

Τ.Ε.Ι. Π Α Τ Ρ Α Σ

ΣΧΟΛΗ : Σ Ε Υ Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ : " ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :

ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΓΛΥΚΕΡΙΑ.

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :

Κ. ΝΑΝΟΥ.



Π Α Τ Ρ Α , 1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2300,Α
----------------------	--------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α
=====

Σελίδα

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι

Πρόλογος

Εισαγωγή

Μ Ε Ρ Ο Σ ΙΙ

Ανατομία - φυσιολογία Κ.Ν.Σ. 1

Κατανομή της νόσου κατά ηλικίες 4

Μ Ε Ρ Ο Σ ΙΙΙ

Παθογένεση βακτηριακής μηνιγγίτιδας 6

Μ Ε Ρ Ο Σ ΙV

κλινική διάγνωση 10

Εξέταση Ε.Ν.Υ. 11

Μ Ε Ρ Ο Σ V

Επιπλοκές 15

Μ Ε Ρ Ο Σ VI

Θεραπεία 17

Μ Ε Ρ Ο Σ VII

Νοσηλευτική φροντίδα 21

Νοσηλευτική διεργασία 39

Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α Ι.

Επίλογος 43

Βιβλιογραφία

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

=====

Μ'αυτή την εργασία θα προσπαθήσω να δώσω αφαιρικά την ανάλυση του θέματος " Μηνιγγίτιδα στην παιδική ηλικία " .

Στόχος μου είναι να γίνει η πλήρης ανάλυση του θέματος σύμφωνα πάντα με τα υπάρχοντα μέσα και τις γνώσεις που απέκόμισα από τη φοίτησή μου στην Νοσηλευτική σχολή του Τ Ε Ι της Πάτρας.

Έτσι λοιπόν η εργασία μου ξεκινά με μια σύντομη αναφορά στην ανατομία και φυσιολογία του ΚΝΣ, στην κατανομή της νόσου κατά ηλικίες, στην διάγνωση, στην θεραπεία, στις επιπλοκές που παρουσιάζονται, αλλά το βάρος της εργασίας αυτής δίνεται στην Νοσηλευτική Φροντίδα του παιδιού με μηνιγγίτιδα, που είναι άλλωστε και το αντικείμενο της επιστήμης της Νοσηλευτικής.

Το άρρωστο παιδί που εισάγεται στο νοσοκομείο έχει ανάγκη από τις υπηρεσίες της Νοσηλευτικής. Η απειλή της υγείας τους και η εξέλιξη της αρρώστιας του δημιουργούν προβληματικές καταστάσεις, γιατί προκαλούν ανισοζυγία στις ανάγκες του.

Η κύρια ευθυνη της νοσηλευτικής άσκησης αναπτύσσεται εξαιτίας των δευτερογενών προβλημάτων που προκαλούνται από τη μη δυνατότητα του παιδιού να εκτελεί την καθημερινή ~~του~~ φροντίδα. Η αδελφή εδώ ετοιμάζεται να βοηθήσει το άρρωστο παιδί να διαπραγματευτεί με τα προβλήματα που δημιουργούν η απειλή της υγείας και η αρρώστια.

Με το τέλος αυτής της εργασίας ουσιαστικά τελειώνει και η φοίτησή μου στη σχολή αυτή. Έτσι λοιπόν μου δίνεται η ευκαιρία να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές της σχολής για την βοήθεια και τις γνώσεις που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια. Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην Κα Νάνου η οποία είναι και η υπεύθυνη της Πτυχιακής εργασίας μου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους αγαπημένους μου γονείς που μου έδωσαν την δυνατότητα να φοιτήσω στην σχολή και ως μου επιτρέψουν να τους αφιερώσω την εργασία αυτή.-

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μηνιγγίτιδα σήμερα είναι μία από τις πιο γνωστές ασθένειες. Το γεγονός ότι κρούσματα μηνιγγίτιδας αναφέρονται από τα πρώτα χρόνια της Ιστορίας της Ιατρικής, βοηθά να κατανοήσει κανείς την πρόοδο που σημείωσε η επιστήμη της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής σχετικά με την συγκεκριμένη ασθένεια.

Σήμερα είμαστε σε θέση να αντιμετωπίζουμε περιστατικά παιδιών με μηνιγγίτιδα σχεδόν με επιτυχία 100%. Σ' αυτό, βεβαίως, συμβάλλει σημαντικά η άμεση διάγνωση και συμπτωματική θεραπεία. Αυτό όμως απαιτεί έμπειρο Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό γιατί τα πρώιμα συμπτώματα είναι ύπουλα και μη ειδικά και πολλές φορές, δυστυχώς αναγνωρίζονται εκ των υστέρων.

Ο γιατρός θα πρέπει να ξεχωρίζει εκ των πολλών περιπτώσεων που έρχονται με πυρετό τα λίγα παιδιά τα οποία έχουν σοβαρή βακτηριακή λοίμωξη και απαιτούν έγκαιρη έρευνα.

Κανένα απλό τεστ ή ομάδα από τεστ δεν αντικαθιστούν την οξύνοια του κλινικού γιατρού και την πολύτιμη παρατηρητικότητα της Νοσηλεύτριας στο να αναγνωρίσει το παιδί με τα συμπτώματα βακτηριακής μηνιγγίτιδας.-

Ο όρος μηνιγγίτις χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον HERPIN το 1803, αλλά η ασθένεια ήταν ήδη γνωστή σε όλες τις μορφές της από πολλό χρόνο πριν.

Ο HEIBONINS, ο WILLIS και ο MORGAGNI προσπάθησαν να διαχωρίσουν τις φλεγμονές των μηνίγγων απ' του εγκεφάλου. Ο SAYRAGE το 1763 αναφέρεται σε μια ασθένεια που την ονόμασε "Εκλαμψία υδροκεφάλου", η οποία πιθανώς να ήταν η φυματιώδης μηνιγγίτις. Ο WHYLT το 1768 έδωσε μια πλήρη κλινική εικόνα του υδροκεφάλου σε οξεία φάση.

Από τον HERPIN και εντεθθεν αναφερόμαστε στον όρο Μηνιγγίτις και διακρίνουμε τις διάφορες κλινικές μορφές της (πυώδης, φυμα-

τιώδης...).

Σ' αυτό το σημείο η πρόοδος τη βακτηριολογίας με τη βοήθεια του BOZZOLO, NETTER, FRANKEL, WEICHSELBAYM με την ανακάλυψη των 6 αφόρων μικροβίων βοήθησε στο διαχωρισμό των διαφόρων τύπων μηνιγγίτιδος ανάλογα με τον μικροβιακό παράγοντα που τις προκαλεί.

Η χρησιμοποίηση από τον QYINCKE της οσφυονωτιαίας παρακέντησης επέτρεψε τον εντοπισμό αυτών των μικροβίων μέσα στο Ε.Ν.Υ. καθώς και τον εντοπισμό των αλλοιώσεων του(του ΕΝΧ) από αυτούς τους παράγοντες. Εμφανίζεται λοιπόν ο όρος μηνιγγίτις ή Μηνιγγιτισμός.-

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ Κ.Ν.Σ.

Η μηνιγγίτιδα είναι μια ασθένεια που προσβάλλει τις μήνιγες του εγκεφάλου, γι' αυτό μια σύντομη αναφορά στην ανατομία και φυσιολογία του Κ.Ν.Σ. θα κάνει πιο κατανοητό το θέμα. Το Κ.Ν.Σ. αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

Ο εγκέφαλος αποτελείται από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, την παρεγκεφαλίδα και το εγκεφαλικό στέλεχος.

Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι δύο, το δεξιό και το αριστερό ημισφαίριο που χωρίζονται μεταξύ τους από μια αύλακα και είναι τοποθετημένα πάνω από ένα τμήμα του στελέχους, το θάλαμο. Η επιφάνεια των εγκεφαλικών ημισφαιρίων είναι σημασμένη από πολλές αυλακώσεις, τις έλικες, που σχηματίζουν ένα σχήμα σταθερό σ' όλα σχεδόν τα άτομα. Η επιφάνεια κάθε ημισφαιρίου μπορεί να υποδιαιρεθεί σε χωριστές περιοχές, τους λοβούς. Το μετωπιαίο, κροταφικό, βρεγματικό και ινιακό.

Το στέλεχος είναι ο στελεχοειδής σχηματισμός που στηρίζει τα ημισφαίρια και διαιρείται στο θάλαμο, τον υποθάλαμο, τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό. Αυτό το τμήμα του εγκεφάλου περιλαμβάνει ζωτικά κέντρα που ελέγχουν σπλαχνικές λειτουργίες, όπως τον καρδιακό ρυθμό, την αναπνοή, την αρτηριακή πίεση, την θερμοκρασία του σώματος, την όρεξη, την σεξουαλική ωρίμανση και διάφορες φάσεις της ενδοκρινικής φυσιολογίας.

Η παρεγκεφαλίδα είναι τοποθετημένη έναντι του στελέχους στην οπίσθια επιφάνεια της γέφυρας και του προμήκους μυελού. Σε μια πλάγια τομή φαίνεται κάτω και πίσω από τα ημισφαίρια. Η παρεγκεφαλίδα λειτουργεί, εξασφαλίζοντας έναν ομαλό, συγχρονισμένο ρυθμό στη μυϊκή δραστηριότητα και είναι το κύριο εγκεφαλικό κέντρο ελέγχου της ισορροπίας, της βόδισης και του μυϊκού συντονισμού.

Ο Νωτιαίος μυελός είναι μια κυλινδρική νευρική κολώνα που συνεχίζεται προς το άνω με τον προμήκη μυελό του στελέχους και προς τα κάτω μέσα στη σπονδυλική στήλη μέχρι το επίπεδο του δευτέρου οσφυϊκού σπονδύλου. Ο μυελός εξέρχεται από την κρανιακή κοιλότητα από το μείζον τμήμα (ινιακό). Είναι πολύ βραχύτερος από την οστεώδη σπονδυλική στήλη στην οποία βρίσκεται. Η κατώτερη οσφυϊκή και ιερή μοίρα της σπονδυλικής στήλης περιέχουν μια ομάδα νεύρων που προέρχονται από τον κατώτερο νωτιαίο μυελό και περνάνε στα κάτω άκρα και τα πυελικά σπλάχνα* επειδή μοιάζουν αυτά με την ουρά ενός αλόγου ονομάζονται ιππουρίδα.

Μια τομή του νωτιαίου μυελού δείχνει ότι αυτός ο σχηματισμός αποτελείται από μια κεντρική περιοχή σχήματος Η, από γκριζόχρωμο ιστό που περιβάλλεται από ένα υπόλευκο υλικό. Η κεντρική περιοχή που μοιάζει με Η ονομάζεται φαίό ρυσία και περιέχει κυτταρικά σώματα νευρώνων του νωτιαίου μυελού* το υπόλοιπο ονομάζεται λευκή ουσία και περιλαμβάνει τους άξονες και τους δενδρίτες των νευρώνων του νωτιαίου μυελού, ως και τους μακρούς άξονες των νευρώνων και κυτταρικά σώματα εντοπισμένα στον εγκέφαλο. Έτσι η λευκή ουσία περιέχει τους άξονες των νευρώνων του νωτιαίου μυελού που στέλνουν ερεθίσματα προς τα πάνω, στον εγκέφαλο, όπως και τους άξονες των εγκεφαλικών νευρώνων που στέλνουν ερεθίσματα κάτω στους νευρώνες του νωτιαίου μυελού.-

Οι μήνιγγες και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό

Το Κ.Ν.Σ., εκτός από την προστασία που προσφέρει ο οστεώδης σκελετός του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης, καλύπτεται από μια μεμβράνη με τρεις στιβάδες, τις μήνιγγες. Οι μήνιγγες αποτελούνται από (1) τη σκληρή μήνιγγα, μια σκληρή ινώ-

δη μεμβράνη ακριβώς κάτω από το οστόν του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης, (2) την αραχνοειδή μήνιγγα, μια μεσαία στιβάδα, σε στενή επαφή με την υπερκείμενη σκληρή μήνιγγα και (3) τη χοριοειδή μήνιγγα, μια ευαίσθητη μεμβράνη που έρχεται σε στενή επαφή με την επιφάνεια του νωτιαίου μυελού.

Ο χώρος μεταξύ αραχνοειδούς και χοριοειδούς μήνιγγας είναι ο υπαραχνοειδής χώρος, γεμάτος από ένα διαυγές υγρό, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, που επίσης κυκλοφορεί μέσω της εσωτερικής επιφάνειας του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Το Ε.Ν.Υ. χρησιμεύει για να στηρίζει το Κ.Ν.Σ. και εξασκεί προστατευτική δράση. Παίζει επίσης ρόλο στο μεταβολισμό του εγκεφάλου και του νωτιαίου υγρού με την μεταφορά των θρεπτικών συστατικών και την απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων.

Ο υπαραχνοειδής χώρος έχει τουλάχιστον δύο σπουδαίες ιατρικές χρήσεις :

1. Μπορεί να χορηγηθούν αναισθητικά φάρμακα σ' αυτό το χώρο κατά τη νωτιαία αναισθησία.

2. Είναι πολύ εύκολη η εισαγωγή λεπτής βελόνας μέσω των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να τραβηχτεί μια μικρή ποσότητα Ε.Ν.Υ. για να χρησιμοποιηθεί στη διάγνωση ορισμένων νευρολογικών νοσημάτων. Η επέμβαση ονομάζεται σφυνωτιαία παρακέντηση.-

Παθολογική Ανατομία

Παρατηρείται πυώδης φλεγμονή της αραχνοειδούς και χοριοειδούς μήνιγγας, συνήθως εντονότερη στις περιοχές των βρεγματικών και των ινιακών λοβών, όπως και της παρεγκεφαλίδας.

Η φλεγμονή πολλές φορές εκτείνεται και στις κοιλίες του εγκεφάλου, αποφράσει ακόμα και άλλα τμήματα του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα αποφρακτικό υδροκεφαλο. Σε οποιαδήποτε περιοχή επίσης

μπορούν να δημιουργηθούν περιαγγειακές λευκοκυτταρικές διηθήσεις, αιμορραγίες και νεκρώσεις στο 1/3 περίπου των περιπτώσεων ανευρίσκονται πετέχειες και άλλες αιμορραγικές αλλοιώσεις του δέρματος και των σπλαχνων.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΕΣ

Η παθογένεια, η μικροβιολογία και η διάγνωση ποικίλει στις διάφορες περιόδους της παιδικής ηλικίας. Γι' αυτό το σκοπό έχουν γίνει οι ακόλουθες ομάδες, ανάλογα με την ηλικία.

1. Νεογνά 0-28 ημερών.
2. Βρέφη 29 ημερών - 2 χρόνων.
3. Παιδιά προσχολικής ηλικίας 2-5 ετών.
4. Σχολική ηλικία, 5-12 ετών.
5. Έφηβοι.-

Νεογνά : Σηψαιμία και μηνιγγίτιδα πρώιμης (όταν τα συμπτώματα αρχίζουν πριν τις 7 μέρες) ή αρχής έναρξης (μετά τις 7 μέρες), δημιουργείται στις περισσότερες περιπτώσεις από μικροοργανισμούς που αποκτούνται κατά την διάρκεια του τοκετού, και αργότερα στο τμήμα υποδοχής του νεογνού ή στο σπίτι.

Ο Β' αιμολυτικός στρεπτόκοκκος και το κολοβακτηρίδιο είναι οι κύριοι παθογόνοι οργανισμοί. Άλλοι στρεπτόκοκκοι (εντερόκοκκοι) άλλα GRAM⁻ μικρόβια (κλεμψιέλλα, εντεροΒΑΚΤΕΡ, ΣΕΡΑΤΙΑ) και η λιστέρια μονοκλιτογόνος είναι επίσης σημαντικά.

Οι οργανισμοί οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για βακτηριακή μηνιγγίτιδα στα βρέφη και στα παιδιά είναι μικρής σημασίας (αιμόφιλος ινφλουένζας τύπος Β' ναισέρια μηνιγγίτιδας και στρεπτόκοκκος πνευμονίας), όμως πρέπει να παίρνονται υπόψη για τα παιδιά

που έχουν αποκτήσει τη λοίμωξη στο σπίτι. Επίσης, άτυπα στελέχη αιμόφυλλου ινφλουένζας είναι επίσης σημαντικό σαν παθογόνοι παράγοντες στην νεογνική περίοδο.

Βρέφη : Ο υψηλότερος δείκτης σε σχέση με την ηλικία, για βακτηριακή μηνιγγίτιδα (εκτός εκείνης της νεογνικής περιόδου) συμβαίνει μεταξύ 3-8 μηνών. Η συχνότητα παραμένει υψηλή μέχρι τα δύο χρόνια της ηλικίας. Ο αιμόφυλλος ινφλουένζας τύπου Β', η ναισέρια μηνιγγίτιδας και ο πνευμονιόκοκκος, ευθύνονται για τη μεγάλη πλεονότητα μηνιγγίτιδας σε ένα προηγουμένως υγιές παιδί.

Προσχολική ηλικία : Η συχνότητα της οξείας μηνιγγίτιδας ελαττώνεται μετά το 2^ο χρόνο της ζωής. Οι υπεύθυνοι οργανισμοί είναι οι ίδιοι μ' αυτούς της βρεφικής ηλικίας.

Σχολική ηλικία και εφηβία : Η συχνότητα μηνιγγίτιδας οξέως ελαττώνεται σε μεγαλύτερα παιδιά. Εν τούτοις, η πιθανότητα για πνευμονιόκοκκο, μηνιγγιτιδόκοκκο και αιμόφυλλου ινφλουένζας υπάρχει ακόμη σαν αίτιο.-

ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ

Οι περισσότερες περιπτώσεις βακτηριακής μηνιγγίτιδας αναπτύσσονται μεταξύ 4 σταδίων.

1. Λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού συστήματος.
2. Εισβολή μικροβίων στο αίμα από την ανώτερη αναπνευστική οδό.
3. Εντοπισμός της νόσου στις μηνιγγες από το κυκλοφορούν στο αίμα μικρόβιο.
4. Φλεγμονή των μηνίγγων και του εγκεφάλου.

Στα περισσότερα παιδιά με μια ήπια λοίμωξη του αναπνευστικού με μικροοργανισμούς που ευθύνονται για μηνιγγίτιδα, μόνον μια μικρή λοίμωξη αναπτύσσεται, ή τα παιδιά παραμένουν ασυμπτωματικά. Λίγα παιδιά χαρακτηρίζονται και από εισβολή στο αίμα των μικροοργανισμών. Σε μερικά από αυτά τα βακτηριακά παιδιά, ο οργανισμός καθαρίζεται από τη ροή του αίματος με φυσικούς αμυντικούς μηχανισμούς. Σε άλλα θεραπεύεται σ' αυτό το στάδιο με κάποιο αντιμικροβιακό παράγοντα από το στόμα. Εν τούτοις σε μερικά παιδιά είτε έχουν πάρει θεραπεία, είτε όχι, η λοίμωξη προχωρεί στο Κ.Ν.Σ. και στις μηνιγγες, γιατί αυτή η ασυνήθης συνεπεία σε ένα συνηθισμένο γεγονός συμβαίνει σε ορισμένα παιδιά.■

Νεογνά : Η μηνιγγίτιδα στα νεογνά συνήθως ακολουθεί ή είναι σε συνδυασμό με σηψαιμία. Το περιβάλλον μέσα στη μήτρα φυσιολογικά είναι στείρο μικροβίων, όταν όμως ο αμνιακός σάκος σπάσει, το νεογνό είναι εκτεθειμένο σε μικρόβια. Μερικά απ' τα μικρόβια αυτά μπορεί να είναι παθογόνα από το μητρικό γεννητικό σωλήνα.-

Αν και όλα τα νεογέννητα νεογνά αποικίζονται με μερικούς από τους μικροοργανισμούς με τους οποίους έρχονται σε επαφή, εί-

ναι σπάνιο να αναπτυχθεί μηνιγγίτιδα ή σηψαιμία σ' αυτό. Η συχνότητα της σηψαιμίας ποικίλει από 1-80/100 στα ζωντα νεογνά και η συχνότητα βακτηριακής μηνιγγίτιδας είναι 1 για κάθε 4 περιπτώσεις σηψαιμίας.

Ο μικροοργανισμός εισέρχεται στο αίμα από κάποια αποικισθείσα περιοχή- αναπνευστική οδός ή ομφάλιος λώρος. Η μηνιγγίτιδα σχεδόν πάντα είναι αποτέλεσμα αιματογενούς διασποράς από μικρόβια που βρίσκονται στο αίμα, τα μικρόβια αυτά είναι ομάδες από Β' στρεπτοκόκκους. Μελέτες έχουν δείξει ότι 30-35% των γυναικών φιλοξενούν στο κόλπον ή στην περιοχή του ορθού στελέχη της ομάδας Β' στρεπτοκόκκου, κάθετη μεταφορά από τη μάνα στο παιδί συμβαίνει σε 40 με 70% των γυναικών που έχουν προικιστεί αυτόν τον οργανισμό. Αποικισμός με Β' στρεπτοκόκκους, σε ένα κατά τα άλλα υγιές νεογνό, δεν είναι ένδειξη για θεραπεία, αν και μεταφορά από μητέρα σε νεογνό είναι το αρχικό μοντέλο αποικισμού με Β' αιμολυτικού στρεπτοκόκκου, στα νεογνά δεν είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο τα νεογνά μπορούν να αποικιστούν.-

Μετάδοση του μικροοργανισμού από τα χέρια του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα νεογνό έχει θεωρηθεί σαν μια αιτία για παρατηρημένη αύξηση της ασθένειας με το στρεπτόκοκκο της Ομάδας Β, κατά τη διάρκεια της υποδοχής του νεογνού.-

Το κολοβακτηρίδιο και ειδικά στελέχη του Ε. ΚΟΛΙ που έχουν το K₁ αντιγόνο προκαλούν το 75% των περιπτώσεων της νεογνικής μηνιγγίτιδας, που προκαλούνται από κολοβακτηρίδιο. Επίσης οι ασθένειες οι οποίες προκαλούνται από το K₁ αντιγόνου είναι περισσότερο σοβαρές, από αυτές που συνιάζονται με στελέχη που δεν έχουν το K₁ αντιγόνο. Ο λόγος του συσχετισμού του K₁ αντιγόνου και της νεογνικής μηνιγγίτιδας δεν είναι ακόμα γνωστός. Ο μεγαλύτερος δείκτης αποικισμού του ορθού με κολοβακτηρίδιο

έχει βρεθεί σε εγκύους που είναι σε ηλικία από 16 μέχρι 31 έτους (45-50%). Περίπου 70% των νεογνών από μητέρες που είναι θετικές στο K₁ αντιγόνο θα αποκτήσουν αυτό το μικρόβιο στις πρώτες 48 ώρες της ζωής. Περίπου 10-15% των παιδιών που αποικίσθηκαν με κολοβακτηρίδιο K₁ γεννήθηκαν από μητέρες που ήταν αρνητικές στο K₁. Σ' αυτές τις ομάδες των νεογνών το κολοβακτηρίδιο αποκτήθηκε την 3η με 4η μέρα της ζωής από οριζόντια μετάδοση του νοσηλευτικού προσωπικού ή από άλλα νεογνά. Κάθετη μετάδοση του K₁ έχει αποδειχθεί σε 75% των νεογέννητων με μηνιγγίτιδα από κολοβακτηρίδιο του K₁. Αποικισμός του νεογνού, κατά τα άλλα υγιούς, δεν είναι ένδειξη για θεραπεία.

Λιστέρια μονοκυτογόνο: Σε πολλές περιοχές από λιστέρια δημιουργείται μια σημαντική νεογνική ασθένεια. Οι έγκυες γυναίκες μπορούν να αποικισθούν στο γεννητικό κανάλι και να μεταφέρουν τη λοίμωξη στο νεογνό, που έχει σαν αποτέλεσμα την αποβολή ή τη νεογνική σηψαιμία. Λίγες γυναίκες αποικίζονται με λιστέρια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ο οργανισμός καλλιεργείται σπάνια από ένα υγιές πρόωρο νεογνό. Εν τούτοις, η λιστέρια είναι το τρίτο αίτιο μηνιγγίτιδας στα νεογνά.-

Βρέφη και παιδιά πέρα της νεογνικής ηλικίας.

Η παθογένεση αυτών των παιδιών, ακολουθεί τα βήματα που αναφέρθηκαν πριν. Ασυνήθως, η λοίμωξη μπορεί να διασπαρεί στις μήνιγγες δια μέσου της αιματογενούς οδού σε παιδιά με βακτηριαδική ενδοκαρδίτιδα, πνευμονία ή θρομβοφλεβίτιδα ή κατ'ευθείαν επέκταση σε παιδιά με κολπίτιδα, μέση ωτίτιδα, μαστοειδίτιδα ή οστεομυελίτιδα του κρανίου. Τραύμα στο κεφάλι μπορεί να ακολουθηθεί από βακτηριακή μηνιγγίτιδα.

Περιπτώσεις μηνιγγίτιδας από πνευμονιόκοκκο ή αιμόφυλο ινφλουένζας, έχουν σημειωθεί, ακολουθώντας κατάγματα του τετραμήνου πετάλου του ιθμοειδούς και παραροιδίων κόλπων και μπο-

ρεί να υποτροπιάσουν. Απευθείας βακτηριακή εισβολή στο ΚΝΣ μπορεί να συμβεί σε άτομα με δερμοειδή κύστη των κόλπων (που έρχεται σε άμεση επαφή με μήνιγγες) ή μηνιγγομυελοκλήλη, όπου υπάρχει μετά σπευθείας επικοινωνία του δέρματος και των μηνίγγων. Σ' αυτές τις περιπτώσεις συνήθως η λοίμωξη παράγεται από οργανισμούς που βρίσκονταν στο δέρμα. Επίσης, μπορεί να ακολουθήσει νευροχειρουργικές επεμβάσεις, ειδικά αυτές που γίνονται για παροχέτευση Ε Ν Υ σε παιδιά με υδροκέφαλο ή οστεομελίτιδα κρανίου ή σπονδυλικής στήλης.-

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι V

=====

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Η Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Επειδή το εύρος των κλινικών στοιχείων και συμπτωμάτων της μηνιγγίτιδας, στα παιδιά, είναι μεγάλο και συχνά όμοιο για λοιμώδεις και μη λοιμώδεις καψαστάσεις, η υποψία για μηνιγγίτιδα πρέπει να είναι παρούσα. Κανένα κλινικό σημείο δεν είναι παθογνωμικό για μηνιγγίτιδα. Συμπτώματα και σημάδια βακτηριακής μηνιγγίτιδας ποικίλουν και εξαρτώνται κατά ένα μέρος από την ηλικία του αρρώστου, τη διάρκεια της αρρώστιας πριν την εξέταση και την απάντηση του παιδιού στη λοίμωξη. Σαν κανόνα, τα ευρήματα στα παιδιά και στα νεογνά είναι ύπουλα και ασαφή, κάνοντας μια γρήγορη διάγνωση, η οποία δύσκολα μπορεί να τεκμηριωθεί κλινικά.-

Ν ε ο γ ν ά :

Πυρετός που συμβαίνει στα μισά από τα προσβεβλημένα παιδιά, λήθαργος, ανεπνευστική δυσχέρεια, ίκτερος, αδιαφορία για φαγητό, έμμετος και διάρροια είναι τα συχνότερα μη ειδικά χαρακτηριστικά μιας βακτηριακής λοίμωξης στα νεογνά. Περίπου το 1/3 των παιδιών είναι ευερέθιστα, συχνά με μια αλλαγή στη συνείδηση και μικρό μυϊκό τόνο. Σπασμοί συμβαίνουν σε 40% των νεογνών με μηνιγγίτιδα.

Π α ι δ ι ά :

Πυρετός, πονοκέφαλος, φωτοφοβία, ναυτία και έμετος, σύγχυση, λήθαργος και ευερεθιστότητα είναι τα συνήθη αρχικά συμπτώματα. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι μη ειδικά και συχνά πρέπει να διαφορογνωστού από όχι μηνιγγικές ιογενείς λοιμώ-

ξεις και από άλλες εμπύρετες λοιμώξεις.

Μια αλλαγή στην κατάσταση εγρήγορης του παιδιού είναι τα πιο σημαντικά στοιχεία μηνιγγίτιδας. Δυσκομπία, σημεία του KERNING και BRUBRINSKI, σπασμοί, CSF που συμβαίνουν λιγότερο συχνά (ειδικά στα βρέφη) και συνήθως αργά στην ορρώστια, αλλά είναι αρκετά χαρακτηριστικά μηνιγγίτιδας και βόζει σε υποψία το γιατρό να προχωρήσει σε μια οσφυονωτιαία παρακέντηση.-

Ε Ξ Ε Τ Α Σ Η Ε Ν Υ

Το Φυσιολογικό Ε Ν Υ :

Είναι διαυγές,
έχει αρχική πίεση κάτω από 180 CM στήλης άλατος κύτταρα μέχρι 5/ML, που είναι όλα λεμφικύβωρα, σάκχαρο 50% του σαγχόρου του αίματος (πρέπει να λαμβάνεται ταυτόχρονα και σάκχαρο αίματος από τον άρρωστο) και λεύκωμα 50 mg/dl

Παθολογικό στοιχείο στο Ε Ν Υ

Είναι θολό

η πίεσή του είναι αυξημένη (πάνω από 180 CM στήλης ύδατος)
Τα κύτταρα είναι αυξημένα (500 και αναφέρονται περιπτώσεις μέχρι και 100.000). Εν τούτοις, αριθμούς λευκοκυττάρων 50.000 πρέπει να εγείρει την υπόνοια ρήξης εγκεφαλικού αποστήματος στις κοιλίες του εγκεφάλου. Ο τύπος των κυττάρων είναι πολυμορφωπυρηνικός (> 80% πολυμορφωπύρηνα). Με την πρόοδο της φλεγμονής και ειδικότερα σε ατελώς θεραπευμένες καταστάσεις εμφανίζεται αυξημένος αριθμός μονοκυττάρων. Υπεροχή των λευκοκυττάρων εμφανίζεται στο 30% περίπου των περιπτώσεων στα αρχικά στάδια της μηνιγγίτιδας.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι άρρωστοι με λευκοπενία μπορεί να

έχουν μικρό αριθμό λευκοκυττάρων στο Ε Ν Υ, ακόμη και φυσιολογικό. Η υπεροχή των πολυμορφοπύρηνων σε τέτοις περιπτώσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ενδεικτική μηνιγγίτιδας ως απιδείξεως του εναντίου.

Το σάκχαρο είναι ελαττωμένο κάτω του 40% της τιμής του σαγγάτου του αίματος. Ειδικότερα, σε απόλυτες τιμές, στην αρχή της νόσου το σάκχαρο κυμαίνεται μεταξύ 20-50 MG/DL, ενώ σε προχωρημένες μηνιγγίτιδες είναι και κάτω του 20 MG/DL (στις περιπτώσεις αυτές η πιθανότητα φυματικής αιτιολογίας μηνιγγίτιδας θα πρέπει να ληφθεί σοβαρό υπόψη).

Το λεύκωμα είναι αυξημένο και κυμαίνεται από 150-500 MG/DL στις περισσότερες περιπτώσεις, αν και αναφέρεται σχετική υψηλό ποσοστό (43%) περιπτώσεων με λεύκωμα κάτω των 150 MG/DL (πάντοτε όνως υψηλότερο των MG/DL). Τιμές λευκώματος πάνω από 1000 MG/DL μπορεί να παρατηρηθούν σε φυματική μηνιγγίτιδα και αποτελούν ένδειξη χορήγησης κορτικοστεροειδών.-

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Τ Ι Κ Ε Σ Ε Ξ Ε Τ Α Σ Ε Ι Σ

Άλλα TEST ή διαγνωστικές εξετάσεις στη διάγνωση της θρα-
πέας είναι :

Καλλιέργειες από υλικά άλλα εκτός από το Ε Ν Υ.

Μύτη, λαιμός, τραχεία, άλλοι βλεννογόνοι και καλλιέργειες
δέρματος. Καλλιέργειες από επιφάνειες του αίματος και στόμια,
όπως η μύτη και ο φάρυγγας, μπορεί να φανερώσουν το παθογόνο
αίτιο για τη μηνιγγίτιδα, αλλά τέτοιες καλλιέργειες είναι μη
ευαίσθητες (υπεύθυνοι οργανισμοί της μηνιγγίτιδας μπορεί να
μην είναι παρόντες) ή μη ειδικές (άλλοι οργανισμοί μπορεί να
είναι παρόντες. Καλλιέργειες της μύτης και του φάρυγγα δεν εί-
ναι βοηθητικές στο να τακτοποιήσουμε τον αιτιολογικό παράγοντα
της μηνιγγίτιδας.

Α ί μ α : Τα περισσότερα παιδιά με βακτηριακή μηνιγγίτιδα
έχουν αρχικά βακτηριαιμία. Καλλιέργειες αίματος είναι σημαντι-
κές σε ασθενείς με πιθανή βακτηριακή μηνιγγίτιδα, Ασυνήθως καλ-
λιέργειες του αίματος δείχνουν την παρουσία ενός παθογόνου μι-
κροβίου, η αύξηση των κυττάρων στο Ε Ν Υ μας λέει ότι υπάρχει
μηνιγγίτιδα, αλλά η καλλιέργεια του ΕΝΥ είναι αρνητική.

Ο ύ ρ α : Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος είναι σπά-
νια η πρωτοπαθής εστία για τον υπεύθυνο μικροοργανισμό που προ-
καλεί μηνιγγίτιδα στα νεογνά και στα νεαρά παιδιά. Σε μεγαλύτε-
ρα παιδιά, χωρίς να έχουν κάποια κακοήθεια, ο συσχετισμός λοί-
μωξης ουροποιητικού συστήματος και μηνιγγίτιδας είναι ασυνήθης.
Προσπάθειες πρέπει να γίνονται να παρθεί καλλιέργεια ούρων προ-
τού αρχίσει η θεραπεία σε παιδιά μικρότερα του έτους, αλλά η
θεραπεία δεν πρέπει να καθυστερήσει εάν δεν καταστεί δυνατό να
παρθεί η καλλιέργεια.-

Βλάβες δέρματος : Πετέχειες μπορεί να αντιπροσωπεύουν μικροεμβολές με βακτήρια παρόντα στην άκρη. GRAN χρώση, η οποία έχει γίνει από πετέχειες μπορεί να μας δείξει άμεσα στοιχεία στην διάγνωση του εισβάλλοντος οργανισμού.

Συλλογές μέσω ωτός : Αν και μερικά παιδιά με μέση ωτίτιδα έχουν συνοδό μηνιγγίτιδα, λόγω του ίδιου οργανισμού, μια κατευθείαν οδός προς τις μήνιγγες είναι απίθανη στις περισσότερες περιπτώσεις. Πιο πιθανό είναι να υπάρχει μια λοίμωξη του αναπνευστικού, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα τη μηνιγγίτιδα δια μέσου βακτηριαιμίας και εγκατάστασης στις μήνιγγες όπως επίσης και απευθείας προσβολή του μέσου ωτός μέσω της ευσταχιανής σάλπιγγας. Απορρόφηση με βελόνα του υγρού τού μέσου ωτός και GRAM χρώση αυτού του δείγματος μπορεί να επιτρέψουν άμεση αναγνώριση αυτού του οργανισμού και μπορεί να είναι σημαντικό αν τα ευρήματα της του E.N.Y. είναι ασαφή.-

Τ Ε Σ Τ φλεγμονώδους αντίδρασης.

TEST φλεγμονώδους αντίδρασης, όπως λευκά περιφερικού αίματος και τύπος T / K E και C αντιδρώσα πρωτεΐνη, μπορούν να βοηθήσουν στην αναγνώριση του παιδιού, που μπορεί να είναι σηπτικό. Τα αποτελέσματα αυτού του TEST είναι ποικίλα και όχι ειδικά. Μπορεί να είναι χρήσιμα, να κάνουν ή να αποκλείσουν μια διάγνωση βακτηριακής μηνιγγίτιδας.-

Είναι σωστό να εκτιμάται ο άρρωστος με μηνιγγίτιδα καθημερινά με φυσική και νευρολογική εξέταση, ούτως ώστε επιπλοκές οι οποίες μπορεί να αναπτυχθούν σ' οποιαδήποτε ώρα, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, να αναγνωριστούν γρήγορα. Η περιμετρος της κεφαλής πρέπει να μετράται και να καταγράφεται καθημερινά. Το κεφάλι να διαφανοσκοπείται καθημερινά, ούτως ώστε να ελεγχθούν υπρακκληρίδιος συλλογή υγρών και πιθανώς υδροκέφαλος ή προεγκεφαλία.

Σ π α σ μ ο ί : Περίπου 20-30% των αρρώστων έχουν σπασμούς πριν από την άφιξή τους στο νοσοκομείο. Αυτά τα γεγονότα δεν σημαίνουν ότι το παιδί θα έχει μια άσχημη εξέλιξη. Αντίθετα, γενικευμένοι σπασμοί, οι οποίοι συμβαίνουν την 3η ή 4η ημέρα της θεραπείας, ή εστιακοί σπασμοί, που αναπτύσσονται σ' οποιαδήποτε ώρα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, υποδηλώνουν κάποια ανωμαλία στο Κ Ν Σ και συνδιάζονται με ανώμαλη νευρολογική εξέταση στην επανεξέταση. Ασθενείς οι οποίοι έχουν τέτοιου είδους σπασμούς απαιτούν προσεκτική παρακολούθηση. Φάρμακα για να ελέγξουν τους σπασμούς και εκτίμηση της αιτίας των σπασμών, που πιθανώς να χρειάζεται και μια αξονική τομογραφία του εγκεφάλου.-

Εγκεφαλικό σπύστημα : Μπορεί να συμβεί σ' οποιαδήποτε ηλικία και μπορεί να είναι σαν αποτέλεσμα επέκτασης της λοίμωξης από τους κόλπους, από το τραύμα ή από νευροχειρουργική επέμβαση ή από αιματογενή διασπορά λοίμωξης που συνδιάζεται με συγγενή καρδιοπάθεια.

Εγκεφαλικό σπύστημα μπορεί να εμφανιστεί σαν επιπλοκή μηνιγγίτιδας. Σε εγκεφαλικό σπύστημα είναι καλό να αποφεύγουμε τη θεραπεία με αμινογλυκοζίδες, λόγω των συνθηκών που επικρατούν

μέσα στο απόστημα (χαμηλό ΡΗ, αναιρόβιες συνθήκες), καταστάσεις που ελαττώνουν την καλύτερη δράση αυτών των παραγόντων.

Επανάληψη της αξονικής τομογραφίας είναι απαραίτητη για να μας δώσει τα αποτελέσματα αντιμικροβιακής θεραπείας. Παροχέτευση ή χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι απαραίτητες, και εξαρτάται από την κατάσταση του αρρ ώστου, την εντόπιση του αποστήματος και την απάντηση στη θεραπεία.-

Υποσκληρίδιος συλλογή υγρού : Συνήθως δεν συνοδεύεται με σημάδια και συμπτώματα και συνήθως υποχωρεί αυτόματα. Ενδείξεις για παροχέτευση της υποσκληριδίου συλλογής περικλείουν την κλινική υποψία ότι το υγρό είναι μολυσμένο, υπάρχει μια ταχεία αύξηση της περιμέτρου της κεφαλής σ' ένα παιδί χωρίς υδροκέφαλο, υπάρχουν εστιακά νευρολογικά ευρήματα και ενδείξεις ενδοκρανιακής πίεσης. Υποσκληρίδιο εμπύημα καλύτερα θεραπεύεται με παροχέτευση και αντιμικροβιακή θεραπεία.-

Πυρετός : Ο πυρετός επιμένει μέχρι 5 ημέρες στην πλειονότητα των παιδιών με μηνιγγίτιδα και 5-9 ημέρας στο 13% των αρρώστων. Ο πυρετός παρατείνεται για 10 ημέρες ή περισσότερο στο 13% των αρρώστων και συμβαίνει δευτεροπαθώς. Οι περισσότερες συχνές καταστάσεις που συνοδεύονται από επίμονο πυρετό είναι : η υποσκληρίδιος συλλογή, ασθένεια σε άλλη εστία, όπως πνευμονίτιδα ή αρθρίτιδα, νοσοκομειακές λοιμώξεις, θρομβοφλεβίτιδα, στείρα ή μικροβιακά αποστήματα (από ενδομυϊκές ενέσεις) και τέλος πυρετός από τα φάρμακα. Νοσοκομειακές λοιμώξεις και υποσκληρίδια συλλογή συχνά συνοδεύονται από δευτεροπαθή πυρετό. Επειδή ο πυρετός είναι ένα σημαντικό σημάδι που έχει σχέση με την κλινική πορεία, φάρμακα για να πέσει ο πυρετός πρέπει να χρησιμοποιούνται με φειδώ και όχι για πυρετούς κάτω των 39°C.-

Μ Ε Ρ Ο Σ V I

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Μετά μια διαγνωστική οσφυνωτιαία παρακέντηση, θεραπεία για τη μηνιγγίτιδα άρχεται αμέσως. Στους περισσότερους ασθενείς η θεραπεία αρχίζει πριν φτάσουν τα αποτελέσματα από την εξέταση των ΕΝΥ.

Προηγούμενη θεραπεία μπορεί ν'αλλάξει την εξέταση του ΕΝΥ, αλλά σπάνια σε τέτοιο βαθμό που να μη γίνεται η διαγνωστική μηνιγγίτιδα με βάση τον αριθμό των λευκών και τον τύπο και αργότερα τ'αποτελέσματα της καλλιέργειας.-

Εκλογή της αρχικής αντιμικροβιακής θεραπείας

Η αντιμικροβιακή θεραπεία της μικροβιακής μηνιγγίτιδας περιέχει την εκλογή των κατάλληλων αντιβιοτικών, τα οποία είναι αποτελεσματικά εναντίον των πιο πιθανών αιτιολογικών παραγόντων και τη χρήση της κατάλληλης δόσης και οδού χορήγησης, τα οποία θα έχουν σαν αποτέλεσμα την επαρκή δράση στο Ε Ν Υ. Το αρχικό σχήμα που θα επιλεγθεί πρέπει να είναι αρκετά ευρύ να περιλαμβάνει τους πιο πιθανούς μικροοργανισμούς για την ηλικία που έχει προσβληθεί.-

Ν_ε_ο_γ_υ_ν_ά: Μια πενικιλίνη, συνήθως αμπικιλίνη και μια αμινογλυκοσύνδη, συνήθως γενταμικίνη, συνιστώνται για θεραπεία στη νεογνική ηλικία. Ένα θεραπευτικό σχήμα μπορεί να περιέχει αμπικιλίνη και κεφοταξίμι, αλλά συγκριτικά υπάρχει λιγότερη εμπειρία σ'αυτό το σχηματισμό από τον προηγούμενο.

Όταν τα αποτελέσματα της καλλιέργειας είναι διαθέσιμα, το αρχικό σχήμα μπορεί ν'αλλάξει. Σαν ένα κανόνα, αμπικιλίνη ή πενικιλίνη προτιμάται σε αρρώστιες που γίνονται από την ομάδα Β' στρεπτόκοκκων. Αμπικιλίνη προτιμάται για τη ληστέρια, τη μονοκυτογόνο ή τη μηνιγγίτιδα από στρεπτόκοκκο.

Ν ε ο γ ν ά : 1-3 μηνών : Επειδή τα πιθανά παθογόνα μικρόβια στο γκρούπ αυτών των ηλικιών περιέχουν οργανισμούς κυρίως που σποντώνται στα νεογνά, όπως επίσης και αυτά που βλέπουμε μετά τη νεογνική περίοδο, οι αντιμικροβιακοί παράγοντες που συνήθως χρησιμοποιούμε σε κάθε περίοδο, είναι κατάλληλοι για τα παιδιά αυτής της ηλικίας. Η αρχική εκλογή με ταξύ των φαρμάκων μπορεί να γίνει από τις καλλιέργειες του Ε Ν Υ και από τα TEST για αντιγόνα στο Ε Ν Υ, στο αίμα και στα ούρα. Ο συνδυασμός μιάς αμπικιλίνης και χλωραμφενικόλης μπορεί να είναι κατάλληλος για τα περισσότερα παιδιά, εκτός αν υποπτεύεται κανείς GRAM⁻ εντερικό παθογόνο. Σ'ατήν την περίπτωση, αμπικιλίνη και κεφταξίμη μπορεί να χρησιμοποιείται.

Νήπια σχολικής ηλικίας, παιδιά και έφηβοι : Αμπικιλίνη σε συνδυασμό με χλωραμφενικόλη, είναι ο προτιμότερος συνδυασμός φαρμάκων για την αρχική εμπειρική θεραπεία μηνιγγίτιδας σε βρέφη και παιδιά κατά τη διάρκεια των πρώτων δέκα ετών ζωής. Αυτό το θεραπευτικό σχήμα έχει χρησιμοποιηθεί για πάρα πολλά χρόνια κι'έχει αποδειχθεί και ασφαλές και αποδοτικό. Εναλλακτικοί παράγοντες για την αρχική θεραπεία μηνιγγίτιδας, περιέχουν την κεφτριαξόνη, κεφταξίμη ή κεφταζιμίδα και με βάση ότι έχουμε μικρή εμπειρία από τη χρήση τους, φαίνονται να είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. Όταν έρχονται τα αποτελέσματα της καλλιέργειας και της ευαισθησίας, το αρχικό θεραπευτικό σχήμα μπορεί ν'αλλάξει.

Γενικά, αμπικιλίνη ή πενικιλίνη προτιμάται για τη θεραπεία της μηνιγγίτιδας από πνευμονιόκοκκο και μηνιγγιτιδόκοκκο και η αμπικιλίνη για αρρώστειες που προκαλούνται από ευαίσθητα σε αυτή στελέχη του αιμόφυλου της ινφλουένζας. Επειδή, μερικά στελέχη πνευμονιόκοκκου έχουν αναπτύξει αντοχή στην πενικιλίνη, όλα τα στελέχη πνευμονιόκοκκου που απομονώνονται α-

πό το Ε Ν Υ πρέπει να γίνεται TEST ευαισθησίας για την πενικιλίνη. Η χλωραμφαινικόλλη είναι ένας αποτελεσματικός παράγοντας, εναντίον των περισσότερων πνευμονικόκοκκων που είναι ευαίσθητοι στην πενικιλίνη και εναντίον των αιμόφυλων που είναι ανθεκτικοί στην αμικιλίνη. Σπάνιες περιπτώσεις που στελέχη του αιμόφυλου της ινφλουένζας είναι ανεκτά και στην αμικιλίνη και στη χλωραμφαινικόλλη πρέπει να χρησιμοποιείται μια κεφαλοσπορίνη γ' γενιάς όπως η κεφοταξίμη ή κεφτριαξόνη.π

Υποστηρικτική_θεραπεία

Οι πρώτες τρεις με τέσσερις μέρες θεραπείας είναι σημαντικές, επειδή επιπλοκές της σηψαιμίας και μηνιγγίτιδας περισσότερο συχνά συμβαίνουν σ' αυτό το διάστημα. Συνίσταται η θεραπεία των βρεφών και παιδιών μηνιγγίτιδων να γίνεται σε Νοσοκομείο με όργανα και προσωπικό έμπειρο, που να νοσηλεύουν παιδιά τα οποία είναι σοβαρά άρρωστα. Το προσωπικό πρέπει να περιέχει γιατρούς οι οποίοι να είναι ικανοί να χειρισθούν τις επιπλοκές της μηνιγγίτιδας. Το ακόλουθο πρόγραμμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοντέλο για την υποστηρικτική φροντίδα σε παιδιό με υποψία ή σίγουρη βακτηριακή μηνιγγίτιδα.

Όλοι οι άρρωστοι ζυγίζονται μόλις έρθουν στο νοσοκομείο. Τα ζωτικά τους σημεία καταγράφονται με μεσοδιάστημα 15-30 λεπτών μέχρι να σταθεροποιηθούν και μετά τακτικά στη διάρκεια των πρώτων 24-48 ωρών κατά τη διάρκεια θεραπείας. Ειδικό βάρος ούρων, βάρος σώματος και συγκέντρωση Na , Ca , Kα στον ορρό, μετριούνται κάθε 12-24 ώρες τις πρώτες δύο μέρες.

Νευρολογική εξέταση πρέπει να γίνεται καθημερινά καθόλη τη διάρκεια που το παιδί βρίσκεται στο νοσοκομείο. Για να έχουμε μια σωστή θεραπεία μια γρηγορή εξέταση νευρολογικών λειτουργ-

γιών γίνεται τις πρώτες 24 ώρες. Εάν ένα νοσοκομείο δεν μπορεί να παρέχει αυτό τον έλεγχο, τότε πρέπει να γίνεται μεταφορά σε νοσοκομείο που παρέχει τριτογενή περίθαλψη. Αρχικά τα υγρά πρέπει να γίνονται ενδοφλέβια και οι απώλειες πρέπει να μετριοούνται. Κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών θεραπείας ο άρρωστος πρέπει να εκτιμηθεί για υπερέκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης. Αυτή η εκτίμηση καλύτερα γίνεται με καθημερινό ζύγισμα του παιδιού, με τη μέτρηση ηλεκτρολυτών ορού, με την ωσμωτικότητα ορού και ούρων και τον όγκο των ούρων και το ειδικό βάρος των ούρων. Ο καλύτερος δείκτης για την παράδοση έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης είναι αύξηση βάρους σώματος, ελάττωση ωσμωτικότητας πλάσματος και υπονατριαιμία. Ο πιο απλός τρόπος να ελαττωθούν τα αποτελέσματα της παράδοξης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης είναι ο προσδιορισμός των προσλαμβανόμενων υγρών σε $1.000 \text{ ml}/\text{m}^2$ το 24ώρο. Έτσι τα υγρά δεν πρέπει να ελαττώνονται, όταν ο άρρωστος έχει υπόταση.

Μ Ε Ρ Ο Σ V I I

=====

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Αναμφισβήτητο γεγονός και κανόνας είναι ότι ρόλος της νοσηλευτριας- του αποτελεί βασικό παράγοντα θεραπείας σε κάθε ασθενή και ειδικά στο άρρωστο παιδί.

Η ευσυνείδητη και επιστημονικά καταρτισμένη αδελφή πρέπει να διακρίνεται από τον τρόπο αντιμετώπισης των αρρώστων παιδιών στο νοσοκομείο, γιατί ο ενηλικιωμένος ασθενής έχει σπασθήποτε συναίσθηση της κατάστασής του και ιδιαίτερα των αναγκών του, ενώ το άρρωστο παιδί και ιδιαίτερα μικρής ηλικίας δεν έχει αντίληψη της ασθένειάς του και των κινδύνων που προέρχονται απ' αυτή, ούτε και της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας την οποία έχει ανάγκη. Έτσι, η αδελφή πρέπει να είναι ικανή αφενός μεν να αποκαταστήσει την απουσιάζουσα μητέρα, δηλ. να αναπληρώνει όσο το δυνατό τη μητρική στοργή και αγάπη κατά το χρόνο παραμονής του παιδιού στο νοσοκομείο,, ώστε να ζει με το συναίσθημα της ασφάλειας, γιατί διαφορετικά μπορεί να του δημιουργηθεί ψυχικό τραύμα ίσως για όλη του τη ζωή, αφετέρου δέ να εφαρμόσει το ιατρικό πρόγραμμα με ακρίβεια, λόγω της ιδιάζουσας ευθύνης, γιατί τα παιδιά δεν έχουν συναίσθηση των καταστάσεων που συμβαίνουν. Να προλαμβάνει τυχόν απρόοπτα και επικίνδυνα περιστατικά και να αντιμετωπίζει αυτά με τον καταλληλότερο τρόπο, ώστε να μη συμβαίνουν δυσάρεστα αποτελέσματα εις βάρος των παιδιών.-

Σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας :

Σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου παιδιού που νοσηλεύεται με μηνιγγίτιδα είναι:

1. Κατάλληλη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών κατά την ώρα της άφιξης του αρρώστου παιδιού.
2. Ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα.
3. Εκτίμηση των συμπτωμάτων.
4. Παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας, κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις και μετά από αυτές.
5. Σωστή και μελετημένη εκτέλεση θεραπείας.
6. Επαγρύπνηση και παροχή φροντίδας σε περίπτωση επιπλοκών.
7. Αποκατάσταση αρρώστου παιδιού.

Νοσηλευτική παρέμβαση :

Παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα κατά την ώρα της άφιξης του παιδιού με μηνιγγίτιδα στο Νοσοκομείο :

Είναι αναγκαίο, το παιδί που πάσχει από μηνιγγίτιδα, να εισαχθεί και να παραμείνει στο Νοσοκομείο για θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του.

Έτσι βρίσκεται περισσότερο σ' ένα περιβάλλον άγνωστο, αποχωριζόμενο από τους γονείς, ιδιόστερα για το μικρότερο παιδί το οποίο δημιουργεί ειδικό πρόβλημα προσαρμογής και χρειάζεται ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα.

Έπειτα από αυτά γίνεται επιτακτική ανάγκη η αποκατάσταση προσωρινή τουλάχιστον, των γονέων. Τη θέση αυτή θα αναλάβει η αδελφή, η οποία με τη φυσική ψυχική ευαισθησία, τη συναισθηματική συγκρότηση, την παιδαγωγική κατάρτιση και την άρτια μόρφωση, θα μπορέσει να ανταποκριθεί στον δύσκολο ρόλο της μητέρας. Ήθελαίως η αδελφή, προκειμένου να υποδυθεί το ρόλο αυτό, όχι από ελατήρια εξωτερικά, αλλά από εσωτερικά κίνητρα,

από τη συναίσθηση ότι επιτελεί το καθήκον της, αντικαθιστά το πρόσωπο της μητέρας, προσφέρει κοινωνική λειτουργία και γίνεται πηγή χαράς στα μικρά άρρωστα παιδιά.

Εάν δεν ωθείται απ' αυτά τα βασικά στοιχεία, είναι οπωσδήποτε καταδικασμένη σε αποτυχία, από το γεγονός και μόνο ότι τα παιδιά έχουν μια περίεργη ευαισθησία στο να αναγνωρίζουν ποιός πράγματι τα αγαπάει και ποιός υποκρίνεται απέναντί τους, με το να εκδηλώνει ψεύτικη στοργή. Η αδελφή πρέπει να πλησιάζει το παιδί μόλις έρθει στο θάλαμο και πριν απομακρυνθεί η μητέρα του, από την οποία θα αντλήσει πληροφορίες για το χαρακτήρα του, τις διαθέσεις του και τις τυχόν ιδιορρυθμίες του.-

Το τελικό αποτέλεσμα απ' αυτή τη μεταχείριση της αδελφής, με βάση τους παιδαγωγικούς κανόνες, θα είναι η εύκολη και αναμενόμενη προσαρμογή του παιδιού στο νέο περιβάλλον, ο ανώδυνος αποχωρισμός από τη μητέρα του χωρίς να προκαλείται ψυχικό τραύμα, η ομαλή και ολοκληρωμένη εκτέλεση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του προγράμματος θεραπείας και νοσηλείας.

Η αδελφή πρέπει να έχει υπόψη της ότι προσφέρει μεγάλης σημασίας υπηρεσία, στο δύσκολο θέμα της προσαρμογής των παιδιών στη δυσάρεστη ατμόσφαιρα του Νοσοκομείου. Εκτός όμως απ' αυτά, η αδελφή πρέπει να γνωρίζει ότι θεμελιώδης παιδαγωγικός κανόνας ο οποίος υποσκιάζει και αναπληρώνει τους άλλους είναι η αγάπη της προς τό άρρωστα παιδιά.

Μετά την εισαγωγή του αρρώστου παιδιού στο Νοσοκομείο, η πρώτη μέριμνα της αδελφής είναι η γενική καθαριότητα αυτού και ιδιαίτερα το λουτρό, εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση της ασθενειάς του. Κατά το λουτρό καθαριότητας το νερό πρέπει να εί-

ναι ανεκτό και να εκτελείται με ήπιες κινήσεις για την πρόληψη των σπασμών.-

Το επόμενο βήμα της αδελφής θα είναι η λήψη των ζωτικών σημείων. Στο σημείο αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, διότι δεν είναι δυνατή η συνεργασία της με τα παιδιά. Η ακριβής μέτρηση των ζωτικών σημείων έχει μεγάλη σημασία, τόσο για τη διάγνωση, όσο και για την πορεία της ασθένειας και της θεραπείας της και πρέπει η αδελφή να καταγράφει αυτά με σχολαστική ακρίβεια. Οι σφύξεις πρέπει να μετριούνται τουλάχιστον κάθε μια ώρα.-

Ανακούφιση του παιδιού από τα συμπτώματα :

1. Πυρετός : Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο πυρετός είναι ένα σύμπτωμα που συμβαίνει στα περισσότερα από τα μισά προσβεβλημένα παιδιά από μηνιγγίτιδα κατά την είσοδό του στο Νοσοκομείο. Το πάσχον παιδί πρέπει να νοσηλεύεται κάτω από άγρυπνη παρακολούθηση και βασικός στόχος της έμπειρης αδελφής πρέπει να είναι η αντιμετώπιση του συμπτώματος με τις κατάλληλες ενέργειες.

Με ακρίβεια πρέπει να λαμβάνεται ανά τρίωρο η θερμοκρασία του παιδιού. Κάθε παρεκτροπή από τη φυσιολογική θερμοκρασία πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό και με ακρίβεια πρέπει να τηρούνται οι γραπτές εντολές αυτού και η χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται στα αντιβιοτικά και αντιπυρετικά φάρμακα (ASPIRINE, DEPON κ.λ.π.) σε συνδιασμό με τα λουτρά και κυρίως με τις περιτυλίξεις.-

Οι υγρές περιτυλίξεις είναι μια υδροθεραπευτική μέθοδος, πολύ εύχρηστη, ιδιαίτερα οι ψυχρές, για την αφαίρεση της θερμοκρασίας από το σώμα και επομένως για την ελάττωση του πυρετού.

Οι περιτυλίξεις αναπληρώνουν σε πολλές περιπτώσεις τα λου-
τρά και μάλιστα μ'αυτές επιτυγχάνεται η ηπιότερη θεραπεία.

Τέλος, για την αντιμετώπιση του πυρετού η αδελφή πρέπει
να χορηγεί στο εμπόρετο παιδί άφθονα υγρά για την αποφυγή α-
φυδάτωσης.-

2. Λήθη οργάνων: Ανάγκη επιτακτική είναι, εφόσον
βρίσκεται το παιδί σ'αυτή την κατάσταση, να βρίσκεται κάτω α-
πό την άγρυπνη παρακολούθηση της αδελφής και να επιβάλλονται
οι κατάλληλοι μηχανικοί περιορισμοί, προκειμένου να εμποδισ-
θεί το παιδί να εγερθεί από το κρεβάτι. Ιδιαίτερη πρόνοια πρέ-
πει να λαμβάνεται για τη λήψη αρτηριακής πίεσης και σφίξεων
που θα μετριοούνται τουλάχιστον ανά μία ώρα.-

3. Αναπνευστική δυσχέρεια: Στην περίπτωση αυτή ο άρρω-
στος πρέπει να βρίσκεται σε ημικαθιστική θέση για να βοηθεί-
ται η λειτουργία της αναπνοής.

Σε περιπτώσεις προχωρημένης αναπνευστικής δυσχέρειας γί-
νεται χορήγηση οξυγόνου στο άρρωστο παιδί, συνήθως με: α)
καθετήρα που συνδέεται με κεντρική παροχή οξυγόνου, β) μάσκα
οξυγόνου, γ) τέντα οξυγόνου ή με οβίδα οξυγόνου.-

α. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χορήγηση οξυγόνου με κα-
θετήρα:

Η αδελφή πρέπει να ελέγχει τακτικά την κορυφή του καθετήρα.
Τη φιάλη του νερού εάν είναι γεμάτη μέχρι του κανονικού σημεί-
ου. Τη ροή του O_2 εάν είναι η καθορισμένη από τον θεράποντα
γιατρό. Να ελέγχει όλες τις συνδέσεις της συσκευής για την τυ-
χόν διαρροή O_2 και τέλος να ελέγχει το σωλήνα μήπως είναι κεκαμ-
μένος. Το πλεονέκτημα αυτού του τρόπου χορήγησης του O_2 είναι

ότι το παιδί μπορεί να κινηθεί ελεύθερα και να γίνει η νοσηλεία και η θεραπεία ευκολότερη. Υπάρχει όμως ο κίνδυνος, ο καθετήρας να προκαλέσει ερεθισμό του βλεννογόνου του ρινοφάρυγγα.

Ο καθετήρας μετά τη χρήση καθαρίζεται με νερό και σαπούνι και απολυμαίνεται, όπως επίσης και η φιάλη.

β. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χορήγηση οξυγόνου με μάσκα:

Ο τρόπος αυτός χρησιμοποιείται όταν ο ασθενής έχει ανάγκη υψηλής συχνότητας οξυγόνου. Η προσωπίδα είναι λιγότερο ενοχλητική από τον καθετήρα και συνήθως προτιμάται. Για την αποφυγή διαρροής οξυγόνου, η αδελφή πρέπει να την τοποθετεί καλά στο πρόσωπο, χωρίς να πιέζει το παιδί, και να χρησιμοποιεί λίγο βαμβάκι όπου χρειάζεται. -

γ. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χορήγηση οξυγόνου με τέντα :

Κατά τη χορήγηση οξυγόνου με τέντα, η αδελφή πρέπει να έχει υπόψη της τα εξής :

- Να παρακολουθεί συχνά τη θερμοκρασία του παιδιού η οποία μπορεί να ελαττωθεί.
- Να οργανώνει καλά την εργασία της, ώστε να αποφεύγεται το συχνό άνοιγμα της σκηνής και η διαρροή του O_2 .
- Να αποφεύγει τις εντριβές του παιδιού με οινόπνευμα για την αποφυγή ανάφλεξης.
- Να μην χρησιμοποιεί ηλεκτρικό κουδούνι όσο είναι δυνατό, για τον κίνδυνο ηλεκτροπληξίας.
- Να μην καπνίζουν μέσα στο θάλαμο παροχής οξυγόνου με σκηνή.
- Να μην διακόπεται η παροχή O_2 απότομα, αλλά σταδιακά με διακοπές μέχρι ολικής αφαίρεσης, παρακολουθώντας συγχρόνως τον ασθενή για τυχόν συμπτώματα ανοξίας.-

4. Έμετος : Πρέπει να τοποθετείται το παιδί πάντα με το κεφάλι στο πλάϊ προς αποφυγή εισροφήσεως. Η συχνή παρακολούθηση επίσης από την αδελφή λόγω αυτού του κινδύνου πρέπει να τίθεται σαν βασικό μέλημα. Μετά από κάθε έμετο σκόπιμο είναι να γίνεται αντισηψία και πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας. Τέλος, να χορηγεί η αδελφή αντιεμετικά φάρμακα εάν αυτό κρίνεται σκόπιμο από το θεράποντα γιατρό.

5. Διάρροιες : Σ' αυτήν την περίπτωση η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει : α) Την καθαριότητα και την απολύμανση των αντικειμένων και του ιματισμού του παιδιού μετά από κάθε κένωση, β) τη χρήση γαντιών για την καθαριότητα, γ) την παρακολούθηση του αριθμού και της ποιότητας των κενώσεων, δ) τη λήψη δείγματος από τις κενώσεις σε περίπτωση ανωμαλίας, ε) τη σχολαστική εφαρμογή ειδικής δίαιτας.

6. Σπασμούς : Η αδελφή αντιμετωπίζει την κατάσταση αυτή με ψυχρά επιθέματα και λουτρά. Μπορεί επίσης να χορηγεί και υπόθετο ασπιρίνης ή παρακεταμόλης, μετά από γραπτή οδηγία του γιατρού.-

7. Πονοκέφαλος : Προς ανακούφιση του συμπτώματος αυτού, η αδελφή χορηγεί παυσίπονα και διατηρεί ήρεμο το περιβάλλον του παιδιού.

Είναι απαραίτητο, μετά απ' όλα αυτά τα συνεχή μέτρα που λαμβάνει η αδελφή για την ανακούφιση του παιδιού, να παρατηρεί και να αξιολογεί τα συμπτώματα που παρουσιάζονται. Δεν είναι καθόλου απίθανο ένα μικρό σύμπτωμα να καταλήξει σε ένα ανεπανόρθωτο γεγονός. Γι' αυτό η εκτίμηση πρέπει να γίνεται συνεχώς και κάθε

παρεκτροπή να αναφέρεται στην προϊσταμένη ή στο γιατρό.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά της διαγνωστικές εξετάσεις:

1. Οσφυονωτιαία παρακέντηση :

α. Φάση προετοιμασίας :

- Η αδελφή ετοιμάζει το δίσκο παρακέντησης, ο οποίος περιέχει : Δίσκο με τολίπια, αντισηπτική διάλυση για αντισηψία δέρματος, τοπικό αναισθητικό, λευκοπλάστ, ψαλίδι, και ετικέτες.

Δίσκο οσφυονωτιαίας παρακέντησης αποστειρωμένο με τετράγωνο : σχιστό, ειδικές βελόνες οσφυονωτιαίας παρακέντησης με στυλεό, καψάκι για το αντισηπτικό, σύριγγα των 10 CC και βελόνες, γάζες μικρές τετράγωνες, 3 σωληνάκια για λήψη δείγματος με πώμα, λαβίδα ανατομική, γόντια, μάσκα. Μανόμετρο με κόνουλα 3 κατευθύνσεων.-

- Τοποθετεί το παιδί και το ενθαρρύνει για την κατάλληλη θέση. Μ'αυτό τον τρόπο εξασφαλίζει τη συνεργασία του.
- Κατεβάζει τα κλινοσκεπάσματα προς το κάτω μέρος του κρεβατιού.
- Τοποθετεί το παιδί σε θέση καθιστή στο χείλος του κρεβατιού με το κεφάλι σε κόμψη προς το θώρακα, μηρούς προς το σώμα και με τα χέρια να κρατά τα γόνατά του ή να κρατά μια αδελφή τα χέρια στο σημείο αυτό.
- Πλένει τα χέρια της και τοποθετεί το δίσκο οσφυονωτιαίας παρακέντησης στο κομοδίνο του αρρώστου. Στη συνέχεια τον ανοίγει με άσηπτο τεχνική.
- Εάν το παιδί που παρακεντείται πάσχει από θρομβοπενία, η αδελφή εξασφαλίζει αιμοπετάλια που θα χορηγηθούν στο παιδί.

Β: Φάση εκτέλεσης :

- Ο γιατρός, αφού προσδιορίσει την περιοχή που θα παρακεντήσει, φορά τα γάντια και κάνει αντισηψία του δέρματος. Στη συνέχεια τοποθετεί το σχιστό και κάνει την τοπική αναισθησία υποδόρσια.
- Η αδελφή βοηθάει το παιδί να διατηρήσει τη θέση που το δήθηκε στην αρχή της παρακέντησης, κρατώντας το σταθερά από τὰ γόνατα και τον τράχηλο. Κρατώντας τον άρρωστο προλαμβάνονται απότομες κινήσεις που μπορούν να προκαλέσουν κάποιο τραυματισμό και έτσι να έχουμε λανθασμένη διάγνωση.
- Στο σημείο αυτό τοποθετεί ο γιατρός τη βελόνη στο μεσοσπονδύλιο διάστημα του τρίτου ή του τετάρτου και πέμπτου οσφυϊκού σπονδύλου και λαμβάνει Ε.Ν.Υ. για εξέταση.
- Μετά την είσοδο της βελόνης στον υποραχνοειδή χώρο, η αδελφή βοηθά τον άρρωστο να ευθυώσει τα πόδια του σιγά-σιγά. Η ενέργεια αυτή προλαμβάνει εσφαλμένες μετρήσεις της ενδοκρανιακής πίεσης. Η μυϊκή τάση και η πίεση της κοιλιάς μας δίνει εσφαλμένη τιμή ενδοκράνιας πίεσης.
- Συμβουλεύει τον άρρωστο να αναπνέει ήρεμα (να μην κρατά την αναπνοή του) και να είναι χαλαρός. Ο υπεραερισμός μπορεί να ελαττώσει μια αληθινά ενδοκράνια πίεση.

Γ: Φάση παρακολούθησης :

- Ετοιμάζει τα δείγματα Ε.Ν.Υ. και φροντίζει για την άμεση αποστολή τους στο εργαστήριο.
- Τοποθετεί τον άρρωστο σε οριζόντιο θέση (πρηνή, ύπτια, ή πλάγια) για 6 έως 12 ώρες. Το κεφάλι δεν θα πρέπει να είναι ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα.
- Παίρνει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία κάθε 15-30 λεπτά.

- Παρακολουθεί για μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης του αρρώστου, προσανατολισμού στο χρόνο, στον τόπο, στα πρόσωπα, στην αισθητική και κινητική δραστηριότητα και στα ζωτικά σημεία.-
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει ελεύθερα υγρά.
- Σε περίπτωση που ο άρρωστος παραπονέθει για κεφαλαλγία, τον προτρέπει να παρατείνει το χρόνο παραμονής του σε οριζόντια θέση και χορηγεί φάρμακα, ύστερα από ιατρική εντολή. Μερικοί άρρωστοι υποφέρουν από κεφαλαλγία μετά την παρακέντηση και μπορεί να διαρκέσει από 24 ώρες μέχρι βδομάδα. Η κεφαλαλγία αυτή χαρακτηρίζεται από πόνο ινδοαυχενικής εντόπισης, αλλά και μετωπιαίας. Επέρχεται λίγα λεπτά μετά την έγερση του αρρώστου από την θέση κατάκλισης και βελτιώνεται κατά την κατάκλιση και πάλι του αρρώστου. Πιστεύεται ότι η κεφαλαλγία αυτή οφείλεται στη συνεχή διαρροή Ε,Ν.Υ. στην περιοχή της παρακέντησης δια μέσω της διαδρομής της βελόνης. Η ενδοραχιαία ένεση στείρου ισότονου διαλύματος χλωριούχου νατρίου επιφέρει ανακούφιση από τον πόνο. Αμέσως μετά την κατάπαυση της διαρροής του Ε Ν Υ και την αποκατάσταση της πίεσης αυτού, η κεφαλαλγία υποχωρεί.-
- Αναγράφει στη συνέχεια χρόνο διαδικασίας, μακροσκοπικά ευρήματα Ε Ν Υ, αριθμό δειγμάτων Ε Ν Υ και είδος εξέτασης, τιμές ενδοκράνιας πίεσης, κατάσταση και αντίδραση του αρρώστου. Η πολύ αυξημένη πίεση του Ε Ν Υ αποτελεί αντένδειξη για ΟΣΦΝΠ, διότι αυξάνει τον κίνδυνο επέλευσης θανατηφόρου παρεγκεφαλιδικού ή άλλου εγκελοσυσσμού. Διαπιστώνεται δε η ενδοκράνια υπέρταση από την έντονη κεφαλαλγία και το οίδημα της οπτικής θηλής. Αν παρ'όλα αυτά κριθεί απαραίτητη η εξέταση του Ε Ν Υ, η ΟΣΦΝΠ γίνεται με πολύ λεπτή

./.

βελόνα, ώστε ο στενός αυλός της βελόνας να μην επιτρέπει την έξοδο ποσότητας ΕΝΥ, ικανής να προκαλέσει βλάβες από την απότομη μεταβολή της ενδοκράνιας πίεσης.-

- Τέλος, εάν τα αποτελέσματα της παρακέντησης είναι αρνητικά και ο ασθενής αποχωρήσει από το Νοσοκομείο, καθήκον της αδελφής είναι να διαφωτίσει τους γονείς για προσεκτική παρακολούθηση μηνιγγιτιδικών συμπτωμάτων και πρώιμη επάνοδό τους στο Νοσοκομείο.-

2. Λήψη ούρων :

Η λήψη ούρων από μεγαλύτερα παιδιά που πάσχουν από μηνιγγίτιδα δεν είναι δύσκολη, γιατί μ'αυτά η αδελφή μπορεί να συνεργαστεί. Απεναντίας, προβληματική είναι η λήψη από τα μικρότερα και ιδίως από τα βρέφη.

Κατ'αρχήν πλένεται το δοχείο λήψης των ούρων και τα γεννητικά όργανα του παιδιού με νερό και σαπούνι. Αν απαιτούνται ούρα άσηπτα για καλλιέργεια, αυτά λαμβάνονται με καθετήρα σε δοχείο αποστειρωμένο ή χωρίς καθετήρα προς αποφυγή ερεθισμού, με πλύση των εξωτερικών οργάνων με αντισηπτική ουσία. Τα πρώτα 50 περίπου γραμμάρια χύνονται ελεύθερα για να παρυσύρουν τα τυχόν μικρόβια του στομίου της ουρήθρας, και στη συνέχεια συλλέγονται τα υπόλοιπα σε αποστειρωμένο δοκιμοστικό σωληνάριο.

Είτε πρόκειται για απλή εξέταση είτε για καλλιέργεια, για τα μικρά αγοράκια η λήψη είναι εύκολη με τη χρησιμοποίηση ειδικής πλαστικής σακκούλας ή και σωληναρίου, τα οποία εφαρμόζονται στο πέος, στα χείλη δε του σωληναρίου κολλάμε λευκοπλάστ για την αποφυγή τραυματισμού. Ενίοτε εφαρμόζονται και οι σχετικοί περιορισμοί.-

Εάν πρόκειται για κορίτσια η λήψη είναι δυσκολότερη για τεχνικούς λόγους. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζεται πάλι η πλα-

στική σακκούλα, η οποία απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή στην τοποθέτησή της, και είναι αναγκαία η ακινητοποίηση του παιδιού. Ακόμη η απλή εξέταση γίνεται και με την τοποθέτηση βαμβακιού στα γεννητικά όργανα, το οποίο μετά στραγγίζεται σε δοχείο.-

Η αδελφή προσέχει, μετά την τοποθέτηση του καθετήρα από τον γιατρό να είναι καλά στερεωμένος για να μην είναι εύκολη η απομάκρυνση, όπως και η πλαστική συσκευή να είναι καλά στερεωμένη στο κάτω μέρος του κρεβατιού, ώστε να ρέουν εύκολα τα ούρα. Μετά η αδελφή παρακολουθεί εάν τα ούρα ρέουν συνεχώς, εάν έχουν το κανονικό χρώμα ή μήπως είναι αιματηρά, λόγω τραυματισμού της κύστης από τον καθετήρα, εάν υπάρχει απόφραξη από άλατα ή άλλα κλώματα. Σε κάθε ανωμαλία ειδοποιεί το γιατρό. Επίσης, μετρά αυτά ακριβώς και τα καταγράφει στο δελτίο του παιδιού.-

3. Έκκριμα ρινός :

Η λήψη του εκκρίματος αυτού γίνεται αφού τοποθετηθεί το παιδί στο κρεβάτι του, έχει το κεφάλι του λίγο προς τα πίσω με την εισαγωγή του στυλεού εντός της μύτης 1-2 εκ. και περιστρέφει το στυλεό μέχρις ότου σφαιρέσει έκκριμα, το οποίο στη συνέχεια τοποθετείται σε δοκιμαστικό σωληνάριο για να σταλεί στα εργαστήρια.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να έχει η αδελφή στην περίπτωση αυτή για να μη προκαλέσει τραυματισμούς στο παιδί εξ αιτίας των σπόμενων κινήσεών του.

4. Έκκριμα φάρυγγα :

Η λήψη αυτού γίνεται με στυλεό ο οποίος, εισάγεται στο φάρυγγα, απ' όπου λαμβάνει έκκριμα σε βαμβάκι αποστειρωμένο.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη φάση θεραπείας του
ασθενούς :

Βασικό ρόλο στη θεραπεία της μηνιγγίτιδας λαμβάνει η χορήγηση φαρμάκων. Η αδελφή πρέπει να αντιλαμβάνεται τη σπουδαιότητα της λήψης και εφαρμογής των παρακάτω μέτρων :

1. Τα φάρμακα χορηγούνται στις καθορισμένες ώρες και καθορισμένες δόσεις. Πρέπει οπωσδήποτε να έχει άριστες γνώσεις φαρμακολογίας και να δίνει βάση στην ακριβή δόση του φαρμάκου, λόγω της ιδιαιτερότητας της κατάστασης, ότι δηλαδή έχει να κάνει με ασθενή ο οποίος βρίσκεται στην παιδική ηλικία. Έτσι χορηγεί τα αναγραφόμενα MG από το γιατρό ανάλογα με την περιεκτικότητα σε MG του φαρμάκου και συνόμα σε συνάρτηση με την ποσότητα φυσιολογικού ορού στην οποία διαλύεται το σκεύασμα.-

2. Σε περίπτωση που η αδελφή χορηγεί τα φάρμακα σε χάπια και σιρόπια, πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τη φύση του παιδιού και να χρησιμοποιεί και άλλα πρόσθετα μέσα στη νοσηλεία. Όπως : κονιορτοποιεί τα χάπια για ευκολότερη κατάποση και προσφέρει νερό μαζί με τη χορήγηση σιροπιού για να εξουδετερώσει τη δυσάρεστη γεύση του. Ο ασθενής ο οποίος βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση λαμβάνει τα φάρμακα με καθετήρα.-

3. Η υδάτωση του ασθενούς είναι εξαιρετικής σημασίας γι' αυτό χορηγούνται άφθονα υγρά με προσοχή για την αποφυγή πρόκλησης εμέτου.

Η αδελφή πρέπει επίσης να ζυγίζει το παιδί καθημερινά, γιατί μπορεί να υπάρξει μεταβολή στο βάρος του παιδιού λόγω υπερέκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης.

Όλα τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά πρέπει να καταγράφονται, καθώς και κάθε μεταβολή του βάρους του παιδιού και να αναφέρονται στο θεράποντα γιατρό.

Αυτό τοποθετείται στη συνέχεια σε δοκιμαστικό σωληνάριο, το οποίο σφραγίζεται με αποστειρωμένο βαμβάκι. Η δοκιμασία αυτή βοηθείται με γλωσσοπίεστρο. Το λαμβανόμενο έκκριμα του φόρυγγα αποστέλλει η αδελφή στο εργαστήριο.

5. Πτύελα :

Η λήψη πτυέλων από τα μεγάλα παιδιά είναι εύκολη, όπως και στους ενήλικες. Απεναντίας, είναι πολύ δύσκολη στα μικρά παιδιά και στα βρέφη. Η αδελφή σ'αυτές τις περιπτώσεις, περιμένει τον κατά φύση βήχα, από τον οποίο συνήθως έρχονται πτύελα στο στόμα του παιδιού, απ'όπου τα λαμβάνει με βαμβάκι, τοποθετημένο αμέσως εντός δοχείου, το οποίο στέλνεται στο εργαστήριο. Βεβαίως, η λήψη πτυέλων στην περίπτωση αυτή γίνεται μόνο σε απόλυτη ανάγκη.

Σε μεγαλύτερα παιδιά η αδελφή ζητά να βήξουν για να παραχθούν πτύελα, τα οποία λαμβάνει κατά το γνωστό τρόπο και τοποθετεί σε δοχείο για να σταλούν στο εργαστήριο.

6. Λήψη αίματος :

Κατά τη λήψη αίματος, η αδελφή φροντίζει να μείνει νηστικό το παιδί και ετοιμάζει όλα τα απαραίτητα αντικείμενα που χρειάζονται για τη λήψη.

Τα εκκρίματα όλων των παραπάνω περιπτώσεων αποστέλλονται στο μικροβιολογικό εργαστήριο και συνοδεύονται απαραίτητα από παρεπεμπτικό σημείωμα του γιατρού. στο οποίο αναγράφονται λεπτομερώς όλα τα στοιχεία (ονοματεπώνυμο, αριθμός κλίνης κλπ) του αρρώστου παιδιού το οποίο αφορά το έκκριμα. Όλα αυτά τα ελέγχει η αδελφή με σχολαστικότητα για αποφυγή ενδεχομένων λαθώνστην ταυτότητα του παιδιού.-

3. Κατά τη θεραπεία της μηνιγγίτιδας, η αδελφή, εκτός από την λήψη των παραπάνω μέτρων, λαμβάνει καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπείας και άλλα γενικότερα μέτρα :

Έτσι, φροντίζει το δωμάτιο του παιδιού να βρίσκεται μακριά από θορύβους, να θερμαίνεται και να φωτίζεται κατάλληλα, έτσι ώστε οι οφθαλμοί του ασθενούς να προστατεύονται από το ισχυρό φως. Αυτά τα μέτρα μειώνουν τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, των οποίων η μη πρόληψη ενισχύει τα μηνιγγιτιδικά φαινόμενα.-

Κατά το λουτρό καθαριότητας, το νερό πρέπει να είναι ανεκτό από άποψη θερμοκρασίας και εκτελείται με ήπιες κινήσεις για την πρόληψη σπασμών. Κατά την επαφή της με τον ασθενή τα χέρια της πρέπει να έχουν τη θερμοκρασία του σώματος.-

Η αλλαγή θέσης του παιδιού πρέπει να γίνεται για την πρόληψη κατακλίσεων και για την ανακούφισή του και πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή για την αποφυγή διεγέρσεων. Το σώμα μετακινείται ολόκληρο και καμιά προσπάθεια δεν γίνεται για την μετακίνηση μέλους, όπως κεφαλιού, ακρων κ.λ.π., εκτός αν υπάρχει απόλυτη ανάγκη για την εκτέλεση νοσηλείας.-

Η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας, όπως και η αντισηψία του ρινοφάργγου, είναι απαραίτητα. Τα αντικείμενα τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί κατά τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας απολυμαίνονται και το άχρηστο υλικό καταστρέφεται. Επίσης οι συχνές πλύσεις κατά το στάδιο της πυρεξίας ανακουφίζουν τον ασθενή.-

Η θερμοκρασία του ασθενούς πρέπει να λαμβάνεται ανά 3ωρο και τα υπόλοιπα ζωτικά σημεία πρέπει να λαμβάνονται κάθε 15-30 λεπτά, μέχρι να σταθεροποιηθούν και αργότερα πολύ τακτικά στη διάρκεια του 24ώρου.-

Η αδελφή με βάση την εμπειρία της, πρέπει να διαπιστώνει

συμπτώματα όπως πετέχεια, ωταλγία, ανωμαλία στην αναπνοή και στην όραση. Στην εμφάνιση βραδυκαρδίας πρέπει να αναζητείται και άλλα σημεία που δηλώνουν αύξηση ενδοκρανιακής πίεσης.

Σε περίπτωση που ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο λοιμωδών νοσημάτων απομονώνεται από τους άλλους ασθενείς. Εφόσον η νόσος μεταδίδεται με μολυσμένα σταγονίδια, επιβάλλεται τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον πάσχοντα να φοράνε μπλούζα προφυλακτική και μάσκα. Φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο χειρισμό των ρινικών εκκρίσεων και των εκκρίσεων του λαιμού, εκκρίσεων από ωτόρροια, αίματος και ΕΝΥ. Ο μηνιγγιτιδόκοκκος είναι ανθεκτικός στο ηλιακό φως και ευαίσθητος στη θερμότητα, σε αντισηπτικά φάρμακα και σε διαλύματα χλωριούχου νατρίου. Η απομόνωση των ασθενών με μηνιγγιτιδοκοκκικές λοιμώξεις που βρίσκονται υπό πλήρη θεραπεία με σουλφοναμίδες, σύμφωνα με τον DINGLE, δεν είναι απαραίτητη μετά τις πρώτες 24 ώρες. Βασική προϋπόθεση για τη μη ανεύρεση μηνιγγιτιδόκοκκου στην καλλιέργεια του ρινοφαρυγγικού εκκρίματος.

Η αδελφή η οποία νοσηλεύει ασθενή με εγκεφαλονωτιαία μηνιγγίτιδα πρέπει να αποφευχεί τη μεγάλη κόπωση και να φέρει άμεσα οποιοδήποτε σύμπτωμα το οποίο δηλώνει μόλυνση των ανωτέρων αναπνευστικών οδών αυτής.

Σε καιρό επιδημίας, οι εργαζόμενοι σε επαφή με τους ασθενείς, για προφύλαξη από τη νόσο, λαμβάνουν 2: GR σουλφοναμίδων ημερησίως επί 3 έως 4 ημέρες. Με τον τρόπο αυτό καταστρέφονται οι τυχόν υπάρχοντες μηνιγγιτιδόκοκκοι στο ρινοφάρυγγα υγιών ατόμων. Ακόμη, είναι δυνατό, άτομα τα οποία εκτίθενται στο μολυσμένο περιβάλλον να μην υποστούν τη νόσο αλλά να είναι φορείς επί μήνες και να διατηρούν στο ρινοφάρυγγα το μηνιγγιτιδόκοκκο.

Νοσηλευτική φροντίδα σε περίπτωση επιπλοκών :

Όπως αναφερθηκε παραπάνω οι επιπλοκες στην μηνιγγίτιδα μπορεί να συμβούν σε άσχετο χρόνο και άσχετα με τα μέτρα που έχουν ληφθεί στη θεραπεία.

Η παρατηρητικότητα της αδελφής λαμβάνει ξέχωρη θέση, διότι μια επιπλοκή μπορεί να σταθεί μοιραία για τη ζωή του παιδιού και η νοσηλεία του πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς και η φροντίδα του να είναι αυξημένη.

Σε περίπτωση που το παιδί κάνει σπασμούς, η αδελφή προσέχει τις κινήσεις της να είναι ήπιες και λαμβάνει περιοριστικά μέτρα, φροντίζει με πολύ επιμέλεια και υπομονή το παιδί που παρουσιάζει υδροκεφαλία. Παρατηρεί για τυχόν πρόληψη πτώσεων και την κίνηση του παιδιού μέσα στο χώρο.

Η αδελφή πρέπει να παρατηρεί ακόμη το παιδί για τυχόν παραινώμενη υπνηλία, ευαιρεθιστότητα ή σπασμούς, εστιακά νευρολογικά σημεία και να τα αναφέρει στο γιατρό, γιατί αυτά υπονοούν μια ενδεχόμενη υποσκληρίδιο συλλογή υγρού, εγκεφαλική αγγειακή θρόμβωση κ.λ.π. Τα δεδομένα αυτά ακολουθεί μια διαγνωστική αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα, για τα οποία θα ετοιμάσει η αδελφή το παιδί και θα λάβει όλα τα απαραίτητα μετρα για τη διεκπεραίωση αυτών.-

Ρόλος της αδελφής για την αποκατάσταση του αρρώστου παιδιού:

Εκτός από τα παραπάνω αναφερόμενα μέτρα που λαμβάνει η αδελφή κατά τη διάρκεια που το παιδί νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο είναι ξέχωρης σημασίας ο ρόλος που θα παίξει και μετά την έξοδό του. Η διαφώτιση των γονέων πρέπει να γίνεται κάθε φορά που ένα παιδί αναρρώνει, η μητέρα ιδίως πρέπει να ξέρει και να διαχωρίζει όλα αυτά τα συμπτώματα που μπορεί να οδηγήσουν σε μια

ενδεχόμενη επιπλοκή.-

Εάν το παιδί συνεχίζει να λαμβάνει θεραπεία και μετά την έξοδό του, η αδελφή θ αναλαβει να διαφωτίσει και εδώ τους γονείς για τη σωστή λήψη των φαρμάκων.

Είναι λοιπόν αυτονόητο ότι η αδελφή είναι εκείνη που θα παραλάβει το παιδί κατά την ώρα της εισαγωγής του στην κλινική, θα σταθεί άγρυπνα δίπλα του σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας του και τέλος είναι εκείνη που θα φροντίσει όλες τις λεπτομέρειες για την έξοδο του αρρώστου παιδιού από το Νοσοκομείο.-

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΜΕΛΕΤΗΘΗΚΕ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΚΑΛΑΜΑΤΑΡΑΣ

ΟΝΟΜΑ : ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΗΛΙΚΙΑ : 4 ετών

ΕΙΣΟΔΟΣ : 12/7/1993

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΓΙΑΣ ΤΡΙΑΔΟΣ 4 - ΤΡΙΚΑΛΑ

Ο ασθενής προσήλθε στα Ε.Φ. της Παιδιατρικής στις 12 Ιουλίου 1993 όπου έγινε και η Εισαγωγή στην Παιδιατρική Κλινική.

Ο ασθενής παρουσίαζε από 7ώρου εμέτους (5) το σύνολο, χρώματος κίτρινου. Συγχρόνως παραπονέθηκε για κεφαλαλγία και γενική κακουχία. Πυρετός δεν παρουσιάσθηκε. Νευρολογική εξέταση Κ.Φ..

Οικογενειακό αναμνηστικό όχι βεβαρυμένο. Τοκετός φυσιολογικός. Πριν 2 μήνες είχε περάσει παρωτίτιδα.

Β.Σ. : 15 KGR

Ύψος: 1,05 M

Θ.Σ. : 37⁰ C

ΣΦ : 100/λεπτό

Π.Κ. : 50 εκ.

Αυτιά: ΚΦ

Μάτια: ΚΦ

Στόμα: Εξέρυθρο

Μετά την είσοδο του ασθενούς στην Παιδιατρική Κλινική, έγινε εργαστηριακή διερεύνηση, η οποία έδωσε τα παρακάτω στοιχεία:

ΗΤ : 39

Λευκά: 16.800

ΤΚΕ : 21

K⁺ : 43

Na⁺ : 137

Ουρία: 23

Σάκχαρο: 45

Γενική αίματος: (-)

Γενική ούρων : (-)

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

=====

Πρόβλημα : Πυρετός.

Σ_κ_ο_π_ό_ς : Πτώση του πυρετού.

Προγραμματισμός_N.Φ. Ετοιμάζονται ψυχρές - υγρές περιτυλίξεις εφόσον ο πυρετός δεν υπερβαίνει τους 38⁰ C.

Εφαρμογή του προγράμματος : Τοποθετήθηκαν οι περιτυλίξεις, ελήφθησαν μέτρα ώστε να μην κρυολογήσει το παιδί.

Αξιολόγηση : Ο πυρετός δεν κατέβηκε. Χορηγήθηκαν με ιατρική εντολή, αντιπυρετικά. Μετά από μία ώρα ο πυρετός έπεσε σε φυσιολογικά επίπεδα.

Προβλημα : Αναπνευστική δυσχέρεια.

Σκοπός : Ενίσχυση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Προγραμματισμός_N.Φ. : Ετοιμάζεται ο ασθενής να τοποθετηθεί σε ημικαθιστική θέση.

Εφαρμογή προγράμματος : Σηκώθηκε το ερεσίνωτο και έτσι ο ασθενής τοποθετήθηκε στη σωστή θέση.-

Αξιολόγηση : Η αναπνευστική λειτουργία δεν αποκαταστάθηκε και έτσι χορηγήθηκε οξυγόνο.

Πρόβλημα : Έμετος.

Σκοπός : Ανακούφιση του ασθενούς από τον έμετο και καταστολή του εμέτου.

Προγραμματισμός_N.Φ. : Ετοιμάζεται ο δίσκος για τον καθαρισμό της στοματικής κοιλότητας και μετά από γραπτή εντολή του Ιατρού χορηγήθηκαν αντιεμετικά.

Αξιολόγηση : Ο έμετος υποχώρησε.

Πρόβλημα : Πονοκέφαλος.

Σκοπός : Ανακούφιση του ασθενούς από τον πονοκέφαλο.

Προγραμματισμός Ν.Φ. : Διατηρείται ήρεμο το περιβάλλον του παιδιού και ενημερώνεται ο ιατρός.

Εφαρμογή προγράμματος : Περιορίστηκε το επισκεπτήριο, ώστε να ηρεμήσει ο ασθενής. Μετά από ιατρική εντολή χορηγήθηκαν παυσίπονα φάρμακα.

Αξιολόγηση : Ο πονοκέφαλος υποχώρησε.

Πρόβλημα : Διόρροιες.

Σκοπός : Καταστολή του προβλήματος και επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.

Προγραμματισμός Ν.ψ. : Ετοιμάζεται ο δίσκος τοπικής καθαριότητας. Προμηθευόμαστε καθαρό σεντόνιο. Ενημερώνεται η κουζίνα για το ειδικό διαιτολόγιο του ασθενούς.

Εφαρμογή προγράμματος : Έγινε τοπική καθαριότητα του παιδιού. Αλλάχτηκαν τα ριπαρά σεντόνια με καθαρά. Περιορίστηκαν τα υγρά από την διατροφή του παιδιού.

Αξιολόγηση : Οι διόρροιες υποχώρησαν.

Πρόβλημα : Σπασμοί.

Σκοπός : Υποχώρηση των σπασμών.

Προγραμματισμός Ν.Φ.: Ετοιμάζουμε το μπάνιο και ειδοποιούμε τον ιατρό.

Εφαρμογή προγράμματος : Τοποθετήθηκε γρήγορα το παιδί στο μπάνιο και μετά από εντολή του ιατρού χορηγήθηκε υπόθετο ασπιρίνης.

Έγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων και οδήγήθηκε το παιδί στο κρεβάτι του.-

Πρόβλημα : Οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Σκοπός : Εξασφάλιση της συνεργασίας του παιδιού για την αποφυγή του τραυματισμού.

Προγραμματισμός_ψ.φ. : Ετοιμάζεται ο δίσκος οσφυονωτιαίας παρακέντησης. Διδάσκεται το παιδί και οι γονείς για την συμπεριφορά τους κατά την ώρα της εξέτασης, καθώς επίσης και για την σωστή θέση.

Εφαρμογή_προγράμματος : Τοποθετήθηκε το παιδί στη σωστή θέση. Ο ιατρός εκτέλεσε την παρακέντηση και το δείγμα στάλθηκε στα εργαστήρια. Ενημερώθηκαν οι γονείς ότι το παιδί θα μείνει 6-12 ώρες σε οριζόντια θέση. Έγινε καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε 15 - 30 λεπτά.

Αξιολόγηση : Η εκτέλεση της παρακέντησης έγινε χωρίς κανένα πρόβλημα και ο ασθενής δεν εμφάνισε κανένα πρόβλημα εκ των υστέρων.

Πρόβλημα : Λήψη ούρων.

Σκοπός : Εξέταση ουρων.

Προγραμματισμός_Ν.φ. : Ετοιμάζεται ο δίσκος τοπικής καθαριότητας ο οποίος περιλαμβάνει και αποστειρωμένο δοχείο για την συλλογή των ούρων.

Εφαρμογή_προγράμματος : Έγινε η τοπική καθαριότητα των γεννητικών οργάνων του παιδιού. Στην συνέχεια συλλέχθησαν ούρα αφού αφέθηκαν τα πρώτα 50 γρ. να χυθούν ελεύθερα.

Αξιολόγηση : Η λήψη ούρων εκτελέσθηκε χωρίς κανένα πρόβλημα.-

Πρόβλημα : Λήψη εκκρίματος φάρυγγα.

Σκοπός : Εξέταση των εκκριμάτων του φάρυγγα.

Προγραμματισμός_Νφ : Ενημερώνεται ο ασθενής για την εξέταση και ετοιμάζεται βαμβακοφόρος στυλεός, καθώς επίσης και δοκιμοστικά σωληνάκια.-

Εφαρμογή προγράμματος: Τοποθετείται ο βαμβακοφόρος στυλεός όσο το δυνατόν πιο κοντά στις φάρυγγα του παιδιού και λαμβάνεται δείγμα με κυκλικές κινήσεις. Το δείγμα τοποθετείται σε δοκιμαστικό σωληνόριο και στάλθηκε στα εργαστήρια.

Αξιολόγηση: Η λήψη εκκρίματος του φάρυγγα έγινε χωρίς κανένα πρόβλημα.

Πρόβλημα: Συλλογή πτυέλων.

Σκοπός: Εξέταση.

Προγραμματισμός Ν.Φ.: Ενημερώνεται και πάλι το παιδί και οι γονείς για το τι πρέπει να κάνουν. Εξασφαλίζεται αποστειρωμένο δοχείο.

Εφαρμογή προγράμματος: Το παιδί έβηξε και συνέλλεξε τα πτύελα στο αποστειρωμένο δοχείο που του προσφέρει η Νοσηλεύτρια. Τα πτύελα στάλθηκαν στο μικροβιολογικό εργαστήριο συνοδεία ιατρικού παραπεμπτικού σημειώματος με τα ακριβή στοιχεία του παιδιού.

Αξιολόγηση: Η συλλογή πτυέλων έγινε χωρίς κανένα πρόβλημα.

Πρόβλημα: Λήψη αίματος.

Σκοπός: Εξέταση αίματος.

Προγραμματισμός Ν.Φ.: Ετοιμάζονται τα απαραίτητα αντικείμενα για την λήψη αίματος. Ενημερώνονται παιδί και γονείς για την εξέταση και εξασφαλίζεται η συνεργασία του παιδιού.

Εφαρμογή προγράμματος: Έγινε η επιλογή φλέβας και με ήπιες και σταθερές κινήσεις έγινε η λήψη αίματος.-

Το αίμα τοποθετήθηκε στα σωστά σωληνόρια και στάλθηκε στα εργαστήρια συνοδευόμενο από ιατρικό παραπεμπτικό σημείωμα με τα ακριβή στοιχεία του ασθενούς.

Αξιολόγηση: Η λήψη αίματος έγινε χωρίς κανένα πρόβλημα.-

ΠΡΟΒΛΗΜΑ: Έξοδος του ασθενούς από το Νοσοκομείο.

ΣΚΟΠΟΣ : Η φροντίδα του παιδιού από τους γονείς στο σπίτι.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ Ν.Φ.: Ενημερώνονται οι γονείς ότι το παιδί τους είναι πια έτοιμο για την έξοδό του από το Νοσοκομείο. Δίνονται οδηγίες για την διατροφή του παιδιού με σκοπό να ξαναπάρει τα κιλά που έχασε κατά την διάρκεια της ασθένειάς του. Καθησυχάζονται οι γονείς ότι το παιδί τους δεν πρόκειται να παρουσιάσει αργότερα πρόβλημα λόγω της μηνιγγίτιδας που πέρασε και συνιστάται σ'αυτούς να συνεχίσουν την ζωή τους όπως πριν την εμφάνιση της αρρώστιας. Θα πρέπει όμως για λίγο καιρό να εξασφαλιστεί στο παιδί τους ένα ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ: Δόθηκε στους γονείς διαιτολόγιο με θρεπτικές τροφές για το παιδί, το οποίο θα πρέπει να ακολουθηθεί ώπου να ξαναποκτήσει τα κιλά που έχασε κατά την ασθένεια. Έγινε συζήτηση των γονέων και του θεράποντα Ιατρού για τις τελευταίες απορίες των γονέων και ετοιμάστηκε το εξιτήριο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ: Οι γονείς πήραν το παιδί τους στο σπίτι ευχαριστημένοι και χωρίς να παρουσιαστεί κανένα πρόβλημα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με το τέλος αυτής της εργασίας θα πρέπει κατ' αρχήν να πω πως είχα την ευκαιρία να πλουτίσω της γνώσεις μου και να έρθω όσο το δυνατόν πιο κοντά στο άρρωστο παιδί που πάσχει από μηνιγγίτιδα. Μου δόθηκε επίσης η ευκαιρία να γνωρίσω τον πλούσιο κόσμο του παιδιού και μάλιστα του παιδιού που βρίσκεται άρρωστο στο Νοσοκομείο, που είναι ένας καινούργιος και άγνωστος χώρος γι' αυτό.

Εκείνο όμως που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι πως αυτή η εργασία μ' έκανε να συνειδητοποιήσω περισσότερο από οτιδήποτε άλλο το ρόλο της Νοσηλεύτριας και να καταλάβω τι είναι αυτό που η κάθε Νοσηλεύτρια θα πρέπει να διαθέτει για να μπορεί πραγματικά να προσφέρει στους συνανθρώπους της και όχι να εκτελεί ψυχρά το θωρό της χωρίς ψυχή και συμπάρασταση στον άρρωστο που πονά, ανησυχεί και έχει χίλιες δυο απορίες σχετικά με την υγεία του.

Εκείνη που θα θέλει να φέρει τον τίτλο: Νοσηλεύτρια θα πρέπει να διαθέτει όλα τα ψυχικά χαρίσματα και προσόντα που απαιτούνται για να ασχοληθείς μ' έναν άνθρωπο που είναι άρρωστος και μπορεί να εμφανίζει πολλές ιδιοτροπίες λόγω της αρρώστειας του.

Τελικά θέλω να πιστεύω πως αυτή η εργασία πέτυχε το σκοπό της και ελπίζω να μπορέσω να προσφέρω ό,τι περισσότερο μπορώ στο χώρο της υγείας.

ΟΡΙΣΜΟΙ :

Μηνιγγίτιδα : Είναι η φλεγμονή των μηνίγγων, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ανώμαλο αριθμό λευκοκυττάρων στο Ε Ν Υ .

Βακτηριακή μηνιγγίτιδα : Είναι η μηνιγγίτιδα η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως βάσει των μεταβολών του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, με στοιχεία και παθογόνους μικροοργανισμούς.

Άσηπτος μηνιγγίτιδα : Είναι εκείνη η οποία χαρακτηρίζεται από απουσία στοιχείων βακτηριακού παράγοντα, και με στοιχεία εργαστηριακού παράγοντα στο Ε Ν Υ.

Εγκεφαλίτιδα : Είναι η φλεγμονή του εγκεφάλου.

Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα : Είναι η φλεγμονή του εγκεφάλου η οποία συνοδεύεται και από μηνιγγίτιδα.-

Σηψαιμία : Είναι ένα κλινικό σύνδρομο βαρύτερης πρόγνωσης, που προϋποθέτει εισβολή στη ροή του αίματος από μικρόβια.-

Βακτηριαίμία : Είναι η παρουσία παθολογικών βακτηριδίων στο αίμα.-

Βακτηριακή πυώδης μηνιγγίτιδα : Οφείλεται σε διάφορα πυογόνα μικρόβια, ανάλογα του είδους του παθογόνου αιτίου.

Επίσης διακρίνεται η ασθένεια και σε άλλα είδη, όπως :

α) Μηνιγγίτιδα από ιούς, από τους οποίους προκαλείται μηνιγγική αντίδραση.

β) Φυματώσης μηνιγγίτιδα : Οφειλόμενη σε βάκιλλο του Κωχ, ο οποίος προκαλεί φλεγμονή του περικαλλύμματος του εγκεφάλου.

Σπάνια περίπτωση σε άτομο που έχουν εμβολιστεί με το εμβόλιο Β.С.С.-

γ) Συφιλιδική μηνιγγίτιδα : Οφειλόμενη στο μικρόβιο της σπειροχαί-

της κατά τη δευτεροπαθή ή τριτοπαθή επίκτητο κληρονομική συφι-
λίδα.-

δ) Επιδημική εγκεφαλονωτιαία μηνιγγίτιδα, οφειλόμενη στο λοιμο-
γόνο μηνιγγιτιδόκοκκο του Βαχσελμπόουν.-

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

=====

- ΑΛΕΒΙΖΑΤΟ: ΡΕΓΓΙΝΑ - ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ " Στοιχεία Φυσιολογίας " Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- ΑΝΕΥΛΑΒΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ " Διάγνωση και Θεραπεία Μικροβιακών Λοιμώξεων Ανιμιοκροβιακά Φάρμακα ", Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. " Ειδική Νοσολογία ", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, Εκδόσεις Δ' Τόμος Β', Αθήνα 1984.
- ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ " Εισαγωγή στην Κλινική Μικροβιολογία και τα Λοιμώδη Νοσήματα", Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1987.
- KRUPP CHATTUN WERDEGAR " Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική " Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισσιανός Τόμος Β', Αθήνα 1986.
- ΜΑΝΙΟΣ ΣΤ. " Πρόοδοι στην Παιδιατρική - Ενημερώσεις ", Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Θεσσαλονίκη 1985.
- ΜΟΡΦΗΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ " Παιδιατρική ", Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων ", Αθήνα 1988.
- ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ " Βασική Νοσηλευτική ", Εκδόσεις Ευνίκη, Αθήνα 1987.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝΝΑ, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ " Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές Διαδικασίες". Εκδόσεος Βήττα, Αθήνα 1985.-
- FAZIO - LOEB " NEUROLOGIA " SOCIETA EDIFRICE UMIVERSO ROMA, ROMA 1988.-

