

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κίτρω Μιχαήλ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : Κωνσταντίνιδου Αποστολία



ΠΑΤΡΑ 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1948
----------------------	------

---

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.

Εισαγωγή Πρόλογος.....	1
------------------------	---

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ανατομία αναπνευστικού συστήματος.....	5
Ανατομική των πνευμόνων.....	10
Φυσιολογία του αναπνευστικού συστήματος.....	14

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ορισμός πνευμονίας.....	17
Επιδημιολογία.....	18
Ηλικία - Αιτιολογικοί παράγοντες πνευμονίας .....	20
Επιβαρυντικοί παράγοντες.....	21
Μορφές πνευμονιών.....	23

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ.....	26
Πνευμονιοκοκκική πνευμονία.....	26
Σταφυλοκοκκική πνευμονία.....	31

---

Στρεπτοκοκκική πνευμονία.....	33
Πνευμονία από Gram αρνητικά μικρόβια.....	35
Ι Πνευμονία από αιμόφιλο της ινφλουέντζας.....	37
Ι Πνευμονία από βάκιλο του ΚΟΧΗ.....	39
Ι Πνευμονία από αναερόβια βακτήρια.....	40
ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ.....	42
Από τον ιο της γρίπης.....	42
Από τον ιο της ιλαράς.....	44
Από τον ιο της ανεμευλογιάς.....	45
Από αδένοιους.....	46
Από ρινοϊούς.....	46
Από συγκυτιακούς αναπνευστικούς ιούς.....	47
Από ιούς Coxsackie και Echo.....	47
Μεικτές πνευμονίες.....	48
Άτυπη πνευμονία.....	50
Πνευμονία από πνευμονοκύστη Carini.....	57
Πνευμονία από χλαμύδια - μύκητες.....	59
Πνευμονία από εισρόφηση.....	62
Ι Πνευμονία από λιποειδη.....	64
Ι Πνευμονία από ακτινοβολία.....	65
Διάμεση πνευμονία.....	66
Μετεγχειρητική πνευμονία.....	67

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ο νοσηλευτικός ρόλος στην πρόληψη.....	70
Πρωτογενής πρόληψη.....	70
Δευτερογενής πρόληψη.....	72
Τριτογενής πρόληψη.....	73

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο νοσηλευτικός ρόλος στην διάγνωση.....	79
Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς.....	79
Φυσική εκτίμηση.....	80
Διαγνωστικές εξετάσεις και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	85

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Ο νοσηλευτικός ρόλος στη θεραπεία.....	91
Προβλήματα αρρώστου με πνευμονία.....	92
Σκοποί της φροντίδας.....	97

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία του αρρώστου.....	100
Διδασκαλία αρρώστου - οικογένειας.....	104
Προγραμματισμός και εκτέλεση της διαδικασίας.....	108

---

Διδασκαλία του αρρώστου.....	110
Διδασκαλία της οικογένειας.....	112

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Περιπτώσεις ελατομικευμένες ασθενών με πνευμονία Εφαρμόζοντας την ελατομικευμένη και ολοκληρωμένη Νοσηλευτική φροντίδα με νοσηλευτική διεργασία.....	115
1ον περιστατικό.....	115
2ον περιστατικό.....	122

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Ο νοσηλευτικός ρόλος στην αποκατάσταση.....	128
Συμπεράσματα και προτάσεις.....	130
Επίλογος.....	131
Βιβλιογραφία.....	132

---

## ΥΠΟΜΝΗΜΑ.

### **Vi Το βροχικό δένδρο..... 7**

Καθώς μπαίνουν μέσα στους πνευμονες οι κύριοι βρόγχοι αποσχίζονται στους **στελεχιακούς βρόγχους** δεξιό και αριστερό. Ο δεξιός σε τρείς λοβαίους, έναν για τον κάθε λοβό του δεξιού πνεύμονα, ο αριστερός σε δύο έναν για τον άνω και έναν για τον κάτω λοβό του αρ. πνευμονα. Κάθε στελεχιακός βρόγχος αποσχίζεται σε μικρότερους βρόγχους που λέγονται **τμηματικοί βρόγχοι** (ή τριτογενείς)

### **α. Βροχικό δένδρο..... 12**

Αποτελείται από τον στελεχιαίο και τους παράπλευρους βρόγχους. Ο στελεχιαίος βρόγχος διαιρείται σε 3 δεξιούς και 2 αριστερούς λοβαίους βρόγχους σε κάθε πνεύμονα.

### **Στον αρ. πνεύμονα ο στελεχιακός βρόγχος δίνει 2 λοβούς..... 13**

ι. Τον άνω λοβιαίο που αποσχίζεται στον ανιόντα και κατιόντα κλάδο δίνει τον κρυφαιόσθιο και πρόσθιο βρόγχο, ενώ ο κατιόν κλάδος καλείται γλωσσίδα ή *lingula* και έχουμε την άνω και κάτω *lingula*.

---

**Αναπνευστικό κέντρο..... 15**

Πιέσεις του

PO<sub>2</sub> ατμοσφαιρικού αέρα 149 mmHg

PO<sub>2</sub> κυελίδων 100mmHg

PO<sub>2</sub> φλεβικού αίματος 40mmHg

PO<sub>2</sub> αρτηριακού αίματος 98mmHg

Φυσιολογική Αρτηριοφλεβώδεις Διαφορά

**Επιδημιολογία..... 19**

Άτομα με μειωμένους αμυντικούς μηχανισμούς, από διάφορους παράγοντες όπως: βρογχικές λοιμώξεις, καταστολή του Κ.Ν.Σ., σακχαρώδεις διαβήτης, καρδιακή ανεπάρκεια, AIDS, κυτταροστατικά, κορτικοειδή, κακοήθεις νόσοι, αλκοολισμός κ.α. εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα νόσησης από πνευμονία.

**Πνευμονοκοκκιακή πνευμονία - Ορισμός..... 26**

Η πνευμονοκοκκιακή πνευμονία είναι η συχνότερη μικροβιακή πνευμονία στους εξωνοσοκομειακούς αρρώστους.

**Στρεπτοκοκκιακή - Αίτιο..... 33**

Σήμερα υπάρχουν εμβόλια



---

**Θεραπεία..... 36**

Αντιμικροβιακά φάρμακα κυρίως συνδιασμός κεφαλοσπορίνης  
- καρμπενικιλίνης, Μακρολίδες, Μνολόνες

**Πνευμονία από βακυλο του Koch..... 39**

**Κλινική εικόνα..... 39**

Εντοπίζεται σε κάποιο λοβό κυρίως στους ανώτερους, είναι  
μπορεί να εμφανιστεί και με τη μορφή βρογχοπνευμονίας.

**Πρόγνωση..... 73**

Σχετικά καλή πρόγνωση, αλλά σε καρδιοπαθείς και βρογχο-  
πνευμονοπαθείς, η πρόγνωση είναι βαρύτερη.

Σε άτομα υψηλού κινδύνου εμβολιασμός.

**Εμφάνιση 4 σταδίων..... 81**

Με τη χρήση των αντιβιοτικών δεν βλέπουμε σήμερα αυτά τα 4  
στάδια της πνευμονίας.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Σ' έναν ιδανικό κόσμο, η έννοια της ασθένειας δεν θα πρέπει να υφίσταται, σ' έναν κόσμο όμως σαν το δικό μας, η ασθένεια αποτελεί αναπόφευκτο μέρος της ζωής μας και είναι αλληλένδετα συνδεδεμένα με την πορεία μας μέσα σ' αυτή.

Γνωρίζοντας αυτό λοιπόν και έχοντας την ευκαιρία, μέσω αυτής της εργασίας, να αναφερθούμε σε μια από αυτές τις ασθένειες, θέλησα να ασχοληθώ με μια από τις συχνότερες νόσους του αναπνευστικού συστήματος, την πνευμονία, που συχνά πυκνά ταλαιπωρεί τους ανθρώπους.

Η εργασία που ακολουθεί διαιρείται σε δυο μέρη, στο πρώτο γίνεται μια συνοπτική αναφορά στην ανατομία και φυσιολογία του αναπνευστικού συστήματος, ακολουθούν οι επιβαρυντικοί παράγοντες, τα επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου, ο διαχωρισμός και η περιγραφή των κυριότερων ειδών πνευμονίας ενώ στο δεύτερο μέρος επιχειρείται μια ανάλυση του ρόλου Νοσηλεύτη - τριάς στην φροντίδα των πασχόντων ενώ ταυτόχρονα παραθέτονται και δύο περιπτώσεις πασχόντων και των προβλημάτων που αυτοί αντιμετώπισαν.

Ελπίζω να κατάφερα να παραδέσω και εγώ κάτι με τις πληροφορίες μου στις ήδη υπάρχουσες γνώσεις γύρω από το θέμα αυτό και ορμόμενη από την ευκαιρία της συγγραφής αυτής της εργασίας θα 'θελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που έκαναν την συγγραφή της υπαρκτή, τους γονείς μου για την πολύτιμη ψυχολογική τους συμπαράσταση, τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια της σπουδαστικής μου ζωής και ιδιαίτερα τον Κον Κίτρου που οι συμβουλές του αποδείχτηκαν πολύτιμες κατά την διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας

καθώς και στην φίλη και συμφοιτήτριά μου Κατερίνα, η οποία μου στάθηκε αρκετά κατά τη διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας, με τις πολύτιμες συμβουλές και παρακινήσεις της.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ, στο θεό που με βοήθησε να φέρω εις πέρας αυτή την επίπονη προσπάθεια 4 χρόνων στην Νοσηλευτική των Πατρών - τη σχολή μας - και έφτασα στο σημείο να είμαι λίγο πριν την απόκτηση του πτυχίου μου, του βασικότερου ίσως εφοδίου μου για την μετέπειτα επαγγελματική μου ζωή, μια ζωή σε ένα χώρο που η συμμετοχή μου θα είναι περισσότερο κοινωνικό λειτούργημα.

Τέλος θα 'θελα μια ευχή να κλείνει αυτή την εισαγωγή. Οι μέρες που θα έρθουν να μπορούν να καθιστήσουν αληθινό το μήνυμα της Π.Ο.Υ. "ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟ 2.000".

**ΜΕΡΟΣ**

**ΠΡΩΤΟ**

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

# **ΠΡΩΤΟ**

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.

Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από σύνολο οργάνων, με τα οποία επιτελείται η κύρια λειτουργία της αναπνοής που είναι η ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων (οξυγόνο και διοξείδιο του άνθρακα).

Η αναπνευστική οδός περιλαμβάνει τη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα, λάρυγγα, την τραχεία, τους βρόγχους με τις διακλαδώσεις τους που τελικά καταλήγουν στις κυψελίδες όπου γίνεται η ανταλλαγή των αερίων, ανάμεσα σ' αυτές και τα πνευμονικά τριχοειδή.

- i. Στοματική κοιλότητα* : Είναι η αρχή του αναπνευστικού συστήματος και συγχρόνως περιέχει τον οσφρητικό βλεννογόνο. Ο αέρας διέρχεται διά των ρινικών κοιλοτήτων και ερχόμενος σε επαφή με το βλεννογόνο της μύτης υγραίνεται, θερμαίνεται και φιλτράρεται μια και πολλά σωματίδια που περιέχονται στον ατμοσφαιρικό αέρα και διαμορφώνονται από τους κροσσούς του ρινικού βλεννογόνου.
- ii. Φάρυγγας* : Είναι ένας ινομυώδεις σωλήνας μήκους 15 εκ. που συνδέει το στόμα με τον οισοφάγο, την μύτη και το λάρυγγα.  
Διαιρείται σε τρεις μορφές : ρινική (ρινοφάρυγγας), στοματική (στοματοφάρυγγας) και λαρυγγική (λαρυγγοφάρυγγας).
- iii. Λάρυγγας* : Είναι ένα ινοχόνδρινο σωληνοειδές όργανο μήκους 5-7 εκ. Περιλαμβάνει τις φωνητικές χορδές και από την κίνηση της ακοής παράγεται η φωνή, με την βοήθεια και των κινήσεων της γλώσσας.

Οι χόνδροι του λάρυγγα είναι εννέα. Από τους οποίους οι τρεις μονοί: ο θυρεοειδής, ο κρικοειδής και η επιγλωττίδα και τρεις διπλοί: (τοποθετημένοι αμφοτεριζόμενοι) και είναι: οι αφυταινοειδείς, οι σφηνοειδής και οι κερατοειδείς. Ο αέρας διέρχεται διά μέσω τις σχισμής των φωνητικών χορδών οι οποίες ανοιγοκλείνουν ανάλογα αναπνευστικές κινήσεις.

- iv. Τραχεία :* Είναι ένας ινοχόνδρινος κυλινδροειδής σωλήνας, μήκους 10-12 εκ. που αποτελείται από πολλά χόνδρινα ημικρίνια σχήματος V. Ανατομικά διακρίνεται σε τρία μέρη: το τραχηλικό, το υπεραδενικό άνωθεν του θυρεοειδούς αδένος και το θωρακικό. Στο ύψος του 4ου - 5ου θωρακικού σπονδύλου η τραχεία διαιρείται σε δύο κλάδους, τους κύριους στελεχιαίους βρόγχους μέσω της κύριας τροπίδος (Caring). Η γωνία μεταξύ της τραχείας και του αριστερού στελεχιαίου είναι πιο οξεία από αυτή που σχηματίζεται μεταξύ τραχείας και δεξιού στελεχιαίου.

Σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις ο δεξιός στελεχιαίος βρόγχος φαίνεται να αποτελεί την φυσική συνέχεια της τραχείας προς τα κάτω.

- v. Βρόγχοι :* Η τραχεία αποσχίζεται σε δυο βρόγχους στο ύψος του 4ου - 5ου θωρακικού σπονδύλου. Ο δεξιός βρόγχος είναι βραχύτερος και ευρύτερος από τον αριστερό και ακολουθεί πιο κάθετη πορεία προς τα κάτω. Αυτό εξηγεί το γεγονός ότι ξένα σώματα, που κατά λάθος εισέρχονται στην τραχεία, καταλήγουν συχνότερα στο δεξιό πνεύμονα. Η κατασκευή των βρόγχων είναι παρόμοια με αυτή της τραχείας.

Στον διχασμό της τραχείας υπάρχει μια μηνοειδής πτυχή του βλεννογόνου, που λέγεται **τροπίδα**, συνήθως έχει κλίση προς τα αριστερά και έτσι στενεύει το στόμιο του αριστερού

βρόγχου.

*vi. Το βρογχικό δένδρο* : Μέσα στους πνεύμονες οι βρόγχοι διακλαδίζονται σε προοδευτικά μικρότερους βρόγχους, σχηματίζοντας έτσι το βρογχικό δέντρο. η διακλάδωση των βρόγχων γίνεται, γενικά, με διχοτόμηση. Το ζεύγος των κλάδων, που προέρχεται από κάθε βρόγχο, έχει μεγαλύτερη επιφάνεια (σε εγκάρσια τομή) από τον αρχικό βρόγχο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση της ταχύτητας ροής του αέρα στους μικρότερους βρόγχους.

Καθώς μπαίνουν μέσα στους πνεύμονες οι κύριοι βρόγχοι αποσχίζονται στους **στελεχιαίους** βρόγχους. Ο δεξιός σε τρεις, έναν για τον κάθε λοβό του δεξιού πνεύμονα, ο αριστερός σε δύο, έναν για τον άνω και έναν για τον κάτω λοβό του αρ. πνεύμονα. Κάθε στελεχιαίος βρόγχος αποσχίζεται σε μικρότερους βρόγχους που λέγονται **τμηματικοί βρόγχοι** (ή τριτογενείς), διότι σε μικρότερες διακλαδώσεις καθενός από αυτούς τους τμηματικούς βρόγχους διανέμονται σε καθορισμένο τμήμα του πνευμονικού λοβού, που είναι γνωστό ως βρογχοπνευμονικό τμήμα. Υπάρχουν 10 βρογχοπνευμονικά σε κάθε πνεύμονα (πολλοί περιέγραψαν 8 στον αριστερό πνεύμονα). Τα βρογχοπνευμονικά τμήματα έχουν σχήμα πυραμίδας με τη βάση τους στην επιφάνεια του πνεύμονα και την κορυφή τους στραμμένη προς την πύλη του πνεύμονα. Χωρίζονται (ατελώς) μεταξύ τους με συνδετικό ιστό. Εκτός από το βρόγχο κάθε βρογχοπνευμονικό τμήμα έχει και την δική του αρτηρία και φλέβα. Οι τμηματικοί βρόγχοι διχοτομούνται, το ίδιο συμβαίνει και με τους μικρότερους κλάδους που προέρχονται από την απόσχιση ενός μεγαλύτερου βρόγχου. Με τις αλληπάλληλες αυτές διχοτομήσεις φθάνουμε σε βρόγχους



που η διάμετρός τους δεν ξεπερνάει το 1 χιλ. Καθώς οι βρόγχοι μικραίνουν η κατασκευή του τοιχώματος αλλάζει: α.) Τα χόνδρινα ημικίρια που υπάρχουν στους κύριους εξωπνευμονικούς βρόγχους και την τραχεία, αντικαθίστανται με χόνδρινες πλάκες, που περιβάλλουν τους ενδοπνευμονικούς βρόγχους. Στους μικρότερους βρόγχους οι χόνδρινες αυτές πλάκες γίνονται όλο και αραιότερες και τελικά εμφανίζονται στους πολύ μικρούς βρόγχους (με διάμετρο, λιγότερο από 1 χιλ.). β.) Οι αδένες που υπάρχουν στους μικρότερους βρόγχους, εξαφανίζονται καθώς φθάνουμε σε βρόγχους με διάμετρο κάτω από 1 χιλ.

*vii. Βρογχιόλια* : Ονομάζονται οι διακλαδώσεις του βρογχικού δένδρου με μικρή διάμετρο (συνήθως λιγότερο από 1 χιλ.) και οι οποίοι στο τοίχωμα τους **δεν περιέχουν** χονδρικό ιστό ούτε αδένες. Τα βρογχόλια διχοτομούνται πολλές φορές, όπως και οι βρόγχοι. Το μικρότερο βρογχιόλιο που χρησιμεύει ως αγωγός αέρα, λέγεται τελικό βρογχόλιο. Πέρα από το τελικό βρογχόλιο, τα βρογχόλια έχουν στο τοίχωμά τους κυελίδες και συνεπώς δεν είναι απλοί αγωγοί αέρα, αλλά χρησιμεύουν για την ανταλλαγή αερίων και για αυτό λέγονται αναπνευστικά βρογχιόλια. Τα αναπνευστικά βρογχιόλια καταλήγουν, διακλαδιζόμενα, στους κυελικούς πόρους. Ο κυελιδικός πόρος καταλήγει σε απλές κυελίδες ή σε κυελιδικούς σάκους, που αποτελούνται από μια ομάδα κυελίδων γύρω από έναν κεντρικό, κάπως μεγαλύτερο χώρο.

*viii. Κυελίδες* : Οι κυελίδες είναι μικρές πολυεδρικές εκκολπώσεις που βρίσκονται στα αναπνευστικά βρογχιόλια, τους κυελιδικούς πόρους και τους κυελιδικούς σάκους, το

τοίχωμά τους, εξαιρετικά λεπτό, ονομάζεται αναπνευστική μεμβράνη και επιτρέπει την διάχυση των αερίων μεταξύ αέρα και αίματος. Οι κυελίδες είναι τόσο κοντά η μια στην άλλη ώστε συχνά δεν έχουν δικό τους ξεχωριστό τοίχωμα, αλλά χωρίζονται μεταξύ τους με κοινό τοίχωμα, που λέγεται μεσοκυελιδικό διάφραγμα.

## **ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ.**

Η ανταλλαγή των αερίων ( $O_2$ ,  $CO_2$ ) ανάμεσα στον εκπνεόμενο αέρα και το αίμα γίνεται στην κυβελιδοτριχοειδή μεμβράνη.

Οι πνεύμονες είναι δύο, δεξιός και αριστερός, έχουν το βρογχικό δέντρο και τις κυβελίδες, τα πνευμονικά αγγεία και συνδετικό ιστό.

Όλη η δομή του πνεύμονα συνδέεται με συνδετικό ιστό και καλύπτεται από μια ορώδη μεμβράνη, τον υπεζωκότα, ο οποίος έχει δυο πέταλα, το περισπλαχνικό και το τοιχωματικό, μεταξύ των οποίων υπάρχει ελάχιστη ποσότητα ορώδους υγρού.

Η κορυφή του πνεύμονα εκτείνεται μέχρι το κορυφαίο άνοιγμα του θώρακα και είναι ψηλότερα από την πρώτη πλευρά. Η βάση των πνευμόνων, οι διαφραγματικές του επιφάνειες εφάπτονται στον αντίστοιχο θόλο του διαφράγματος. Η έξω κυρτή πλευρική επιφάνεια εφάπτεται του πλευρικού τοιχώματος ενώ η άνω σπλαχνική πλευρά εφαρμόζει στις πύλες και τον πνευμονικό σύνδεσμο. Οι πνεύμονες είναι πάντα προσαρμοσμένοι στις διάφορες ανατομικές παραλλαγές του θώρακα και του διαφράγματος και χαρακτηρίζεται από μια συνεχή τάση να εκπτυχθούν.

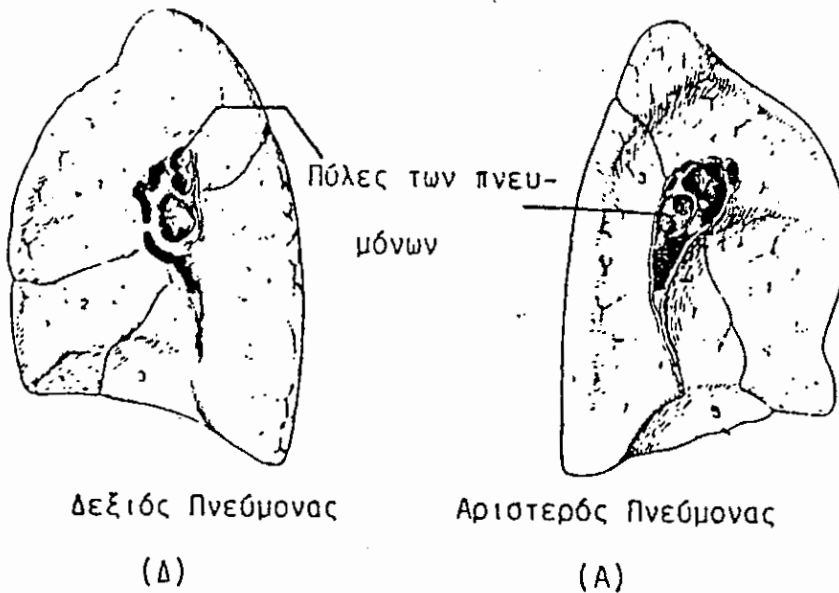
Η επιφάνεια του πνεύμονα σ' ένα νεαρό άτομο έχει έντονο ρόδινο χρώμα. Με τα χρόνια, η ρύπανση του αέρα που αναπνέουμε και το κάπνισμα δίνει στους πνεύμονες χρώμα γκρι σκούρο. Το ειδικό βάρος ενός αεριζόμενου πνεύμονα είναι ανάμεσα στο 0,75 και γι' αυτό επιπλέει στο νερό. Ένας πνεύμονας που δεν έχει ακόμα αεριστεί βυθίζεται. (Δοκιμασία επίπλευσης για να διαπιστωθεί αν ένα νεογνό ανέπνευσε πριν πεθάνει ή γεννήθηκε νεκρό).

Από τις πύλες του πνεύμονα εισέρχονται στον κάθε πνεύμονα: ο σύστοιχος στελεχιακός βρόγχος, ο σύστοιχος κλάδος της

πνευμονικής αρτηρίας, οι βρογχικές αρτηρίες και τα νεύρα. Έρχονται δε οι πνευμονικές φλέβες, οι βρογχικές φλέβες και τα λεμφαγγεία. Όλα αυτά αποτελούν τη ρίζα του πνεύμονα που συνδέει τον πνεύμονα από την τραχεία αρτηρία και την καρδιά.

### Λοβοί των πνευμόνων.

Κάθε πνεύμονας χωρίζεται σε λοβούς. Ο υπεζωκότας ακολουθεί το διαχωρισμό και έτσι σχηματίζονται οι μεσολοβικές σχισμές. Φυσιολογικά ο δεξιός πνεύμονας χωρίζεται σε τρεις λοβούς τον άνω (Δ1), τον μέσω (Δ2) και τον κάτω (Δ3), ενώ ο αριστερός σε δύο, τον άνω (Α1) και τον κάτω (Α3) (σχημ. 2).



Σχήμα 2: Λοβοί των πνευμόνων (Leonhardt)

Η μεσολόβια σχισμή στον αριστερό πνεύμονα αρχίζει από την έσω επιφάνεια ύστερα φέρεται λοξά και πίσω στην πλευρική επιφάνεια, κάτω και μπρός και φτάνει στο πρόσθιο τμήμα του πνεύμονα, φερόμενη λοξά προς τα πάνω και πίσω.

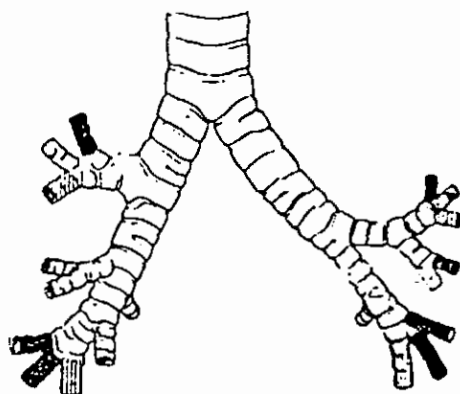
Η μεσολόβια σχισμή στον δεξιό πνεύμονα εμφανίζει περίπου την ίδια πορεία με την διαφορά ότι κατά την μέση μασχαλιαία πλευρά δίνει ένα παράπλευρο κλάδο που τέμνει το πρόσθιο χείλος του πνεύμονα και στρέφεται στην έσω επιφάνεια μέχρι το πρόσθιο μέλος των πυλών. Ουσιαστικά πρόκειται για 2 μεσολόβιες σχισμές, την μικρή την χωρίζει ο άνω και μέσος λοβός και φέρεται οριζοντίως και τη μεγάλη μεσολόβια την χωρίζει το μέσο άνω και κάτω λοβό και φέρεται λοζά.

Κάθε πνεύμονας αποτελείται από: α. το βρογχικό δένδρο.

β. τα πνευμονικά λοβία.

και γ. τα αγγεία και τα νεύρα.

**α. Βρογχικό δένδρο** : αποτελείται από τον στελεχιαίο και τους παράπλευρους βρόγχους. Ο στελεχιαίος βρόγχος διαιρείται σε 3 δεξιούς και 2 αριστερούς βρόγχους σε κάθε πνεύμονα (σχημ 3.)



Σχήμα 3: το Βρογχικό  
Δέντρο (Leyshardt)

Στο δεξιό πνεύμονα ο στελεχιαίος βρόγχος δίνει:

1. Τον βρόγχο του άνω λοβού (επαρτηριακός) που χωρίζεται στον κορυφαίο, στον οπίσθιο και τον πρόσθιο βρόγχο.

II. Τον βρόγχο του μέσου λοβού, που χωρίζεται στον έσω και έξω βρόγχο και

III. Τους βρόγχους του κάτω λοβού που είναι ο κορυφαίος και οι βασικοί βρόγχοι. Οι βρόγχοι αυτοί διακρίνονται στον πρόσθιο έξω και οπίσθιο βασικό βρόγχο και στον περικαρδιακό.

Στον αριστερό πνεύμονα ο στελεχιακός βρόγχος δίνει 2 λοβούς.

I. Τον άνω λοβιαίο που αποσχίζεται στον ανιόντα και κατιόντα κλάδο δίνει τον κρυφαιόσθιο και πρόσθιο βρόγχο, ενώ ο κατιόν κλάδος καλείται γλωσσιαιά ή lingula και έχουμε την άνω και κάτω ligula.

II. Τον κάτω λοβιαίο που χωρίζεται στον κορυφαίο και τους τρεις βασικούς βρόγχους.

III. Τον περικαρδιακό (ο δεξιός πνεύμονας διαθέτει 3 λοβιαίους βρόγχους και 10 τμηματικούς).

Τα πνευμονικά λοβία έχουν σχήμα πολυγωνικό και καθένα αποτελείται από τις διακλαδώσεις του λοβιακού βρόγχου μέχρι τις κυελίδες, τις διακλαδώσεις της πνευμονικής αρτηρίας και τον ενδολόβιο συνδετικό ιστό με τις κυελίδες.

I. Ο λοβιαίος βρόγχος διακλαδίζεται μέσα στο πνευμονικό λοβίο σε τρήματα καταργεί αναπνευστικά βρόγχια, το καθένα από αυτά έχει 3 - 5 κυελιδικούς πόρους που εμφανίζουν αεροθυλάκια.

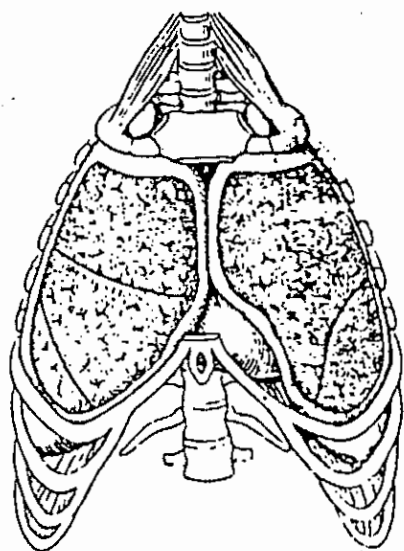
II. Ο λοβιακός κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας που ακολουθεί την πορεία του ενδολόβιου βρόγχου.

III. Οι πνευμονικές κυελίδες είναι οι τελικές διακλαδώσεις του βρογχικού δένδρου και είναι μικρές ατροφικές κοιλότητες που το τοίχωμά τους αποτελείται από συνεκτικό υπόστρωμα.

## ΥΠΕΖΩΚΟΤΑΣ (σχήμα 4)

Είνε ένας ορογόνος υμένας που περιβάλλει τους πνεύμονες. Παρουσιάζει δύο πέταλα, το περίτονο και το περισπλάχνιο. Ανάμεσα στα δύο αυτά πέταλα βρίσκεται η κοιλότητα του υπεζωκότα, που είναι σαν μια τριχοειδής σχισμή και περιέχει ελάχιστο ορώδες υγρό του οποίου η ποσότητα αυξάνει σε φλεγμονώδη καταστάσεις.

Ο υπεζωκότας αποτελείται από συνδετικό ιστό και στην ελεύθερη επιφάνειά του εμφανίζει μονόστοιβο πλακώδες επιθήλιο.



Σχήμα 4: Όρια του πνεύ-  
μονα και ο υπεζωκότας

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.

Η κύρια λειτουργία των πνευμόνων, η ανταλλαγή των αερίων συντελείται στις πνευμονικές κυελίδες, η οξυγόνωση των αερίων, επιτυγχάνεται χωρίς την χρησιμοποίηση ενέργειας.

## ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ.

Πιέσεις του υπεζωκότα.

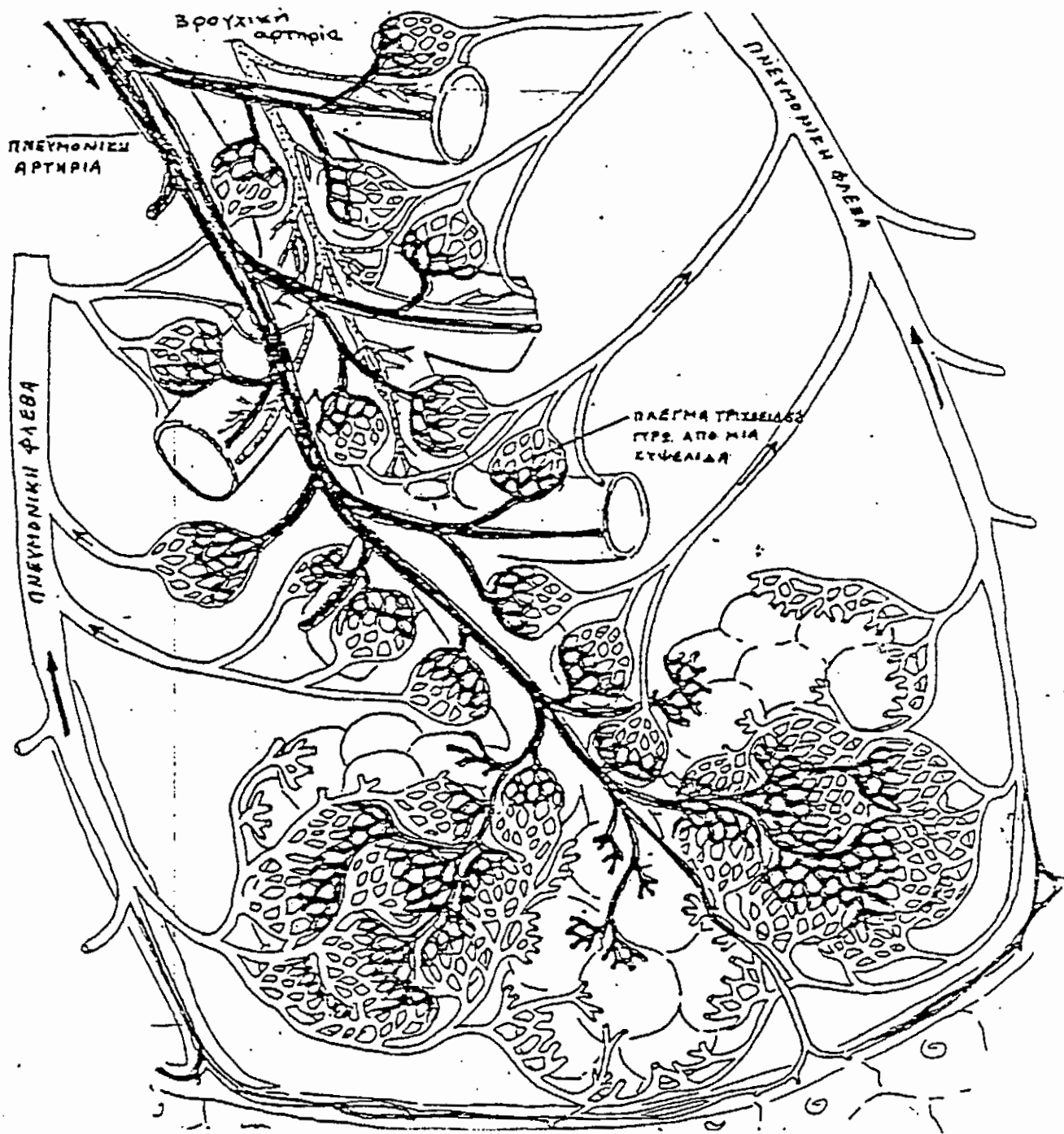
$PO_2$  ατμοσφαιρικού αέρα 149 mmHg

$PO_2$  κυελίδων 100 mmHg

$PO_2$  φλεβικού αίματος 70 mmHg

$PO_2$  αρτηριακού αίματος 98 mmHg

Φυσιολογική Αρτηριοφλεβώδης Διάφορη.



Κωσταριωίδος Αποστολίου.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ

# ΔΕΥΤΕΡΟ

## ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ.

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

Παθολογοανατομικά διακρίνεται :

- i.* Οίδημα του επιθηλίου των κυελίδων
- ii.* Στάδιο ερυθράς ηπάτωσης (αύξηση των ερυθροκυττάρων στις κυελίδες).
- iii.* Στάδιο φαιάς ηπάτωσης (αύξηση των λευκοκυττάρων στις κυελίδες)
- iv.* Στάδιο της λύσεως (ρευστοποίηση του περιεχομένου των κυελίδων)

Η ταξινόμηση των πνευμονιών μπορεί να γίνει με βάση την ανατομική έκταση της βλάβης (λοβώδης, τμηματική, βρογχοπνευμονία) με βάση την αιτιολογία (εφ' όσον είναι γνωστή).

Η πρόγνωση και η πορεία των πνευμονιών καθορίζεται κυρίως από τον αιτιολογικό παράγοντα και την γενική κατάσταση του ξενιστή (προσβαλλόμενου οργανισμού).

Στις περιπτώσεις μικροβιακού παράγοντα, η έκβαση της νόσου εξαρτάται από τη λοιμογενό δύναμη και τα άτομα που εισβάλλονται. Το πνευμονικό παρέγχυμα μικροβιακό.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.

Ο αιτιολογικός παράγοντας έγκειται στο αναπνευστικό δένδρο, από μολυσμένα σταγονίδια, η μέσω επαφής με πάσχοντα άτομα ή με φορείς της νόσου προκειμένου για μικροβιακό παράγοντα.

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

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

Δεύτερη στη σειρά συχνότητας έρχεται η σταφυλοκοκκική πνευμονία. Είναι βαριά λοίμωξη, που πρωτογενώς αφορά συχνότερα τα παιδιά, ενώ δευτερογενώς, εμφανίζεται σαν επιπλοκή ιώσεων (πτώση της άμυνας του οργανισμού).

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

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

Έρευνες που έχουν γίνει πρόσφατα, σχετικά με το ποσοστό νόσησης στους χώρους κατοικίας και του νοσοκομείου, αποκαλύπτουν τη συχνότητα νόσησης από μικροβιακό παράγοντα.

- I. Σε εξελισσόμενη μικροβιακή αιτία το 62% οφείλεται στον πνευμονιόκοκκο (αν νοσήσει) και 20% από Gram<sup>(+)</sup> μικρόβια (κλεμψιέλλα, ψευδομονάδα) και 10% από σταφυλόκοκκο.
- II. Στο νοσοκομείο, πρώτος σε συχνότητα νόσησης έρχεται ο σταφυλόκοκκος, ακολουθούν τα Gram<sup>(+)</sup> μικρόβια, ενώ την τρίτη θέση καταλαμβάνει ο πνευμονιόκοκκος.

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

Άτομα με μειωμένους αμυντικούς μηχανισμούς, από διάφορες παράγοντες όπως: βρογχικές λοιμώξεις, καταστολή του Κ.Ν.Σ., σακχαρώδης διαβήτης, καρδιακή ανεπάρκεια κ.α. εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα νόσησης από πνευμονία. Για παράδειγμα, άτομα που πάσχουν από χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα, συνήθως νοσούν από αιμόφιλο της ινφλουέντζας, πνευμονιόκοκκο και κλεμψιέλλα.

Άτομα που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά ή κυταροστατικά φάρμακα, εμφανίζουν κυρίως πνευμονία από πνευμονοκύστη *Carinii*.

Οι υπόλοιπες πνευμονίες οφειλόμενες σε άλλα αίτια, (π.χ.) κίρρωση, αλκοολισμό) δεν έχουν ιδιαίτερη επιδημιολογική λογική αξία λόγω σπανιότητάς τους.

Καλό όμως είναι για σωστό διαγνωστικό προσανατολισμό, να τεθούν υπόψη ορισμένα στοιχεία που αφορούν την εμφάνιση πνευμονιών κατά ηλικία. Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τους αιτιολογικούς παράγοντες, που είναι οι συχνότεροι κατά ηλικία :

## ΗΛΙΚΙΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ.

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

## ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

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

- ▶ Περιστατικά πνευμόνων στο περιβάλλον του ατόμου (οικογενειακό, εργασιακό).
- ▶ Κακοήθες νόσοι.
- ▶ AIDS.

## ΜΟΡΦΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΩΝ.

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

### A. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ.

- i.* Πνευμονιοκοκκική .
- ii.* Σταφυλοκοκκική
- iii.* Στρεπτοκοκκική
- iv.* Από Gram αρνητικά μικρόβια (κλεμψιέλλα, ψευδομονάδα, πρωτέας, σεράτια, εντεροβακτηριακά στελέχη, αιμόφιλος της ινφλουέντζας)
- v.* Από αιμόφυλο ινφλουέντζας.
- vi.* Από βάκιλο του Koch (φυματιώδης πνευμονία)
- vii.* Από αναερόβια βακτηριοειδή (πεπτοστρεπτόκοκκος, βακτηριοειδές, μελανινογενές, φιουσοβακτηρίδιο)

### B. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ.

- i.* Από ιο γρίπης.
- ii.* Από ιο της ιλαράς.
- iii.* Από ιο της παραινφλουέντζας.
- iv.* Από ιο της ανεμευλογιάς.
- v.* Από αδενοϊούς.
- vi.* Από ρινοϊούς.
- vii.* Από συγκυτιακούς αναπνευστικούς ιούς
- viii.* Από ιούς COXSACKIE και ECHO.



**Γ. ΜΕΙΚΤΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ.**

**Δ. ΑΤΥΠΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.**

- i.* Από μυκόπλασμα της πνευμονίας.
- ii.* Από λεγιονέλλα.
- iii.* Από ρικέτσιες (πυρετός Q).

**Ε. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΥΣΤΗ  
CARINI.**

**ΣΤ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ -  
ΜΥΚΗΤΕΣ.**

**Ζ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ.**

**Η. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΛΙΠΟΕΙΔΗ.**

**Θ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ.**

**Ι. ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.**

**Κ. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ

# ΤΡΙΤΟ

# ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΟΚΚΙΑΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ.

## ΟΡΙΣΜΟΣ.

Η πνευμονοκοκκιακή πνευμονία είναι η συχνότερη μικροβιακή πνευμονία. Εμφανίζεται σε ποσοστό 90%. Οφείλεται στον πνευμονιόκκοκο που φυσιολογικά ανευρίσκεται στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου σε ένα ποσοστό 5 %- 60% του πληθυσμού σε συνάρτηση με την εποχή του χρόνου.

Η συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες είναι 3 : 2 ενώ τα κρούσματα αυξάνονται κατά την διάρκεια του χειμώνα και κατά την αρχή της άνοιξης. Η μαύρη φυλή κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας από όλες τις φυλές.

## ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ.

- i.* Από άτομο σε άτομο με μολυσμένα σταγονίδια (ο πιο συνηθισμένος τρόπος μετάδοσης).
- ii.* Από εισρόφηση των πνευμονιόκκοκων που βρίσκονται κατά μεγάλο ποσοστό στο ανώτερο αναπνευστικό, αφού περιβληθούν με βλέννη του ρινοφάρυγγα, η οποία τους κάνει δυσπρόσβλητους από το αμυντικό σύστημα του οργανισμού.

Οι νοσούντες με Πνευμονιοκοκκική Πνευμονία δεν χρειάζεται να απομονωθούν γιατί ο κίνδυνος μετάδοσης είναι σχετικά μικρός, πρέπει όμως να τοποθετούνται μακριά από άτομα με άλλη νόσο του αναπνευστικού συστήματος ή με καρδιακά νοσήματα. "Η δυνατότητα πρόκλησης πνευμονίας είναι συνάρτηση τοξικότητας του βακτηριδίου και αντιστάσεως του ξενιστού". (Κ. Γαρδίκας)

## ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Την ανάπτυξη πνευμονίας ευνοούν επίσης: η ύπαρξη άλλων αναπνευστικών λοιμώξεων, παθήσεων, ο χρόνος αλκοολισμού, η ηπατική κίρρωση, η τραχειοστομία, η νάρκωση (λόγω μείωσης της εκκριτικής λειτουργίας των κυττάρων και καταστολή του αντανακλαστικού του βήχα) και η μείωση της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού, όπως σε περιπτώσεις δρεπανοκυτταρικής αναιμίας και νόσου του Hodgkin.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.

Η πνευμονοκοκκική πνευμονία έπεται τις πιο πολλές φορές μιας λοίμωξης των ανώτερων αναπνευστικών οδών, ή ενός απλού κρυολογήματος, ο χρόνος επώασης των οποίων ανέρχεται κατά κανόνα σε 1 - 3 ημέρες.

Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις της νόσου δεν μπορούν να περιγραφούν παρά μόνο σχηματικά να απεικονιστούν λόγω των σημερινών αντιβιώσεων.

Η νόσος εισβάλλει απότομα με ρίγος, υψηλό πυρετό, κακουχία, βήχα σε σκουρόχρωμα πτύελα και διαξιφιστικό θωρακικό πόνο (που επιτείνεται με τις αναπνευστικές κινήσεις). Επίσης παρουσιάζεται ταχύπνοια, διευρυσμένοι οι ρώθωνες της μύτης και συχνά βλάβες στο πρόσωπο από απλό έρπητα.

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

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.

Η ακτινογραφία μας δείχνει την τοπική εικόνα της πύκνωσης με λοβώδεις ή σπικτή κατανομή. Η εξέταση αίματος μας δείχνει αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων ιδιαίτερα των πολυμορφοπύρηνων, συνοδευόμενη με αυξημένη Τ.Κ.Ε. Χαρακτηριστική είναι η μετά την πνευμονία αύξηση του αριθμού των λεμφοκυττάρων και των μονοπύρηνων. Επίσης αυξημένη είναι και η Τ.Κ.Ε., καθώς επίσης και το ινοδογόνο του αίματος. Τέλος κατά την ώρα της κρίσεως παρατηρείται μεγάλη αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος.

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

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

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

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η θεραπεία, υποστηρικτική είναι σπουδαία και περιλαμβάνει παραμονή στο νοσοκομείο, ενυδάτωση, ζεκούραση και χορήγηση σε  $O_2$  και φαρμακευτική (δοσολογία και οδός χορήγησης φαρμάκων) εξαρτάται ως ένα βαθμό, από την κλινική βαρύτητα της νόσου, την παρουσία μη ευνοϊκών προγνωστικών φυσικών σημείων και από την παρουσία επιπλοκών.

1. **Φαρμακευτική** : Η πενικιλίνη αποτελεί το φάρμακο εκλογής. Σε ασθενείς με εξακριβωμένη ευαισθησία στην πενικιλίνη,

χορηγούνται εναλλακτικά τετρακυκλίνες, ερυθρομυκίνη, λινκομυκίνη. Αν και η χρήση σουλφοναμίδων έχει ξεπεραστεί, γιατί η θεραπευτική της απάντηση είναι βραδύτερη απ' αυτήν της πενικιλίνης, σε πολλές περιπτώσεις πνευμονοκοκκιακής πνευμονίας, αποτελούν την κατάλληλη (αν όχι άριστη) θεραπεία.

## II. Γενική υποστηρικτική θεραπεία:

1. Αερισμός των πνευμόνων και οξυγόνωση.
2. Αντιμετώπιση πνευμονικού οιδήματος.
3. Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών
4. Αντιμετώπιση βήχα και πλευριτικού άλγους
5. Αντιμετώπιση συμφορητικής ανεπάρκειας και καρδιακών αρρυθμιών.

## ΠΡΟΓΝΩΣΗ.

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

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

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.

- I. Εμπύημα.

- ii.* Ενδοκαρδίτιδα και μηνιγγίτιδα.
- iii.* Πιο σπάνια, πνευμονοκοκκική αρθρίτιδα και πνευμονικό απόστημα.
- iv.* Περιτονίτιδα.
- v.* Σηψαιμία.

## **ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ.**

Οφείλεται στο χρυσίζον σταφυλόκοκκο, ο οποίος αποτελεί μέρος της φυσιολογικής μικροβιακής χλωρίδος του ανθρώπου. Το 20-40% κατά προσέγγιση των φυσιολογικών ενηλίκων φέρουν τον μικροοργανισμό στη ρινική κοιλότητα. Παρ'όλα αυτά ορισμένες ομάδες ατόμων εμφανίζουν αυξημένο ποσοστό μικροβιοφορίας όπως π.χ. οι διαβητικοί, οι ναρκομανείς, οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, και τέλος οι υποβαλλόμενοι σε αιμοδιάλυση.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι τα βρέφη κάτω των 6 μηνών εμφανίζουν τις περισσότερες περιπτώσεις σταφυλοκοκκικής πνευμονίας της παιδικής ηλικίας. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να σχετίζεται με την μεγαλύτερη συχνότητα μικροβιακού αποικισμού των αναπνευστικών οδών στα νεογνά, ιδίως κατά την διάρκεια επιδημιών στις παιδιατρικές κλινικές.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.**

Συνήθως υπάρχει ιστορικό ελαφριάς νόσου με κεφαλαλγία, βήχα και γενικευμένους πόνους. Αιφνιδιαστικά εξελίσσεται σε βαριά νόσο και χαρακτηρίζεται από κεφαλαλγία, ρίγος, υψηλό πυρετό, (άτυπο ή κορεσμό ή συνεχή), βήχα έντονο (με βλεννοπυώδη ή και αιματηρή απόχρεμψη), βαριά κυάνωση και πλευροδυνία.

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ.**

Η ακτινογραφία δείχνει πνευμονική πύκνωση, πολλά σταφυλοκοκκιακά αποστήματα, εμπύημα και πνευμοθώρακα. Η διάγνωση είναι θετική για σταφυλοκοκκική πνευμονία, αν η



ακτινολογική εξέταση δείξει πνοπνευμονοδώρακα και κοιλότπτες γεμάτες υγρό και αέρα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με καλλιέργεια πτυέλων, πλευριτικού υγρού και αίματος. Συνήθως υπάρχει και λευκοκυττάρωση.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ.**

Αντιμικροβιακά φάρμακα όπως αμπικιλλίνη, οξακυλλίνη, βανκομυκίνη κ.α. Αν αποδειχτεί πως ο σταφυλόκοκκος είναι ευαίσθητος στην πενικιλίνη, τότε μπορεί να χορηγηθεί και αυτή.

### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ.**

Ποικίλλει ανάλογα με την ευπάθεια του αιτιογόνου μικροοργανισμού βαριάς πρόγνωσης από τα ευρήματα στο φάρμακο και την κατάσταση του ασθενούς.

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.**

- i.* Εμπύημα.
- ii.* Πνευμονοδώρακας.
- iii.* Πνευμονικό απόστημα.

## ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ.

### ΑΙΤΙΟ.

Οφείλεται στον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο. Σπάνια, προσβάλλει κυρίως άτομα (παιδιά ή ηλικιωμένους) μετά από γρίπη ή ιλαρά ή τους πάσχοντες από χρόνια βρογχοπνευμονιοπάθεια.

Στους ενήλικες εμφανίζεται υπό την μορφή επιδημικών εξάρσεων στους στρατιωτικούς καταυλισμούς. Πριν την χρήση των αντιβιοτικών το 5% των περιπτώσεων οξείας πνευμονίας, οφείλονται στους β-αιμολυτικούς στρεπτόκοκκους της ομάδας A κατά Lancefield και όπως συνέβαινε και στην πνευμονία εκ χρυσίζοντος σταφυλόκοκκου η θνησιμότης της ήταν αρκετά υψηλή.

Σήμερα όμως όπως προαναφέραμε εμφανίζεται σπανίως.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.

Εισβάλλει αιφνιδίως με ρίγος, πυρετό, διανοητική σύγχυση, λήθαργο, κυάνωση και βήχα με βλεννοπυώδη ή πυώδη πτύελα.

Εμφανίζει εικόνα βαριάς τοξικής κατάστασης.

Εμπύημα του θώρακος έχει περιγραφεί σε ποσοστό 66 - 86% των ενηλίκων και κατά 100% στα παιδιά.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Ακτινολογική εξέταση, εξέταση πτυέλων και πλευριτικού υγρού που κάνει αισθητή την παρουσία του στρεπτόκοκκου σε μεγάλο ποσοστό καθώς και καλλιέργεια αίματος, η οποία βρίσκεται θετική σε ποσοστό 2 - 12% των περιπτώσεων. Μικρό ποσοστό επίσης μπορεί να

εμφανίσει κεραυνοβόλο πορφύρα, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει ένα ποσοστό ασθενών σε θάνατο.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ.

Αντιμικροβιακά φάρμακα και αντιμετώπιση επιπλοκών.  
Πενικιλίνη.

Εάν η θεραπεία αρχίσει νωρίς, η πρόγνωση είναι καλή. Συνίσταται κυρίως πενικιλίνη εκτός από ασθενείς οι οποίοι είναι αλλεργικοί στην πενικιλίνη οπότε χρησιμοποιείται ερυθρομυκίνη, κυκλοσφαρίνη, μακρολίδη.

Η δοσολογία είναι ανάλογη με την βαρύτητα της νόσου.

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- i.* Πλευρίτιδα.
- ii.* Εμπύημα.
- iii.* Απόστημα.
- iv.* Σπειραματονεφρίτιδα.
- v.* Ενδοκαρδίτιδα.

## ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ.

### ΑΙΤΙΟ

Σε σειρά συχνότητας οι αρνητικοί βάκιλοι που καλύπτουν το μικροβιακό φάσμα της πνευμονίας στους αρρώστους είναι κυρίως : Κλεμπσιέλλα, η γευδομονόδα, το κολοβακτηρίδιο, ο πρωτέας, η σεράττια και σπανιότερα το εντεροβακτηριακά στελέχη και ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας.

Αυτά ενώ σαπροφυτούν στον αναπνευστικό σωλήνα η το έντερο, μπορεί να προκαλέσουν οξείες πνευμονικές λοιμώξεις κυρίως σε άτομα με μειωμένους αμυντικούς μηχανισμούς με ιστορικό αλκοολισμού, υποσιτισμού, με χρόνια πνευμονική ή καρδιακή νόσο, ή σε ασθενείς που νοσηλεύονται και στους οποίους εφαρμόζεται θεραπεία με εισπνοές ή με τραχειακή αναρρόφηση και που έχουν λάβει αντιβιοτικά φάρμακα.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Πρασινόχροα πτύελα, βραδυκαρδία, υψηλός πυρετός το πρωί με πτώση το απόγευμα (κυρίως στην γευδομοναδική πνευμονία), βλεννώδους ή κολλώδους σύστασης, που αποβάλλονται δύσκολα.

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

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κυρίως από τα επιχρίσματα πτυέλων όπου έχουμε την ανεύρεση αρνητικών κατά Gram βακτηριδίων.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αντιμικροβιακά φάρμακα κυρίως συνδυασμός κεφαλοσπορίνης - αμυνογλυκοσίδης - καρμπενικιλίνης.

Στην υποστηρικτική θεραπεία εφαρμόζονται τα μέτρα που έχουν αναφερθεί και στην πνευμονοκοκκική πνευμονία.

## ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση πρέπει να είναι επικυλακτική γιατί η νόσος μπορεί να εισβάλλει κεραυνοβόλα και να οδηγήσει γρήγορα σε μοιραία έκβαση.

Αυτό δικαιολογεί και το γεγονός ότι πρέπει να εφαρμόζουμε μια «επιθετική» θεραπεία έγκαιρα γιατί ακόμα και με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή η θνησιμότητα μπορεί να φτάσει και το 30%.

## **ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΙΜΟΦΙΛΟ ΤΗΣ ΙΝΦΛΟΥΕΝΤΖΑΣ.**

### **ΑΙΤΙΟ**

Ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας. Αποτελεί σπάνια μορφή πρωτογενούς μικροβιακής πνευμονίας στον ενήλικα. Παρατηρήθηκε σε περιπτώσεις καρδιακής νόσου, υπογαμασφαιριναιμίας και χρόνιας πνευμονικής νόσου.

Αν και η πνευμονία από influenza μπορεί να παρατηρηθεί σε υγιείς νέους ενήλικους, τυπικά αφορά ασθενείς άνω των 50 ετών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή αλκοολισμό.

Η έναρξη μπορεί να είναι απότομη, αλλά συχνότερα είναι βαθμιαία.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Τα κύρια ενοχλήματα είναι πυρετός, παραγωγικός βήχας, ρίγος, δύσπνοια και πλευριτικό θωρακικό άλγος. Συνήθης είναι η ουδετερόφιλη λευκοκυττάρωση. Τα επιχρίσματα πτυέλων εμφανίζουν άφθονα ουδετερόφιλα και πολλούς ποικιλόμορφους μικροοργανισμούς αρνητικούς κατά Gram από κόκκους μέχρι βακίλους ποικίλων μεγεθών, που συχνά εμφανίζονται ιδιαίτερα πολυάριθμοι στο κυτταρόπλασμα των λευκοκυττάρων οι βάκιλοι είναι λεπτοί, αντίθετα προς τα παχιά εντεροβακτηρίδια. Η ακτινογραφία θώρακα συνήθως αποκαλύπτει διάχυτη βρογχοπνευμονία, συχνά αμφίπλευρη, αν και κάποτε παρατηρείται πύκνωση των αεροχώρων. Συχνή είναι η ταχεία ανάπτυξη πλευριτικών εξιδρωμάτων, ενώ σπανίζει η αποστηματοποίηση του πνεύμονα.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Από την καλλιέργεια αίματος και πτυέλων.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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

---

# ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΒΑΚΙΛΟ ΤΟΥ ΚΟΧ

## (φυματιώδης πνευμονία)

### ΑΙΤΙΟ

Ο βάκιλος του Koch.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Εντοπίζεται σε κάποιο λοβό είτε μπορεί να εμφανιστεί και με την μορφή βρογχοπνευμονίας.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ανεύρεση των βακτηριδίων της φυματίωσης στα πτύελα.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εφαρμόζεται η πλέον γνωστή αντιφυματική θεραπεία η οποία περιλαμβάνει στρεπτομυκίνη, ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, εδαμβουτόλη, πυραζιναμίδη.

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ανθεκτικότητα TBC συνήδως σήμερα

Σήμερα υπάρχει αναζωπύρωση της νόσου λόγω AIDS.



## **ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΝΑΕΡΟΒΙΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ.**

### **ΑΙΤΙΟ**

Τα αναερόβια βακτήρια προκαλούν πνευμονίες και εμφανίζονται σαν επιπλοκές λοιμώξεων της κοιλιάς ή της πνέλου, ιδιαίτερα σε ασθενής με χρόνια πνευμονική νόσο ή σε ασθενείς χρόνια κλινήρης με μειωμένο επίπεδο συνειδήσεως και κακή στοματική υγιεινή ή αλκοολικούς με ιστορικό εμετών, μειωμένη άμυνα γεύσης.

Ο αναερόβιος πεπτοστρεπτόκοκκος, το βακτηριοειδές το μελανινογενές και το φρουσοβακτηρίδιο είναι οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που ευθύνονται στις περισσότερες περιπτώσεις .

Σε ποσοστό 15% οι αναερόβιες πνευμονίες οφείλονται στο βακτηριοειδές το εύδραστο (Fragilis).

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.**

Κύριο χαρακτηριστικό τα πλευριτικά εξιδρώματα και το εμπύημα, που αναπτύσσονται νωρίς.

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση στηρίζεται στην κακοσμία του εμπυήματος και την διαπίστωση της παρουσίας πλειόμορφων, αρνητικών κατά Gram βακτηριδίων.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Διάνοιξη και παροχέτευση του εμπυήματος ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής καλύπτεται εντατικά με πενικιλίνη, κεφαλοσπορίνες, χλωρανφαινικόλη, μετρονιδαζόλη ή κλινταμυκίνη.

Η λήψη - καλλιέργεια πρέπει να γίνεται κάτω από αναερόβιες συνθήκες.

# ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ.

## 1. ΑΠΟ ΙΟ ΓΡΙΠΗΣ

### ΑΙΤΙΟ

Ο ιός της ανθρωπίνης γρίπης (διακρίνεται σε τρεις ομάδες Α,Β, και C ) Η πνευμονία από αυτόν το ιό, προέρχεται μόνο σαν επιπλοκή της γρίπης, συνήθως μετά την τρίτη μέρα.

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

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Παρουσιάζει βαριά γενική κατάσταση, πυρετό, βήχα με ή χωρίς απόχρεμψη, μυαλγίες, κεφαλαλγία και καμιά φορά αιμόπτυση.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αποδεικνύεται θετική μόνο με την απομόνωση του ιού, ενώ σε περιπτώσεις επιδημίας, οδιαγνωστικός προσανατολισμός, βοηθάει να τεθεί η διάγνωση πιο εύκολα.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ενδύκνεται τα αντιβιοτικά ευρέου φάσματος, που χρησιμοποιούνται κυρίως κατά των μικροβιακών επιμολύνσεων. Η

αμανταδίνη χρησιμοποιείται για γρίπη τύπου Α, με δραστηριότητα 65 - 80% αν δοθεί έγκαιρα.

## **ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Σχετικά καλή πρόγνωση, αλλά σε καρδιοπαθείς και βρογχοπνευμονοπαθείς, η πρόγνωση είναι βαρύτερη.

## 2. ΑΠΟ ΙΟ ΤΗΣ ΙΛΑΡΑΣ

### ΑΙΤΙΟ

Ο ιός της ιλαράς προκαλεί κυρίως πνευμονία σε ενηλίκους κυρίως σε νεοσύλλεκτους που μπορεί να αρχίσει μόλις πριν, συγχρόνως ή μετά το δερματικό εξάνθημα.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κυρίως πυρετό, βήχα και απόχρεμνη που εμφανίζεται κατά την διαδρομή ή αποδρομή της ιλαράς

Η ακτινογραφία θώρακα δείχνει κατά τόπους πύκνωση γενικά στα κατώτερα πνευμονικά πεδία.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γίνεται με απομόνωση του ιού.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις περιπτώσεις επιμόλυνσης χορηγούνται ως θεραπευτικοί αγωγοί αντιβιοτικά. Βαριά κλινική εικόνα. Έγκαιρη χορήγηση O<sub>2</sub>

## 3. ΑΠΟ ΙΟ ΤΗΣ ΠΑΡΑΙΝΦΛΟΥΕΝΤΖΑΣ

### ΑΙΤΙΟ

Ο ιός της παραινφλουέντζας. Προσβάλλει συνήθως βρέφη ή τα μικρά παιδιά. Μπορεί να προκαλέσει από λοιμώξεις του ανωτέρου

αναπνευστικού μέχρι και τραχειοβρογχίτιδα, η οποία μπορεί να εξελιχτεί σε πνευμονία ή βρογχοπνευμονία.

## **4. ΑΠΟ ΙΟ ΤΗΣ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ**

### **ΑΙΤΙΟ**

Ο ιός της ανεμευλογιάς. Προσβάλλει και τα δύο φύλλα και κυρίως την παιδική ηλικία.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Τυπικά εισβάλλει 2 - 3 ημέρες μετά την εμφάνιση του φυσαλλιδώδους εξανθήματος. Κύρια συμπτώματα ελαφρύς πυρετός και η σύγχρονη εμφάνιση εξανθήματος σχεδόν σε όλα τα σημεία του σώματος, ενώ μπορεί να επακολουθήσει βήχας, δύσπνοια, αιμόπτυση και πλευριτικό, θωρακικό άλγος. Η ακτινογραφία θώρακα δείχνει κατά τόπους πύκνωση με μεγάλους όζους.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Τίποτα συγκεκριμένο ανάγεται κυρίως στη χορήγηση αντιπυρετικών, αντιβιοτικών, αντισταμινικών για την φαγούρα και γ-σφαιρίνη.

### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Η νόσος είναι βαρύτερη στους ενήλικες. χρήζει όμως ιδιαίτερη προσοχής γιατί η διάδοση της είναι γρήγορη και υπάρχει κίνδυνος επιδημικών εξάγεων κατά την Άνοιξη και το Χειμώνα.

## **5. ΑΠΟ ΑΔΕΝΟΙΟΥΣ**

Εμφανίζεται κυρίως το Χειμώνα με μορφή επιδημίας και αποτελεί τη συχνότερη αιτία των ιογενών νόσων του αναπνευστικού.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Κύρια γνωρίσματα είναι ο πυρετός, βήχας, βράγχος φωνής, πόνος στο θώρακα, ρινίτιδα, φαρυγγίτιδα και επιπεφυκίτιδα. Συνήθως απαντάτε σε ελαφριά μορφή. Η ακτινογραφία θώρακος δείχνει κατά τόπους πύκνωση γενικά στα κατώτερα πνευμονικά πεδία.

Η εξέταση αίματος δείχνει τα λευκά φυσιολογικά ή ελαφρώς αυξημένα ενώ κατά την ακρόαση ανευρίσκονται ρόγχοι υγροί ή ξηροί.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Συμπτωματική.

## **6. ΑΠΟ ΡΙΝΟΙΟΥΣ**

Προκαλούν κυρίως φράξιμο στη μύτη καταρροή, φαρυγγίτιδα και κακουχία. Είναι κυρίως υπεύθυνα για το κοινό κρυολόγημα και αρκετές φορές είναι υπαίτιοι για τις εξάρσεις των συμπτωμάτων του αναπνευστικού σε άτομα με χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

## **7. ΑΠΟ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΥΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥΣ ΙΟΥΣ.**

Μπορεί να προκαλέσουν λοιμώξεις του αναπνευστικού σε όλες τις ηλικίες, κυρίως βρογχίτιδα στην βρεφική ηλικία και πνευμονία στην νηπιακή ηλικία

## **8. ΑΠΟ ΙΟΥΣ COXSACKIE ΚΑΙ ECHO.**

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



## **ΜΕΙΚΤΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ**

Με τον όρο μεικτές πνευμονίες εννοούμε τις πνευμονίες εκείνες στις οποίες κατά την καλλιέργεια και ανάγνωση του επιχρίσματος των πτυέλων στο μικροσκόπιο γίνεται φανερή η παρουσία διαφόρων μικροοργανισμών, που κανένας από μόνος του δεν μπορεί να θεωρηθεί ξεκάθαρα σαν ο αιτιολογικός παράγοντας.

Οι μεικτές πνευμονίες γίνονται αισθητές ως κοινές επιπλοκές χρόνιων πνευμονικών νόσων όπως βρογχεκτασία και εμφύσημα ή ως συνήθεις επιπλοκές σε χειρουργημένους ή τραυματίες ή σε άλλες διάφορες χρόνιες παθήσεις. Προσβάλλονται κυρίως ηλικιωμένα άτομα και ασθενείς που κάνουν χρήση ανοσοκατασταλτικών. Σπανιότερα εμφανίζονται σαν επιπλοκή γρίπης ή ιλαράς.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Εισβολή συνήθως ύπουλη, με χαμηλό πυρετό, ακανόνιστο βήχα που επιδεινώνεται, πυώδη κιτρινωπή ή πράσινη απόχρεμψη και δύσπνοια που οδηγεί μερικές φορές σε κυάνωση.

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Παρουσία μεικτής μικροβιακής χλωρίδας που συχνά περιλαμβάνει και αναερόβια μικρόβια ανακαλύπτονται από τα επιχρίσματα και της καλλιέργειες πτυέλων. Η ακτινογραφία θώρακος παρουσιάζει συχνά πυκνές διάσπαρτες και ακανόνιστες σκιάσεις. Σπανιότερα εμφανίζεται και απόστημα.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καθαρισμός των αεροφόρων οδών, διόρθωση της υποζείας. Όταν ο παθογόνος μικροοργανισμός δεν γίνεται φανερός με την χορήγηση μιας κεφαλοσπορίνης. Ανάλογα με τα περαιτέρω κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα η αγωγή διαμορφώνεται ανάλογα.

## ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Είναι ανάλογη της φύσης της βαρύτητας της νόσου και ποικίλει ανάλογα με τον παθογόνο μικροοργανισμό που ανευρίσκετε κάθε φορά.

## ΑΤΥΠΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν περιπτώσεις πνευμονίας οι οποίες οφείλονται σε γνωστά μεν αλλά σπανίως απαντώμενα παθογόνα αίτια ή περιπτώσεις πνευμονίας καμιάς γνωστής αιτιολογίας. Τα σπουδαιότερα αίτια άτυπου πνευμονίας είναι: μυκόπλασμα της πνευμονίας, είδη λογιονέλλας, το χλαμύδιο της γιπτακώσεως και η ρικετσιαν burnetti (το αίτιο του πυρετού Q).

Χαρακτηριστικό της πνευμονίας αυτής είναι η ασυμφωνία των κλινικών αντικειμενικών ευρημάτων που είναι φτωχά με την ακτινολογική εικόνα των πνευμόνων. Η ακτινογραφία θώρακος παρουσιάζει διήθηση με ακτινωτή διάταξη από τις πύλες και συχνά με μεταναστευτικό χαρακτήρα.

Συχνά εμφανίζεται σε νεαρά άτομα. Βάση της θεραπείας τα αντιβιοτικά που δρουν στο κυτταρικό πρωτόπλασμα (π.χ τετρακυκλίνες).

### 1. ΑΠΟ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ

Το μυκόπλασμα της πνευμονίας αποτελεί σήμερα σημαντικό αίτιο πνευμονίας σ' οποιαδήποτε ηλικία. Αποτελεί σημαντικό παθογόνο παράγοντα της αναπνευστικής οδού που εμφανίζεται με επιδημίες φθινοπωρινούς και χειμερινούς μήνες.

Συχνά αποτελεί διαγνωστικό πρόβλημα ιδίως σε νεαρά άτομα τα οποία και προσβάλλει σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Κυρίως εξαπλώνεται ενδοοικογενειακά, αλλά και σε κλειστούς πληθυσμούς, όπως σε στρατώνες και σχολεία.

Η λοίμωξη επεκτείνεται σιγά - σιγά από τα παιδιά προς τους ενήλικες, με κύριες εκδηλώσεις: Ξηρό βήχα που επιτείνεται πυρετό

ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, λιγοστά πτύελα που μπορούν να μετατραπούν και σε βλενοπυώδη ή με αιματηρές γραμμώσεις. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται πολύ πριν (περίπου μιά εβδομάδα) εμφανιστούν ακτινολογικά σημεία πνευμονικής πυκνώσεως, η οποία εμφανίζεται κυρίως στους κάτω λοβούς του πνεύμονα και είναι μονόπλευρη.

Πλευριτικό υγρό αναπτύσσεται σε ποσοστό 20% των περιπτώσεων.

Η θετικοποίηση των γυχροσυγκολλιτίνων, που αρχίζει την 5<sup>η</sup>-6<sup>η</sup> ημέρα της νόσου, σε συνδυασμό με την ακτινολογική και κλινική εικόνα είναι τα κύρια διαγνωστικά στοιχεία της μικοπλασματικής πνευμονίας.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Το αντιμικροβιακό εκλογής θεωρείται η ερυθρομυκίνη η οποία χορηγείται σε δόσεις 500mg κάθε 6 ώρες για 10 ημέρες. Η αντιμικροβιακή θεραπεία βραχύνει το χρόνο νοσήσεως και ανακουφίζει τον άρρωστο συμπτωματικά. ουσιαστικά όμως δεν εκριζώνει το μικόπλασμα από το αναπνευστικό σύστημα με αποτέλεσμα οι άρρωστοι που παίρνουν αντιμικροβιακή θεραπεία να μεταδίδουν την νόσο.

Χορηγείται συνήθως τριμμοτρίμη σολφαμεδοξανόλη, αναδιχθείσης κλινικής εικόνας και αιτιολογικού παράγοντα.

## 2. ΑΠΟ ΛΕΓΙΟΝΕΛΛΑ (Νόσος των λεγεωνάριων)

Τον Ιούλιο του 1976, 600 περίπου άτομα που παρακολούθησαν το επίσιο συνέδριο της Αμερικανικής λεγεώνας στη Φιλαδέλφεια των Η.Π.Α. προσβλήθηκαν από αγνώστου αιτιολογίας νόσο στην οποία δόθηκε η επωνυμία νόσος των λεγεωνάριων.

Σήμερα, ύστερα από τρία χρόνια εντατικής έρευνας, έχει αποδειχτεί ότι η νόσος προκαλεί οξεία φλεγμονή του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος «Πνευμονία» που οφείλεται στο Gram αρνητικό βάκιλλο *Legionella Pneumophila*.

Τα τελευταία χρόνια η «νόσος των λεγεωνάριων» έχει δημιουργήσει πολύ θόρυβο λόγω της μεγάλης θνητότητας που έχει, αλλά και λόγω των ιδιαίτερων επιδημιολογικών και θεραπευτικών χαρακτηριστικών.

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

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η περίοδος επώασης διαρκεί 2-10 ημέρες και χαρακτηρίζεται κυρίως από την εμφάνιση διάχυτων μυαλγιών, κεφαλαλγίας και γενικής κακουχίας. Συχνά επίσης παρατηρείται ναυτία, εμετός, διάρροια, υψηλός πυρετός συνεχής με ρίγη ενώ κατά την εξέλιξη της προστίθεται ξηρός βήχας και μαζί με τα σημεία πύκνωσης, δύσπνοια και υποξία.

Τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα είναι λευκοκυττάρωση, υψηλή Τ.Κ.Ε., ελαφρά αύξηση των τρανσαμινασών, της L.D.H., της αλκαλικής φωσφατάσης και της χολερυθρίνης.

Επίσης έχει παρατηρηθεί υπονατριαμία και κυρίως τις πρώτες ημέρες της νόσου υποφωσφαταιμία.

## **ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Το 70% των αρρώστων παρουσιάζουν αρχικά ετερόπλευρη πνευμονική διήθηση, εντοπισμένη στην περιφέρεια ή στο κέντρο του πνευμονικού πεδίου, ή διάχυτες βροχοπνευμονικές πυκνώσεις. Παρουσία πλευριτικού υγρού παρατηρείται σε ποσοστό 15% - 40%. Αποστηματικές κοιλότητες δεν παρουσιάζονται στην νόσο των λεγεωνάριων.

## **ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΤΥΕΛΩΝ**

Μικροσκοπική κατά Gram εξέταση των πτυέλων αποκαλύπτει άφθονα πυοσφαίρια και πολύ σπάνια την παρουσία Gram αρνητικών βακίλων. Καλλιέργειες πτυέλων είναι αρνητικές.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η νόσος πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση πνευμονικών πυκνώσεων που παρουσιάζονται με ακτινολογική εικόνα βρογχοπνευμονίας με ταχεία εξέλιξη σε λοβώδη ή πολυλοβώδη πύκνωση.

Η απουσία βακτηριδίων στη μικροσκοπική κατά Gram εξέταση πτυέλων, υποδηλώνει είτε ιογενή πνευμονία ή νόσο των λεγεωνάριων όταν υπάρχει συμβατή κλινική εικόνα.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία εκλογής είναι η ερυθρομυκίνη που χορηγείται σε μεγάλες δόσεις. Η έναρξη της θεραπείας πρέπει να είναι έγκαιρη και κατ' ανάγκη βασίζεται σε επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα. η χορήγηση τριδρομυκίνης είναι αναγκαία για χρονικό διάστημα 3 εβδομάδων και η ανταπόκριση στη θεραπεία παρατηρείται σε 24 - 48 ώρες. άλλο φάρμακο εξαιρετικά δραστικό είναι η ριφαμπικίνη, όπου κύρια ένδειξη της χορηγήσεως της (μόνη ή σε συνδυασμό) είναι η μη ανταπόκριση του άρρωστου στη θεραπεία με ερυθρομυκίνη. η τετρακυκλίνη τέλος είναι λιγότερο δραστική από την τριδρομυκίνη εναντίον της λεγιονέλλας. Η θνητότητα τέλος από την νόσο ανέρχεται σε ποσοστό 15%.

### **3. ΑΠΟ ΡΙΚΕΤΣΙΕΣ (πυρετός Q)**

Από τις ρικέτσιες ή Burnettii, που προκαλεί τον πυρετό Q σχετικά με τη δημιουργία αναπνευστικής λοίμωξης. Μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω του αναπνευστικού, από τα αγελαδοειδή και τα κατοικίδια, από εισπνοή μολυσμένης σκόνης, από επαφή με κόπρανα ή από μολυσμένες τροφές.

Η νόσος είναι γνωστή και σαν «πυρετός του ολύμπου» στη χώρα μας.

#### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η επώαση διαρκεί 2 - 3 εβδομάδες, η έναρξη δε της νόσου είναι συνήθως απότομος και εκδηλώνεται με ανορεξία, αίσθημα κακουχίας, φρίκια, κόπωση. Η θερμοκρασία ανέρχεται σε 39 - 40 C° και σε αυτό το επίπεδο διατηρείται για λίγες ημέρες στις ελαφρές περιπτώσεις, και στις δύο εβδομάδες σε βαρύτερες μορφές. Ο σφυγμός είναι συχνός και οι βολβοί των οφθαλμών επώδυνοι, εμφανίζεται δε και φωτοφοβία. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει και έντονος αλλά παροδικός πόνος στα πλευρά. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδος συνήθως προστίθεται και έντονος βήχας με πόνο στο στέρνο, μερικές φορές δε και πτύελα ελαφρώς αιμόφυρτα. Μερικές φορές υπάρχει σπληνομεγαλία. Η νόσος συνήθως καταλήγει σε τάση.

#### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Στηρίζεται στην απομόνωση του παθογόνου αιτίου.



## **ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Συνήθως είναι καλή.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Θεραπευτικά χορηγούνται τετρακυκλίνες, χλωραμφαινικόλη και ακολουθεί συμπτωματική αγωγή.

## **ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ**

Συνίσταται στο βρασμό του γάλακτος και στην αποφυγή της επαφής με ασθενή.

## **ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΥΣΤΗ CARINI**

Παρασιτική λοίμωξη που παρατηρείται κυρίως σε εξασθενημένα παιδιά ή σε ενήλικες με ανοσολογική καταστολή. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με AIDS (βαριά ανοσολογική ανεπάρκεια) υπήρξε από τις κύριες ευκαιριακές λοιμώξεις. Στο 90% των περιπτώσεων προσβάλλει αρρώστους με λέμφωμα, λευχαιμία ή μεταμοσχευμένο όργανο (π.χ. νεφρός).

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Το κύριο χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η εμφάνιση έντονης δύσπνοιας (90%) που συνοδεύεται από πυρετό (66%) και χαρακτηριστικά ξηρό βήχα (47%).

Αιμόπτυση, νυχτερινοί ιδρώτες και πλευριτικός πόνος σπάνια αναφέρονται. Η διάγνωση γίνεται με βιοψία του πνεύμονα και την ανεύρεση τυπικών κύστεων της πνευμονοκύστης Carini σε επιχρίσματα πνευμονικού ιστού, που χρωματίζονται με ειδική χρώση (βρογχοσκόπηση, λήψη BAL και έγχυμα βρόγχων)

Η ακτινογραφία θώρακος παρουσιάζει πνευμονική πύκνωση η οποία εντοπίζεται στις πύλες, συνήθως αμφοτερόπλευρα και έχει κοκκώδη ή δικτυώδη υφή. Αυτό στην αρχή της νόσου συμβαίνει, ενώ με την πρόοδο της νόσου αναπτύσσονται διάσπαρτες πνευμονικές διηθήσεις αμφοτερόπλευρες, που χαρακτηριστικά δίνουν την εικόνα πεταλούδας.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο συνδυασμός τριμεθοπρίμης - σουλφαμεθοξαζόλης θεωρείται σήμερα εξαιρετικά δραστικός για την θεραπεία της πνευμονίας αυτού του είδους και έχει θετική ανταπόκριση, αν η θεραπεία είναι έγκαιρη. Επίσης το ίδιο φάρμακο χορηγείται προφυλακτικά κατά τη διάρκεια αναστολογικής καταστολής, με καλά αποτελέσματα.

Η κλασική θεραπεία της νόσου με πενταμιδίνη είναι επίσης αποτελεσματικό όταν αρχίσει έγκαιρα. Το κύριο μειονέκτημά της είναι η σχετικά συχνή (50% των αρρώστων) εμφάνιση τοξικών παρενεργειών με σοβαρότερη από όλες την νεφρική ανεπάρκεια.

# ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ - ΜΥΚΗΤΕΣ

## 1. ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ

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

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

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

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τετρακυκλίνες, λωραμφαινικόλη ή πενικιλίνη.

## ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σχετικά καλή. Το ποσοστό θνητότητας της νόσου κυμαίνεται στο 15%.

## 2. ΑΠΟ ΜΥΚΗΤΕΣ

Οι μύκητες είναι μικροοργανισμοί που σαπροφυτούν στη μικροβιακή χλωρίδα του οργανισμού και φυσικά της αναπνευστικής οδού.

Οι πιο γνωστοί μύκητες είναι η Candida, ο ασπιέργιλος, το ιστόπλασμα, ο κρυπτόκοκκος, ενώ από τους υπόλοιπους, ελάχιστοι είναι παθογόνοι για τον άνθρωπο.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα των μυκητιάσεων προσεγγίζει αυτή των άλλων πνευμονοπαθειών.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση τίθεται δετική με την ανεύρεση του υπεύθυνου μύκητα στα πτύελα ή στις βρογχικές εκκρίσεις του αρρώστου. Επειδή όμως υπάρχει η περίπτωση εργαστηριακής μόλυνσης της καλλιέργειας, οπότε η απομόνωση του μύκητα δεν είναι σαφής

απόδειξη ότι είναι ο παθογόνος, η καλλιέργεια πρέπει να επαναλαμβάνεται.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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

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

---

# ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ

## ΑΙΤΙΟ

Εισρόφηση γαστρικού υγρού, εκκρίσεων της αναπνευστικής οδού, τροφών εμεσμάτων, άλλου υλικού, στερεής ή υγρής μορφής αλλά πολύ μικρού μεγέθους.

## ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ιδιαίτερα βαρύς τύπος πνευμονίας που συχνά εμφανίζει υψηλή θνητότητα.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Παρουσία πνευμονικού οιδήματος και βρογχοσπασμό, βήχας, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, κυάνωση είναι μερικά από τα συμπτώματα της πνευμονίας από εισρόφηση.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γίνεται από το ιστορικό και από καλλιέργεια πτυέλων όπου ανευρίσκετε ποικιλία μικροβίων.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αναρρόφηση του υλικού αν και δεν επιτυγχάνεται η πλήρης απομάκρυνσή του. Χορήγηση κορτικοστεροειδών για μείωση της φλεγμονής, χορήγηση αντιμικροβιακών στην περίπτωση που η

πνευμονία εμπεριέχει μικροβιακή συνιστώσα και υποβοηθήσει της αναπνοής με τη χορήγηση οξυγόνου.



## ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΛΙΠΟΕΙΔΗ

### ΑΙΤΙΟ

Εισρόφηση ουσιών ελαιώδους προελεύσεως δεν παρουσιάζει φλεγμονή και οφείλεται στην παραμονή ζωικού, φυτικού ή ορυκτού ελαίου στους πνεύμονες.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κυρίως βήχα, πυρετό και εφίδρωση νυχτερινή.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το ιστορικό που δείχνει συνήθως χρήση παραφινέλαιου, αλοιφών ή άλλων ελαιωδών ρινικών σταγόνων. Μικρές και μεγάλες πυκνές οζώδεις σκιάσεις είναι η εικόνα που παίρνουμε από την ακτινογραφία.

Τέλος η καλλιέργεια πτυέλων μας δείχνει την παρουσία λιποσταγονιδίων.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διακοπή της χρήσεως του ελαιώδους σκευάσματος.  
Συμπτωματική.

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Καλή. Μερικές φορές απαιτείται όμως η εξαίρεση μεγάλων πνευμονικών μαζών διά χειρουργικής επεμβάσεως.

## **ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ**

Εμφανίζεται κυρίως ύστερα από ακτινοβολία της περιοχής του θώρακος λόγω π.χ. κάποιας κακοήθειας.

Συνήθως όμως η παρουσία μιας τέτοιας πνευμονίας από ακτινοβολία συνηγορεί με άλλους παράγοντες όπως κακή κατάσταση του ασθενούς ή βρογχίτιδα ή φλεγμονή ή ακόμα μια παλιά φυματίωση.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Αρχικά φλεγμονή με πυρετό, βήχα και απόχρεμψη στη έχουμε εστίες πύκνωσης, θωρακικό άλγος και γενικά αδιαθεσία.

Μετά από εβδομάδες και μήνες εμφανίζονται νεκρωτικές περιοχές, οι οποίες με την σειρά τους επιφέρουν δύσπνοια, κυάνωση και μπορεί να εξελιχθούν στην αναζωπύρωση μιας παλιάς πνευμονικής φυματίωσης ή ακόμα μιας κοινής φλεγμονής.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στα αρχικά στάδια έχουμε τη χορήγηση αντιβιοτικών και κορτιζόνης. Κύρια επιλογή της είναι ότι οδηγεί σε χρονιότητα της νόσου, ιδιαίτερα όταν οι βλάβες εντοπίζονται στο παρέγχυμα.

## ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Συνήθως είναι οι μισές ιδιοπαθής και οι άλλες μισές αποδίδονται σε αιμοσιδήρωση, υπερευαισθησία σε φάρμακα, εξωγενείς αλλεργικές κυμελίτιδες ή μπορεί να εμφανιστούν σε νόσους όπως ελκώδεις κολίτιδα, ή χρόνια ενεργός ηπατίτιδα που θεωρούνται νόσοι εξ ευαισθητοποίησης.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Προσβάλλει τον πνευμονικό ιστό, προκαλεί ρήξη των κυμελίδων τριχοειδών και πάχυνση του κυμελιδικού τοιχώματος. Στα τελευταία στάδια έχουμε ελάττωση του όγκου του πνεύμονα ενώ στην οξεία φάση υπάρχει δύσπνοια, βήχας, ρόγχοι και υψηλός πυρετός.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διατοιχωματική βιοψία του πνεύμονα και δοκιμασία της αναπνευστικής λειτουργίας.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χορήγηση κορτικοστεροειδών.

## **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ**

Εκδηλώνεται 1 - 2 ημέρες μετά την εγχείρηση.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Βήχας, απόχρεμψη, πιεστικό βάρος στο θώρακα, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, πυρετός και λευκοκυτάρωση.

### **ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Γερωντική ηλικία, παρατεινόμενη αναισθησία, κάπνισμα και η χρόνια βρογχίτιδα.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Χορήγηση αντιβιοτικών ευρέου φάσματος.

**ΜΕΡΟΣ**

**ΔΕΥΤΕΡΟ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ

# ΠΡΩΤΟ

## Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ (ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ)

"Κάλλιον το προλαμβάνειν παρά το θεραπευειν" έλεγαν οι αρχαίοι ημών πρόγονοι παρακινούμενοι από τον Ιπποκράτη, τον πρώτο διδάξαντα και τα χρόνια που ακολούθησαν δεν αποτέλεσαν τίποτα περισσότερο από την επιβεβαίωση των λόγων αυτών σε κάθε χώρα, σε κάθε νόσο, σε κάθε μικρό ή μεγάλο πρόβλημα στο χώρο της Ιατρικής ή πιο σωστά στο χώρο των προβλημάτων που σχετίζονται με τον τομέα που λέγεται "Υγεία".

Η Π.Ο.Υ. από το 1978 διακηρύσσει "ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ", μια λέξη που περικλείει τον ύψιστο στόχο στον τομέα της υγείας.

Η πρόληψη λοιπόν διακρίνεται σε τρία επίπεδα 1.) Πρωτογενής, 2.) Δευτερογενής και 3.) Τριτογενής πρόληψη.

### ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όλα τα μέτρα, οι προσπάθειες που γίνονται με σκοπό τον περιορισμό ή την καταστολή των παραγόντων αυτών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε πιθανή νοσηρή επίδραση στην υγεία ατόμων, καθώς και όλα τα μέτρα που λαμβάνονται με σκοπό την εξασφάλιση προϋποθέσεων διαρκούς βίο-ψυχο-κοινωνικής υγείας καθορίζουν τον στόχο της πρωτογενούς πρόληψης, όστις έστι, ή αποφυγή ή αναβολή της ασθένειας και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Η λέξη πρωτογενής πρόληψη είναι αλληλένδετα συνυφασμένη με την λέξη "Νοσηλεύτρια"

Στο θέμα μας πνευμονίες ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην πρωτογενής πρόληψη καθορίζεται κυρίως ως διδακτικός.

Η Νοσηλεύτρια με αφετηρία τις γνώσεις της, την επιστημονική της κατάρτιση και την ικανότητα μετάδοσης σε άτομα, ομάδες ξεκινάει την διαπαιδαγώγηση για την υγεία σε άτομα μεμονωμένα ή σε ομάδες με σκοπό να επιστήσει την προσοχή της στους παράγοντες εκείνους που όλος λίγο - πολύ γνωρίζουμε από τον τύπο, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τις καθημερινές μας συναναστροφές ή άλλα προσωπικά ακούσματα του καθενός και οι οποίοι μπορούν να αποδειχτούν ιδιαίτερα βλαβεροί, επιζήμιοι για μας.

Ο χώρος στον οποίο απευθύνεται δεν είναι σαφώς ορισμένος, μπορεί να γίνεται σε ατομικό επίπεδο, σε γενικό - κάποιο σύνολο ατόμων - ή σε ειδικές ομάδες, ευρύτερα γνωστές ως υψηλές ομάδες κινδύνου. Για παράδειγμα άτομα που δουλεύουν σε ορυχεία, σε βιομηχανίες χάλυβα, σε χημικά εργαστήρια, ή ακόμα και σε προσωπικό που νοσηλεύει άτομα με αναπνευστικές παθήσεις.

Τελικά η πρωτογενής πρόληψη της πνευμονίας θα μπορούσε με άλλα λόγια να ονομαστεί αγωγή υγείας και εδώ ο νοσηλευτικός ρόλος διαφαίνεται περισσότερο ουσιώδες.



## ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

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

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

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

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

## ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όταν αναφερόμαστε στην τριτογενή πρόληψη, ουσιαστικά αναφερόμαστε στην κλινική και μετακλινική φάση της νόσου.

Το τρίτο αυτό επίπεδο της πρόληψης είναι εξίσου σημαντικό και ο ρόλος της Νοσηλεύτριας συνίσταται σε όλους εκείνους του τρόπους - μέσα που έχουν σε τελικό στόχο την ίαση, του ασθενούς αφ' ενός και αφ' ετέρου την αποκατάστασή του και την πλήρη επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Αν βοηθήσει κιόλας στην πλήρη αποθεραπεία του και σταθεροποιήσει την κατάστασή του, ακόμα καλύτερα.

Τέλος στο τρίτο αυτό επίπεδο, την τριτογενή πρόληψη ο νοσηλευτικός ρόλος γίνεται και πρέπει να γίνεται ο συνδεδετικός κρίκος μεταξύ ασθενούς και προσωπικού εντός του θεραπευτικού ιδρύματος και εκτός αυτού δηλαδή μέσα στην κοινότητα, το κοινωνικό σύνολο που πρέπει να επανενταχθεί μετά το πέρας της θεραπείας του.

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

Η νοσηλεύτρια λοιπόν έχοντας γνώση όλων αυτών των παραγόντων που προαναφέραμε στο πρώτο μέρος της εργασίας αυτής δηλαδή των αιτιολογικών και επιβαρυντικών παραγόντων που συνηγορούν στην δημιουργία μιας πνευμονίας, έχει σαν στόχο αφ' ενός μεν να τους καθιστήσει γνωστούς και στα άτομα - ασθενείς που έχει και αφετέρω κύριο μέλημα της να τους διδάξει και να κάνει συνείδηση στον πληθυσμό ότι δεν υπάρχει καλύτερη θεραπεία από την πρόληψη.

μερικές από τις παραινέσεις - προτροπές της.

- ▶ Αποφυγή εισπνοής σκόνης, καπνού ή άλλων ερεθιστικών ουσιών, πρόβλημα που απασχολεί φυσικά όλη την ανθρωπότητα κοινώς, η ρύπανση του περιβάλλοντος.

Σαφώς σε ένα εργασιακό περιβάλλον που δέχεται όλη αυτή την μόλυνση του περιβάλλοντος δεν είναι ότι καλύτερο για εργασία, δυστυχώς όμως αυτό είναι ο χώρος που ζούμε και που μέσα σε αυτόν εξασφαλίζουμε τα προς το ζην. Γι' αυτό πρέπει να λαμβάνουμε μέτρα ελέγχου όπως: Απομάκρυνση των εργατών με γνωστή πνευμονική πάθηση από περαιτέρω έκθεση, και διαθεσιμότητα του Εξοπλισμού Προστασίας Αναπνευστικού (Ε.Π.Α.) εκεί όπου η έκθεση των εργατών στη σκόνη δεν είναι δυνατών να μειωθεί. Κανονισμοί που θα εξασφαλίζουν τη βεβαιότητα ότι οι εργοδότες θα δίνουν την κατάλληλη ενημέρωση για τον Ε.Π.Α. και θα τον διατηρούν σε καλή κατάσταση και σε διαθεσιμότητα.

Επίσης η νοσηλεύτρια αλλά και κάθε ευσυνείδητος πολίτης πρέπει να εξασκήσει πίεση στην πολιτεία για θεσμοδότηση σκληρών μέτρων για την προστασία ενός από τα αγαθά που μας προσφέρει η φύση: τον αέρα που αναπνέουμε.

- ▶ Συνεχίζοντας πρέπει να πούμε ότι άλλος ένας εχθρός της υγείας των πνευμόνων είναι ο καπνός των τσιγάρων. Καθημερινώς οι στατιστικές που έρχονται στο φως της δημοσιότητας δεν κάνουν τίποτα άλλο από το να συμπληρώνουν τις ήδη υπάρχουσες κακές συνέπειες του καπνίσματος.

Στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να θεωρηθεί σαν πραγματική εξάρτηση, στην οποία ο καπνιστής, είναι σωμαστικά και ψυχολογικά εξαρτημένος από αυτή την συνήθεια. Όμως υπάρχει ακόμα και μεγάλη άγνοια για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό, αφού

πολλοί πιστεύουν ότι μόνο οι βαριοί καπνιστές κινδυνεύουν. Και εδώ ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι πολύ σημαντικός αφ'ενός μεν για να κάνει για μια ακόμα φορά γνωστούς τους κινδύνους του καπνίσματος και αφ'ετέρου γι να ενθαρρύνει τους ασθενείς με αναπνευστικό πρόβλημα να σταματήσουν το κάπνισμα, μια ενέργεια που πρέπει να γίνει με πολύ κατανόηση και υπομονή γιατί ουσιαστικά έχει να κάνει με ένα εξαρτημένο άτομο που θα βρεθεί ξαφνικά και αναγκαστικά (στην περίπτωση των ασθενών) στο στάδιο της απεξάρτησης.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί και μια ακόμα πτυχή του ρόλου αυτού της νοσηλεύτριας που είναι η ενημέρωση που πρέπει να κάνει στα παιδιά του Γυμνασίου, Λυκείου, στα παιδιά εκείνα που αρχίζουν να έχουν τις πρώτες τους αναζητήσεις και είναι πιο επιρρεπή σε θέματα όπως κάπνισμα ή άλλα όπως ναρκωτικά, που αποτελούν για αυτούς από ένα είδος περιέργειας μέχρι αυτό που οι ίδιοι αποκαλούν απλά, «μαγκιά» ή αλλιώς «ip» κατάσταση. Πρέπει και αυτοί να καταλάβουν και να κάνουν "κτήμα" τους την πραγματική διάσταση της συνήθειας που υιοθετούν στην πιο όμορφη στιγμή, συνήθως της ζωής τους. "Νέα εμπειρία" ναι, κακή όμως από την άλλη πλευρά και επιζήμια μελλοντικά.

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

- ▶ Επιπλέον η Νοσηλεύτρια πρέπει να επιστήσει την προσοχή όλων των ατόμων στους οποίους απευθύνεται, αλλά και κυρίως των ασθενών, στην ενίσχυση της φυσικής αντίστασης του οργανισμού τους.

Αυτό επιτυγχάνεται με εξασφάλιση καλής λειτουργίας των φυσικών αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού καθώς και με τη λήψη μέτρων προφύλαξης κατά των ασθενειών με τη μορφή εμβολιασμών.

Εμβόλια αντιγριπιακά έχουν σαν αποτέλεσμα να προλαμβάνουν πολλές φορές λοιμώξεις του αναπνευστικού και ιδιαίτερα σε ευαίσθητα άτομα.

Η εμφάνιση κάθε πιθανής πνευμονίας επίσης ανατρέπεται με την έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία κάθε γρίπης ή έστω απλού κρυολογήματος και προλαμβάνει τυχόν επιπλοκές.

Σωστή και πλήρης διατροφή, σωματική άσκηση, αποφυγή καταχρήσεων κ.τ.λ. είναι μερικοί από τους τρόπους με τους οποίους μπορούμε να αποφύγουμε τυχόν εμφάνιση πνευμονίας ή και άλλης πάθησης, αλλά και από την άλλη πλευρά είναι ο πλέον σωστός τρόπος να ζούμε υγιεινά. Ιδιαίτερη προσοχή στα άτομα με AIDS όπως η εμφάνιση μιας πνευμονίας μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα επιζήμια για αυτούς ακόμα και θανατηφόρα, αν αποτελέσει την "έναρξη" μιας καθοδικής πορείας για αυτούς.

## ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΝΟΣΟΥ Ω

### ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- ▶ Άριστη αναπνευστική λειτουργία φαρμακευτικά ή μηχανικά.
- ▶ Έλεγχος αντανακλαστικών βήχα και κατάποσης.
- ▶ Σωστή θέση ατόμων σε κωματώδη ή ημικωματώδη κατάσταση.
- ▶ Ασκήσεις αναπνευστικού και έναρξης βήχα.
- ▶ Εξασφάλιση καλής υγιεινής στοματικής κοιλότητας.
- ▶ Χρήση κατάλληλων αντισηπτικών ώστε να προληφθεί τυχόν επέκταση της λοίμωξης ή να μην αποτελέσει το μη σωστό αντισηπτικό το πλέον κατάλληλο θρεπτικό υλικό για την ανάπτυξη ορισμένων μικροβίων όπως π.χ. κλεμπσιελλα.

Συνεχής και αδιάκοπος, λοιπόν πρέπει να είναι ο ρόλος της Νοσηλεύτριας ώστε να καταστήσει δυνατή την πρόληψη της πνευμονίας. Πιο ουσιαστικός όμως πρέπει να είναι στον τομέα της διδασκαλίας.

Πρέπει να επιστρατεύσει όλες τις δυνάμεις της, τις γνώσεις της, τις εμπειρίες της για να καταφέρει να κάνει συνείδηση σε κάθε ασθενή αλλά και σε κάθε φαινομενικά "υγιές άτομο" ότι η πρόληψη είναι το ήμισυ του παντός. Μόνο τότε όταν η πρόληψη θα αποτελέσει συνείδηση για τον καθένα μας θα μπορούμε να κοιτάξουμε περισσότερο ελπιδοφόρα το μήνυμα που συνεχώς διακηρύσσεται παντού: Υγεία για όλους το 2.000.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

---

---

# **ΔΕΥΤΕΡΟ**

---

---

## **Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση αποτελεί από τα πιο σημαντικά σημεία στο ρόλο της Νοσηλεύτριας, προκειμένου να αντιμετωπιστεί άμεσα και με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο τυχόν πνευμονική νόσο.

Η διάγνωση έγκειται στην άμεση και έμμεση εξέταση του ασθενούς. Άμεση εξέταση αποτελεί η ακρόαση, επισκόπηση και ψηλάφηση του ασθενούς, ενώ έμμεση εξέταση είναι οι εργαστηριακές οι οποίες μαζί με το όλο ιστορικό του ασθενούς, θα δώσει μια ολοκληρωμένη άποψη της κατάστασης του ασθενούς.

## **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Απαραίτητη προϋπόθεση για να εκτιμήσουμε την κατάσταση του ασθενούς μας, πέρα από την άμεση και έμμεση εξέταση αποτελούν επίσης, τα προηγούμενα συμβάντα, τα συμβάντα που συνδέονται με την τωρινή του κατάσταση, η ηλικία του, ο χρόνος λήγώς τους, το κληρονομικό του ιστορικό καθώς και άλλες πληροφορίες που μπορούμε να συλλέξουμε από συγγενικά του πρόσωπα. Όλα αυτά συνηγορούν σε μια καλύτερη κατανόηση της καταστάσεώς του.



## ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- i.* **Δύσπνοια** : παρακολουθεί τον ασθενή για τυχόν δυσκολία στην αναπνοή του, αίσθημα βάρους ή πόνου στο στήθος και προσπαθεί να εφαρμόσει κατάλληλα μέτρα για τον περιορισμό της.
- ii.* **Κυάνωση** : προσέχει την ένταση του χρώματος, το πάχος, την τυχόν σύσταση των επιφανειακών αγγείων (shock) ή την διάτασή τους (στάση κυκλοφορική) στο δέρμα, τα νύχια και τους βλεννογόνους.
- iii.* **Βήχας** : ο χρόνος, η ποιότητα και ο χαρακτήρας του βήχα έχουν μεγάλη διαγνωστική αξία, γι' αυτό η Νοσηλεύτρια προσέχει ιδιαίτερα και αναφέρει τις παρατηρήσεις της στον γιατρό. Ο βήχας κατά τις πρωινές ώρες χαρακτηρίζεται ως παραγωγικός με απόχρεμψη ιδιαίτερα χαρακτηριστική.
- iv.* **Απόχρεμψη** : η Νοσηλεύτρια μπορεί να αναγνωρίσει την απόχρεμψη μιας πνευμονίας από τα τυπικά σκουρόχρωμα πτύελα, αποτέλεσμα της αλλοιωμένης αιμοσφαιρίνης.  
Στην συνέχεια εξελίσσονται σε βλεννοπυώδης, κίτρινης χροιάς, πρασινοκίτρινης ή φαιοπράσινης, λόγω διαπίδυσης πολλών λευκοκυττάρων εξαιτίας της φλεγμονής.
- v.* **Θωρακικό άλγος** : παρατηρείται στους θωρακικούς μύες όπου με το βήχα και τη συνεχή υπεζωκοτική τριβή των δύο πετάλων λόγω των αναπνευστικών κινήσεων, κάνουν τον πόνο πιο έντονο και βασανιστικό. Για το λόγο αυτό, βλέπουμε πολλές φορές τον ασθενή να ξαπλώνει με την φλεγμονώδη πλευρά προς τα κάτω προσπαθώντας να τον μετριάσει.
- vi.* **Πυρετός - επιχείλιος έρπητας** : η Νοσηλεύτρια παρατηρεί τον πυρετό που μπορεί να φτάσει και στους 41°C και μπορεί να

οδηγήσει τον άρρωστο σε σύγχυση και αποπροσανατολισμό. Αρκετά συχνή επίσης είναι και η εμφάνιση επιχείλιου έρπητα σε περίπτωση πνευμονίας.

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

- 1 Υγροί «αδροί» ρόγχοι :** οι οποίοι προκαλούνται από υγρά στις κυελίδες, στα οποία δημιουργούνται φυσαλίδες με την είσοδο του αέρα στους πνεύμονες.
- 2 Βρογχική αναπνοή :** Δηλαδή δεν φτάνει ο αέρας στις κυελίδες λόγω των υγρών.
- 3 Αμβλύτητα των πνευμόνων :** κατά την επίκρουση
- 4 Έντονες οι φωνητικές δονήσεις :** στα σημεία που στερεοποιείται το υγρό
- 5 Εμφάνιση 4 σταδίων :**
  - I.** Στάδιο εξιδρώσεως (υγρά στις κυελίδες)
  - II.** Στάδιο ερυθράς ηπατώσεως ( διέρχονται ερυθρά αιμοσφαίρια στις κυελίδες).
  - III.** Στάδιο φαιάς ηπατώσεως
  - IV.** Στάδιο αποκατάστασης (απορρόφηση των εξιδρώσεων από τον οργανισμό).

**6 Φυσήματα** : είναι δυνατή η ύπαρξη τους, όταν καταργηθεί το κυελιδικό μέρος του αναπνευστικού υιθυρίσματος.

Η πνευμονική πύκνωση στις κυελίδες κάνει το φύσημα να ακούγεται «σωληνώδες και έντονο»

Αν όμως το φύσημα είναι σπηλαιώδες και τραχύ αυτό αποτελεί ενδεικτικό στοιχείο ύπαρξης σπηλαιίου, οπότε οι υπογίες μας στρέφονται προς την φυματιώδη πνευμονία.

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

Η Νοσπλεύτρια πρέπει να γνωρίζει προκειμένου να ακολουθήσει το σωστό δρόμο της διάγνωσης.

Συνοπτικά λοιπόν είναι τα εξής:

## **A. ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ**

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

Αν μια πνευμονία συνοδεύεται από αιμόπτυση, αποτελεί σοβαρή ένδειξη ότι πρόκειται για φυματιώδη, ενώ πιο σπάνια παρουσιάζεται στις πνευμονίες από 10 της γρίπης.

Αυτό που ενδιαφέρει πρωταρχικά μια Νοσπλεύτρια μετά την εμφάνιση αίματος στα πτύελα, είναι να εκτιμά τις ποσότητες αίματος που αποβάλλει ο ασθενής και που δεν πρέπει να ξεπερνούν συνολικά τα 500ml, γιατί διαφορετικά θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή τους. Σ' αυτήν την περίπτωση ενημερώνεται ο γιατρός.

## **Β. ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ - ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ**

Κυρίως οι πνεύμονες από αδενοϊούς, ή ρινοϊκούς.

## **Γ. ΧΑΜΗΛΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ - ΑΚΑΝΟΝΙΣΤΟΣ ΒΗΧΑΣ - ΠΥΩΔΗΣ ΑΠΟΧΡΕΜΨΗ**

Χαρακτηριστικά της μεικτής πνευμονίας, κυρίως εμφανίζεται ως επιπλοκή σε χειρουργημένους, σε τραυματίες ή σε διάφορες χρόνιες παθήσεις.

## **Δ. ΔΙΑΛΕΙΠΩΝ ΠΥΡΕΤΟΣ - ΑΣΥΜΦΩΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ**

Αυτά αποτελούν εκδηλώσεις της άτυπης πνευμονίας (από μυκόπλασμα). Σε αυτήν έχουμε διακυμάνσεις στη θερμοκρασία, που φτάνει την τέλεια απυρεξία

Εδώ τα κλινικά αντικειμενικά ευρήματα είναι φτωχά. Ενώ η ακτινολογική εικόνα εντυπωσιακή.

## **Ε. ΝΑΥΤΙΑ - ΕΜΕΤΟΣ - ΔΙΑΡΡΟΙΑ**

Εκδηλώσεις πιο συχνές στις άτυπες πνευμονίες (από λεγιονέλλα) ιδιαίτερα προσοχή εδώ λόγω της μεγάλης θνησιμότητας που έχει τα τελευταία χρόνια.

## **ΣΤ. ΦΩΤΟΦΟΒΙΑ - ΡΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΑΞΕΙΣ**

Συμπτώματα που παρατηρούνται στην πνευμονία από χλαμύδια (γιττάκωση - ορνίδωση)

## **Z. ΣΠΛΗΝΟΜΕΓΑΛΙΑ**

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

## **Η. ΒΡΟΓΧΟΣΠΑΣΜΟΣ - ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ**

Παρουσιάζονται κατά την πνευμονία από εισρόφηση ή από λιποειδή. Χρειάζεται πολύ προσοχή γιατί παρουσιάζει υψηλή θνησιμότητα.

## **Θ. ΝΕΚΡΩΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ - ΕΙΚΟΝΑ ΜΕΛΙΣΣΟΚΕΡΗΘΡΑΣ**

Νέκρωση πνευμονικών περιοχών μπορεί να παρατηρηθεί μετά από συνεχής ακτινοβολίες που καταλήγουν σε πνευμονική σκλήρυνση. Μικροί κυστικοί σχηματισμοί ανευρίσκονται, η εικόνα των οποίων θυμίζει μελισσοκερήθρα.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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

Έτσι έχουμε:

► Ακτινολογικός έλεγχος.

A. Ακτινογραφία θώρακος.

Η πνευμονία μπορεί να εμφανιστεί με τρία ακτινολογικά πρότυπα στην ακτινογραφία θώρακα.

- I. Ομοιογενείς σκίαση, που καταλαμβάνει τμήμα του πνευμονικού παρεγχύματος (Air Space Concolidation), κάθε φορά διαφορετικής έκτασης. Με τη μορφολογία αυτή θεωρείται ότι εμφανίζονται οι περισσότερες από τις μικροβιακές πνευμονίες (κυρίως από τον πνευμονιόκοκκο)
- II. Βροχοπνευμονικές σκιάσεις, οι οποίες παριστάνουν διάσπαρτες ανομοιογενείς σκιάσεις που οφείλονται σε ιούς, στον σταφυλόκοκκο και σε gram αρνητικά βακτηρίδια
- III. Διαμέσου τύπου σκιάσεις, οι οποίες οφείλονται συνήθως σε ιογενή πνευμονία ή σε πνευμονία από μυκόπλασμα

Η ανεύρεση στην ακτινογραφία αεροβρογχογράμματος ή αεροκυγελιδογράμματος είναι σπουδαίο διαγνωστικό κριτήριο. Η ακτινογραφία θώρακα μπορεί ακόμα να δείχνει και παραπνευμονική πλευριτική συλλογή, οφειλόμενη στη λοίμωξη.

Παρ' όλα τα παραπάνω, ο υπεύθυνος μικροοργανισμός δεν μπορεί να βρεθεί με ακρίβεια από τα ακτινογραφικά χαρακτηριστικά χωρίς να ληφθούν υπόψη και τα αποτελέσματα άλλων εξετάσεων.

► **Μικροβιολογικός έλεγχος.**

**B. Εξέταση πτυέλων και διαφόρων εκκρίσεων**

Η εξέταση των πτυέλων με την χρώση κατά Gram είναι μια από τις πιο χρήσιμες εξετάσεις για την ανεύρεση του αιτιολογικού παράγοντα της πνευμονίας, αν και εδώ η ακριβής ταυτοποίησή του είναι αδύνατη μόνο απ' αυτή τη μέθοδο.

Ένα ικανοποιητικό δείγμα πτυέλων, που προέρχεται από το καλύτερο αναπνευστικό έχει περισσότερα από 25 επιθηλιακά κύτταρα στην ίδια μεγέθυνση (σύμφωνα με τον Bartlett). Τα δείγματα που δεν συναντούν αυτά τα κριτήρια, είναι συνήθως εκκρίσεις από το φάρυγγα ή τη στοματική κοιλότητα και θεωρούνται ακατάλληλα για περαιτέρω εξέταση. Εφόσον όμως το δείγμα είναι κατάλληλο πρέπει να καλλιεργείται σε συγκεκριμένα υλικά. όταν ο παθογόνος μικροοργανισμός είναι ο πνευμονιόκοκκος τότε εμφανίζονται στην χρώση κατά Gram θετικού λεγχοειδείς διπλόκοκκοι σε μεγάλο αριθμό.

Για την πιο εύκολη αποβολή πτυέλων, ενθαρρύνεται ο ασθενής να βήχει, να εισπνέει υπέρτονο διάλειμμα NaCl 3-5% από νεφελοποιητή όπως και να πίνει θερμά υγρά.

Τα πτύελα όμως δεν είναι κατάλληλο υλικό για αναερόβια καλλιέργεια γιατί περιέχουν αναερόβια μικρόβια που βρίσκονται στην φυσιολογική χλωρίδα του στοματοφάρυγγα. Για να είναι λοιπόν το δείγμα κατάλληλο χρησιμοποιείται η μέθοδος της **τραχιακής αναρρόφησης**, κατά την οποία παίρνουμε εκκρίσεις από την

τραχεία με την βοήθεια καθετήρα από πολυεθυλένιο, που εισάγεται στην κρικοθυρεοειδή μεμβράνη (αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται στα μεγάλα παιδιά και ενήλικες).

Μια άλλη μέθοδος για την λήψη εκκρίσεων από το κατώτερο αναπνευστικό είναι η **διαθωρακική αναρρόφηση** από τον πνεύμονα, κατά την οποία εισάγεται βελόνα συνοδευόμενη από σύριγγα μέσα στον πνεύμονα. Το υλικό που προέρχεται από την εξέταση αυτή δίνει πιο αξιόπιστες πληροφορίες. Οι σπουδαιότερες επιπλοκές που την ακολουθούν είναι ο πνευμοδώρακας και η πνευμονική αιμορραγία.

Υλικό για εξέταση μπορεί να αντληθεί από τους πνεύμονες και με **βρογχοσκόπηση**. Σ' αυτή την μέθοδο χρησιμοποιείται τηλεσκοπικός καθετήρας που εισάγεται μέσω του αυλού του βρογχοσκοπίου. Με τον καθετήρα αυτόν συγκεντρώνονται πτύελα χωρίς προσμίξεις από την στοματοφαρυγγική κοιλότητα.

Για την ακριβή διάγνωση της πνευμονίας, μερικές φορές είναι απαραίτητη και η **βιοψία** πνεύμονα, που γίνεται ιδίως σε ανασοκατασταλμένους ασθενείς. Εξίσου σημαντική για την εντόπιση του παθογόνου μικροοργανισμού είναι και η καλλιέργεια άλλων παθολογικών υλικών που συλλέγονται από δερματικές αλλοιώσεις ή μολυσμένες αρθρώσεις καθώς και η καλλιέργεια του παθολογικού Ε.Ν.Υ.

### ► **Εξέταση ούρων**

Η εξέταση ούρων μπορεί να δείξει πρωτεϊνουρία και κετονουρία, ύπαρξη ερυθρών ή λευκών αιμοσφαιρίων και μερικές φορές κυλίνδρους στο ίζημα των ούρων.



► **Εξέταση αίματος**

- i.* Αναζητούνται αντισώματα στον ορό του πάσχοντα κατά του πνευμονιόκοκκου, που είναι από τα πιο συχνά μικρόβια της πνευμονίας. Με τον ίδιο τρόπο διαγνώσκονται και οι ιοί και τα άτυπα μικρόβια για τα οποία ο τίτλος των αντισωμάτων στον ορό είναι 4 φορές υψηλότερος.
- ii.* Συνίσταται γενική αίματος προς διαπίστωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και του τύπου αυτών (συνήθως ο αριθμός των λευκών και των πολυμορφοπύρηνων είναι αυξημένος), προς έλεγχο καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων και προς έλεγχο ηλεκτρολυτών.
- iii.* Ενδείκνυται ακόμη καλλιέργεια αίματος, δείγμα του οποίου έχει παρθεί από δύο φλέβες προς αποφυγή εργαστηριακού λάθους, για να αναδειχτεί ο υπεύθυνος οργανισμός. Όταν δεν ανευρίσχετε βακτηριακά, σημαίνει ότι η πνευμονία είναι βαριάς μορφής.
- iv.* Ελέγχονται τα αέρια αίματος. ο προσδιορισμός ( $PO_2$ ,  $PCO_2$ ,  $HCO_3$  και % κορεσμός αιμοσφαιρίνης) παρέχει πληροφορίες για την μεταφορά του  $O_2$ , την αποτελεσματικότητα ανταλλαγής αερίων, την οξεοβασική κατάσταση και την επάρκεια του κυβελιδικού αερισμού (φ.τ.  $PO_2 = 90-100\text{mmHg}$ ,  $PCO_2 = 38-42\text{mmHg}$ ,  $PH=7,35-7,45$  και  $HbO_2 = 45-98\%$  κορεσμός). Οποσδήποτε σημαντικές παρεκκλίσεις απ' αυτές τις τιμές, είναι ενδεικτικές για παθολογικές καταστάσεις των πνευμόνων

► Η.Κ.Γ. (ηλεκτροκαρδιογράφημα)

Με το ηλεκτροκαρδιογράφημα φαίνεται η φλεβοκομβική ταχυκαρδία που προκαλείται από τον υψηλό πυρετό

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ

# ΤΡΙΤΟ

## **Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στον τομέα εκείνο που λέγεται θεραπεία του ατόμου που νοσεί από πνευμονία, περιλαμβάνει το σχεδιασμό και την εφαρμογή των ενεργειών εκείνων που θα οδηγήσουν, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, στην προηγούμενη φυσιολογική ζωή τους.

Οργανώνει λοιπόν το ένα πλάνο με τις ανάγκες του ασθενούς, αξιολογώντας την σειρά με την οποία πρέπει να αντιμετωπιστούν και προσπαθεί με τα μέσα που διαθέτει να τις καλύψει.

Ταυτόχρονα ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνεργάζεται, εξηγώντας του το σκοπό των ενεργειών του και ότι αυτές δεν είναι τίποτα άλλο παρά πράξεις που στοχεύουν στην εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής υγείας του.

Σοβαρά υπόγιν πρέπει επίσης να λάβει ότι η εισαγωγή του ασθενούς σε ένα ξένο περιβάλλον, με άγνωστα πρόσωπα είναι και αυτός ένας από τους πιο σοβαρούς λόγους αρνητικής ψυχολογίας του ασθενούς, γι' αυτό και ένα κύριο μέλημά της είναι να στρέψει την προσοχή της και σ' αυτό το σημείο και να προσπαθήσει να βοηθήσει τον ασθενή αυτό όσο το δυνατόν περισσότερο, με την βοήθεια όμως πάντοτε και των άλλων μελών της θεραπευτικής ομάδας π.χ. γιατρός, φυσιοθεραπευτής, διαιτολόγος, κοινωνικός λειτουργός κ.λπ.

Αξιολογώντας λοιπόν τις ανάγκες του ασθενούς, η Νοσηλεύτρια φτιάχνει μικρά σχέδια με τα οποία δημιουργεί την κεντρική πηγή πληροφοριών για τα προβλήματα και τις ανάγκες ενός ασθενούς που πάσχει από πνευμονία και θέτει και άμεσους (βραχυπρόθεσμους) στόχους, αλλά και τους απώτερους

(μακροπρόθεσμους) που είναι πιο γενικευμένοι και έχουν συμβουλευτικό και συνάμα εκπαιδευτικό χαρακτήρα.

### 3.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Πολλαπλά και ποικίλα τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής με πνευμονία. Κατανέμονται με το οργανικό σύστημα που επηρεάζουν. έχουμε:

- *Από το αναπνευστικό σύστημα:*

Αναπνευστική δυσχέρεια λόγω μείωσης του αναπνευστικού πεδίου, απόχρεμψη, πλευροδυνία, δύσπνοια, ταχύπνοια, κυάνωση διαφόρου βαθμού

- *Από το κυκλοφοριακό σύστημα:*

Ταχυκαρδία που συνοδεύει την ταχύπνοια, επιβάρυνση του έργου της καρδιάς λόγω της βαριάς πνευμονοπάθειας που υπάρχει.

- *Από το πεπτικό σύστημα:*

Ναυτία, έμετοι, μετεωρισμός της κοιλιάς, δυσλειτουργία κενώσεως εντέρου, διαταραχή υγρών, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας λόγω του πυρετού, υπερκαπνίας, υποξίας, εμέτων. Διαταραχή ανέσεως και ασφάλειας λόγω του πόνου και της συναισθηματικής ανασφάλειας.

- *Κίνδυνος επιπλοκών:*

Η Νοσπλεύτρια γνωρίζει ότι η πνευμονία μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις, για την ανάπτυξη άλλων παθήσεων, κάνοντας ακόμα πιο δύσκολη την αντιμετώπισή της.

Πιθανότερες επιπλοκές λοιπόν είναι:

### **α. Ατελεκτασία**

Πρώτη στην κατηγορία των πιθανών επιπλοκών μετά από μια πνευμονία. Κυρίως παρατηρούμε : πλευροδυνία η οποία είναι ιδιαίτερα αυξημένη πάνω στην πάσχουσα περιοχή, συχνές αναπνοές, επιδείνωση δύσπνοιας, αδυναμία και γενικευμένη κακουχία, αγωνία, κυάνωση, αύξηση της θερμοκρασίας, της συχνότητας του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης και τέλος μετατόπιση του μεσοθωράκιου προς την πάσχουσα πλευρά.

Η Νοσπλευτική παρέμβαση σε συνεργασία πάντα με τον γιατρό έγκειται στα εξής μέτρα :

- ▶ Ετοιμασία για βρογχοσκόπηση.
- ▶ Ετοιμασία για παρακέντηση θώρακα.
- ▶ Παρακολούθηση αρρώστου μετά την παρακέντηση.
- ▶ Εκτίμηση ζωτικών σημείων.
- ▶ Ενθάρρυνση βήχα και βαθιών αναπνοών.
- ▶ Αναρρόφηση όταν είναι ανάγκη.
- ▶ Θέση προς την μη πάσχουσα πλευρά.
- ▶ Βαθμιαία αύξηση δραστηριότητας.
- ▶ Αναπνευστική φυσιοθεραπεία.



- ▶ Χορήγηση αντιβιοτικών.

## **6. Εμπύημα θώρακα**

Παρουσιάζεται κυρίως δευτερογενώς και έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό την συλλογή πυώδους εξιδρώματος στην υπεζωκοτική κοιλότητα

Η εκτίμηση γίνεται από:

- ▶ Ορδόπνοια
- ▶ Εντοπισμένη θωρακαλγία: συνεχής ή μόνο κατά την εισπνοή
- ▶ Άνιση έκπτυξη του θώρακα.
- ▶ Μειωμένοι οι αναπνευστικού ήχοι πάνω στην πάσχουσα περιοχή
- ▶ Επίκρουση - Αμβλύτητα πάνω στην πάσχουσα περιοχή
- ▶ Παραγωγικός βήχας.

Η Νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται κυρίως στα:

- ▶ Χορήγηση οξυγόνου
- ▶ Τοποθέτηση σε θέση ημι-Fowler
- ▶ Εκτίμηση ζωτικών σημείων, αναπνευστικών ήχων και έκπτυξη του θώρακα.
- ▶ Ενδάρρυνση βήχα και βαθιών αναπνοών
- ▶ Αναπνευστική φυσιοθεραπεία.
- ▶ Βοήθεια κατά την παρακέντηση θώρακα.
- ▶ Παρακολούθηση σωλήνων παροχέτευσης θώρακα.

### γ. Απόστημα θώρακα.

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

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

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

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

### δ. Πνευμονικό οίδημα

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

Ο βήχας και η ανησυχία κατά την διάρκεια του ύπνου είναι τα πρώτα προειδοποιητικά σημεία, ενώ στη διάρκεια του ύπνου είναι τα πρώτα προειδοποιητικά σημεία, ενώ στη συνέχεια εκδηλώνεται με μεγάλο βαθμού δύσπνοια και ορθόπνοια, βήχα με αφρώδη και αιμόφυρτα πτύελα, θορυβώδης αναπνοές με συριγμούς, κυάνωση και έντονη εφίδρωση, πανικό και διανοητική σύγχυση.

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



## ε. Πλευρίτιδα

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

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

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

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

- *Παρακέντηση θώρακα και νοσηλευτική παρέμβαση*

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

Η νοσηλεύτρια κατά την διάρκεια της παρακεντήσεως βοηθά το γιατρό και ταυτόχρονα παρακολουθεί το χρώμα, την αναπνοή του ασθενούς καθώς και το σφυγμό του, διότι υπάρχουν κίνδυνοι όπως:

- ▶ Λιποθυμία, ή οποία είναι καρπός της απότομης μείωσης της ενδοθωρακικής πίεσεως.
- ▶ Αιμορραγία, ένεκα τραυματισμού μεσοπλευρίων αγγείων.
- ▶ Πνευμονοθώρακας, από τραυματισμό του πνευμονικού παρεγχύματος.

- ▶ Γενική αδιαθεσία. Εάν εμφανιστεί γενική αδιαθεσία, η οποία καθώς περνά η ώρα επιδεινώνεται, συνιστάτε η διακοπή ή η επιβάρυνση της εκροής του υγρού.
- ▶ Βαριά καρδιακή ανεπάρκεια σε ασθενείς με επιβαρυσμένη γενική κατάσταση, από τους οποίους αφαιρείται μεγάλη ποσότητα υγρού (1 - 2 λίτρα).

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

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

### 3.2 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Νοσηλεύτρια έχοντας υπόψιν τα προβλήματα που έχουν ανακύψει, θέτει τις κατευθύνσεις στις οποίες πρέπει να κινηθούν οι νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Αυτές μπορεί να διατυπωθούν ως εξής :

#### 1. Άμεσοι (ή βραχυπρόθεσμοι) σκοποί.

- ▶ Αναγνώριση του παθογόνου παράγοντα και καταπολέμησή του με την κατάλληλη φαρμακευτική φροντίδα.
- ▶ Λύση αναπνευστικής δυσλειτουργίας και απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων από τις αεροφόρους οδούς.

- ▶ Διόρθωση των ανισοζυγίων που έχουν διαταραχθεί (νερό, ηλεκτρολύτες, οξεοβασικής ισορροπίας).
- ▶ Πρόληψη επέκτασης της λοίμωξης, δημιουργίας νέων λοιμογόνων εστιών και κατακλίσεων.
- ▶ Πρόληψη επιπλοκών.
- ▶ Εξασφάλιση συμπτωματικής και υποστηρικτικής φροντίδας.

## **2. Απώτεροι (ή μακροπρόθεσμοι) σκοποί.**

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

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ

# ΤΕΤΑΡΤΟ

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας.

Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό γεγονός, αλλά ψυχολογικό και κοινωνικό. Προκαλεί αλλαγές στις λειτουργίες του οργανισμού, επιδρά στην ψυχική κατάσταση του ανθρώπου, επηρεάζει τη συμπεριφορά του και τις σχέσεις του με τους άλλους.

Η αρρώστια διαταράζει τις βιοχημικές επεξεργασίες και την δυναμική ομοιόσταση του οργανισμού και δημιουργεί λειτουργικές ή μορφολογικές ανωμαλίες. Προκαλεί σημεία και συμπτώματα μεταξύ των οποίων συνηθέστερα είναι: πόνος, πυρετός, υποθερμία, αλλαγές στο ρυθμό και το χαρακτήρα του σφυγμού και της αναπνοής, αϋπνία, ανορεξία, ναυτία, έμετος, γενική κακουχία, αδυναμία κ.τ.λ.

Αξίζει όμως να μελετήσουμε και τις αλλαγές που μπορεί να προκαλέσει η σωματική ασθένεια στην ψυχική κατάσταση του ανθρώπου.

Η ασθένεια ανεξάρτητα, από την διάγνωση, αποτελεί απειλή για τον άνθρωπο με ποικίλους τρόπους. κατά την πρώτη της εισβολή της, η αρχική αντίδραση του ανθρώπου συνήθως είναι ο φόβος. Ο φόβος του αγνώστου και του απροσδόκητου, φόβος του παρόντος και του μέλλοντος, φόβος των στερήσεων και δυσιών τις οποίες πιθανόν θα απαιτήσει η αρρώστια. Φόβος της αναγκαίας αναδεωρήσεων των αξιών και σκοπών του. Φόβος του έντονου πόνου, της αναπηρίας και φόβος του θανάτου.

Η ασθένεια υποχρεώνει τον άνθρωπο να διακόψει την εργασία του, να αποσυρθεί από τις συνηθισμένες δραστηριότητές του και να περιορίσει την προσοχή του και το ενδιαφέρον του στον εαυτό του. Γίνεται εγωκεντρικός, προκατειλημμένος με τις σωματικές

λειτουργίες του: τί τρώει, πόσο κοιμάται, πώς αισθάνεται. Ακόμη παρουσιάζεται αγχώδεις και απαιτητικός. Συχνά δοκιμάζει το αίσθημα της μονώσεως και αχρηστίας με αποτέλεσμα την ψυχολογική απομόνωση και μελαγχολία.

Η ασθένεια είναι προσωπική οδυνηρή εμπειρία και ψυχολογική κρίση. Πραγματικά η συμβολικά σημαίνει στέρηση πολλών δυνατοτήτων και ενέργειας, λόγω των ειδικών περιορισμών που επιβάλλουν η αρρώστια και η θεραπευτική αγωγή.

### **Προβλήματα και αντιδράσεις του αρρώστου.**

Όταν ο ασθενής αρρωσταίνει, δεν δοκιμάζει μόνο τα ενοχλητικά και οδυνηρά συμπτώματα της ασθένειάς του. Δοκιμάζει και ένα πλήθος προβλημάτων και αντιδράσεων που πρέπει να κατανεμηθούν και αντιμετωπιστούν για την καλύτερη νοσηλεία και θεραπεία του. Την ψυχική κατάσταση του αρρώστου περιγράφει η Suzanne Foushe ως εξής: «Ο άρρωστος υποφέρει για ότι έχει αφήσει πίσω. Οι ευθύνες του, υποχρεώσεις του, τα βάρη του επαγγέλματός του, πάνε να δημιουργήσουν αγωνία μέσα του και να σταματήσουν το βλέμμα του στο παρελθόν, το τόσο κοντινό εξάλλου που συγχέεται με ακόμη με το παρόν. Η λύπη για όσα δεν πραγματοποίησε ή δεν τελείωσε, η συνείδηση της ανεπάρκειάς του, τον ταρασσουν πιο πολύ τώρα, το καιρό της αδράνειας, παρά τότε που βρισκόταν πάνω στη μέθη της δουλειάς.»

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο υποβάλλεται και σε διαγνωστικές εξετάσεις χωρίς να καταλαβαίνει το σκοπό τους και χωρίς να μαθαίνει τα αποτελέσματα π.χ. μια νοσηλεύτρια έρχεται στο δάλαμο του κάνει μια ένεση, άλλη μια του βάζει θερμόμετρο, μια μηχανή μεταφέρεται δίπλα στο κρεβάτι του και συνδέεται με τα μέλη του. τοποθετείται πάνω σε ένα φορείο και οδηγείται ανάμεσα από

διαδρόμους και περάσματα. Μερικές εξετάσεις που κάνει του είναι άγνωστες, μερικές επώδυνες, πολλές τον τρομάζουν, αλλά σχεδόν κανείς δεν διαθέτει χρόνο να του πει τί σημαίνουν. Όλα αυτά αποτελούν μια κρίση και μια δοκιμασία, η οποία προκαλεί διαφορετικού βαθμού ψυχολογική υπερένταση. Όλοι οι άρρωστοι δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο. Η αντίδραση και η συμπεριφορά του αρρώστου επηρεάζεται από την προσωπικότητά του, την ξαφνική εισβολή, την σοβαρότητα και την διάρκεια της αρρώστιας, τη σχέση του αρρώστου με την οικογένειά του, το γιατρό και την νοσηλεύτρια. Ο κάθε ασθενής εκδηλώνει με μοναδικούς και προσωπικούς τρόπους τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του. Αυτοί οι τρόποι μπορεί να είναι: Περιγραφή συναισθημάτων με λόγια, έκφραση της ψυχικής κατάστασης με σωματικά συμπτώματα διαμέσου του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ειδική συμπεριφορά π.χ. κλάμα, μελαγχολία, υπερκινητικότητα, υποκινητικότητα, κ.λ.π. Η κίνηση στο νοσοκομείο καθημερινά είναι μεγάλη. Όλοι φαίνονται βιαστικοί, πολυάσχολοι, υπηρεσιακοί. Μέσα όμως σε όλη αυτή την κατάσταση η νοσηλεύτρια πρέπει να διαθέτει κάποιο χρόνο για να:

- i.* Ακούσει τι εκφράζει ο ασθενής και προσφέρεται για νοσηλευτικό διάλογο (όταν τον χρειάζεται ο ασθενής).
- ii.* Νοσηλεύει κάθε άρρωστο σαν σημαντικό πρόσωπο και σέβεται την αγωνία, τις ιδέες και τα συναισθήματά του.
- iii.* Βοηθάει τον ασθενή να καταλάβει την ωφέλεια της νοσηλείας και θεραπείας του στο νοσοκομείο.
- iv.* Μεταδίδει στον ασθενή χρήσιμες γνώσεις, που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει ειδικές εξετάσεις, θεραπείες ή εγχείρηση.
- v.* Δημιουργεί ευκαιρίες για τον ασθενή ώστε να ρωτά και να λύνει τις απορίες του.

*vi.* Διευκολύνει τις επισκέψεις συγγενών και φίλων στον άρρωστο, εξασφαλίζει ενδιαφέροντα βιβλία ή άλλα μέσα απασχολήσεως και πάντοτε συμπεριφέρεται προς αυτόν με προσωπικό ενδιαφέρον και πηγαία ευγένεια.

Οι τρόποι που αναφέρθηκαν αποτελούν παραδείγματα ψυχολογικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, που αντιδρά με ψυχική οδύνη προς την ασθένεια και την παραμονή του στο νοσοκομείο.



## **ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

### **Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας.**

Η νοσηλεύτρια και ο νοσηλευτής οφείλουν να γνωρίζουν ότι η διδασκαλία του αρρώστου δεν είναι πολυτέλεια, αλλά βασικό μέτρο της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του. Η διδασκαλία πρέπει να αρχίζει έγκαιρα από την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο, να συνεχίζεται στις διάφορες φάσεις της νοσηλείας και να ολοκληρώνεται με την έξοδό του.

Οι άρρωστοι είναι ανάγκη να ενημερώνονται συστηματικά για τα φάρμακα που παίρνουν κατά το διάστημα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και να διδάσκονται για την δράση τους και τις αλλαγές που πρέπει να περιμένουν την κατάστασή τους. οι ειδικές γνώσεις που πρέπει να έχουν ανάλογα με τα συγκεκριμένα φάρμακά τους, περιγράφονται στο κεφάλαιο των αρχών χορήγησης των φαρμάκων.

Η νοσηλεύτρια εφοδιάζει τον άρρωστο με τις απαραίτητες γνώσεις και τον διδάσκει ορισμένες τεχνικές νοσηλειών, σχετικά με την λήψη και εφαρμογή των φαρμάκων του στο σπίτι, ώστε υπεύθυνα και ανεξάρτητα από την βοήθεια των άλλων όταν είναι σε θέση να αναλάβει ο ίδιος τη φροντίδα της υγείας του.

η αποτελεσματική διδασκαλία του αρρώστου εξαρτάται από τη θεωρητική κατάρτιση και τις διδακτικές ικανότητες των νοσηλευτών, από την αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών μάθησης του αρρώστου, το συστηματικό προγραμματισμό, την εκτέλεση και εκτίμηση των αποτελεσμάτων της διδασκαλίας.

Η παιδαγωγική θεωρητική κατάρτιση των νοσηλευτών και νοσηλευτριών αφορά τη γνώση των αρχών μάθησης και διδασκαλίας που αναφέρεται επιγραμματικά στη συνέχεια.

## Αρχές μάθησης.

- ▶ Κάθε άτομο μαθαίνει με το δικό του τρόπο.
- ▶ Το άγχος και η μεγάλη ψυχολογική υπερένταση ακρωτηριάζουν την ικανότητα μάθησης.
- ▶ Ο πόνος, η αϋπνία, η έλλειψη άνεσης, κ.α., ελαττώνουν σημαντικά το ενδιαφέρον για μάθηση.
- ▶ ο άρρωστος μαθαίνει μόνο όταν βλέπει την αξία και χρησιμότητα των διδασκομένων για την εξυπηρέτηση και ανεξαρτητοποίησή του από την άμεση περιποίηση των άλλων.

## Αρχές διδασκαλίας.

- ▶ Αρχίζετε από τα απλά και προχωρείτε προς τα σύνθετα.
- ▶ Χρησιμοποιείτε απλή γλώσσα, όχι επιστημονική ορολογία.
- ▶ Δίνετε χρόνο για ερωτήσεις στον άρρωστο.
- ▶ Προλαμβάνετε την αποτυχία του αρρώστου στην εφαρμογή των διδαχθέντων για να μην αποθαρρυνθεί.
- ▶ Βεβαιώνετε κατά την διάρκεια της διδασκαλίας αν ο άρρωστος αντιλαμβάνεται όσα μεταδίδετε σε αυτόν.
- ▶ Παροτρύνετε τον άρρωστο να επαναλάβει αυτό που έμαθε με λόγια, ή με εφαρμογή, π.χ. μέτρηση δόσης φαρμάκων του, εκτέλεση της ένεσης, κ.τ.λ. Διορθώνετε και συμπληρώνετε ότι χρειάζεται, ώστε να βεβαιωθείτε ότι ο άρρωστος έμαθε ακριβώς αυτό που διδάχθηκε.
- ▶ Χρησιμοποιήστε όσο το δυνατόν περισσότερα εποπτικά διδακτικά μέσα π.χ. εικόνες, φυλλάδια, νοσηλευτικό υλικό.
- ▶ Επαινείτε συχνά τον άρρωστο όταν διαπιστώνετε ότι έμαθε κάτι.

## **Οι διδακτικές ικανότητες των νοσηλευτών περιλαμβάνονται στη:**

- ▶ Μάθηση και κατανόηση του θέματος που πρόκειται να διδαχθεί.
- ▶ Εξακρίβωση των ατομικών αναγκών του αρρώστου για μάθηση του συγκεκριμένου θέματος.
- ▶ Ικανότητα αξιολόγησης της ψυχοσωματικής ετοιμότητας του άρρωστου για μάθηση.
- ▶ Συνειδητοποίηση των προσωπικών δυνατοτήτων και αδυναμιών για τη διδασκαλία.
- ▶ Σχετική αυτοπεποίθηση για το πλησίασμα του αρρώστου.
- ▶ Ελαστικότητα στην εφαρμογή της διδασκαλίας ανάλογα με την περίπτωση και την κατάσταση του αρρώστου.
- ▶ Ικανότητα προσεκτικής ακρόασης του αρρώστου.
- ▶ Δεξιότητα στην παρουσίαση της διδασκαλίας με ηρεμία, λογική σειρά, ελκυστικό τρόπο και χωρίς βιασύνη.

## **Αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών του αρρώστου.**

Προκειμένου να γίνει οποιαδήποτε διδασκαλία σχετική με τη λήψη φαρμάκων ή με την εφαρμογή άλλων νοσηλειών στον άρρωστο, αξιολογούνται τα παρακάτω:

- ▶ Η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο.
- ▶ Η κατάσταση της υγείας του.
- ▶ Η διάθεσή του να συνεργαστεί για την αποκατάστασή του.
- ▶ Το ενδιαφέρον του να μάθει πως να αντιμετωπίζει ο ίδιος την περίπτωση της αρρώστιας του.

- ▶ Η ετοιμότητά του για μάθηση (επίπεδο σωματικής και διανοητικής ικανότητας, stress, άγχος).
- ▶ Οι ατομικές ανάγκες μάθησης του αρρώστου εκφράζονται από τον ίδιο ή διαπιστώνονται από τους νοσηλευτές. Οι ανάγκες του αυτές μπορεί να αλλάζουν καθημερινά καθώς ο άρρωστος μαθαίνει ότι τον ενδιαφέρει και καθώς η αλλαγή της κατάστασής του δημιουργεί νέες ανάγκες μάθησης.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ.

Με βάση τις ανάγκες της μάθησης του συγκεκριμένου αρρώστου, διατυπώνονται οι σκοποί που πρέπει να επιδιωχθούν με την διδασκαλία. οι σκοποί αναφέρονται με σειρά προτεραιότητας, ανάλογα με τις επείγουσες ή όχι ανάγκες του αρρώστου και με την ετοιμότητά του για μάθηση.

Εκφράζονται με τρόπους που είναι απλοί, συγκεκριμένοι και πραγματοποιήσιμοι, ώστε να διεγείρουν την επιθυμία του να τους εκπληρώσει. Στη συνέχεια οργανώνεται το πρόγραμμα της διδασκαλίας με λήψη ορισμένων αποφάσεων.

- ▶ Ποιό θα είναι το περιεχόμενο της διδασκαλίας.
- ▶ Ποιός θα διδάξει.
- ▶ Με ποιές διδακτικές μεθόδους.
- ▶ Ποιά ώρα ή ποιά χρονική περίοδο θα γίνει η διδασκαλία.
- ▶ Ποιά διδακτικά μέσα θα κάνουν περισσότερο ενδιαφέρουσα και αποτελεσματική την διδασκαλία.
- ▶ Πως θα ελεγχθεί τι έμαθε ο άρρωστος.

### **Εκτίμηση των αποτελεσμάτων της διδασκαλίας.**

Η μάθηση του αρρώστου μπορεί να εκτιμηθεί είτε με απάντησή του σε ορισμένες ερωτήσεις που θα του τεθούν, για να φανεί πόσο κατάλαβε και έμαθε ότι διδάχθηκε, είτε με εφαρμογή από τον ίδιο τον άρρωστο της νοσηλείας που διδάχθηκε. Τέλος περιγράφονται στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου το περιεχόμενο της διδασκαλίας και πόσα έμαθε ο άρρωστος, ώστε να μπορεί να αναλάβει την συνέχεια

της διδασκαλίας του αρρώστου η νοσηλευτική ομάδα στα επόμενα  
ωράρια.

## ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

Οι άρρωστοι που θα συνεχίσουν φαρμακευτική αγωγή και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, αλλά και όσοι νοσηλεύονται στο σπίτι, έχουν ανάγκη να διδαχθούν πως να παίρνουν τα φάρμακα για την αποτελεσματική θεραπεία και την πρόληψη των κινδύνων από την λήψη τους.

Οι αρχές που πρέπει να γνωρίζουν τόσο ο άρρωστος όσο και η οικογένειά του είναι οι ακόλουθες:

- ▶ Λαμβάνετε φάρμακα τα οποία παρήγγειλε ο γιατρός σας για το σημερινό μόνο πρόβλημα υγείας σας και ποτέ με δική σας πρωτοβουλία.
- ▶ Διαβάζετε τις εσώκλειστες οδηγίες, ώστε να γνωρίζετε το σκοπό και την δράση του φαρμάκου που παίρνετε, για να μπορείτε να παρακολουθήσετε τα αποτελέσματα π.χ. όταν παίρνετε αντιπυρετικό να παρακολουθείτε αν έπεσε ο πυρετός σας.
- ▶ Φροντίζετε να μάθετε αν χρειάζεται ιδιαίτερη τεχνική λήψεως για το φάρμακό σας, π.χ. ένεση, εφαρμογή υποδέτου, spray, διάλυση κ.α.
- ▶ Προσέχετε ώστε να μετρήσετε σωστά και να πάρετε την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Η μεγαλύτερη δόση μερικές φορές όχι μόνο δεν φέρνει καλύτερο αποτέλεσμα αλλά μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση και κίνδυνο ζωής.
- ▶ Αν παραλείψετε να πάρετε μια δόση ποτέ μην διπλασιάζετε την επόμενη χωρίς ιατρική συμβουλή. Ένας τρόπος για να μην ξεχνάτε την ώρα ή την ημέρα που πρέπει να πάρετε το φάρμακό σας είναι να γράφετε ένα πρόγραμμα λήψεως του φαρμάκου σε μια κάρτα ή το ημερολόγιό σας.

- ▶ Αχρηστεύστε τα φάρμακα που σας περίσσευαν μετά την διακοπή της θεραπείας που συνέστησε ο γιατρός και εφ' όσον έληξε η ημερομηνία χρήσεώς τους. Να μην διατηρείτε στο φαρμακείο σας για να το πάρετε άλλη φορά ή να τα πάρουν άλλα άτομα της οικογένειάς σας, ούτε να τα συστήσετε σε γνωστούς σας. Σε κάθε περίπτωση υποτροπής της ίδιας ασθένειας πρέπει να συμβουλευέστε και σεις και οι άλλοι το γιατρό για το ποιά φάρμακα θα πάρετε.
- ▶ Πληροφορείτε πάντοτε όταν επισκέπτεστε ένα νέο γιατρό για τα φάρμακα που παίρνετε με οδηγία του προσωπικού σας γιατρού.
- ▶ Ενημερώστε τα γιατρό σας για κάθε πρόβλημα που σας δημιούργησε το φάρμακο που παίρνετε π.χ. αλλεργικό εξάνθημα, τάση για έμετο, στοματίτιδα κ.τ.λ.
- ▶ Τοποθετείτε τα φιαλίδια ή τα κουτιά με τα φάρμακά σας σε ασφαλές κλειστό μέρος που να μην τα φτάνουν τα παιδιά του σπιτιού. Αυτό μπορεί να είναι το φαρμακείο του σπιτιού που πρέπει μάλιστα να διατηρείται κλειστό. Έχετε υπόψη σας ότι φάρμακα φυλάσσονται στο υγείο. Η υψηλή θερμοκρασία και η πολλή υγρασία αλλοιώνουν τα φάρμακα και τα κάνουν επικίνδυνα.
- ▶ Φροντίζεται να έχετε επάρκεια φαρμάκων που παίρνετε για αρκετό διάστημα, π.χ. αντιδιαβητικά, αντιυπερτασικά, αντισταμινικά κ.τ.λ.



## ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.

Τα φάρμακα στο σπίτι δημιουργούν συχνά προβλήματα και κάποτε αποβαίνουν πολύ επικίνδυνα. Ιδιαίτερα για περιπτώσεις παιδιών, ηλικιωμένων και ψυχικά αρρώστων. Τότε η διδασκαλία προσαρμόζεται και εξατομικεύεται ανάλογα με την περίπτωση και απευθύνεται στην οικογένεια του παιδιού ή του αρρώστου με την μορφή των παρακάτω οδηγιών:

- ▶ Διατηρείτε τα φάρμακα του σπιτιού σε μικρό φαρμακείο, κλειδωμένο και τοποθετημένο σχετικά ψηλά, ώστε να μην το φθάνουν τα παιδιά και να μην μπορεί να το ανοίξουν ανεύθυνα άτομα που δεν κατανοούν τον κίνδυνο από την λήψη των φαρμάκων.
- ▶ Αποφεύγετε να βάζετε φάρμακα σε φιάλες αναψυκτικών ή ποτών και μάλιστα με την ετικέτα του ποτού, για να μην ληφθούν κατά λάθος και προκαλέσουν κρίσιμες καταστάσεις μέχρι και θάνατο.
- ▶ Μη χορηγείτε φάρμακα σε μικρό παιδί όταν κλαίει. Υπάρχει ο κίνδυνος να κάνει εισρόφηση προς τους πνεύμονες ή και να πνιγεί.

Σε άτομα ηλικιωμένα με ελαττωμένη μνήμη και αντίληψη και όραση ή και με τρόμο χεριών ή σε συγχυτικά και ψυχικά άρρωστα άτομα, μην εμπιστεύεστε ποτέ την ευθύνη λήψεως φαρμάκων τους διότι υπάρχει κίνδυνος:

- ▶ Να παίρνουν κατά λάθος άλλο φάρμακο αντί το καθορισμένο με απρόβλεπτες συνέπειες.
- ▶ Να παραλείψουν δόση ή δόσεις φαρμάκου.
- ▶ Να παίρνουν το φάρμακο σε ακατάλληλες ώρες, έτσι ώστε να μην έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα.

- ▶ Να παίρνουν διπλή ή μεγαλύτερη δόση διότι ίσως νομίσουν ότι πρέπει να συμπληρώσουν την δόση που είχαν ξεχάσει.
- ▶ Να τους πείσει το φιαλίδιο και να σπάσει. Να το αφήσουν ανοιχτό, διότι δεν μπορούν να εφαρμόσουν το πώμα, οπότε θα χυθεί ή θα αλλοιωθεί το φάρμακο.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

**ΠΕΜΠΤΟ**

## 1ον ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.

**Όνομα Ασθενούς :** Σταύρος Π.

**Ηλικία :** 52 ετών

**Διάγνωση εισαγωγής :** Πύκνωση δεξιού πνεύμονα.

**Ιστορικό :** Καπνιστής 40 τσιγάρων ημερησίως, καταναλώνει αλκοόλ τα τελευταία 10 χρόνια από τα οποία τα 2 τελευταία έχει αυξήσει την ποσότητα.

**Παρούσα νόσος :** Αναφέρει βήχα παραγωγικό τον τελευταίο μήνα. Πυρετός που κυμαίνεται από 37°C - 39,6°C τις τελευταίες 2 ημέρες, δύσπνοια, καταβολή δυνάμεων, πόνο στο θώρακα, ιδιαίτερα στο δεξιό πνεύμονα και τελευταία έχει έντονο το αίσθημα της ναυτίας με αποτέλεσμα να οδηγήσει σε έμετους.

### Εργαστηριακές εξετάσεις.

- **Ro θώρακος :** Πύκνωση δεξιού πνεύμονα και ταινιόδη ατελεκτασία
- **Χρώση κατά Gram :** Ύπαρξη μεγάλου αριθμού πνευμονιόκοκκων και πυσσφαιρίων.

### Γενική αίματος.

- **Λευκά :** Αύξηση λευκών και κυρίως των πολυμορφοπύρηνων.
- **Τ.Κ.Ε. :** Αυξημένη.
- **Ht :** 36%

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πυρετός 39 °C	Προσπάθεια να μειώσουμε τον πυρετό και να τον επαναφέρουμε στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εφαρμογή γυαλιών επιθεμάτων και συχνά γυαλιών ντουζ.</li> <li>• Τακτική θερμομέτρηση.</li> <li>• Εφαρμογή εντύπου τρίωρης θερμομέτρησης.</li> <li>• Χορήγηση αντιπυρετικών (κατόπιν ιατρικής εντολής).</li> <li>• Λήψη υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης από το στόμα ή I.V.</li> <li>• Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</li> <li>• Αλλαγή λευχειμάτων σε περίπτωση συνεχών εφιδρώσεων</li> </ul>	<p>Η νοσηλεύτρια εφάρμοσε γυαρά επιθέματα στον ασθενή καθώς και τον βοήθησε να κάνει αρκετά γυαρά ντουζ. Δυστυχώς δεν απέδωσαν οπότε χορήγηθηκε Ponstan 10ml. Μετά από 1 ώρα ο ασθενής εξακολούθησε να έχει πυρετό οπότε έγινε 1 amp Aprotel I.V. κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Άρχισε παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων.</li> <li>• Σταμάτησαν οι συχνές αλλαγές των λευχειμάτων γιατί σταμάτησαν οι συχνές εφιδρώσεις.</li> </ul>	<p>Ο πυρετός του ασθενή έπεσε στο 37,2 °C.</p> <p>Η ενυδάτωση του ασθενή είναι πλήρης.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Παρουσίαση δύσπνοιας λόγω προσβολής όλου του λοβού του πνεύμονα από τον πνευμονιόκοκκο.</p>	<p>Αποκατάσταση της φυσιολογικής ταχύτητας της αναπνοής και πλήρης αερισμός των κυελιδίων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθέτηση του στη θέση Fowler και μείωση του αναπνευστικού φόρτου με περιορισμό των κινήσεων του και παραμονή στο κρεβάτι.</li> <li>• Χορήγηση O<sub>2</sub>.</li> <li>• Εξάλειψη μετεωρισμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον άρρωστο σε ανάρροπη ή ημιανάρροπη θέση.</li> <li>• Χορηγεί οξυγόνο με ρινικό καθετήρα.</li> </ul> <p>Παροτρύνει τον άρρωστο να παραμείνει στο κρεβάτι του και να περιορίσει τις κινήσεις του.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Φροντίζει ώστε να είναι το δωμάτιο αρκετά αεριζόμενο, και να αποφεύγει ο ασθενής τα ρεύματα.</li> </ul>	<p>Μετά τα μέτρα που έλαβε η διπλωματούχος νοσηλεύτρια η κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε σημαντικά καθώς μειώθηκε η αναπνευστική του δυσχέρεια.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Βήχας που οφείλεται στην επέκταση της λοίμωξης στον υπεζωκότα και παραγωγή σκουρό χρωμων πτυέλων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σκοπός μας είναι η ικανοποιητική αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων και αποφυγή ατελεκτασίας.</li> <li>• Η ανακούφιση και η ηρεμία του ασθενούς είναι επίσης ένας άλλος στόχος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υποστήριξη του δώρακα του ασθενούς κατά τον βήχα και τοποθέτησή του στην πλευρά που φλεγμένη για διευκόλυνση αποβολής των πτυέλων.</li> <li>• Χορήγηση Choleloly sir 10cc λόγω τον βρογχο διασταλτικών του ιδιοτήτων.</li> <li>• Στέλνουμε δείγμα πτυέλων για καλλιέργεια.</li> </ul>	<p>Η νοσηλεύτρια διδάσκει τον ασθενή πως να υποστηρίζει τον δώρακα του ενώ βήχει.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετεί τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση.</li> <li>• Χορηγεί Choleloly sir 10cc και μειώθηκαν κάπως οι εκκρίσεις.</li> </ul> <p>Η καλλιέργεια των πτυέλων βγήκε αρνητική.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διδάσκει τον άρρωστο τη σωστή στοματική υγιεινή και τονίζει την αναγκαιότητα της.</li> </ul>	<p>Τα μέτρα που έλαβε η νοσηλεύτρια είχαν πλήρη επιτυχία στο να μειωθεί ο βήχας χωρίς όμως να περιοριστεί η αποβολή των πτυέλων.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ανορεξία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της ανορεξίας και εξασφάλιση επαρκούς θρέψης.</li> <li>• Αποφυγή μείωσης του βάρους και καταβολής του οργανισμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσφορά πολλών μικρών και τακτικών γευμάτων και κυρίως φαγητών της αρέσκειάς του.</li> <li>• Εφαρμογή συχνού ζυγίσματος του ασθενή.</li> <li>• Συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, ώστε κάθε κάκοσμη εστία του στόματος να εξουδετερώνεται πριν δημιουργήσει προβλήματα στη γεύση του δημιουργώντας μεγαλύτερη ανορεξία.</li> <li>• Ψυχολογική τόνωση μήπως και το πρόβλημά του οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής σιτίζεται συχνά και με ποικίλη τροφή.</li> <li>• Κάθε μέρα ζυγίζεται πριν την λήψη πρωινού.</li> <li>• Προσφέρουμε κυρίως τροφή πλούσια σε θερμίδες και θρεπτικά στοιχεία και εύπεπτα.</li> <li>• Εφαρμόζουμε συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με Hexalen.</li> <li>• Προσπαθούμε με τον διάλογο να καλύψουμε κάθε ψυχολογικό πρόβλημα που τυχόν τον απασχολεί.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η όρεξη του ασθενούς αρχίζει να αυξάνεται αλλά όχι σε ιδιαίτερα ικανοποιητικά επίπεδα, πρέπει το θέμα αυτό να τύχει προσοχής και πάλης.</li> <li>• Εντοπίστηκαν κάποια ψυχολογικά προβλήματα που δικαιολογούν την ανορεξία του.</li> <li>• Το καθημερινό ζύγισμά του έδειξε μικρή άνοδο των κιλών του.</li> </ul>



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πρόβλημα της διάτασης της κοιλιάς λόγω αδράνειας του εντέρου εξαιτίας της ανεπάρκειας θρέψης, της ακινησίας κ.τ.λ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τακτική κένωση του εντέρου</li> <li>• Εγκαιρη απομάκρυνση των αερίων και αποφυγή του τυμπανισμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προληπτικά χορήγηση τροφών πλούσιες σε φυτικές και τροποποίηση του διαιτολογίου.</li> <li>• Χορήγηση x-prep γνωστό για τις ηπατικές του ιδιότητες.</li> <li>• Αν τα παραπάνω μέτρα δεν αποδώσουν τότε εφαρμόζουμε καθαρικά υποκλισμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η νοσηλεύτρια ελέγχει ανόντος έχει αλλάξει το διαιτολόγιο</li> <li>• Η παρότρυνση του ασθενούς να κινείται.</li> <li>• Τοποθετείται σωλήνας αερίων.</li> <li>• Χορήγηση αρχικά υπαρκών φαρμάκων ανάλογα με τις εκάστοτε ιατρικές οδηγίες</li> <li>• Δεν απέδωσαν τα υπακτικά φάρμακα οπότε προβαίνουμε σε καθαρτικό υποκλισμό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το πρόβλημα της διάτασης της κοιλιάς μειώθηκε αισθητά, ο ασθενής ανακουφίστηκε ιδιαίτερα κατόπιν του υποκλισμού και απαλλάχθηκε από την ανεπιθύμητη δυσουρία.</li> </ul>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ο ασθενής εμφάνισε ιδιαίτερα προβλήματα ανησυχίας και εκνευρι σμού, ιδιαίτερα με την συνομιλία του με κάποιους συγγενείς.</p>	<p>Σκοπός μας εδώ είναι η αποκατάσταση της ψυχικής ηρεμίας του ασθενούς και η απομάκρυνση κάποιων αιτιών που μπορούμε να τους αποφύγουμε και να μειώσουμε μ' αυτόν το τρόπο τον εκνευρισμό του.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρότρυνση ασθενούς να μιλήσει μαζί μας και εκδηλώσει ενδιαφέροντος για τα προβλήματά του.</li> <li>• Απομάκρυνση ατόμων που τον εκνευρίζουν.</li> <li>• Καθησύχηση του και επίβε βαίωση της προσωπικής του διαμονής στο νοσοκομείο.</li> <li>• Ζητάμε να τον επισκεφθεί ο ιερέας και ο κοινωνικός λειτουργός.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η νοσηλεύτρια εκδηλώνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα προβλήματα του ασθενούς και προσπαθεί μέσα από τον διάλογο να του τα εκμαιεύσει.</li> <li>• Εξηγούμε την ανάγκη παραμονής στο νοσοκομείο και τον καθησυχάζουμε, τονίζοντας του τον ρόλο της ηρεμίας στην γρήγορη αποκατάστασή του.</li> <li>• Ζητάμε να απομακρυνθούν (με ευγενικό τρόπο) κάποιοι συγγενείς που έχουμε είδη διαπιστώσει ότι εκνευρίζεται όταν συνομιλεί μαζί τους.</li> <li>• Ζητάμε από τον ιερέα και τον κοινωνικό λειτουργό να συζητήσουν μαζί του.</li> </ul>	<p>Ο ασθενής αισθάνθηκε πιο καλά και πιο ήρεμος μετά την συζήτηση. Εξέφρασε τα προβλήματα του, κυρίως οικονομικά και αισθηματικά φόβου σχετικά με το τι θα αντιμετωπίσει, και ηρέμησε.</p>

## 2ον ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.

**Όνομα Ασθενούς :** Γεώργιος Σ.

**Ηλικία :** 65 ετών.

**Διάγνωση εισαγωγής :** Τοπική πύκνωση.

**Ιστορικό :** Τίποτα αξιοσημείωτο από ασθένειες. Προσοχή αλλεργικός στην πενικιλίνη.

**Συνήθειες :** -

**Παρούσα νόσος :** Πνευμονοκοκκιακή πνευμονία, υψηλός πυρετός, δύσπνοια, θωρακικός πόνος.

### Εργαστηριακές εξετάσεις.

- **Ro θώρακος :** Τοπική πύκνωση.
- **Χρώση κατά Gram :** Εκτεταμένοι πνευμονιόκοκκοι και ερυθρά.
- **Καλλιέργεια αίματος :** θετική για πνευμονιόκοκκο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δύσπνοια	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση οξυγόνου</li> <li>• Διατήρηση φυσιολογικής κένωσης του εντέρου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθέτηση ασθενούς σε θέση κατάλληλη ώστε να μειωθεί η δύσπνοια</li> <li>• Χορήγηση οξυγόνου (O<sub>2</sub>) με μάσκα.</li> <li>• Μείωση αναπνευστικού φόρτου με ακινησία και παραμονή στο κρεβάτι.</li> <li>• Κατάλληλη θρέψη και ενυδάτωση.</li> <li>• Καλός αερισμός του χώρου παραμονής του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον άρρωστο σε ανάρροπη ή ημιάναρροπη θέση, σε θέση Fowler.</li> <li>• Χορηγεί οξυγόνο στον ασθενή προσέχοντας τον για τυχόν συμπτώματα υπερκαπνίας.</li> <li>• Τον παροτρύνει να παραμείνει στο κρεβάτι του και να μην είναι ανήσυχος.</li> <li>• Αποφεύχθηκαν τροφές που δημιουργούν αέρια και πιέζουν το διάφραγμα, καθώς και τροφές που δημιουργούν δυσκοιλιά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η δύσπνοια μειώθηκε σε αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο, παρ' όλα αυτά πρέπει να συνεχίσει η παρακολούθηση του ασθενή για συμπτώματα δύσπνοιας.</li> </ul>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Έντονος πλευρικός πόνος (οπισθοστερνικά)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση από τον πόνο. Επαναφορά του αισθήματος της ηρεμίας και άνεσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρότρυνση του ασθενούς να ζαπλώνει στο ημιδωράκιο που φλεγμένη.</li> <li>• Στην περίπτωση που ο πόνος ξεπερνά τα ανεκτά επίπεδα, χορήγηση παυσίπονων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η νοσηλεύτρια δίνει στον ασθενή την κατάλληλη ιδέα και φροντίζει να παραμείνει σ' αυτήν.</li> <li>• Μέσα από το διάλογο προσπαθεί να καθουχάσει τον ασθενή και κατά κάποιο τρόπο το καταφέρνει.</li> <li>• Χορηγίδηκε παυσίπονο γιατί ο πόνος συνέχισε να είναι επίμονος Αποτελ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετά από αρκετή ώρα και την χορήγηση παυσίπονου ο ασθενής σούχασε παρ' όλο που κατά τακτικά διαστήματα ανέφερε πάλι την εμφάνιση πόνου αλλά σε σημείο ανοχής.</li> </ul>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πυρετός 38,4°C με ρίγος.</li> <li>• Κόπωση και αδυναμία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά όρια.</li> <li>• Διατήρηση του ασθενούς δροσερού και ήρεμου.</li> <li>• Αντιμετώπιση της κόπωσης και της αδυναμίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής, Lonaqid 500mg.</li> <li>• Εφαρμογής τακτικής δερμιδομέτρησης.</li> <li>• Λήψη άφρονων υγρών per os ή άλλων I.V. για αποφυγή αφυδάτωσης.</li> <li>• Περιορισμός δραστηριοτήτων ακόμα και συζήτησης που μπορεί να τον φθείρει μυχολογικά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η Νοσπλεύτρια χορήγησε αντιπυρετικό Lonaqid των 500mg.</li> <li>• Εφαρμόστηκε τρίωρη θερμομέτρηση.</li> <li>• Φροντίζει για την επαρκή ενυδάτωση του ασθενούς και την εξασφάλιση ζεστού και ήρεμου περιβάλλοντος.</li> <li>• Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του ασθενούς και αποφεύχθηκαν δραστηριότητες που του προκαλούν μυχολογική ή σωματική κόπωση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η θερμοκρασία κατέβηκε και ο ασθενής ένιωσε καλύτερα.</li> <li>• Το ρίγος υποχώρησε. Δείχνει αρκετά ανακουφισμένος.</li> <li>• Ο ασθενής δείχνει κάποια βελτίωση.</li> </ul>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πνευμονικό Οίδημα.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Άμεση αντιμετώπιση του πνευμονικού οιδήματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δίδεται κατάλληλη δόση ασθενούς.</li> <li>• Επαρκής οξυγόνωση.</li> <li>• Χορήγηση διουρητικών ή άλλων φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.</li> <li>• Περιορισμός προσλαμβανόμενων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η Νοσηλεύτρια τοποθέτησε σε ανάρροπη θέση με τα πόδια κρεμασμένα προς τα κάτω για αποσυμφορήση της κυκλοφορίας.</li> <li>• Εφαρμόστηκαν κυκλικές περισφίξεις για παγίδευση φλεβικού αίματος.</li> <li>• Έγινε IV χορήγηση μορφίνης και χορήγηση Digoxin.</li> <li>• Γίνεται σχολαστική παρακολούθηση του ασθενούς και συχνή λήψη ζωτικών σημείων ανά τρίωρο.</li> </ul>	<p>Η κατάσταση τέθηκε υπό έλεγχο και τα συμπτώματα άρχισαν να υποχωρούν. Εμφανής η ανακούφιση του ασθενούς.</p>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ

# ΕΚΤΟ



## Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Όσο και αν αυτό το στάδιο φαντάζει στα μάτια μας, μικρότερης ίσως σημασίας, λιγότερο σημαντικό, πρέπει να καταλάβουμε ότι είναι εξίσου σημαντικό.

Στο τελευταίο αυτό στάδιο, στόχος μας είναι η σταθεροποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών ώστε το άτομο - ασθενής να ενταχθεί με τον πλέον ομαλό τρόπο στο κοινωνικό σύνολο, να ξαναβρεθεί και να διατηρήσει την συναισθηματική του ισορροπία και να ενημερωθεί κατάλληλα για τα μέτρα που πρέπει να λάβει ώστε να προφυλαχθεί από τυχόν υποτροπή της νόσου.

Τέτοιες οδηγίες μπορούν να θεωρηθούν οι εξής.

- ▶ Συνέχιση αντιβίωσης και αναπνευστικών κινήσεων για όσο καιρό ο γιατρός έχει συστήσει.
- ▶ Συχνός επαναέλεγχος πάλι σε συνεργασία με τον γιατρό.
- ▶ Αποφυγή συνωπισμού σε πολυσύχναστους χώρους, σε χώρους καπνίσματος ή με άτομα που έχουν γνωστά αναπνευστικά προβλήματα κ.τ.λ.
- ▶ Όταν ο ίδιος βήχει ή φτερνίζεται να χρησιμοποιεί μαντίλι, να πλένει καλά τα χέρια του και να μην είναι σε κοντινή επαφή με άλλα άτομα, κυρίως ηλικιωμένους και μικρά παιδιά. Έτσι αποφεύγεται η διασπορά μικροβίων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει καλά ότι αποτελεί τον πλέον συνδετικό κρίκο για το άτομο και τον περίγυρό του.

Αυτή θα πρέπει να συνεργαστεί μαζί του για να τον βοηθήσει σε κάθε είδος προβλήματός του από συναισθηματικής μέχρι οικονομικής φύσεως, με όποιον τρόπο και θεμιτό μέσο μπορεί.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι στους ασθενείς που το πρόβλημά τους από οξύ μετεπίπτει σε χρόνιο με αποτέλεσμα κάποιες φορές και κάποια αναπηρία, η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει ακόμα περισσότερο το ψυχολογικό μέρος της υπαρξής του, που συχνά η λύπη, στεναχώρια δίνει την θέση της στην κατάθλιψη και στην πλήρη απομάκρυνση από τα καθημερινά, από την ρουτίνα της ζωής που όμως αποτελεί την όλη υπαρξή μας.

Η αποκατάσταση λοιπόν του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική και πρέπει να τυγχάνει ιδιαίτερης προσοχής για να μπορούνε τα άτομα αυτά να επανεντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο υγιεί.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.**

Ξεφυλλίζοντας λοιπόν την μέχρι τώρα εργασία μας βλέπουμε πως κάθε σχέδιο μας για την σωστή αντιμετώπιση του ασθενή πρέπει να τηρεί κάποιους κανόνες για να φέρει το θεμιτό αποτέλεσμα.

Ως τέτοιοι κανόνες μπορούν να θεωρηθούν οι εξής:

- ▶ Σωστή εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.
- ▶ Το σχέδιο πρέπει να είναι ειδικά φτιαγμένο για να καλύπτει τις ιδιαίτερες ανάγκες του αρρώστου.
- ▶ Πρέπει το σχέδιο να αποβλέπει σε άμεσους (βραχυπρόθεσμους) και έμμεσους (μακροπρόθεσμους) στόχους.
- ▶ Πρέπει τα τακτά χρονικά διαστήματα να επανεκτιμάται για να βλέπουμε αν βαίνει καλώς ή κάπως χωλαίνει οπότε τροποποιείται.

Αρα η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί και σωστό, ολοκληρωμένο σχεδιασμό.

Τέλος η κυβέρνηση, η πολιτεία, η εκκλησία, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης φέρουν το δικό τους ποσοστό ευθύνης. Καλούνται και αυτοί με την σειρά τους να ενημερώνουν τους ασθενείς για τα προληπτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν, να διατεθούν χρήματα για την δημιουργία ειδικών χώρων για τα καπνίζοντα άτομα, να δημιουργηθούν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης στους εργασιακούς χώρους, να εξοπλίσει καλύτερα τους Νοσοκομειακούς χώρους για αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών αλλά πάνω από όλα να κάνει συνείδηση σε όλους τους ανθρώπους ασθενείς και μη ότι η πρόληψη είναι αυτή που θα μας οδηγήσει στο ελπιδοφόρο μήνυμα

**ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟ 2.000.**

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ.

Ο επίλογος συνήθως αποτελεί το ολοκλήρωμα των σκέψεων κάποιου ατόμου, που ασχολήθηκε με κάποιο θέμα.

Συνήθως στις περισσότερες εργασίες αυτού του είδους, ο επίλογος είναι μια συνοπτική έκθεση των όσων έχουν ήδη προειπωθεί, εγώ όμως δρᾶττωντας αυτής της ευκαιρίας θα ήθελα να πω κάτι άλλο που αγγίζει περισσότερο την επιρροή που είχε η εργασία αυτή πάνω μου. Ίσως είναι αρκετά κοινότυπο αυτό που θα πω αλλά:

Η υγεία αποτελεί πραγματικά το μεγαλύτερο αγαθό στην ύπαρξη ενός ατόμου. Τίποτα και κανένας δεν μπορεί να σε βοηθήσει όταν αυτό το αγαθό χάνεται. Η ύπαρξη του που ο τρόπος που ζούμε δείχνει, ότι το θεωρούμε κάτι το δεδομένο πρέπει όμως να φτάσει η στιγμή της αρρώστιας για να επανεκτιμήσουμε ότι η αξία του είναι μοναδική. Μοιάζει με το νερό και τον διασμένο. Μια σταγόνα αρκεί να τον ξεδιγιάσει, και η παντελής έλλειψή του φτάνει για να θέσει τέρμα στην ζωή του.

Έτσι λοιπόν ας καταλάβουμε και ας συνειδητοποιήσουμε ότι μόνοι μας πρέπει να ενδιαφερθούμε για να βελτιώσουμε τον τρόπο που ζούμε, τις συνθήκες που βιώνουμε και με την βοήθεια του Παντοδύναμου Θεού να ελπίζουμε ότι θα διατηρήσουμε αυτό το αγαθό.

Χρειάζεται όμως πολύ προσπάθεια, ατομική και συλλογική γιατί ξέρουμε ότι τα "αγαθά κόποις κτώνται" και ουδέν αγαθό πολυτιμότερον πλην της υγείας.

Αξίζει λοιπόν να προσπαθήσουμε περισσότερο για ένα καλύτερο μέλλον, για περισσότερα υγιή άτομα.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

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

Ανευλαβής Ελευθέριος, ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΩΝ  
ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ-ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, Εκδόσεις  
Λίτσας, 1975.

Βαλτη Δημ. Καθηγητής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσ/κης, ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, Τόμος Α΄, Θεσ/κη 1971.

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

Δαϊκού, Καθηγητής Α΄ Παθολογικής κλινικής και ειδικής νοσολογίας,  
ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΔΑΙΚΟΥ, Αθήνα 1971.

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

Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ, Τόμος Β΄, Μέρος 1ο, εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα  
1990.

Μπαρτσόλα Στυλιανού, Επιμελητού Β΄ Παθολογικής κλινικής  
πανεπιστημίου Αθηνών, ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΙΣ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ  
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ.

Παπαδημητρίου Μ. σημειώσεις "ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ" για το  
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Πολυζωγοπούλου Δ.-Πολυχρονοπούλου Β., ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ, Τόμος Γ', Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ.

ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, Αθήνα 1993.

Ραγιά Α., ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Αθήνα 1987

Read E. Alan Barrit B.W., Hever Langton R., ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ,

Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Μουτσόπουλος Χ., Καθηγητής

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιαννίνων.

Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ., ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Τόμος 1ος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.

Ψαρόπουλος Τάσος, THE MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA-

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ, τόμος 64ος, τεύχος 3, Εκδόσεις

ANGLO HELLENIC AGENCY, Μάιος 1980.