρθηκε παραπάνω μαζί με την ελαττωματική επούλωση αυξάνουν τον κίνδυνο δημιουργίας άτονου έλκους από κατάκλιση στους ασθενείς που είναι υποχρεωμένοι να μένουν στο κρεβάτι και δεν αλλάζουν συχνά θέση.

Σε ασθενείς με κακή θρέψη παρατηρείται καταστολή του ανοσοβιολογικού τους μηχανισμού σε διάφορα επίπεδα ήδη παραπάνω

αναφέρθηκε η μειωμένη παραγωγή αντισωμάτων. Επίσης παρατηρείται ελάττωση του ολικού αριθμού των λεμφοκυττάρων και επηρεάζεται σημαντικά η λειτουργικότητα τους με αποτέλεσμα τη μειωμένη άμυνα του οργανισμού.

### Βήχας και βαθειά αναπνοή

Ο σκοπός που ερεθίζουμε τον άρρωστο μετεγχειρητικά να πάρει βαθειά ανάσα και να βήξει είναι για να αποβάλλει το συντομότερο το αναισθητικό, την βλέννα ή άλλες εκκρίσεις που πιθανώς να παρεμποδίζουν την αναπνευστική οδό και να εξασφαλισθεί έτσι πλήρως η οξυγόνωση των ιστών. Γι' αυτό καλά θα είναι προεγχειρητικά να εξηγείται στον άρρωστο ο σκοπός του γιατί πρέπει να αναπνέει βαθειά. Σε πολλά νοσοκομεία χρησιμοποιούνται διάφορα αναπνευστικά τεχνάσματα για επιτευχθεί η βαθειά αναπνοή του αρρώστου μετεγχειρητικά, π.χ. φουσκώνοντας μπαλόνια ή εισπνέοντας και εκπνέοντας σε μια χάρτινη σακούλα με τέτοιο τρόπο ώστε τα τοιχώματα της σακούλα να συμπίπτουν, επίσης το ίδιο μπορεί να γίνει και με αποστειρωμένη σακούλα ουροσυλλέκτη. Όλα αυτά τα τεχνάσματα επιτυγχάνουν βαθειά αναπνοή και ερεθισμό για να βήξει ο άρρωστος.

Ο βήχας δεν πρέπει να είναι επιπόλαιος, ρηχός και ταχύς αλλά βαθύς και να έχει αποτέλεσμα εκκρίσεις ή βλέννα της αναπνευστικής οδού. Καλύτερο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται εάν ο άρρωστος τοποθετηθεί σε καθιστική θέση και η νοσηλεύτρια βοηθήσει με ελαφρά πίεση στην τομή ώστε να μην πονάει πολύ (η πίεση εφαρμόζεται με τις παλάμες από κάτω προς τα πάνω ή με την βοήθεια μιας διπλωμένης πετσέτας). Εάν ο άρρωστος δυσκολεύεται με τον βήχα να βγάλει φλέμα ίσως χρειαστεί να γίνει αναρρόφηση

των εκκρίσεων με αντλία. Οι άρρωστοι που έχουν χειρουργηθεί στα μάτια, στο νωτιαίο μυελό και στον εγκέφαλο δεν πρέπει να βήχουν μετεγχειρητικά γιατί λόγω της φύσης της εγχειρήσεως αντενδύονται.

### Ούρηση

Μπορεί στις οδηγίες του ο χειρουργός να αναφέρει ότι μπορεί να γίνει καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης μετά από 8 ώρες ή περισσότερες.

Στην περίπτωση του καθετηριασμού να υπενθυμίσουμε ότι η νοσηλεύτρια είναι απόλυτα άσηπτη και εγκυμονεί κινδύνους φλεγμονής του ουροποιητικού γι'αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται όσο το δυνατόν.

Ο άρρωστος πρέπει να προσπαθεί να ουρεί μόνος του και σε μερικές περιπτώσεις αν το επιτρέπει η κατάσταση του ανάλογα με το είδος της επέμβασης μπορεί να σηκωθεί στη πολυθρόνα ή στην τουαλέτα ακόμα.

Αφθονα υγρά ενδοφλέβια ή από το στόμα αν επιτρέπεται βοηθούν στο να ουρήσει ο ασθενής. Το άνοιγμα της βρύσης δρα αντανακλαστικά βοηθώντας τον άρρωστο να ουρήσει, επίσης αν χυθεί πάνω από την γεννητική περιοχή λίγο χλιαρό νερό, ίσως βοηθηθεί ο άρρωστος.

Ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης γίνεται όταν η κύστη έχει διάταση και ψηλαφάται πάνω από την ηβική σύμφυση σε περίπτωση επίσχεσης ούρων.

### Λειτουργία του εντέρου

Μετά από εγχείρηση του γαστρεντερικού συστήματος οι περισταλτικές κινήσεις του εντέρου προσωρινά λείπουν και συνήθως επανέρχονται εντός 48 ωρών. Η αποβολή αερίων ή η απότομη λειτουργία του εντέρου είναι δείγμα ότι ο περισταλτισμός του εντέρου απεκατεστάθη. Με το στηθοσκόπιο η νοσηλεύτρια μπορεί να ελέγξει την λειτουργία του εντέρου, ακόμα και ο άρρωστος μπορεί να απαντήσει για την επαναλειτουργία του. Τα ηλικιωμένα άτομα συχνά ενοχλούνται περισσότερο αυτές τις μέρες εάν δεν θα έχουν κένωση. Οι κινήσεις του αρρώστου καθώς και η έγερση βοηθούν τον άρρωστο να έχει αέρια.

### Ασκήσεις

Εάν δεν υπάρχουν αντενδείξεις ο άρρωστος πρέπει να αρχίσει ασκήσεις, όσο νωρίτερα γίνεται ή τουλάχιστον στο τέλος της πρώτης μετεγχειρητικής μέρας. Οι ασκήσεις βοηθούν το κυκλοφοριακό σύστημα. Προλαμβάνουν εμβολές και θρομβώσεις, διευκολύνουν τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος και συμβάλουν στην ταχύτερη ανάρρωση.

Μέρος των ασκήσεων αυτών περιλαμβάνουν τις ασκήσεις των δακτύλων των χεριών, των ποδιών, των κοιλιακών και γλουτιαίων μυών, καθώς και ασκήσεις για την προετοιμασία εγέρσεως του αρρώστου. Στην αρχή οι ασκήσεις μπορεί να είναι παθητικές με την βοήθεια της νοσηλεύτριας και αργότερα γίνονται από τον ίδιο τον άρρωστο ως ενεργητικές. Μόνιμο μαξιλάρι κάτω από τα γόνατα δεν πρέπει να μένει και η άρθρωση του γόνατος πρέπει να κινείται πολύ συχνά.

Η προσπάθεια να καθήσει ο άρρωστος στο κρεβάτι και να



κουνά τα πόδια είναι πολύ καλή. Όλες αυτές οι κινήσεις παρεμποδίζουν το σχηματισμό θρομβώσεως.

#### Σωλήνες - Παροχетеύσεις

Όταν ο άρρωστος έχει καθετήρα ουροδόχου κύστης και LEVIN η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ελέγχει συχνά το είδος και την ποσότητα των αποβαλλομένων υγρών. Όλα τα αποβαλλόμενα από οποιαδήποτε παροχетеυση μετρώνται και καταγράφονται ακριβώς στο διάγραμμα του αρρώστου.

Η δε προσωρινή αποσύνδεση των σωλήνων παροχетеυσης πρέπει να γίνεται προσεχτικά και αντίστοιχα με τον τρόπο που ενδείκνυται σε κάθε περίπτωση.

#### Έγερση

Μέσα στις πρώτες 24 έως 48 ώρες από την εγχείρηση σχεδόν όλοι οι χειρουργημένοι άρρωστοι σηκώνονται από το κρεβάτι. Οι λόγοι της έγερσης είναι :

1. Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών.
2. Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
3. Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.
4. Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη δίαιτα.
5. Μείωση του χρόνου παραμονής στην πλήρη δίαιτα.

Κατά την έγερση ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι βαρειά πάσχοντες και οι υπερήλικες. Πρώτα τοποθετούνται στην ανάρροπη θέση ώπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνονται ζάλη. Κατόπιν στην καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνονται.

Ο χρόνος που μένει ο άρρωστος μακριά από το κρεβάτι εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης, τη γενική κατάσταση και

την ηλικία του.

Καθ' όλη την προσπάθεια να σηκωθεί ο άρρωστος ελέγχεται η γενική κατάσταση του.

Ο σφυγμός και το χρώμα του συχνά προειδοποιούν κατάσταση ανεπιθύμητη. Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει βαθειές ανάσες αφ' ενός μεν για να αναπνέει κανονικά και να οξυγονώνονται οι ιστοί, αφ'ετέρου να αισθάνεται χαλαρά ώστε να μην επιδεινώνεται το αίσθημα στον άρρωστο το αίσθημα ανεξαρτησίας, και αυτοπεποίθησης της καλής πορείας της καταστάσεως του.

Επίσης στην μετεγχειρητική φροντίδα του χειρουργικού ασθενή, περιλαμβάνεται και η περιποίηση του τραύματος για το οποίο γίνεται εκτενέστερη αναφορά παρακάτω.

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Τραύμα είναι κάθε λύση συνέχειας του δέρματος.

Τα τραύματα διακρίνονται σε χειρουργικά τα οποία γίνονται από τον χειρουργό προκειμένου να γίνει μια εγχείρηση ή ένας χειρουργικός καθαρισμός ή μια ανιμετώπιση ενός εκτάκτου (αποκάλυψη φλέβας, λαπαροσκόπηση, διάνοιξη αποστήματος) και σε φυσικά, εκείνα δηλαδή που συμβαίνουν από κάποια εξωτερική πίεση ή βία και τα οποία διακρίνονται :

α. Τέμνοντα, τα οποία έχουν ομαλές τομές δέρματος κατά μια άποψη σ' αυτό το είδος ανήκουν και τα χειρουργικά, δηλαδή οι χειρουργικές τομές.

Τα τέμνοντα τραύματα προκαλούνται από αιχμηρά συνήθως αντικείμενα ή εραλεία.

β. Θλαστικά, αυτά προκαλούνται από βία ή από βαρεία κάκωση των μαλακών μορίων, συνοδεύονται δε από αιμορραγία και οίδημα.

γ. Τέμνοντα θλαστικά, έχουν ανώμαλα χείλη και προέρχονται από ξύλο, σύρμα, συρματοπλεγμα.

δ. Νυγμώδη θλαστικά, εμφανίζουν πύλη εισόδου μικρή συνήθως, προκαλούνται από όπλο, μαχαίρι κ.λ.π.

Τα τραύματα γενικά συρράπτονται και μάλιστα αμέσως κυρίως τα τέμνοντα ενώ στα άλλα τραύματα προηγείται ο χειρουργικός καθαρισμός, δηλαδή εκτίμηση και απομάκρυνση των νεκρών τραυματισμένων και μολυσμένων ιστών μετά από τον καθαρισμό της τραυματικής και περιτραυματικής περιοχής με κάποιο αντισηπτικό.

Βασικής σπουδαιότητας είναι η απομάκρυνση ξένων σωμάτων

από το τραύμα, διότι αυτά αποτελούν εστίες ή πυρήνες διαπυρήσεως.

Συνά τοποθετείται ένας μικρός σωλήνας παροχέτευσης του τραύματος πριν γίνει η συρραφή για να παροχετευθεί προς το επιδερμικό υλικό ή συλλογή αίματος, λέμφου, πύου ή υγρού και τα οποία παρεμποδίζουν την επούλωση.

Επούλωση ονομάζεται το σύνολο των διεργασιών που έχουν σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος. Η διεργασία αυτή έχει τα εξής στάδια ή φάσεις :

1. Παραγωγική φάση ή φάση φλεγμονής. Αμέσως μετά τον τραυματισμό έχουμε έξοδο αίματος, πλάσματος, λέμφου και συσώρευση στα χείλη του τραύματος, πολυμορφοπύρηνων, μακροφάγων, λεμφοκυττάρων, ινοβλάστων, στιοκυττάρων. Αυτή η φάση διαρκεί 4-5 ημέρες.

2. Φάση αναπαραγωγής κολλαγόνου. Αρχίζει την 6η μέρα και τελειώνει την 15η μέρα. Στην φάση αυτή οι ινοβλάστες παράγουν κολλαγόνο.

3. Φάση ωριμάνσεως. Διαρκεί 3-6 μήνες, η ουλή ωριμάζει και ενώ αρχικά είναι ερυθρή, υπερτροφική και προβάλλει, τελικά γίνεται ωχρή, επίπεδη και πιο μαλακή.

Η επούλωση του τραύματος μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους: Πρώτο, δεύτερο και τρίτο σκοπό.

Τα τραύματα που δημιουργούνται με άσπτες συνθήκες, όπως τα χειρουργικά, προκαλούν πολύ μικρή καταστροφή των ιστών και επουλώνονται κατά πρώτο σκοπό.

Η πρωτοπαθής ένωση ενός τραύματος αφού έχει προκληθεί ελάχιστη καταστροφή ιστών, γίνεται ταχεία και με ελάχιστη ιστική αντίδραση.

Η δευτεροπαθής επούλωση μετά από σχηματισμό κονιώδους ιστού γίνεται όταν ένα τραύμα διανοιχθεί οπότε η επούλωση καθυστερεί και είναι περίπλοκη. Αυτό συμβαίνει σε τραύματα που γίνονται για διάνοιξη αποστήματος και γενικά εκείνα που έχουν παροχετεύσεις.

Αφού αποβληθεί το συλλεγόμενο υγρό, η κοιλότητα που απομένει γεμίζει με μαλακό ερυθρό ιστό.

Ο ιστός αυτός αποτελείται από τριχοειδή αγγεία τα οποία περιβάλλονται από κύτταρα που αργότερα θα γίνουν συνδετικός ιστός. Η σύνθεση αυτή μοιάζει με κοκκία τα οποία όσο προχωράει ο χρόνος αυξάνονται και τείνουν να αντικαταστήσουν τον καταστραφέντα ιστό. Αλληλοσυνδέονται τα κοκκία μεταξύ τους και σχηματίζουν τον ουσιώδη ιστό ή την ουλή. Η επούλωση τελειώνει όταν ο επιθηλιακός ιστός (κύτταρο του δέρματος) καλύψει τον κοκκιώδη. Αυτός ο τρόπος επούλωσης γίνεται σε όλα τα τραύματα που έχει γίνει απώλεια ιστών από οποιοδήποτε λόγο (έγκαυμα, κάκωση Διαπύηση κ.λ.π.)

Τρίτος τύπος επούλωσης τραύματος είναι μετά από δεύτερη συρραφή όταν για οποιοδήποτε λόγο η αρχική ραφή διασπάσθηκε και μια νέα συρραφή συρράπτει τις δύο κοκκιωματώδεις επιφάνειες. Από την τελευταία συρραφή προκύπτει μια βαθύτερη και μεγαλύτερη ουλή.

Σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην επούλωση είναι :

Τοπικοί παράγοντες

Επιβραδύνουν την επούλωση :

- α. Συλλογή αίματος ή πλάσματος στο τραύμα (οίδημα).
- β. Ξένα σώματα (σκόνη, τεμάχια ξύλου, υφάσματος κ.λ.π).
- γ. Άνεπαρκή αιμάτωση.
- δ. Η τοπική φλεγμονή του τραύματος.

Επιταχύνουν την επούλωση :

- α. Η θερμότητα, που συμβάλλει στην αύξηση αιμάτωσης και επομένως αύξηση της ταχύτητας των χημικών αντιδράσεων επούλωσης.
- β. Η στενή επαφή των επιφανειών του τραύματος.

Γενικοί παράγοντες

α. Επειδή οι δομικές μονάδες του κολλαγόνου και του ενδοθηλίου των νεοπλαστικών τριχοειδών είναι τα αμινολέα ή δίαιτα πρέπει να περιέχει άφθονο λεύκωμα υψηλής βιολογικής αξίας.

β. Η βιταμίνη C παρεμβαίνει στο μεταβολικό μονοπάτι του σχηματισμού του κολλαγόνου.

γ. Η αναιμία και η χαμηλή  $PO_2$  επιδρούν δυσμενώς στην επούλωση.

δ. Τα κυτταρολογικά φάρμακα επιβραδύνουν την επούλωση διότι προκαλούν λευκοπενία.

ε. Η ηλικία είναι άλλος παράγοντας ο οποίος συμβάλλει ανάλογα στην καθυστέρηση της επούλωσης.

στ. Η γενική κατάσταση του ατόμου επηρεάζει την επούλωση ενός τραύματος (πυρετός, σακχαρώδης διαβήτης, ουραιμία κ.α.)

### Επίδεση τραυμάτων

Η επίδεση ενός τραύματος γίνεται για διάφορους σκοπούς οι οποίοι είναι :

1. Την απορρόφηση των υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα (αίμα κ.α.)
2. Την ακινητοποίηση της περιοχής που πάσχει.
3. Την προστασία του τραύματος από τραυματισμό και μηχανικές κακώσεις.
4. Την προφύλαξη του τραύματος από μολύνσεις.
5. Την αιμόσταση.
6. Την άνεση του αρρώστου και την ανάπτυξη του αισθήματος ασφάλειας.

Πολλοί χειρουργοί αν το τραύμα είναι ξηρό και καθαρό, αφαιρούν το αρχικό επιδεσμικό υλικό και αφήνουν το τραύμα ανοιχτό. Συνηθέστερα όμως η επίδεση μένει ως την αφαίρεση των ραμμάτων.

Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής με επίδεσης του τραύματος είναι :

1. Παρεμπόδιση δημιουργίας θερμότητας, υγρασίας, σκοταδιού, που είναι παράγοντες απαραίτητοι για την ανάπτυξη μικροβίων.
2. Εύκολη παρακολούθηση του τραύματος.
3. Ο άρρωστος μπορεί εύκολα να κάνει μπάνιο.
4. Απλοποίηση της μετεγχειρητικής φροντίδας.
5. Αποφυγή δερματικής αντίδρασης από λευκοπλάστη.
6. Διευκόλυνση αρρώστου στις δραστηριότητές του.
7. Οικονομία.

Ως υποκατάστατα της επίδεσης, στην ανοικτή μέθοδο χρησιμο-

ποιούνται πλαστικές ουσίες που εφαρμόζονται με ψεκασμό. Αφαιρούνται μετά από 5-7 ημέρες.

Ανεξάρτητα με ότι αναφέρθηκε πιο πάνω οι πιο πολλοί χειρουργοί προτιμούν την εφαρμογή μιας επίδεσης στο χειρουργείο, αμέσως μετά την επέμβαση και μια αλλαγή 4-6 μέρες αργότερα.

### Τρόπος χειρουργικής επίδεσης

Τόσο η νοσηλεύτρια όσο και ο γιατρός πρέπει να έχουν αποκτήσει επιδεξιότητα στην επίδεση, με την γνώση και την εμπειρία. Γνωρίζοντας το σκοπό της επίδεσης πρέπει να τηρείται ο όρος της απόλυτης ασηψίας και της προφύλαξης από οποιαδήποτε επιμόλυνση. Το υλικό πρέπει να είναι άσηπτο, καθαρό συγκεντρωμένο πριν να αρχίσει η επίδεση, κατάλληλο και να στερεωθεί με ασφάλεια γύρω από την περιτραυματική περιοχή.

Κατά την παραμονή του χειρουργικού αρρώστου στο νοσοκομείο ένα μέρος της νοσηλείας του είναι και η φροντίδα του τραύματος.

Η νοσηλεύτρια της χειρουργικής κλινικής πρέπει να δίνει μεγάλη σπουδαιότητα, σημασία και προσοχή κατά την ώρα της αλλαγής, διότι ενημερώνεται ακριβώς για την πορεία και την κατάσταση του αρρώστου, ενώ συγχρόνως πρέπει να σερβίρει το άσηπτο υλικό (εργαλεία, γάζες κ.λ.π.) με απόλυτη προσοχή, να έχει φροντίσει για να υπάρχει το υπόλοιπο υλικό που είναι αναγκαίο και τέλος να απομακρύνει το μολυσμένο ή χρησιμοποιημένο υλικό έγκαιρα.

Συχνά οι πρώτες αλλαγές γίνονται από τον ίδιο τον χειρουργό, και οι υπόλοιπες από την νοσηλεύτρια.

Εάν το αφαιρούμενο επιδεσμικό υλικό παρουσιάζει κανένα



χαρακτηριστικό, αυτό καταγράφεται στο διάγραμμα του αρρώστου με ανάλογες παρατηρήσεις.

Τέτοια χαρακτηριστικά μπορεί να είναι ποτισμένο με αίμα με αιματηρό υγρό, με πύον κ.λ.π.

### Τεχνική της αλλαγής

Ο άρρωστος προετοιμάζεται με ενημέρωση. Αν και η νοσηλεύτρια σε μεγάλο θάλαμο σύρονται οι κουρτίνες. Αν το τραύμα είναι δύσσομο η αλλαγή γίνεται στην αίθουσα αλλαγών. Η έκθεση του αρρώστου είναι η μικρότερη δυνατή. Τα ράμματα και clips αφαιρούνται την 6η με 7η μέρα. Οι ταινίες λευκοπλάστ πρέπει να αφαιρούνται παράλληλα και όχι κάθετα προς το δέρμα. Για την διευκόλυνση της αποκόλλησης χρησιμοποιούνται μη ερεθιστικά αεροζόλ. Εξάλλου ο ορθός τρόπος εφαρμογής της ταινίας λευκοπλάστ είναι η τοποθέτηση της στο μέσο των γαζών επίδεσης και η ομαλή συμπίεση της από το κέντρο προς τα δύο άκρα. Τα παλιά επιθέματα και ότι χρησιμοποιείται για καθαρισμό απομακρύνονται με λαβίδα και τοποθετούνται σε υδατοστεγή σακούλα. Τα χέρια που έρχονται σε επαφή με το ακάθαρτο υλικό φέρνουν γάντια για αποφυγή μεταφοράς των παθογόνων μικροοργανισμών. Τα εργαλεία τοποθετούνται μέσα σε δοχείο. Αν υπάρχει ακόμα και η μικρότερη αμφιβολία για την ασηψία ενός εργαλείου ή επιδεσμικού υλικού, αυτό πρέπει να θεωρείται μολυσμένο.

Η νοσηλεύτρια δεν αγγίζει το μολυσμένο υλικό με γυμνό χέρι.

Όταν το τραύμα φέρνει σωληνάκι παροχέτευσης οι γάζες βρέχονται και η δυσσομία προκαλεί και ναυτία στον άρρωστο. Για

την ανακούφιση του αρρώστου η νοσηλεύτρια κάνει συχνές αλλαγές των εξωτερικών γαζών, στο μεσοδιάστημα των κανονικών αλλαγών. Όταν είναι απαραίτητο να γίνεται καθημερινά η αλλαγή του τραύματος οι γάζες συγκρατούνται με συγκολλητικές ταινίες ή κορδόνια, όχι με λευκοπλάστη. Οι λουρίδες εφαρμόζονται πιεστικά. Αν η γάζα ελίνει κολλημένη στους ιστούς την εφυγραίνουμε με υπεροξειδίο του υδρογόνου.

Όταν κόβεται από τον χειρουργό το σωληνάκι παροχέτευσης, η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει έτοιμη αποστειρωμένη καρφίτσα ασφαλείας, που εφαρμόζεται στο νέο άκρο του σωλήνα. Μετά την αφαίρεση του σωλήνα, ο χειρουργός μπορεί να τοποθετήσει γάζα πωματισμού για να μην κλείσει γρήγορα ο αγωγός παροχέτευσης.

Το γύρω από το τραύμα δέρμα συχνά ερεθίζεται από τα υγρά παροχέτευσης. Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιούνται προστατευτικά όπως βαζελινούχες γάζες, αλοιφές νιτροφουραζίνης, υπεροξειδίο του ψευδαργύρου κ.λ.π. Στις περιπτώσεις που το υγρό παροχέτευσης περιέχει πεπτικά ένζυμα (παγκρεατικό ή εντερικό συρίγγιο, ειλεοστομία, τυφλοστομία κ.λ.π.) παίρνονται πιο δραστικά μέτρα για την προφύλαξη του δέρματος. Έτσι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σταθερή αναρρόφηση (HERMOVAC) εμπλουτισμένο με σκόνη αλουμινίου (GEL) και καολίνη (PROTOGEL, NYETH). Και τα δύο αδρανοποιούν τα ένζυμα των εκκρίσεων. Η αλοιφή εφαρμόζεται σε ξηρό δέρμα.

Όταν ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με φιάλη συλλογής εκκρίσεων, η νοσηλεύτρια προσέχει ώστε να αποφεύγονται οι αναδιπλώσεις και οι συμπίεσεις του σωλήνα.

Στο εμπόριο διατίθεται εναιώρημα σιλικόνης που όταν ραντιστεί από τη συγκολλητική ταινία κλείνει την επίδεση υδατοστεγώς

και επιτρέπει στον άρρωστο και να πάρει λουτρό καθαριότητας ή να κολυμπήσει, ενώ συγχρόνως προστατεύει την περιοχή από μόλυνση. Το εναιώρημα είναι άοσμο, άχρωμο, άφλεκτο, δεν αφήνει κηλίδες, είναι σταθερό στην θερμότητα και δεν είναι αλλεργιογόνο. Το ELATOPLAST (ελαστικός συγκολλητικός επίδεσμος) χρησιμοποιείται σε κινητικές περιοχές ή όταν απαιτείται πιεστική επίδεση.

Αυτά σχετικά με το χειρουργικό τραύμα και τη νοσηλευτική φροντίδα του. Παρακάτω συνεχίζω με την αναφορά στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές του χειρουργικού ασθενή.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες

Πόνος

Ο πόνος είναι μια από τις πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, μυς, τένοντες, οστά, περιτόναιο ή σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24ωρων οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών) γι' αυτό χορηγούμε με ιατρική εντολή, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά από 48 ώρες.

Όταν ο άρρωστος πονά η νοσηλεύτρια οφείλει :

- α. Να εντοπίζει τον πόνο.
- β. Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ. Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα που, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύχτα.
- δ. Να καταγράφει τις διαπιστώσεις της και να τις γνωστοποιεί στον χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις της κοιλιάς και του θώρακα γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, βήχα και αναπνευστικές κινήσεις. Εξάλλου, η υπολειματική δράση των μέσων αναισθησίας εξαρτάται από το βαθμό διαλυτικότητας τους στο αίμα, διήθησης τους στους ιστούς και απέκκρισης από τον οργανισμό.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου, είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητα του. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους απ'ότι στους μεσήλικες και νέους αρρώστους, επίσης ο αγχώδης και νευρικός τύπος αρρώστου παραπονείται για περισσότερο πόνο από τον ήρεμο άρρωστο.

Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται ώπου να πει ο άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δένδρο με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία. Πριν η νοσηλεύτρια δώσει ένα ναρκωτικό για τον πόνο του αρρώστου, δεν πρέπει να ξεχνά ότι τα φάρμακα δεν αντικαθιστούν μια καλή νοσηλευτική φροντίδα. Συχνά μια άνετη θέση, αλλαγή της θέσης, πλύσιμο του προσώπου και των αερίων, εντριβή στην πλάτη ανακουφίζουν τον άρρωστο και ελαττώνουν την χρήση των παυσίπονων. Η γνώση των ψυχολογικών λόγων οι οποίοι μπορεί να ανακουφίσουν το άγχος, την ένταση και την ανησυχία του αρρώστου, συμμετέχουν στην χαλάρωση και την ενίσχυση της δράσεως του φαρμάκου.

Όταν χορηγείται ναρκωτικό σε ηλικιωμένο άτομο χρειάζεται συχνή παρακολούθηση του αρρώστου μήπως προκαλέσει βαθύ ύπνο. Προϋπόθεση που ευνοεί την ανάπτυξη ακόμα και πνευμονίας ή απλής διαταραχής της αναπνοής με αποτέλεσμα και την κακή οξυγόνωση των ιστών.

Αν και ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να παραλείπει και να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο.

Τέτοιοι παράγοντες είναι : Καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφιχτές επιδέσεις. Η μορφίνη πρέπει να αντικαθίσταται όσο πιο γρήγορα γίνεται με κωδεΐνη, ασπιρίνη κ.λ.π. Εξάλλου χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση για χορήγηση της μορφίνης με επιφύλαξη μπορεί να προκαλέσει shock.

### Εμετος και Ναυτία

Μετεγχειρητικά, ιδιαίτερα όταν χορηγείται αιθέρας ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους. Άλλες αιτίες είναι η συλλογή στο στομάχι υγρών ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση από την αποκατάσταση της περιστολής του γαστρεντερικού σωλήνα.

Πριν από χρόνια ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνιση του.

Αν η φύση της χειρουργικής επέμβασης είναι τέτοια που είναι αναπόφευκτος ο έμετος, προεγχειρητικά εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας που λειτουργεί κατά την διάρκεια της εγχείρησης και μετά από αυτήν.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμέτου. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι τα πιο πολλά από τα αντιεμετικά φάρμακα (συνήθως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης) προκαλούν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η υπόταση και η αναπνευστική ανεπάρκεια. Αν η φαρμακευτική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη προτιμούνται τα βαρβιτουρικά βραχείας δράσης.

Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται :

- α. Στον έμετο κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού.
- β. Στον έμετο που διαρκεί κατά την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύχτα.
- γ. Στον έμετο που συνεχίζεται.

Ο έμετος που εκδηλώνεται καθώς η δράση του αναισθητικού παρέρχεται απλά αδειάζει το στομάχι από βλέννη και σίελο. Η διάρκεια του είναι από 2-8 ώρες. Δεν χρειάζεται ειδική αγωγή εκτός από πλύση του στόματος.

Ο έμετος που παρατείνεται μετά από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα μπορεί να οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια :

- α. Παρενέργειες από τη αναισθησία.
- β. Παράλυση της εντερικής λειτουργίας για περίοδο πιο μεγάλη από την συνηθισμένη εξ αιτίας σοβαρής βλάβης των κοιλιακών οργάνων κατά την διάρκεια της εγχείρησης (άσηπτη περιτονίτιδα). Αντιμετωπίζεται με ρινογαστρική αναρρόφηση.
- γ. Ευαισθησία σε φάρμακα (μορφίνη ή άλλο οπότε και παρουσιάζεται μετά από τη χορήγησή τους).

Ο έμετος που επιμένει επί 3 έως 7 ημέρες οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια :

- α. Εντερική απόφραξη.
- β. Οξεία διάταση του στομάχου.
- γ. Ουραιμία ή νεφρική ανεπάρκεια.
- δ. Αιμορραγία στις εγχειρήσεις στομάχου.
- ε. Περιτονίτιδα.

Επίσης να σημειωθεί ότι ψυχολογικά, άρρωστοι που προεγχειρητικά φοβούνται μήπως μετεγχειρητικά κάνουν έμετο κάνουν πιο συχνά.

### Ανησυχία - Δυσφορία

Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι :

- α. Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος.
- β. Επίσχεση ούρων.
- γ. Μετεωρισμός και λόξυγκας.
- δ. Αϋπνία.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στην ράχη και τον αυχένα, αερίζει το σωματίο και χαμηλώνει τα φώτα.

Καλό θα ήταν να δοθεί στον ασθενή ένα ζεστό γάλα ή χαμομήλι αν αυτό τον βοηθά να κοιμηθεί.

### Δίψα

Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Άκόμα οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά την διάρκεια της εγχείρησης (αίμα, ιδρώτας κ.α)

Στους αρρώστους που δεν έκαναν εγχείρηση στο γαστρεντερικό σύστημα χορηγούνται υγρά αμέσως μετά την παύση της ναυτίας και την αποκατάσταση της πίεσης του γαστρεντερικού σωλήνα.

Σε εγχείρηση του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο. Τολύπια εμπλουτισμένα με διαλύματα σόδας, βοηθούν στη διάλυση της βλέννης του στόματος. Άκόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης σε αναλογία 1:1. Γάζα υγρή που



τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.

#### Διάταση του εντέρου

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περισταλση για 24-48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλεισμός, ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

#### Διάταση κύστης

Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από επεμβάσεις του ορθού πρωκτεού κόλπου κήλης και επεμβάσεων στο επιγάστριο. Οφείλεται σε σπασμό του σφικτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα αν όμως αποτύχουν καταφεύγουν στον καθετηριασμό.

#### Δυσκοιλιότητα

Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι :

- α. Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της επέμβασης.
- β. Τοπική φλεγμονή.
- γ. Περιτονίτιδα.
- δ. Τοπικό απόστημα.

Μπορεί όμως το άτομο να έχει χρόνια δυσκοιλιότητα την οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι. Στον άρρωστο αυτό το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση πρέπει να επιτραπεί η εφαρμογή των βοηθητικών μέτρων που έπαιρνε στο σπίτι.

Εξάλλου, μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος η έγκαιρη έγερση, το είδος της δίαιτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας

α. Περίσσεια νερού (σύνδρομο αραιώσης ή τοξίκωση με νερό ή υπονατριαιμία)

β. Αναπνευστική οξέωση

γ. Άλλες Διαταραχές

1) Γαστροπληγία

2) Ειλεός

2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κυκλοφοριακό

α. shock : Ολιγαιμικό shock  
Καρδιογενές shock  
Σηπτικό shock  
Αναφυλακτικό shock  
Νευρογενές shock

β. Αιμορραγία

γ. Φλεβίτιδα

3. Πνευμονικές επιπλοκές

α. Ατελεκτασία

β. Βρογχίτιδα

γ. Βρογχοπνευμονία

δ. Λομβώδης πνευμονία

ε. Υποστατική πνευμονική συμφόρηση

στ. Πλευρίτιδα

4. Επιπλοκές από το πεπτικό

- α. Εντερική απόφραξη
- β. Λόξευκας
- γ. Μετεγχειρητικός ίκτερος
- δ. Μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα

5. Επιπλοκές από το ουροποιητικό

- α. Επίσχεση ούρων
- β. Ουρολοίμωξη

6. Επιπλοκές από το καρδιοαγγειακό

- α. Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού (αρρυθμίες)
- β. Εμφραγμα του μυοκαρδίου
- γ. Καρδιακή ανακοπή

7. Επιπλοκές που έχουν σχέση με διαταραχές του μεταβολισμού

- α. Οξέωση ή κέτωση
- β. Ουραιμία

8. Επιπλοκές από το νευρικό σύστημα

- α. Τοξικό παραλήρημα
- β. Τραυματικό παραλήρημα
- γ. Τρομώδες παραλήρημα

9. Επιπλοκές από το τραύμα

- α. Αιμάτωμα
- β. Μόλυνση
- γ. Ρήξη ραμμάτων - εκσπλάχνωση

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Σ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε δύο χειρουργικές περιπτώσεις οι οποίες έχουν πάρα πολλές ιδιαιτερότητες (προεγχειρητικές - μετεγχειρητικές) και τις οποίες πρέπει να γνωρίζει η νοσηλεύτρια για την καλύτερη αντιμετώπιση και πορεία της χειρουργικής επέμβασης του ασθενή μ' αυτές τις περιπτώσεις.

Χειρουργική και Διαβητικός ασθενής

Αρρυθμιστος ή αδιάγνωστος σακχαρώδης διαβήτης συνοδεύεται από σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η μέτρηση της τιμής σακχάρου του αίματος (σε νηστικό ασθενή) επιτρέπει την διάγνωση αδιάγνωστων περιπτώσεων, ή την εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου γνωστών Διαβητικών.

Πρέπει όμως να έχουμε υπόψη ότι η τιμή του σακχάρου δεν είναι πάντα ενδεικτική της βαρύτητας της νόσου. Άλλα στοιχεία όπως η ηλικία της πρώτης εκδηλώσεως της νόσου, η μέχρι σήμερα αγωγή και ύπαρξη επιπλοκών είναι στοιχεία που πρέπει να αναζητηθούν από το ιστορικό.

Ακόμα και σε περιπτώσεις επείγουσας χειρουργικής ή προεγχειρητικής ρύθμισης του σακχάρου και της διαβητικής κέτωσης είναι απαραίτητη.

Ανάλογα με το είδος και την βαρύτητα της προγραμματιζόμενης επέμβασης και την βαρύτητα της νόσου προεγχειρητική αγωγή του Διαβητικού ασθενούς πρέπει να στηρίζεται στις ακόλουθες αρχές:

α. Ασθενείς που ρύθμιζαν το σάκχαρο του αίματος μόνο με δίαιτα δεν έχουν συνήθως ανάγκη από καμιά θεραπεία. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση του σακχάρου του αίματος με ταινίες τύπου DEXTROSTIX κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και της μετεγχειρητικής πορείας. Σε βαριές χειρουργικές επεμβάσεις είναι δυνατό να χρειαστεί η χορήγηση μικρών δόσεων κρυσταλλικής ινσουλίνης.

β. Ασθενείς που ρύθμιζαν το σάκχαρο του αίματος τους με αντιδιαβητικά σκευάσματα από το στόμα, έχουν συνήθως ανάγκη από χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης στην μετεγχειρητική περίοδο, με εξαίρεση τις μικρές επεμβάσεις όπου η μετεγχειρητική στέρηση τροφής δεν διαρκεί περισσότερο από ένα ή δύο εικοσιτετράωρα και οι ασθενείς μπορούν να επαναλάβουν τη θεραπεία τους με αντιδιαβητικά δισκία.

γ. Για ασθενείς που ελάμβαναν προεγχειρητικά ινσουλίνη για την ρύθμιση του διαβήτη τους έχουν προταθεί πολλοί τρόποι αντιμετώπισης. Ένα πρακτικό σχήμα που εφαρμόζεται στην Α' Χειρουργική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών είναι το ακόλουθο :

Η εγχείρηση του διαβητικού ασθενούς προγραμματίζεται νωρίς το πρωί στην λίστα του χειρουργείου. Εάν πρόκειται για μικρής διάρκειας επέμβαση που δεν απαιτεί μακρόχρονη μετεγχειρητική νηστεία δεν χορηγείται προεγχειρητικά η ινσουλίνη, αλλά μόνο μετεγχειρητικά με βάση το σάκχαρο του αίματος. Σε μεγαλύτερες επεμβάσεις χορηγούμε το πρωί πριν το χειρουργείο το μισό της συνηθισμένης δόσης ινσουλίνης ενδιάμεσης δράσης. Το υπόλοιπο μισό χορηγείται μετεγχειρητικά και επιπρόσθετα χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης επί τη βάση μετρήσεων γλυκόζης αίματος και ούρων σε τακτικά χρονικά διαστήματα (δωρο).

Για τιμές γλυκόζης μεγαλύτερες από 400 g % ή σε κετονική οξέωση δεν χορηγείται ινσουλίνη προεγχειρητικά αλλά κρυσταλική ινσουλίνη κατά την διάρκεια της επέμβασης σε δόση 10 έως 20 I.V. την ώρα.

Προτιμάται η υποδόρια χορήγηση ινουλίνης. Επίσης το σάκχαρο αίματος ελέγχεται τακτικά κατά την διάρκεια της εγχείρησης ιδίως στους ασθενείς που λαμβάνουν κρυσταλλική ινσουλίνη ή όταν η εγχείρηση διαρκεί πάνω από 3 ή 4 ώρες.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει τουλάχιστον 50 έως 100 kg γλυκόζης ενδοφλέβια το 24ωρο για όσο διάστημα διαρκεί η στέρση τροφής από το στόμα. Στο διάστημα αυτό η ρύθμιση του σακχάρου του γίνεται με χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης ανά 6 ώρες επί τη βάσει του σακχάρου αίματος ή του σακχάρου των ούρων.

Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική υποφυσεκτομή ή αδρεναλεκτομή έχουν πολύ μειωμένες ανάγκες για ινσουλίνη μετεγχειρητικά.

Με την αποκατάσταση της σίτισης από το στόμα η κρυσταλλική ινσουλίνη μπορεί να αντικατασταθεί από ενδιάμεσης ή βραδείας δράσης ινσουλίνη.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι διαβητικοί έχουν σε αυξημένο ποσοστό συνοδό νεφρική βλάβη και γι'αυτό απαιτούν προσεκτική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών. Επίσης οι διαβητικοί ασθενείς έχουν σε σημαντικό ποσοστό στεφανιαία νόσο, ισχαιμική καρδιοπάθεια ή καρδιομυοπάθεια καθώς και περιφερική αρτηριοσκληρωτική αρτηριοπάθεια που επιπλέκουν την πάθησή τους.

Τέλος, ένα υψηλό ποσοστό εμφανίζει νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος με ιδιαίτερη επιρρέπεια σε ανασπνευστική

καταστολή που με την δράση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε καρδιοαναπνευστική ανακοπή.

Καταλήγοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο διαβητικός ασθενής είναι ένας ασθενής υψηλού κινδύνου που έχει ανάγκη εξειδικευμένης και συντονισμένης παρακολούθησης για τη σωστή αντιμετώπιση της καταστάσεώς του.



### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Η αρχή στην οποία πρέπει να στηρίζεται η προ και μετεγχειρητική φροντίδα του υπερήλικα είναι να διαθέτει μικρότερες λειτουργικές εφεδρείες (ικανότητα επανόδου στη φυσιολογική κατάσταση μετά από κάποια διαταραχή). Τα σημεία στα οποία πρέπει να δίνεται προσοχή όταν αποφασίζεται η χειρουργική θεραπεία για τον υπερήλικα είναι :

1) Προσεχτική και λεπτομερής εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου προεγχειρητικά και σωστή διόρθωση τυχόν διαταραχών.

2) Προσεχτική νάρκωση και χειρουργική επέμβαση.

3) Σχολαστική μετεγχειρητική φροντίδα.

#### Προεγχειρητική φροντίδα

1. Εισαγωγή του αρρώστου αρκετές ημέρες πριν από την επέμβαση για να είναι δυνατή η πλήρης εκτίμηση της κατάστασης του. Η διόρθωση τυχόν ανωμαλιών και η εξοικείωση του και ο προσανατολισμός του στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Η πιθανότητα μετεγχειρητικής σύγχυσης, που συχνά βιώνεται από τον υπερήλικα άρρωστο, μειώνεται πολύ όταν αυτός είναι εξοικιωμένος με το περιβάλλον.

2. Προσεχτική και συχνά επαναλαμβανόμενη εξήγηση όλων των διαδικασιών.

3. Αναγνώριση σημείων αγωνίας και προσπάθεια μείωσης της.

4. Λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων και εκτέλεση όλων των ενεργειών για λύση των προβλημάτων που έμειναν πίσω από τον άρρωστο (ίσως μια ανίκανη, ηλικιωμένη σύζυγος στο σπίτι) ή οικονομικών ή άλλων υποθέσεων που δεν τακτοποιήθηκαν.

5. Φυσική εκτίμηση για εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής κατάστασης πριν από την επέμβαση :

α. Ενημέρωση, ενθάρυνση, βοήθεια στην ετοιμασία και την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων.

β. Αν υπάρχει χρόνος, μείωση βάρους σώματος.

γ. Διόρθωση διαταραχών θρέψης ή άλλων διαταραχών (ηλεκτρολυτών, νερού, αναιμίας).

δ. Τα συστήματα που πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα είναι :

1) Κυκλοφοριακό

2) Αναπνευστικό

3) Ουροποιητικό

4) Υγρά και ηλεκτρολύτες

ε. Προνάρκωση

α. Μικρότερες δόσεις φαρμάκων και χορήγηση τους σε μεγαλύτερο χρόνο πριν από την νάρκωση εξαιτίας της επιβράδυνσης της απορρόφησης από τους ιστούς.

β. Μη χορήγηση βαρβιτουρικών και σκοπολαμίνης σε αρρώστους με εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση.

γ. Ορισμένοι γιατροί δεν δίνουν μορφίνη.

δ. Αν είναι απαραίτητη η χορήγηση κατασταλτικών, η δόση τους είναι ίση με το 1/3 ή το 1/2 της κανονικής.

ε. Προσεχτική ψυχική προετοιμασία του αρρώστου, όταν προβλέπεται αλλαγή του σωματικού ειδώλου με την χειρουργική επέμβαση.

στ. Ιδιαίτερη προσοχή σε όλα τα γενικά προεγχειρητικά μέτρα.

ζ. Αφαίρεση βοηθητικών μέσων που είναι ιδιαίτερης σημασίας για την επικοινωνία του αρρώστου (ακουστικά), λίγο πριν

από την νάρκωση του αρρώστου και επανεφαρμογή τους αμέσως μετά από αυτήν.

η. Η μακροχρόνια ασιτία δεν είναι το ίδιο με τον ενήλικα ανεκτή γι' αυτό μεγάλες περίοδοι της νηστείας πρέπει να αποφεύγονται. Κατά την διάρκεια τους, να γίνεται συχνή πλύση και φροντίδα του στόματος.

θ. Χορήγηση προφυλακτικά αντιβίωσης και μερικών μονάδων ηπαρίνης υποδόρια, ανάλογα με τον τύπο και την έκταση της χειρουργικής επέμβασης που πρόκειται να γίνει.

#### 6. Προνάρκωση :

α. Χρησιμοποίηση των φαρμάκων που δίνονται στους μεσήλικες  
- Για την έναρξη της νάρκωσης θειοπεντάλ.

- Κυκλοπροπάνιο και οξυγόνο από ενδοτραχειακό σωλήνα σε συνδυασμό με μυοχαλαρωτικά. Γίνεται δυνατός ο πλήρης έλεγχος της νάρκωσης.

- Χρησιμοποίηση ραχιαίας αναισθησίας είναι δυνατή, ενέχει όμως τον κίνδυνο πρόκλησης καρδιακής ανεπάρκειας με θρόμβωση που ακολουθείται από εμβολές.

#### Μετεγχειρητική φροντίδα

Είναι η ίδια με εκείνη των μεσήλικων, επιπλέον :

1. Πρόσθετα μέτρα για ενίσχυση των συστημάτων : κυκλοφοριακού, αναπνευστικού, ουροποιητικού.

2. Σχολαστικότερα μέτρα για πρόληψη ψύξης.

3. Περισσότερη προσοχή για σημεία shock, διαταραχής υγρών, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας.

4. Πολύ προσεχτική χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών, για πρόληψη οξέος πνευμονικού οιδήματος.

5. Προσεχτική ετοιμασία του για συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.

6. Εξασφάλιση συνεργασίας των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας, για λύση όλων των προβλημάτων του και παροχή βοήθειας και υποστήριξης του για την συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι και την παρακολούθηση του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

Ιστορικό 1ο

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Μ.Γ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 21-6-89

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ : 1-7-89

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Ca του αριστερού πνεύμονος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ : Αριστερή άνω λοβεκτομή και τμηματική αφαίρεση του τμήματος του κάτω λοβού.

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ - ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ :**

Από τριετίας : Εντονος ξηρός παροξυσμικός βήχας και εκπνευστικός συριγμός, χωρίς άλλη συμπτωματολογία.

Προ 6 μηνών : Ο βήχας έγινε πιο έντονος και δεν υποχωρούσε στη φαρμακευτική αγωγή. Σε μια κρίση παροξυσμικού βήχα ο ασθενής παρουσιάζει απώλεια συνείδησης. Σε Α/α θώρακος ανεδείχθη οζώδης σκίαση στον αριστερό πνεύμονα, οπότε άρχεται σειρά παρακλινικών εξετάσεων εκ των οποίων διαγιγνώσκεται όγκος αριστερού πνεύμονα. Εισάγεται για χειρουργική αντιμετώπιση.

Δεν αναφέρεται : δύσπνοια, αιμόπτυση, θωρακικός πόνος, πυρετός. Κατά διαστήματα απόχρεμψη βλεννωδών πτυέλων.

Δεν αναφέρει : Κακουχία, αδυναμία, απώλεια βάρους, ανορεξία, βράγχος φωνής.

Από την κλινική εξέταση : Εκπνευστικός συριγμός ακουστός και στα δύο πνευμονικά πεδία, εισπνευστικοί υγροί στις βάσεις.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (Αιματολογικά, βιοχημικά, κ.τ.λ.) :**

**ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ :** Λευκά 7.500, Αιματοκρ. 52,9%, Αιμοσφ. 17,3 gr/l  
Αιμοπετ. 125.000

**ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ :** Ουρία 32, Σάκχαρο 90, Na<sup>+</sup> 138, K<sup>+</sup> 5,1, Κρεατινίνη  
10,9, ALP 24, SGOT 11, SGPT 17, Χολυερυθρίνη ολική  
0,73 γ-GT 8.

**ΜΑΝΤΟΥΧ :** (+), χωρίς οξεάντοχα και αλκοολάντοχα βακτηρίδια.

**ΑΚΤΙΝ/ΚΑ :** Α/α θώρακος, τομογραφία, αξονική τομογραφία : οζώδης  
σκίαση (3,9 x 4 cm) αριστερού άνω, χωρίς μεσοθωρακι-  
κούς λεμφαδένες.

**ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ :**

Ουδέν το κακοήθες ανέδειξαν.

**ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ :** Αποτελέσματα στα φυσιολογικά όρια.

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ :**

- Αριστερά προσθωπλάγια θωρακοτομή.
- Ευρήματα : Ογκος άνω λοβού, διηθών το κορυφαίο  
τμήμα του κάτω λοβού.
- Επέμβαση : Αριστερά άνω λοβεκτομή και τμημα-  
τεκτομή του κορυφαίου κάτω λοβού.

**ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ :**

- Αδενο - Ca
- Χωρίς διήθηση βρογχικών ή πυλαίων αδένων
- Πλήρης εξαίρεση όγκου

**ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ :**

Ομαλή χωρίς επιπλοκές.

Ο ασθενής παρέμεινε απύρετος και κινητοποιήθηκε από την 1η μετεγχειρητική μέρα.

Α/α εξόδου και εργαστηριακός έλεγχος ρουτίας κ.φ.

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΞΟΔΟΥ:**

- Επανάλεγχος μετά από ένα μήνα από την έξοδο.
- Ελεύθερη διατροφή.
- Αποφυγή ανύψωσης βάρους.
- Πρόγνωση ΑΡΙΣΤΗ.

Ιστορικό 2ο

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Κ.Ι.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 17-7-89

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ : 28-7-89

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Φλεγμονώδης μάζα οπισθίου τμήματος του κάτω λοβού  
δεξιού πνεύμονος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ : Δεξιά κάτω λοβεκτομή πνεύμονος. Αφαίρεση 1/2 δεξιού  
ημιδιαφράγματος και τοποθέτηση Marlex - Mesh.

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ - ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ :**

Από 4μήνου : Άλγος στην (Δ) οσφυϊκή χώρα και (Δ) ώμο.

Από μηνός : Επίταση του άλγους, ιδιαίτερα κατά την εισπνοή.

Από 2μήνου : Βράγχος φωνής. Πυρετικά επεισόδια.

Δεν αναφέρεται : Μεταβολή των χαρακτήρων του βήχα.

Δεν αναφέρει : Απώλεια βάρους, ανορεξία, κακουχία, δύσπνοια,  
αιμόπτυση.

**Από την κλινική εξέταση :**

- Ελάττωση της έκπτυξης και του αερισμού του Δ. κάτω λοβού.

- Δεν υπάρχουν επιπρόσθετος ρόγχος.

**ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ :**

Φλεγμονώδης μάζα - κοκκίωμα Wegener's.

Η εξεργασία προσβάλλει και το παρακείμενο προς την βλάβη τμήμα  
του ημιδιαφράγματος. Δεν ανευρέθησαν στοιχεία κακοήθης.

**ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ :**

- Ομαλή κινητοποίηση του ασθενούς από την 1η μετεγχειρητική  
μέρα.



- Επιπλοκή επιπολής θρομβοφλεβίτιδος αριστερού αντιβραχίου.
- Την 2η μετεγχειρητική μέρα πυρετός max 38 °C.
- Α/α θώρακος: Ατελεκτασία μέσου λοβού (Δ), συλλογή πλευριτικού υγρού (Δ), προοδευτική βελτίωση, και εξαφάνιση μέχρι την ημέρα της εξόδου.
- Εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας κ.φ.

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΞΟΔΟΥ :**

- Συνέχιση αντιβίωσης (Moxacef) για 1 εβδομάδα μετά την έξοδο.
- Ελεύθερη διατροφή.
- Τρίμηνος άδεια από την εργασία.
- Επανελέγχος Α/α θώρακος και γενική αίματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡ/ΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜ/ΤΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
Ο ασθενής παρουσιάζει έντονο βήχα.	Καταστολή του βήχα.	α. Χορήγηση φαρμάκων βροχοδια- σταλτικών β. περιποίηση της στοματικής κοιλότητας	α. Χορηγήθηκαν φάρμακα για την καταστολή του βήχα, 10 ml sir. buscopan β. Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γινόταν συνεχώς.	Ο βήχας του ασθενούς μειώθηκε.

Η νοσηλεύτρια και ο χειρουργημένος ασθενής

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑ/ΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑ/ΤΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
Ο ασθενής παρουσίασε πυρετό.	Να επανέλθει ο ασθενής στη φυσιολο- γική θερμοκρα- σία.	α. Χορήγηση αντιπυρε- τικών φαρμάκων. β. Δήψη της θερμοκρα- σίας σε τακτά χρονικά διαστήματα γ. Ενίσχυση του ασθενούς να παίρνει υγρά.	α. Χορηγήθηκαν αντιπυρετι- κά. Έγινε ενδομυϊκή ένεση Aprotel. β. Τρίωρη θερμομέτρη- ση. γ. Ο ασθενής παίρνει υγρά από το στόμα.	Η θερμοκρασία του ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡ/ΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡ/ΤΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
Ο ασθενής παραπονείται για θωρακικό άλγος.	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο.	α. Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο. Να του δοθεί η κατάλληλη θεραπεία στο κρεβάτι β. Ενθάρρυνση και ψυχολογική υποστήριξη Ενίσχυση στο να παίρνει βαθιές αναπνοές	α. Δόθηκε η κατάλληλη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι. β. Επί πόνου χορηγήθηκαν στον ασθενή πασίλινα Lonarid. γ. Δόθηκε στον ασθενή η ευκαιρία να μιλήσει για το φόβο και την αγωνία που αισθάνεται.	Μειώθηκε το θωρακικό άλγος του ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια και ο χειρουργημένος ασθενής

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡ/ΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡ/ΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
Ο ασθενής παρουσιάζει ανορεξία.	Μείωση της ανορεξίας του ασθενούς.	α. Φροντίδα για τη σίτιση και ενυδάτωση του ασθενούς. β. Προσφορά στον ασθενή τροφή της προτίμησής του. γ. Φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του.	α. Ο ασθενής σιτίζεται και ενυδατώνε- ται. β. Προσφέρεται στον ασθενή τροφή της προτίμησής του. γ. Έγινε φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών του αναγκών.	Μειώθηκε η ανορεξία του ασθενούς. Αρχισε να τρώει μικρά γεύματα.

Η νοσηλεύτρια και ο χειρουργημένος ασθενής

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΜ/ΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡ/ΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
Ο ασθενής παρουσίασε απώλεια βάρους.	Διατήρηση του βάρους του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα.	α. Περιορισμός στις δραστηριότητες του ασθενούς. β. Παρακολούθηση του ασθενούς να παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες. γ. Παρακολούθηση του βάρους του καθημερινά.	α. Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του ασθενούς. β. Παρακολουθείται ο ασθενής για να παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες. γ. Παρακολουθείται το βάρος του.	Το βάρος του ασθενούς σταθεροποιήθηκε.

Η νοσηλεύτρια και ο χειρουργημένος ασθενής

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡ/ΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡ/ΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
Ο ασθενής παρουσιάζει εξάντληση και αδυναμία.	Να αντιμετωπι- σθεί η εξάντλη- ση και η αδυνα-μία που νιώθει ο ασθενής.	Να περιοριστο- ύν οι δραστηριό- τητές του.	Ο ασθενής περιόρισε τις δραστηριότη- τές του. <i>ωρίως;</i> /	Υποχώρησε η αδυναμία και η εξάντληση.

Η νοσηλεύτρια και ο χειρουργημένος ασθενής

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡ/ΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡ/ΤΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
Ο ασθενής αισθάνεται αγωνία και φόβο για την πορεία της νόσου του.	Απαλλαγή του ασθενούς από το αίσθημα της αγωνίας και του φόβου. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.	α. Να γίνει επικοινωνί α με τον ασθενή και τους οικίους του. β. Να γίνει η απαραίτητη νοσηλεία.	Εγινε η επικοι- νωνία με τον ασθενή και τους οικίους του. Ο ασθενής εξέφρασε τα αισθήματα της λύπης και του φό- βου που δοκιμάζει β. Δόθηκαν στον ασθενή πρεμιστι- κά για να ψυχά- σει και να απαλ- λαχεί από το φόβο και την αγωνία.	Ο ασθενής πρέμπσε και απαλλάχθηκε από το φόβο και την αγωνία.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡ/ΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑ/ΤΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΩΝ
Ο ασθενής μετά από έντονο βήχα παρουσιάζει αιμόπτυση.	Απαλλαγή του ασθενούς από τις αιμοπτύσεις.	α. Καταστολή του βήχα. β. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γ. Τοποθέτηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση.	α. Χορήγηση φαρμάκων. β. Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. γ. Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καθιστή θέση.	Ελλατώθηκαν οι αιμοπτύσεις και μειώθηκε ο βήχας.

## ΕΞΟΔΟΣ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

Η έξοδος του αρρώστου από το νοσοκομείο, γίνεται όταν το επιτρέπει η κατάσταση του και κατόπιν εντολής του θεράποντα ιατρού, ο οποίος βεβαιώνει ότι δεν υπάρχει πλέον ανάγκη παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Σε ελάχιστες όμως περιπτώσεις ο άρρωστος εξέρχεται με την θέληση του μη υπακούοντας στις συμβουλές του γιατρού. Στην δεύτερη αυτή περίπτωση υπογράφει ο άρρωστος ή ο άμεσος συγγενής του και κατά νόμο υπεύθυνος όταν ο άρρωστος αδυνατεί να υπογράψει για λόγους που αναφέρονται στην προσωπική του κατάσταση, όπως γέροντες, βρέφη, ανήλικοι, βαριά πάσχοντες και έτσι απαλλάσσουν το νοσοκομείο και το γιατρό από την ευθύνη για τις τυχόν παραπέρα επιβλαβείς επιπτώσεις που μπορεί να συμβούν κατά την έξοδο του αρρώστου.

Σκοπός της νοσηλεύτριας κατά την έξοδο του ασθενή είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να επιστρέψει στην προηγούμενη κοινωνική ζωή και εργασία του.

Η αποχώρηση του αρρώστου από το νοσοκομείο χρειάζεται προετοιμασία τόσο για τον ίδιο όσο και για το περιβάλλον του.

Ειδικότερα σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χρειάζεται να διδαχθούν νοσηλευτικές φροντίδες και ειδική αγωγή του αρρώστου.

Σχετικά με αυτές η νοσηλεύτρια να είναι σίγουρη ότι έγιναν κατανοητές τόσο από τον ίδιο τον άρρωστο, όσο και από το περιβάλλον του για την αποφυγή λάθος χειρισμών.

Μπορεί π.χ. να χρειάζονται :

- 1) Ζώνες κοιλιάς ή θώρακος σε ορισμένες χειρουργικές περιπτώ-

σεις.

2) Ειδικές οδηγίες για την διατροφή του ασθενή.

3) Συνέχιση αλλαγής στο σπίτι ή με επισκέψεις στο νοσοκομείο ή σε ιατρικά κέντρα.

Τέλος όπως είπα και παραπάνω το βασικό μέλημα της νοσηλεύτριας κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, είναι η γρήγορη και άμεση επανένταξη του στο οικογενειακό κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή στο συνηθισμένο τρόπο ζωής του.

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας την προσπάθεια μου να παρουσιάσω μια γνωστή για το ευρύ κοινό κατάσταση, στην οποία βρίσκεται ο ασθενής ο οποίος έχει χειρουργηθεί, θέλω να τονίσω ότι το χειρουργείο ενός ασθενούς αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κεφάλαια τόσο της Ιατρικής όσο και της Νοσηλευτικής που απαιτεί ιδιαίτερη Νοσοκομειακή φροντίδα και παρακολούθηση.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας και του Χειρουργού είναι εξίσου σπουδαίος στην πλήρη σωματική και ψυχολογική αποκατάσταση του ασθενούς από την στιγμή που θα εισαχθεί στο Νοσοκομείο, έπειτα στο χειρουργείο, μέχρι τη στιγμή που θα κριθεί αναγκαία η αποχώρηση του από αυτό.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ. - ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ. Σημειώσεις. "Ημέρες ανανήψεως - Επείγοντα χειρουργικά προβλήματα". ΑΘΗΝΑ 1986
- ΓΟΥΛΙΑ ΕΙΡΗΝΗ Γ., ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. Εκδόσεις Ιεραπόστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". ΑΘΗΝΑ 1991
- ΓΟΥΛΙΑ ΕΙΡΗΝΗ - ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.. Η Νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα. Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". ΑΘΗΝΑ 1986
- ELLIS HAROLD - CHANE RAY YOYRKLE. Κλινική χειρουργική ανατομία. Ιατρικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισσιανού. Μετάφραση Σπ. Κ. Δεληγιαννίδη. ΑΘΗΝΑ 1986
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., ΒΑΣΙΚΑΙ ΑΡΧΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ. ΤΟΜΟΣ Β', - Έκδοση έβδομη. Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". ΑΘΗΝΑ 1984
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. ΤΟΜΟΣ Β', Μέρος 1ο. Έκδοση ενδέκατη. Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". ΑΘΗΝΑ 1988
- ΜΠΑΛΑΣ Π., ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Τόμος Α', Έκδοση 2η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, ΑΘΗΝΑ 1987

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. - ΠΑΠΑΔΑΜΠΡΟΣ Σ., " ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ "

Έκδοση 1η. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

ΑΘΗΝΑ 1991

- ΣΜΠΑΡΟΥΝΗΣ Ν. ΧΑΡΑΔΑΜΠΡΟΣ." ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ", Τόμος Α', Έκδοση 1η. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University studio press., ΘΕΣΣΑΛΙΚΗ 1989
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Τόμος 1ος. Εκδόσεις Βήτα (Medical arts), ΑΘΗΝΑ 1984
- ΣΤΑΥΡΙΔΟΥ ΜΑΙΡΗ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟΥ. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και περιοδικών University Studio Press. ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1983
- ΣΤΑΥΡΙΔΟΥ ΜΑΙΡΗ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και περιοδικών University Studio Press. ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1986
- ΤΟΥΝΤΑΣ Κ., "ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ", Ιατρικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισσιανού, ΑΘΗΝΑ 1981

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ :

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΑΙ Ο

ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2ου ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :

Κ. ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ

ΠΑΤΡΑ 1994

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1408
----------------------	------



ΕΙΣΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Έλεγχος προβλημάτων με κυκλοφορισμό, αναπνευστικό σύστημα ή λοιμώξεις	Εγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων	Μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφύξεων, αναπνοών και θερμοκρασίας	ΑΠ: 110/60mmHg ΣΦ: 80/min Θερμ.: 36,2 Αναπν: 18/min	Ζωτικά σημεία φυσιολογικά
Υποψία ναιμίας, αι αυξημένης πηκτικότητας του πλάσματος	Αναγνώριση προβλημάτων που έχουν σχέση με αιματολογικά στοιχεία	Γενική αίματος, βιοχημική PT / χρόνος PTT / ροής και πήξης	Εξηγούμε στην ασθενή ότι θα της πάρουμε αίμα για γίνονται οι κατάλληλες εξετάσεις. Διευκρινίζουμε τυχόν απορίες της.	Ετέθει το αίμα στα κατάλληλα φιαλίδια και εστάλει για εργαστηριακή εκτίμηση
Υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές	Άρση του προβλήματος	Εφαρμογή ορού Normal 0.9% και Glucose 5% με ιατρική εντολή	Ενημερώνουμε την άρρωστη για την ενδοφλέβια τοποθέτηση ορού τηρώντας όλους τους κανόνες ασπείας	Ο ορός τοποθετήθηκε κανονικά με μέτρια ροή σύμφωνα με ιατρική εντολή
Φυσική δύναμη αι σπώλειο άρρωστος	Ενδυνάμωση του οργανισμού	Χορήγηση διαίτης υπερλευκωματούχου και περσιούσε διαταμίνων	Προσαρμόζουμε τη διαίτη ανάλογα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις της ασθενούς. Τις διαταμίνες τις δίνουμε σε μορφή ροφήματος	Η ασθενής αι σπώλειο άρρωστος αι λιγότερη κόπωση κατά τη διάρκεια της μερας
Ψυχολογική αναστασία stress	Δημιουργία περιβάλλοντος κατάλληλου για την αυτοέκφραση της ασθενούς και τη συζήτηση των προβλημάτων της	Γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό, την πληροφωρούμε για τη διαδικασία των διαγνωστικών εξετάσεων που θα επακολουθήσει	Η γνωριμία της ασθενούς με τους νοσηλευτές του τμήματος έγινε σε ένα κλίμα εγκαιριοτητας και ενθάρρυνσης	Αν και ο φόβος της επικείμενης επέβασης δεν έχει εξαλειωθεί εντελώς, φέρεται και κινείται με μεγάλη άνεση

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εκτέλεση α/α θώρακος	Προετοιμασία της ασθενούς για την εξέταση	Κατάλληλη ενημέρωση για την ώρα και το μέρος διεξαγωγής της ακτινογραφίας	Εκλήθη νοσοκόμος με καρτοτάκι και μετέφερε την ασθενή στο ακτινολογικό	Η πλάκα της ακτινογραφίας μπήκε μέσα στο φάκελο της ασθενούς
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	Προετοιμασία της ασθενούς	Δίνουμε πληροφορίες σχετικά με τη σκοπιμότητα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος	Βάζουμε τα κατάλληλα ηλεκτρόδια στο σώμα της ασθενούς, της λέμε να παραμείνει ακίνητη και να μην αγγίζει τα μεταλλικά τμήματα του κρεβατιού κατά τη διάρκεια του ηλεκτροκαρδιογραφήματος	Το ηλεκτροκαρδιογράφημα βγήκε χωρίς τεχνικές δυσκολίες
Μεταχειρουργική αναιμία	Πρόληψη μεταχειρουργικής αναιμίας	Ετοιμασία φιάλων αίματος κατάλληλου προς μετάγγιση Ενημέρωση των συγγενών για προσφορά αίματος	Λήψη αίματος για διαστούωση ομάδας. Αποστολή φιαλιδίου στην αιμοδοσία με τα στοιχεία της ασθενούς και προσκόμιση χάρτιου στην αιμοδοσία με την ημερομηνία της επέμβασης. Πληροφορίες στους συγγενείς για τη διαδικασία της αιμοδοσίας	Η αιμοδοσία ενημέρωσε το τμήμα ότι το αίμα θα είναι έτοιμο την ημέρα του χειρουργείου
Προετοιμασία χειρουργικού πεδίου	Απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης	Μια μεγάλη περιοχή γύρω από το χειρουργικό πεδίο ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα	Ετοιμάστηκε ο δίσκος του χειρουργικού πεδίου. ενημερώθηκε η ασθενής για τη νοσηλεία και βγήκαν έξω από το θάλαμο όλοι οι επισκέπτες	Χειρουργικό πεδίο έτοιμο για την επέμβαση

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤ/ΣΜΑΤΩΝ
Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών	Πρόληψη μεταχειρητικών προβλημάτων ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβάσιμης ισορροπίας	Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβληθέντων υγρών Μέτρηση βάρους σώματος Διαπίστωση αλλαγών στη συμπεριφορά Λήψη ζωτικών σημείων για πρόληψη αύξησης της αρτηριακής πίεσης	Το δελτίο ισοζυγίου υγρών ενημερώνεται σχολαστικά στο τέλος κάθε βάρδιας. Αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως σύγχυση, ψευδαισθήσεις ή παραλήρημα (συμπτώματα τοξίκωσης με νερό) δεν αναφέρθηκαν ΑΠ: 120/70mmHg	Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών ικανοποιητικό
Φλεβίτιδα (θρομβωση μηριαίας)	Συμβολή στην πρόληψη της φλεβίτιδας και θεραπεία	Ασκήσεις των άκρων Χορήγηση ηπαρίνης Συχνός έλεγχος πήξης Ελαφρά πιεστική περίδεση από τα δάκτυλα ως τις βουβώνες	Χορηγούμε υγρά ενδοφλεβίως για τη μείωση της γλοιότητας του αίματος. Ενθαρρύνουμε την ασθενή να κινεί τα κάτω άκρα και προβαίνουμε σε έγκαιρη έγερσή της	Οι προληπτικές ενέργειες που συστήσαμε στην ασθενή μείωσαν τον κίνδυνο παρουσίας φλεβίτιδας
Δυσκοιλιότητα	Αρση του προβλήματος	Συντηρητική και θεραπευτική αγωγή	Λήψη αρκετών υγρών από το στόμα Έγκαιρη έγερση Χορήγηση γάλακτος μάγνησίας με ιατρική εντολή	Η ασθενής είχε κένωση
Αλλαγή τραύματος	Προσφορά βοήθειας προς το γιατρό κατά την αλλαγή και τήρηση των κανόνων	Ενημέρωση της ασθενούς Ετοιμασία υλικού (γάzes, λαβίδες αποστει-	Η αλλαγή του τραύματος γίνεται κατά τη διάρκεια της πρωινής ιατρικής επίσκεψης	Η ασθενής αισθάνεται πιο άνετα μετά την αντισηψία της περιο-

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

	<p>ασπώ(ας και αντισπώ(ας για να επιταχυνθεί η επούλωση</p>	<p>ρωμένα) Κόψιμο του σωλήνα παρεχούτεσης και αφαιρέσεής του Αντισπώ(ας δέρματος και περιοχής τραύματος Τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών και επίδεση της περιοχής της τομής</p>		<p>χής της τομής και την αλλαγή των παλιών γαζών</p>
<p>Εγκαιρη έγερση</p>	<p>Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών Επιτάχυνση επούλωσης τραύματος Μείωση μετεγχειρητικού πόνου Μείωση του χρόνου παραμονής της ασθενούς στο νοσοκομείο</p>	<p>Τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση Κατοπιν σε καθιστή θέση</p>	<p>Ο χρόνος που μένει η ασθενής μακριά από το κρεβάτι εξαρτάται από τη γενική της κατάσταση και την ηλικία της</p>	<p>Σταδιακά, η κινητοποίηση της ασθενούς αυξάνεται</p>
<p>Σίτιση</p>	<p>Ενθάρρυνση της ασθενούς για τη λήψη των κατάλληλων σιτιών που θα αναπληρώσουν τις ένδειές της</p>	<p>Τις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών. Αργότερα: έναρξη διατροφής με ελαφρά δίαιτα (σούπα, βραστό). Βαθμιαία τα γεύματα αυξάνονται σε kcal μέχρι το ποσό</p>	<p>Παροτρυνουμε την ασθενή στη λήψη του φαγητού της και πάντα λαβαίναμε υπόψην διάφορες προτιμήσεις της όποτε αυτο ήταν δυνατό</p>	<p>Η ασθενής έγινε λιγότερο αρνητική απέναντι στο φαγητό του νοσοκομείου</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κίνδυνος μετεγχειρητικής θρόμβωσης	Εξάλειψη του κινδύνου αυτού	Χορήγηση μικρής ποσότητας ηπαρίνης (10000μον) με ιατρική εντολή	Ενίουμε την ηπαρίνη υποδερμικά	Καταγράφουμε στην κάρτα νοσηλείας τη χορήγηση ηπαρίνης
Προεγχειρητική κένωση του εντέρου από κάθε υπόλοιπο τροφής	Διευκόλυνση των χειρουργικών χειρισμών και αποφυγή κένωσης του εντέρου στο χειρουργικό κρεβάτι	Χορήγηση καθαρτικού στις 5μμ Χορήγηση σούπας αντί για κανονικού βραδινού γεύματος	Δώσαμε το καθαρτικό μαζί με ένα ποτήρι νερό για την επίσπευση της ενέργειάς του	Το καστορέλαιο απέδωσε
Αϋπνία, ανησυχία	Καταπολέμηση της αϋπνίας	Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος Ενθάρρυνση της ασθενούς να μιλήσει για τους φόβους της Χορήγηση ηρεμιστικού με ιατρική εντολή	Ζητήσαμε από το επισκεπτήριο να εξέλθει του δωματίου. Ελέγξαμε τον ορό και τον καθετήρα της ασθενούς για την καλή λειτουργία τους. Της μιλήσαμε καθησυχαστικά σε φιλικό τόνο και της δώσαμε να πιει το ηρεμιστικό στο κρεβάτι	Μετά από λίγη ώρα η ασθενής κοιμόταν

<p>Έλεγχος πτικών ση- ίων σε κτά χρο- κά δια- ηματα</p>	<p>Πρόληψη μετε- χειρητικών επιπλοκών</p>	<p>Μετρούμε την αρτηριακή πίεση, τους σφυγμούς και τη θερμοκρα- σία</p>	<p>ΑΠ : 100/70 ΣΓ : 68/min Θεού: 35,8 C Τα καταγράφουμε στο φύλλο μετε- χειρητικής πο- ρείας. Στο θερμο- μετρικό διάγραμμα σχηματίζουμε το σήμα του χειρουρ- γείου με κόκκινο στυλό</p>	<p>Ζωτικά ση- μεία φυσιο- λογικά</p>
<p>Ταχεία άνηψη της θενούς</p>	<p>Εξαφάνιση ά- μεσων μετε- χειρητικών κινδύνων από την αναισθη- σία και την επέμβαση</p>	<p>Συνεχής παρα- κολούθηση Διατήρηση της ασθενούς σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι Παρακολούθηση της διανοη- τικής και ψυχικής της κατάστασης Υπενθύμιση στην ασθενή των αναπνευ- στικών ασκή- σεων Αναβολή επί- σκεψης της οικογένειας και των φί- λων ώσπου να βέλτιω- θεί η κατα- σταση της ασθενούς</p>	<p>Η ασθενής επικοι- νωούσε με το περιβάλλον και έτσι δε δυσκολευ- τήκαμε καθόλου να την κάνουμε να αρ- χίσει τις βαθιές εισπνοές για την αποβολή του αναι- σθητικού και τις ασκήσεις των κάτω άκρων για την προ- ληψη θρομβοφλεβί- τιδας</p>	<p>Η πορεία της ανάνη- ψης της ασθενούς κρίθηκε ικανοποιη- τική</p>
<p>Τήρηση σώματος καλή κα- σταση</p>	<p>Ταχεία επού- λωση τραύμα- τος</p>	<p>Παρακολούθηση των γαζών για διαπί- στωση αιμορ- ραγίας Τοποθέτηση ασθενή στη σωστή θέση (όπτια) Αποφυγή επι- πλέον τάσης στα ράμματα</p>	<p>Συμβουλευσαμε την ασθενή να κρατά με το χέρι της την περιοχή του τραύ- ματος, τη στιγμή που βήχει παίρνει βαθιά εισπνοή κλπ.</p>	<p>Δεν παρατη- θήκε αιμορ- ραγία ή ρή- ξη ραμμάτων στο τραύμα</p>

Δίψα	Καταπολέμηση του αισθήματος της δίψας	Εφύγραση των χειλέων και της γλώσσας με τολύπιο εμποτισμένο σε νερό Μάσηση σκληρής μαστίχας ή κεριού για διατήρηση υγρού του στόματος Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την παύση της ναυτίας	Ενημερώνουμε τη συγγενή που καθόταν πλάι της να της υγραίνει τα χείλη με το πορτοκυτόν εμποτισμένο στο νερό	Το αίσθημα της δίψας μειώθηκε
Ναυτία	Εξόλειψη της ναυτίας	Λήψη βαθιών εισπνοών για την αποβολή του αναισθητικού Φαρμακευτική αγωγή	Χορήγηση αντιεμετικού amp Primperan στον όρο με ιατρική εντολή	Η ασθενής δε νοιώθει τάση για έμετο
Πόνος την περιοχή της επέμβασης	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο	Διαπίστωση χαρακτηριστικών του πόνου Καταγραφή διαπιστώσεων και γνωστοποίησή τους στο χειρουργό Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρική εντολή	Ρωτάμε την ασθενή αν ο πόνος είναι αυβλός ή οξύς, συνεχής ή διαλείπων. Επίσης διερευνούμε αν ακτινοβολεί και προς τα πού και αν έχει σχέση με την αναπνοή της. Έγινε μία amp Pethidine ενδομυϊκά	Μετά μισή ώρα από την ένεση, ο πόνος ελαχιστοποιήθηκε

