

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΓΙΑ ΑΝΑΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ

ΘΕΜΑ:



“Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ”

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:
Ι. Γεωργούση

Σπουδάστρια:
Σίμου Βασιλική

ΠΑΤΡΑ, 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2212
----------------------	------



ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερώνω αυτή την πτυχιακή εργασία στους γονείς μου, οι οποίοι με υποστήριξαν ηθικά και υλικά, όχι μόνο κατά την προετοιμασία της εργασίας μου, αλλά και σ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου στη Σχολή της Νοσηλευτικής.

Η αφιέρωσή μου αυτή είναι ελάχιστος ψόρος τιμής και σεβασμού σ' αυτούς, για την συνεχή παρουσία τους πλάϊ μου στις καλές και στις άσχημες στιγμές.

Σας ευχαριστώ θερμά.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.	3
Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	4
ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	4
1. Στόμα	5
2. Φάρυγγας	7
3. Οισοφάγος	8
4. Στόμαχος	10
5. Λεπτό έντερο	11
6. Παχύ έντερο	13
7. Αγγείωση γαστρεντερικού σωλήνα	14
8. Ήπαρ	16
9. Πάγκρεας	18
Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.	28
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ	29
α. Προεγχειρητική ετοιμασία	32
β. Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.	36
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV.	40
A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙ- ΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	41
1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας - Νοσηλευτική παρέμβαση	41
2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές του πεπτικού από το κυκλοφορικό - Νοσηλευτική παρέμβαση	45
3. Πνευμονικές επιπλοκές	47
4. Επιπλοκές από το πεπτικό - Νοσηλευτική παρέμβαση	49
5. Επιπλοκές από το τραύμα - Νοσηλευτική παρέμβαση	54
B. ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	56
1. Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης	56
2. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού	62
3. Αποκατάσταση ή διατήρηση επαρκούς	

	ανταλλαγής αερίων με θεραπεία εισπνοής	63
4.	Μετάγγιση αίματος	66
5.	Ρινογαστρική διασωλήνωση	68
6.	Τεχνητή διατροφή μέσω ρινογαστρικού σωλήνα	71
7.	Παρεντερική χορήγηση υγρών	73
8.	Ανακούφιση μετεγχειρητικού πόνου και δυσφορίας	73
9.	Αντιμετώπιση ανωμαλιών που έχουν σχέση με την εκκένωση του εντέρου	74
10.	Εντερική διασωλήνωση	75
11.	Πλύση γαστρεντερικών σωλήνων	77
12.	Βοήθεια στην πλύση στομάχου	80
13.	Χρησιμοποίηση σωλήνα Sengtaken - Blakemore για έλεγχο αιμορραγίας κίρσων οισοφάγου	81
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.	83
	ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	
	ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ	
	ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΑΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙ-	
	ΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	84
-	1ο Περιστατικό	84
-	2ο Περιστατικό	97
	ΕΠΙΛΟΓΟΣ	107
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	109

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα με το οποίο ασχολείται η πτυχιακή αυτή εργασία, είναι η νοσηλευτική παρέμβαση στις μετεγχειρητικές επιπλοκές του πεπτικού συστήματος στην παιδική ηλικία. Στην προσπάθεια για καλύτερη κάλυψη του θέματος η εργασία χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια, που το κάθε ένα περιλαμβάνει τα εξής:

Το πρώτο κεφάλαιο αποτελείται από δύο μέρη. Στο Α' Μέρος αναφέρεται η ανατομία του πεπτικού συστήματος και στο Β' Μέρος η φυσιολογία αυτού. Το πρώτο κεφάλαιο αποτελείται εξ ολοκλήρου από την ιατρική ανάλυση σε ό,τι έχει σχέση με το πεπτικό σύστημα.

Το δεύτερο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην νοσηλευτική φροντίδα του άρρωστου παιδιού για άμεση προεγχειρητική ετοιμασία.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες του άρρωστου παιδιού και την αντιμετώπισή τους από την νοσηλεύτρια.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στη νοσηλευτική παρέμβαση των μετεγχειρητικών επιπλοκών του πεπτικού συστήματος, για την οποία έγινε μια προσπάθεια για την όσο το δυνατό πιο εκτενή κάλυψη όλων των περιπτώσεων αφού πάνω σε αυτή βασίζεται και η κεντρική ιδέα αυτής της εργασίας.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο περιγράφονται δύο περιστατικά παιδιών με μετεγχειρητικές επιπλοκές από το πεπτικό σύστημα, τα οποία εισήχθησαν στο Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παιδών της Πάτρας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χειρουργική είναι ένας από τους κλάδους της Ιατρικής, που παρουσίασε αλματώδη πρόοδο τις τελευταίες δεκαετίες. Οι παράγοντες, που συντέλεσαν σ' αυτό, είναι πολλοί. Μερικοί από αυτούς είναι:

1. Κατανόηση των οράσεων ορισμένων παθήσεων.
2. Αναγνώριση της σπουδαιότητας του ρόλου της υδατοηλεκτρολυτικής, οξεοβασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργημένου αρρώστου.
3. Βελτίωση των εργαλείων, συσκευών και μηχανημάτων, που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις.
4. Σημαντική πρόοδος στον τομέα της αναισθησιολογίας.
5. Καταπολέμηση αποτελεσματικά των λοιμώξεων.
6. Βελτίωση της αποκατάστασης του χειρουργημένου αρρώστου.
7. Έμπειρο και σωστά καταρτισμένο προσωπικό στις χειρουργικές μονάδες.

Η Χειρουργική των Παίδων δεν αποτελεί ειδικότητα της Χειρουργικής, αλλά ιδιαίτερο κλάδο της Ιατρικής, όπως η Παθολογία, η Χειρουργική και η Παιδιατρική.

Η Χειρουργική των Παίδων ασχολείται με τη Γενική Χειρουργική προσαρμοσμένη στην νεογνική, τη βρεφική και την παιδική ηλικία. Το παιδί παρουσιάζει βιολογική διαφορά από τον ενήλικα, ενώ ταυτόχρονα βρίσκεται σε

ανάπτυξη. Εφόσον, λοιπόν, υπάρχει, υπό φυσιολογικές συνθήκες, διαφορά μεταξύ των ενηλίκων, είναι λογικό τόσο κλινική εικόνα της νόσου, όσο και η εξέλιξη αυτής να διαφέρουν μεταξύ νεογνών, βρεφών, παιδών και ενηλίκων. Πέραν από τη διαφορά, η οποία υπάρχει μεταξύ των παθήσεων, που απαντώνται σε όλες τις ηλικίες, υπάρχουν κι άλλες παθήσεις, οι οποίες απαντώνται μόνο στην νεογνική και τη βρεφική ηλικία, πχ. "η υπερτροφική πυλωρική στένωση" και οι "συγγενείς διαμαρτίες" άλλων οργάνων. Νοσηλευτικά Ιδρύματα με κατάλληλη υποδομή, κτιριακές εγκαταστάσεις, οργανωμένα χειρουργεία, μηχανήματα και εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας καθώς επίσης και ειδικά εκπαιδευμένοι παιδοχειρουργοί και νοσηλευτικό προσωπικό κατάλληλα καταρτισμένο, συντελούν και συμπληρώνουν την αλματώδη πρόοδο στον τομέα Χειρουργικής αίδων.

Ένα σημαντικό κεφάλαιο στην Παιδοχειρουργική είναι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές του πεπτικού συστήματος στην παιδική ηλικία.

Στη μελέτη αυτή, αναφέρονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές του πεπτικού, που μπορεί να παρουσιαστούν στο παιδί, και γίνεται προσπάθεια για μια ολοκληρωμένη, όσο το δυνατόν, ανάλυση και μελέτη των ιατρικών και κυρίως των νοσηλευτικών απόψεων και παρεμβάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Για τη διατήρηση της δομικής ακεραιότητας και λειτουργίας των ιστών και οργάνων του, το σώμα χρειάζεται συνεχή παροχή ενέργειας. Ενέργεια παρέχεται με την τροφή, που αποτελείται κυρίως από πρωτεΐνες, λίπη και υδατάνθρακες. Μερικές άλλες ουσίες βρίσκονται σε μικρές ποσότητες στην τροφή, αλλά αποτελούν απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.

Η λειτουργία της πέψης περιλαμβάνει όλες τις φυσικοχημικές διεργασίες από την πρόσληψη και μηχανική επεξεργασία των τροφών, ως την ενζυματική διάσπαση των θρεπτικών ουσιών και την απορρόφηση και μεταφορά τους προς την κυκλοφορία. Η πέψη γίνεται στα όργανα της πέψης, που αποτελούνται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και τους πεπτικούς αδένες. Ο γαστρεντερικός σωλήνας αρχίζει από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό.

Τέσσερις χιτώνες αποτελούν το τοίχωμα των κοίλων σπλάγχων του πεπτικού συστήματος: α) ο βλεννογόνος που αποτελείται από καλυπτήριο επιθήλιο, χόριο, εξωκρινείς αδένες και βλεννογόνια ρυϊκή στοιβάδα, β) ο υποβλεννογόνιος, γ) ο ρυϊκός χιτώνας και δ) ο ορογόνιος χιτώνας.

ΣΤΟΜΑ

Είναι η αρχική μοίρα του πεπτικού. Η έσω επιφάνεια των χειλιών και των παρειών και η έξω επιφάνεια των δοντιών και των ούλων αφορίζουν το προστόμιο. Τα χείλη και οι παρειές βοηθούν την μάσηση και την ομιλία.

Ο άνθρωπος έχει 32 δόντια. Ο οδοντικός τύπος του ανθρώπου, για κάθε ημιμόριο κάθε γνάθου, από μπρός και πίσω είναι: 2 τομείς, 1 κυνόδοντας, 2 προγόμφιοι και 3 γόμφιοι.

Σε κάθε δόντι διακρίνουμε:

- τη μύλη,
- τη ρίζα και
- τον αυχένο.

Στην κεντρική μοίρα του δοντιού υπάρχει η πολψική κοιλότητα, όπου βρίσκονται τα τροφικά αγγεία και νεύρα και λίγος χαλαρός συνδετικός ιστός. Βασικά, το δόντι είναι κατασκευασμένο από οδοντινή ουσία, που καλύπτεται από την αδαμαντίνη, αντίστοιχα προς την ψύλη και την οστέϊνη ουσία, αντίστοιχα προς τη ρίζα. Πίσω από τον οδοντικό ψραγμό βρίσκεται η κυρίως στοματική κοιλότητα, που αφορίζεται μπροστά και στα πλάγια από τον οδοντικό ψραγμό, προς τα πάνω από την σκληρή και μαλακή υπερώα και προς τα κάτω από το έδαφος της στοματικής κοιλότητας. Πίσω συγκοινωνεί προς τον ψάρυγγα με τον ισθμό.

Η σκληρή υπερώα αποτελείται από την υπερώϊα απόψυση της άνω γνάθου, το υπερώϊο οστό, το περίοστεο και τον βλεννογόνο.

Η μαλακή υπερώα είναι ένα ευκίνητο ινομυώδες πέταλο, που απολήγει ελεύθερα στην σταφυλή, ενώ στα πλάγια σχηματίζει τις ψαρυγγοϋπερώϊες καμάρες.

Η γλώσσα διαιρείται σε σώμα και ρίζα με την τελική αύλακα, που εκτείνεται σαν V εκατέρωθεν του τυφλού τμήματος. Οι μύες της γλώσσας διακρίνονται σε:

- ενδοψυείς, που προσψύονται μόνο στο βλεννογόνο και στο διάφραγμα της γλώσσας, και
- εξωψυείς, που εκψύονται από τα γύρω οστά.

Οι μύες της γλώσσας χρησιμεύουν για να κινούν και να αλλάζουν το σχήμα της γλώσσας.

Η γλώσσα μετέχει στη λειτουργία της μάσησης, της κατάποσης και της ομιλίας. Επιπλέον, η γλώσσα εξυπηρετεί την αίσθηση της γεύσης.

Η άνω επιφάνεια της γλώσσας παρουσιάζει τις θηλές και διακρίνονται, ανάλογα με το σχήμα τους, σε τριχοειδείς, μυκητοειδείς, ψυλλοειδείς, και περιχαρακωμένες. Ανάμεσα στο επιθήλιο, που καλύπτει τους τρεις τελευταίους τύπους θηλών βρίσκονται οι γευστικοί κάλυκες.

Ο βλεννογόνος του στόματος είναι κατάσπαρτος από μικρούς σιαλογόνους αδένες. Υπάρχουν τρεις μεγάλοι,

εξωτοιχωματικοί σιαλογόνοι αδένες, που εκβάλλουν στο στόμα με εκφορητικούς πόρους.

α) Παρωτίτα: Βρίσκεται πίσω από την κάτω γνάθο, μέσα στην παρωτιδική θήκη και μάλιστα μπροστά από τον έξω ακουστικό πόρο και τη μαστοειδή απόψυση. Είναι ο πιο μεγάλος αδένας από τους σιελογόνους και το βάρος του είναι περίπου 25 έως 30 g. Ο εκφορητικός πόρος της παρωτίδας εκβάλλει στη σιαλική θηλή, που βρίσκεται στο προστόμιο, στο ύψος του 2ου άνω γομορίου δοντιού.

β) Ο υπογνάθιος αδένας βρίσκεται στην υπογνάθιο περιοχή. Καθένας έχει βάρος 7 g. Ο εκφορητικός του πόρος, που φέρνει το έκκριμά του καταλήγει και εκβάλλει κοντά στη ρίζα της γλώσσας.

γ) Ο υπογλώσσιος αδένας βάρους 3 έως 5 g, βρίσκεται στην υπογλώσσια πτυχή, δηλαδή στο έδαφος της στοματικής κοιλότητας. Μεταφέρει το έκκριμά του με πολλούς εκφορητικούς πόρους, που οι εκβολές τους βρίσκονται στην υπογλώσσια πτυχή.

ΦΑΡΥΓΓΑΣ

Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας, που κρέμεται από την βάση του κρανίου, όπου προσψύεται με την

κρανιοεγκεφαλική περιτονία. Επικοινωνεί προς τα μπρός με την ρινική κοιλότητα, διαμέσου των ρινικών χρονών, με την στοματική κοιλότητα, διαμέσου του ισθμού και με το λάρυγγα. Στα πλάγια τοιχώματα της ρινικής μοίρας εκβάλλουν οι ακουστικές σάλπιγγες, με τις οποίες επικοινωνεί προς την κοιλότητα του μέσου αυτιού.

Συνεχίζεται προς τα κάτω με τον οισοφάγο. Το οπίσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από μια σειρά μυών, των οποίων οι ίνες προσψύονται στην ψαρυγγική ραφή, αυτοί οι μύες σχηματίζουν τρεις σφιγκτήρες, τον άνω, τον μέσο και τον κάτω, που ενεργοποιούμενοι κατ' αυτή την σειρά εκκινούν την κατάποση και την περίσταση.

Ο ψαρυγγικός λεμφικός δακτύλιος σχηματίζεται από τις αμυγδαλές και πολλά μονήρη λεμφοζίδια.

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Είναι ένας σωλήνας που ενώνει το κάτω πέρας του λάρυγγα με το στόμαχο. Έχει μήκος 25 εκ. περίπου.

Βρίσκεται πίσω από την τραχεία και μπροστά από την σπονδυλική στήλη, στο μεσοθωράκιο. Για να καταλήξει στο στόμαχο, διατρύπα το διάφραγμα μπροστά από την αορτή. Ο οισοφάγος, παρουσιάζει 3 στενώματα: το κρικοειδές, στην αρχή, κατόπιν το αορτοβρογχικό, στο ύψος του 4ου και 5ου θωρακικού σπονδύλου και τέλος, το υπερφρενικό, αντίστοιχα προς το διάφραγμα.

Το τοίχωμα του οισοφάγου σχηματίζεται από 4 χιτώνες:

- α) Το βλεννογόνιο,
- β) Τον υποβλεννογόνιο,
- γ) Τον μυϊκό, και
- δ) Τον εξω χιτώνα

Ο οισοφάγος συνδέεται προς τον κρικοειδή χόνδρο με τον κρικοφαρυγγικό σύνδεσμο, προς τον αριστερό βρόγχο με τον βρογχοοισοφαγικό μυ προς τον μεσοθωρακικό υπεζωκότα με τον πλευρο-οισοφαγικό μυ. Οι αδένες του οισοφάγου στο πρώτο και τρίτο τριτημόριο βρίσκονται μέσα στον βλεννογόνο, ενώ στο μεσαίο τριτημόριο καταλαμβάνουν τον υποβλεννογόνιο.

Στα κατώτερα 2-5 εκ. του οισοφάγου, οι κυκλωτερείς μυϊκές ίνες λειτουργούν σαν σφιγκτήρας. Κατά την κατάποση, ο σφιγκτήρας χαλαρώνει παροδικά, για να επιτρέψει την δίοδο του βλωμού προς το στόμαχο. Τον υπόλοιπο χρόνο, παραμένει σε σύσπαση, εμποδίζοντας την παλινδρόμηση γαστρικού υγρού, μέσα στον οισοφάγο, το επιθήλιο του οποίου είναι ευάλωτο στην πεπτική δραστηριότητα των γαστρικών εκκρίσεων.

ΣΤΟΜΑΧΟΣ

Βρίσκεται στην άνω κοιλία, ακριβώς κάτω από το διάφραγμα και προς τ' αριστερά της μέσης γραμμής. Το άνοιγμα προς τον οισοφάγο, λέγεται οισοφαγικό στόμιο. Το άνοιγμα προς το λεπτό έντερο, λέγεται πυλωρικό στόμιο.

Έχει δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια και δύο χείλη, το μείζον και το ελάσσον τόξο. Το βαθύτερο τμήμα του ελάσσονος τόξου λέγεται γωνιαία εντομή.

Ο στομάχος διαιρείται σε δύο μέρη, τον ιδίως στομάχο και τον πυλωρικό στομάχο. Από τα μέρη αυτά, ο ιδίως στομάχος διακρίνεται στο θολό και στο σώμα του στομάχου, ο δε πυλωρικός στομάχος στο πυλωρικό άντρο και στον πυλωρικό σωλήνα.

Αδένες του στομάχου

Οι αδένες, που βρίσκονται στον ιδίως στομάχο, περιέχουν διάφορα κύτταρα:

1. βλεννώδη κύτταρα,
2. καλυπτήρια κύτταρα, που παράγουν HCl και ενδογενή παράγοντα,
3. ζυμογόνα κύτταρα, που παράγουν πεψινογόνο,
4. εντεροενδοκρινή κύτταρα, που εκκρίνουν ορμόνες.

Οι αδένες της πυλωρικής μοίρας του στομάχου παράγουν κυρίως βλέννα. Επίσης, τα καλυπτήρια κύτταρα αραιώνουν και τελικά εξαφανίζονται στον πυλωρικό

στόμαχο. Αλλά υπάρχουν στον βλεννογόνο της πυλωρικής μοίρας κύτταρα, που παράγουν μια ορμόνη, την γαστρίνη. Αυτή έχει σχέση τόσο με την κινητικότητα, όσο και με την εκκριτική λειτουργία του στομάχου.

ΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Είναι ένας σωλήνας κυλινδρικός, που εκτείνεται από τον πυλωρό ως την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Μήκος 6,5 μέτρα κατα μέσο όρο:

Το λεπτό έντερο διαιρείται σε δύο μέρη, δηλαδή:

1. Το δωδεκαδάκτυλο, και
2. το ελικώδες έντερο, το οποίο διαιρείται στη νήστιδα προς τα άνω και τον ειλέο προς τα κάτω και κρέμεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με το μεσεντέριο.

Ο βλεννογόνος του λεπτού εντέρου χαρακτηρίζεται από την παρουσία των λαχνών.

Δωδεκαδάκτυλο

Είναι το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου, και ενώνει τον πυλωρό με την νήστιη. Είναι το ευρύτερο, βραχύτερο, και πλέον ακίνητο τμήμα του λεπτού εντέρου. Περιγράφονται 4 μοίρες, που σχηματίζουν μια αγκύλη γύρω από την κεφαλή του παγκρέατος. Η πρώτη μοίρα βρίσκεται ανάμεσα στο ήπαρ, μπροστά και το πάγκρεας, πίσω. Στην κλινική ονομάζεται και βολβός του

δωδεκαδακτύλου. Περιπου στην μέση της 2ης μοίρας εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των δύο μεγαλύτερων εξωτοιχωματικών αδένων του πεπτικού συστήματος, δηλαδή ο κοινός χοληδόχος πόρος, από το ήπαρ και ο μείζων παγκρεατικός πόρος, από το πάγκρεας.

Το δωδεκαδάκτυλο τελειώνει μπροστά από τον 2ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Στο σημείο αυτό, κρέμεται από την σπονδυλική στήλη με τον κρεμαστήριο μυ. Πρόκειται για μια μυϊκή ταινία, που προέρχεται από το διάφραγμα και καταψύεται στην άνω επιφάνεια της νηστιδωδεκαδακτυλικής καμπής. Κοντά στο διάφραγμα από γραμμικές μυϊκές ίνες, που βαθμιαία αντικαθίστανται από λείες, όσο πλησιάζουμε προς το δωδεκαδάκτυλο.

Νήστη και ειλεός

Η νήστη και ο ειλεός αρχίζει από την νηστιδωδεκαδακτυλική καμπή και τελειώνει στην ειλεοτυφλική βαλβίδα. Έχει ελικοειδή πορεία και περιβάλλεται από περιτόναιο. Κρέμεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με μια πτυχή του περιτόναιου, που ονομάζεται μεσεντέριο. Η ρίζα του μεσεντέριου, δηλαδή η έκψυσή του, αρχίζει από τη νηστιδωδεκαδακτυλική πτυχή και τελειώνει αντίστοιχα προς την ειλεοτυφλική βαλβίδα.

ΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται από το τυφλό ως το πρωκτό. Έχει μήκος 1,50 m και αποτελεί συνέχεια του λεπτού εντέρου.

Στην εξωτερική επιφάνεια του παχέως εντέρου, υπάρχουν χαρακτηριστικά γνωρίσματα, με τα οποία διακρίνεται το παχύ από το λεπτό έντερο. Αυτά είναι:

1. Το μεγάλο εύρος,
2. Οι τρεις κολικές ταινίες, οι οποίες οφείλονται σε πάχυνση της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας,
3. Τα εκκολπώματα του τοιχώματός του, που χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλοτερείς περισφίξεις, και
4. Οι επιπλοϊκές αποψύσεις, οι οποίες είναι προσεκβολές του ορογόνου χιτώνα γεμάτες λίπος.

Το παχύ έντερο διακρίνεται σε τρία μέρη:

1. Το τυφλό έντερο μαζί με τη σκωληκοειδή απόψυση,
2. Το κόλο, που υποδιαιρείται σε 4 μικρότερα μέρη, το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές, και
3. το απευθυσμένο

Το τυφλό έντερο

Είναι η πρώτη μοίρα του παχέως εντέρου, που βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Από το άνω μέρος αρχίζει το ανιόν κόλο και σε αυτό εκβάλλει το τέλος του λεπτού εντέρου, όπου υπάρχει η ειλεοκολική βαλβίδα.

Στην εξωτερική επιφάνεια του τυφλού υπάρχει η έκφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Η σκωληκοειδής απόφυση, εμφανίζει βάση, σώμα και κορυφή, έχει μήκος συνήθως 6-10 cm, μπορεί να φθάσει όμως και μέχρι 30 cm.

Το κόλο είναι η συνέχεια του τυφλού και διακρίνεται σε ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές κόλο. Από αυτά:

- Το *ανιόν κόλο* φέρεται προς τα άνω και χωρίζεται από το εγκάρσιο με τη δεξιά κολική καμπή.
- Το *εγκάρσιο* είναι η συνέχεια του ανιόντος και αρχίζει από την δεξιά κολική καμπή και τελειώνει στην αριστερή κολική καμπή.
- Το *κατιόν κόλο* αρχίζει από την αριστερή κολική καμπή φέρεται προς τα κάτω και μεταπίπτει στο σιγμοειδές.
- Το *σιγμοειδές κόλο* είναι συνέχεια του κατιόντος κόλου και φέρεται προς τα κάτω, μπροστά από τον τρίτο ιερό σπόνδυλο και μεταπίπτει στο απευθυσμένο.
- Το *απευθυσμένο ή ορθό έντερο*, που είναι η τελευταία μοίρα του παχέως εντέρου, εκτείνεται μέχρι τον πρωκτό, ο οποίος αποτελεί το κάτω στόμιο του εντερικού σωλήνα.

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Ο οισοφάγος, ο στόμαχος και μέρος του δωδεκαδακτύλου, αρδεύονται από την κοιλιακή αρτηρία

(που αρδεύει επίσης το ήπαρ, το πάγκρεας και τον σπλήνα). Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυλο, το ελικώδες έντερο και το παχύ μέχρι και το δεύτερο τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου, αρδεύονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία.

Το υπόλοιπο παχύ έντερο μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο αρδεύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Οι διακλαδώσεις των αρτηριών αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν αρτηριακά τόξα, από τα οποία ξεκινούν τελικά τα ευθεία αγγεία, που φτάνουν στο έντερο. Το αίμα, από ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες, που τελικά εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια και την σπληνική φλέβα. Οι δύο αυτές φλέβες συμβάλλουν και σχηματίζουν την πυλαία φλέβα πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος. Τέλος, η πυλαία φλέβα φέρεται στο ήπαρ.

Η νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα

Η νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα είναι διττή:

1. Εξωγενής, από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα και
2. Ενδογενής, από νευρικά κύτταρα, που σχηματίζουν πλέγματα και βρίσκονται μέσα στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα.

- Ανάμεσα στις δύο στοιβάδες του μυϊκού χιτώνα, βρίσκεται το μυεντερικό νευρικό πλέγμα
- Ανάμεσα στον υποβλεννογόνιο χιτώνα βρίσκεται το υποβλεννογόνιο νευρικό πλέγμα.

Το μυεντερικό πλέγμα επηρεάζει κυρίως την κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, ενώ το υποβλεννογόνιο δρα τόσο στην κινητικότητα όσο και στις εκκρίσεις.

ΤΟ ΗΠΑΡ

Είναι ο μεγαλύτερος αδένας του σώματος, βρίσκεται κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος και εκτείνεται προς το επιγάστριο και τον αριστερό θόλο του διαφράγματος.

Έχει μια κυρτή επιφάνεια προς τα άνω, την διαφραγματική και μία κοίλη προς τα κάτω, την σπλαγχνική. Οι δύο επιφάνειες χωρίζονται προς τα εμπρός με το οξύ, κάτω χείλος του ήπατος.

Από τα χείλη του ήπατος, το πρόσθιο, που είναι ψηλαφητό στο ζωντανό άνθρωπο, εμφανίζει δύο εντομές, την ομφαλική, που βρίσκεται αριστερά και υποδέχεται το στρόγγυλο σύνδεσμο του ήπατος, και την κυστική εντομή, που βρίσκεται δεξιά και υποδέχεται τον πυθμένα της χοληδόχου κύστης.

Από τις επιφάνειες του ήπατος, η άνω επιφάνεια καλύπτεται από περιτόναιο και με την πρόσφυση του δρεπανοειδούς συνδέσμου χωρίζεται σε δύο λοβούς, τον δεξιό και τον αριστερό. Η επιφάνεια αυτή έρχεται σε σχέση, στα πλάγιά της, με τους θόλους του διαφράγματος και με αυτούς, έμμεσα με τις βάσεις των πνευμόνων, κατα δε το μέσο με την προς τα άνω κείμενη καρδιά.

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο και εμφανίζει δύο οβελιαίες αύλακες, τη δεξιά και την αριστερή. Οι αύλακες αυτές προς τα πίσω συνενώνονται μεταξύ τους με την εγκάρσια αύλακα, που αποτελεί τις πύλες του ήπατος. Η δεξιά αύλακα υποδέχεται τη χοληδόχο κύστη και η αριστερή το στρογγυλο σύνδεσμο του ήπατος. Η εγκάρσια τέλος αύλακα αποτελεί τις πύλες του ήπατος, από τις οποίες εισέρχονται η ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα και τα νεύρα του ήπατος και εξέρχονται οι ηπατικοί πόροι και τα λεμφαγγεία του.

Η οπίσθια επιφάνεια του ήπατος εμφανίζει δύο αύλακες, τη δεξιά και την αριστερή. Από αυτές, η δεξιά αύλακα υποδέχεται την κάτω κοίλη φλέβα, στην οποία εκβάλλουν οι ηπατικές φλέβες, ενώ η αριστερή αύλακα υποδέχεται το φλεβώδη σύνδεσμο.

Η εκφορητική μοίρα του ήπατος

Το ήπαρ εκκρίνει προς τον εντερικό σωλήνα την χολή, που είναι απαραίτητη για την πέψη των λιπιδίων. Η χολή φέρεται προς το έντερο με τον ηπατικό πόρο και τον χοληδόχο πόρο και επίσης αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη.

Η χοληδόχος κύστη είναι ένα σακκοειδές ανεύρυσμα, που βρίσκεται μέσα στον κυστικό βόθρο της σπλαγχνικής επιφάνειας του ήπατος. Η οπίσθια επιφάνειά της καλύπτεται με περιτόναιο. Διακρίνουμε, πυθμένα, σώμα και αυχένα της κύστης. Ο πυθμένας προβάλλει κάτω από το οξύ χείλος του ήπατος. Ο τοίχωμά της αποτελείται από βλεννογόνο, ινομυώδη χιτώνα και έξω χιτώνα. Η κύστη χρησιμεύει για την αποθήκευση της χολής, την οποία συμπυκνώνει πολύ, απορροφώντας ιόντα και νερό.

Η χοληδόχος κύστη εκβάλλει στον χοληφόρο πόρο με τον κυστικό πόρο.

Κοντά στον δωδεκαδάκτυλο, ο χοληδόχος πόρος, συναντά τον παγκρεατικό πόρο, με τον οποίο εκβάλλουν από κοινού, στη μείζονα θηλή του 12/λου. Στη θέση αυτή υπάρχει ένας σφιγκτήρας, που ρυθμίζει τη ροή της χολής στο έντερο.

ΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Είναι μικτός αδένας, βρίσκεται πίσω από τον περιτοναϊκό χώρο, μπρος από τα μεγάλα αγγεία του

κύτους της κοιλιάς και εκτείνεται από την αγκύλη του δωδεκαδακτύλου ως τις πύλες του σπλήνα.

Διακρίνουμε την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Έχει πρισματικό σχήμα και παρουσιάζει άνω, κάτω και οπίσθιο χείλος και πρόσθια, οπίσθια και κάτω επιφάνεια.

Η κεφαλή του παγκρέατος παρουσιάζει στην οπίσθια επιφάνειά της, δύο αύλακες, που υποδέχονται το χοληδόχο πόρο και την πυλαία φλέβα και μια εντομή, που υποδέχεται την άνω μεσεντέρια αρτηρία και φλέβα. Το μέρος της κεφαλής του παγκρέατος, που βρίσκεται πίσω από τα μεσεντέρια αγγεία λέγεται ακιστροειδής απόψυση. Η ουρά του παγκρέατος βρίσκεται μέσα στον παγκρεατοσπληνικό σύνδεσμο και είναι πιο ευκίνητη από τις άλλες μοίρες του.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το ανθρώπινο πεπτικό σύστημα καλείται να προσφέρει μια πραγματικά αξιοθαύμαστη υπηρεσία: πρέπει να ικανοποιεί συνεχώς τις ειδικές τροφικές απαιτήσεις δισεκατομμυρίων κυττάρων, ακόμα και των πιο ασήμαντων, σε όλες τις απόμακρες γωνίες του σώματος, με ακριβώς τις σωστές ποσότητες μιας μεγάλης ποικιλίας τροφίμων. Οι μηχανισμοί αυτού του συστήματος, που συμπεριλαμβάνει τις φυσικές και χημικές διαδικασίες με τις οποίες τα λίπη, οι πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες των πεπτωμένων τροφών μετατρέπονται στους απλούς χημικούς δομικούς λίθους, απαραίτητους για την αύξηση και ζωτικότητα των κυττάρων, είναι μια από τις φύσεις πιο πολύπλοκες και αξιόλογες διαδικασίες.

Πείνα - Όρεξη - Δίψα

Πείνα: Το κύριο αίσθημα που ρυθμίζει την πρόσληψη τροφής, η πείνα, είναι γνωστό ότι ρυθμίζεται εν μέρει από τη δράση των αντανακλαστικών και στον εγκέφαλο και το στομάχι. Ειδικά κέντρα ελέγχου στον εγκέφαλο, τα οποία με κάποιο άγνωστο μηχανισμό αντιλαμβάνονται το ποσόν του σακχάρου στην

κυκλοφορία, εξασκούν μια ισχυρή επίδραση επί της πείνας. Τα λεγόμενα "άλγη πείνας" ή συσπάσεις πείνας του στομάχου είναι επίσης σπουδαία στη ρύθμιση της πρόσληψης της τροφής.

Όρεξη: Αυτή την αποτελεί ένας πιο λεπτός τρόπος ελέγχου της πρόσληψης της τροφής, πχ. αν και ένας πολύ πεινασμένος άνθρωπος μπορεί κανονικά να συχαίνεται το σπανάκι, το πρωτόγονο αίσθημα της πείνας θα τον οδηγήσει στο να καταναλώσει αυτή την τροφή παρά την έλλειψη κανονικής όρεξης γι' αυτήν. Αυτό δείχνει ότι, η όρεξη προέρχεται από πολλούς παράγοντες, ψυχικούς, κοινωνικούς, εθνικούς και προσωπικούς και σχετίζεται στενά με τις αισθήσεις της όρασης και της όσφρησης.

Δίψα: Αν και είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που ρυθμίζει την πρόσληψη νερού, η δίψα, όπως η πείνα και η όρεξη, είναι ένα πολύπλοκο και εν πολλοίς άγνωστο φαινόμενο. Ένα από τα θαύματα της ανθρώπινης βιολογίας είναι ο ακριβής τρόπος με τον οποίο το άτομο ασυναίσθητα ελέγχει την ποσότητα νερού του σώματος μέσα σε πολύ στενά όρια. Το αίσθημα της δίψας εν μέρει ρυθμίζεται από την στεγνότητα του στόματος, αλλά κυρίως από τους εξαιρετικούς νευρικούς μηχανισμούς ελέγχου, που συνεχώς ελέγχουν την κατάσταση του σωματικού ισοζυγίου ύδατος.

Η στοματική ψάση της πέψης

Κατά την στοματική ψάση της πέψης, η τροφή τεμαχίζεται σε μικρά κομμάτια από τα δόντια και ανακατεύεται με το σίελο για να διευκολυνθεί η κατάποση.

Οι σιελογόνοι αδένες: διατηρούν μια βασική ροή σιέλου για να διατηρηθούν οι βλεννογόνοι της στοματικής κοιλότητας μαλακοί και υγροί. Επιπλέον, ο σίελος αυξάνεται από την παρουσία ύλης στο στόμα, ή από την αφή, τη μυρωδιά ή τη σκέψη τροφής. Ο σίελος βοηθάει στην κατάποση, επιτρέπει να γίνει αισθητή η γεύση της τροφής κάνοντας την ένα διάλυμα ικανό να ερεθίσει τις γευστικές θηλές και προάγει την υγιεινή του στόματος, πλένοντας συνέχεια τα δόντια.

Η πέψη στο στομάχο

Περίπου 35 εκατ. γαστρικοί αδένες καλύπτουν την επιφάνεια του στομαχικού βλεννογόνου και συλλογικώς παράγουν το γαστρικό υγρό. Αυτό είναι ένα υδαρές διάλυμα, που εκτός από διάφορα ανόργανα άλατα περιέχει 2 απαραίτητα για την πέψη συστατικά, το *πεψινογόνο*, την πρόδρομη ουσία του πεπτικού ενζύμου, της πεψίνης, και το *υδροχλωρικό οξύ* είναι δυνατό

ανόργανο οξύ, πολύ τοξικό για τους περισσότερους ιστούς.

Στον αυλό του στομάχου, το υδροχλωρικό οξύ μετατρέπει ή ενεργοποιεί την ανεργό πρόδρομη ουσία, το πεψινογόνο, στο ενεργό ένζυμο, πεψίνη. Αυτό το ένζυμο έχει τότε την ικανότητα να αρχίσει την πεπτική διάσπαση της πρωτεΐνης, έτσι, το γαστρικό υγρό είναι το πρώτο σπουδαίο πεπτικό έκκριμα, που έρχεται σε επαφή με την καταπινόμενη τροφή. Οι συσπάσεις του μυϊκού χιτώνα βοηθούν στο να αναμιχθεί το στομαχικό περιεχόμενο με το γαστρικό υγρό και τελικά ο ημιστέρεος βλωμός μετατρέπεται σε ημι-υγρό υλικό, το χυμό. Ο χυμός προωθείται προοδευτικά προς το άντρο (το τμήμα του στομάχου που οδηγεί στο λεπτό έντερο), όπου η περιοδική χαλάρωση του σφιγκτηριακού πυλωρού του επιτρέπει να φύγει από το στομάχι και να πάει στο λεπτό έντερο.

Το λεπτό έντερο και η πέψη

Το λεπτό έντερο είναι το κυριότερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα και εκτελεί το μεγαλύτερο έργο της πέψης. Αυτή η λειτουργική υπεροχή προέρχεται από το γεγονός ότι σχετίζεται στενά με το ήπαρ και το πάγκρεας, και λόγω του μεγέθους του προσφέρει μια τεράστια επιφάνεια από την οποία τα προϊόντα της πέψης μπορούν να απορροφηθούν στην κυκλοφορία.

Κάθε τμήμα του λεπτού εντέρου (δωδεκαδάκτυλο, νήστιδα, ειλεό), έχει ξεχωριστό βλεννογόνο χιτώνα οπότε παίζει ξεχωριστό ρόλο στην πέψη.

Πέψη στο δωδεκαδάκτυλο:

Το δωδεκαδάκτυλο περιβάλλει το τριγωνοειδές πάγκρεας. Στην έσω επιφάνεια του δωδεκαδακτύλου υπάρχει η δωδεκαδακτυλική λήκυθος, όπου υπάρχουν τα στόμια δύο πόρων, ο ένας είναι ο παγκρεατικός πόρος, που μεταφέρει παγκρεατικό υγρό στο δωδεκαδάκτυλο, και ο άλλος είναι ο χοληδόχος πόρος, που επιτρέπει την είσοδο της ηπατικής χολής στο λεπτό έντερο. Με τη λειτουργική αυτή διχοτόμηση του δωδεκαδακτύλου, παγκρέατος και ήπατος, η πιο σπουδαία ψάση της πέψης αρχίζει μόλις η εισαγόμενη τροφή περάσει στο λεπτό έντερο από το στομάχι.

Ο ρόλος του παγκρέατος στην πέψη:

Το πάγκρεας παράγει 4 πεπτικά ένζυμα. Την θρυψίνη και την χυμοθρυψίνη, που διασπούν τα μεγάλα πρωτεϊνικά μόρια σε μικρότερες μονάδες, την παγκρεατική λιπάση, υπεύθυνη για την πέψη των λιπών και την παγκρεατική αμυλάση που δρά στην πέψη των υδατανθράκων. Τα ένζυμα είναι τα δραστικά συστατικά του παγκρεατικού υγρού και εισέρχονται στο δωδεκαδάκτυλο δια του παγκρεατικού πόρου, οπότε ανακατεύονται με τον εντερικό χυμό και

προκαλούν μεγάλες πεπτικές μεταβολές στις εισερχόμενες τροφές.

Εκτός από το ρόλο του στην παραγωγή ενζύμων, το πάγκρεας έχει διασπαρμένα στο παρέγχυμά του μικρά νησίδια από κύτταρα, τα παγκρεατικά νησίδια. Τα κύτταρα αυτά παράγουν ινσουλίνη, ορμόνη που ελέγχει τον μεταβολισμό του σακχάρου από τον οργανισμό και εκκρίνει αυτήν απευθείας στην κυκλοφορία και όχι στο παγκρεατικό υγρό.

Ο ρόλος του ήπατος στην πέψη:

Το ήπαρ κατευθύνει τουλάχιστον 500 ξεχωριστές βιοχημικές διεργασίες, που άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν τη λειτουργία κάθε κυττάρου του ανθρώπινου σώματος. Λειτουργεί στην παραγωγή της χολής και στο μεταβολισμό των προϊόντων της πέψης. Αίμα πλούσιο σε θρεπτικές ουσίες μεταφέρεται στο ήπαρ από τον πεπτικό σωλήνα δια της πυλαίας φλέβας.

Πέψη στη νήστιδα και στον ειλεό:

Η απορρόφηση στο λεπτό έντερο προάγεται από τις εντερικές λάχνες. Η κάθε λάχνη, που μπορούμε να την φανταστούμε σαν ένα μικρό σύστημα μεταφοράς, που αντλεί θρεπτικές ουσίες έξω από το έντερο προς το αίμα,

αποτελείται από ένα στρώμα κυλινδρικών βλεννογόνιων κυττάρων που καλύπτουν ένα κεντρικό τμήμα, που περιέχει αιμοφόρα αγγεία και λεμφικά αγγεία, μέσα σ' ένα δίκτυο από συνδετικό ιστό.

Το εντερικό υγρό:

Είναι ένα έκκριμα, πλούσιο σε ένζυμα, που παράγεται από τους εντερικούς αδένες, που εντοπίζονται στο βλεννογόνο της νήστιδας και του ειλεού. Αυτό το υγρό περιέχει όλα τα ενζυμικά συστατικά τα απαραίτητα για να συμπληρωθεί και ολοκληρωθεί η διαδικασία της πέψης, που άρχισαν οι εκκρίσεις της χολής και του παγκρέατος, κατά τη δωδεκαδακτυλική ψάση της πέψης.

Πέψη στο παχύ έντερο:

Το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου φτάνει κάποτε στο τέλος του ειλεού, ως αποτέλεσμα των περισταλτικών συσπάσεων του στρώματος των λείων μυικών ινών και μετά περνά, μέσω μιας βαλβίδας, που φυλάσσεται από τον ειλεοκολικό σφιγκτήρα μυ, στο παχύ έντερο, αλλά η αντίθετη μετακίνηση παρεμποδίζεται.

Εφόσον, η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών ολοκληρώνεται στο λεπτό έντερο, οι μόνες σπουδαίες απορροφητικές ενέργειες του παχέως εντέρου είναι η

αφαίρεση του εναπομείναντος νερού και η παραγωγή ημιστερεών κοπράνων από το ημι-υδαρές υλικό, που έρχεται από το λεπτό έντερο. Καθώς το σιγμοειδές (που αποθηκεύει τα κόπρανα) διατείνεται προοδευτικά από το κοπρανώδες υλικό, τοπικές περισταλτικές συσπάσεις προωθούν το υλικό αυτό στο ορθό. Η παρουσία κοπράνων στο ορθό διεγείρει νευρικούς αντανακλαστικούς μηχανισμούς του ορθικού τοιχώματος, αυτά στέλνουν μηνύματα στον εγκέφαλο, που ερμηνεύονται από το άτομο σαν επιθυμία προς απόδευση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ

Πολύ λίγα γνωρίζουμε για τη ζωή των παιδιών στους προϊστορικούς χρόνους, αλλά η φροντίδα του παιδιού πιστεύεται ότι υπήρξε περίπου ίδια με αυτή των πρωτόγονων φυλών, οι οποίες υπάρχουν σήμερα σε απομακρυσμένες περιοχές, και όπου ο πολιτισμός δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί.

Ο Χριστιανισμός ήταν η θρησκεία, που δίδαξε ότι το παιδί θα είναι η μελλοντική ηθική και πνευματική προσωπικότητα, ο χρήσιμος άνθρωπος στην οργανωμένη κοινωνία και επομένως αποτελεί αξία, η οποία πρέπει να περιβάλλεται με κάθε φροντίδα, ιδιαίτερα όταν παρουσιάζει προβλήματα υγείας και πρόκειται να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο/

Τα Ειδικά Νοσοκομεία των Παίδων, είναι αναγκαία διότι για την αντιμετώπιση των παιδικών ασθενειών απαιτείται ειδικός μηχανικός εξοπλισμός, προσωπικό ιατρικό και νοσηλευτικό ειδικά εκπαιδευμένο, ακόμα και το περιβάλλον πρέπει να είναι ειδικά διαμορφωμένο, ώστε να συντελεί ευνοϊκά στη θεραπεία των παιδιών.

Είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς πόσο δύσκολο είναι να αποχωριστεί το παιδί από τους γονείς ή τους κηδεμόνες του, ιδιαίτερα από τη μητέρα του, για να παραμείνει για θεραπεία στο Νοσοκομείο. Στην

περίπτωση αυτή, το σπουδαιότερο πρόσωπο για το ψυχικό αποχωρισμό του παιδιού από τους γονείς και το γνώριμο περιβάλλον του και την ομαλή προσαρμογή του στην ατμόσφαιρα του Νοσοκομείου είναι η Νοσηλεύτρια ή ο Νοσηλευτής με την ειδική μόρφωση στην αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων στη νέα κατάσταση.

Η ευσυνείδητη και ικανή Νοσηλεύτρια διακρίνεται από τον τρόπο αντιμετώπισης των άρρωστων παιδιών στο Νοσοκομείο, διότι ο ενήλικας έχει συναίσθηση της κατάστασης του και τί του προσφέρεται, ενώ το παιδί δεν έχει αντίληψη της ασθένειάς του και των κρυφών κινδύνων από αυτή, ούτε της Ιατρικής και Νοσηλευτικής φροντίδας που την έχει σίγουρα ανάγκη.

Επομένως, η Νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ειδικά μορφωμένη και καταρτισμένη τόσο από πλευράς συναισθηματικής, ψυχικής καλλιέργειας και συνειδησης ευθύνης όσο και από πλευράς επιστημονικών γνώσεων και νοσηλευτικής τέχνης για την ειδική φροντίδα του άρρωστου παιδιού.

Η Νοσηλεύτρια οφείλει να είναι ικανή να αποκαταστήσει την απουσιάζουσα μητέρα, να αναπληρώνει όσο το δυνατόν μπορεί την μητρική στοργή και αγάπη κατά το χρονικό διάστημα της παραμονής του παιδιού στο Νοσοκομείο. Επίσης, πρέπει να εφαρμόζει το Ιατρικό πρόγραμμα με ακρίβεια, διότι τα παιδιά, όπως είναι ψυχικό, δεν έχουν συναίσθηση των διαφόρων επιπλοκών ή

καταστάσεων, να προλαμβάνει τυχόν απρόοπτα και επικίνδυνα περιστατικά και να τα αντιμετωπίζει με τον πιο κατάλληλο τρόπο ώστε να μην υπάρχουν δυσάρεστα αποτελέσματα σε βάρος μικρών ασθενών.

Σε [οπολλές παθήσεις για την διάσωση του παιδιού είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση. Ορισμένες περιπτώσεις είναι επείγουσες και η παραμικρή καθυστέρηση μπορεί να αποδειχθεί ολέθρια για το παιδί.

Στις μέρες μας, οι πιθανότητες διάσωσης του παιδιού και η καλή του πορεία ανέρχονται σε ικανοποιητικά ποσοστά. Υπάρχουν Νοσηλευτικά Ιδρύματα, που καλύπτουν απόλυτα τις ανάγκες των παιδιών αυτών και έμπειροι Παιδοχειρουργοί ειδικευμένοι στις ειδικές περιπτώσεις της Χειρουργικής των παιδιών.

Επίσης, το Νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι ειδικά καταρτισμένο, σε συνδυασμό με την ιατρική εξέλιξη προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες στον τομέα της χειρουργικής παιδων.

Η προεγχειρητική ετοιμασία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και λεπτούς χειρισμούς από μέρους του νοσηλευτή. Τα παιδιά αντιμετωπίζουν διπλάσιο κίνδυνο από τους ενήλικες. Από την καλή προετοιμασία του άρρωστου παιδιού πριν από το χειρουργείο, εξαρτάται η καλή πορεία της νόσου του και πολλές φορές η ίδια του η ζωή.

Α. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του άρρωστου παιδιού προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Περιλαμβάνει :

1. την ψυχολογική προετοιμασία
2. την φυσική προετοιμασία, και
3. την άμεση προεγχειρητική προετοιμασία

α) Ψυχολογική προετοιμασία

Όταν πρόκειται για χειρουργική επέμβαση παιδιού, η ψυχολογική προετοιμασία αφορά και την ενημέρωση των γονέων του παιδιού. Η εξασφάλιση, στους γονείς του άρρωστου παιδιού, υποστήριξης, είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα της Νοσηλεύτριας.

Παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν φόβο στους γονείς, εκτός από την ίδια την χειρουργική επέμβαση, είναι: η αναισθησία, η πορεία της εγχείρησης, η μετεγχειρητική κατάσταση του παιδιού, οι πιθανότητες διάσωσής του.

Στο παιδί προκαλείται φόβος από το άγνωστο, από τον τυχόν χωρισμό του από τους γονείς, από την απώλεια των φίλων του, από την ανασφάλεια.

Η Νοσηλεύτρια, με τον ειδικό μοναδικό της ρόλο, οφείλει να ανιχνεύει και να καλύπτει όλα εκείνα τα

σημεία αγωνίας, φόβου και βαριάς κατάθλιψης τόσο του παιδιού, όσο και των γονέων του.

Η σωστή ενημέρωσή τους από τη Νοσηλεύτρια, με απλά κατανοητά λόγια και η ένδειξη σοβαρότητας, σεβασμού και κατανόησης βοηθούν να τονωθεί το ηθικό τους.

Η προθυμία της Νοσηλεύτριας να απαντά και να ενημερώνει, βοηθάει τους γονείς και το παιδί στην διατήρηση της συγκινησιακής τους σταθερότητας.

Καθήκον επίσης, της Νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση των γονέων για την μετεγχειρητική κατάσταση του παιδιού τους. Οφείλει να ενημερώσει τους γονείς για τυχόν παροχές, συσκευές, που μπορεί να είναι συνδεδεμένες με το χειρουργημένο παιδί. Η βοήθεια των γονέων στην πρόληψη διαφόρων μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι σπουδαία.

β) Φυσική προετοιμασία

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά το άρρωστο παιδί να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών.

Το καχεκτικό παιδί βρίσκεται σε μειονεκτική θέση, διότι:

- α) Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις
- β) Είναι επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία.
- γ) Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος.

Στις περιπτώσεις παιδιών, που έχουν ανάγκη προεγχειρητικά ηλεκτρολυτικής μελέτης, απαραίτητα μετριοούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά και καταγράφονται στην ατομική κάρτα νοσηλείας του παιδιού.

Ορισμένες εξετάσεις είναι απαραίτητες προεγχειρητικά. Τέτοιες είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινολογικός έλεγχος. Η εξέταση αίματος είναι απαραίτητη πριν από την γενική αναισθησία. Ο προσδιορισμός και η ομάδα αίματος και του παράγοντα Rhesus είναι απαραίτητος σε περιπτώσεις όπου πρόκειται το παιδί να μεταγγισθεί.

Όταν πρόκειται για επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος, εφαρμόζεται στο παιδί ρινογαστρικός καθετήρας.

B. ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή συνίσταται στα παρακάτω:

1. Αν η επέμβαση, προγραμματισθεί για το επόμενο πρωί, χορηγείται το βράδυ στο παιδί ελαφριά τροφή, ενώ το νερό δίδεται ελεύθερα μέχρι 4-6 ώρες πριν από την επέμβαση.
2. Το βράδυ της προηγούμενης, της επέμβασης, ημέρας, επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στο παιδί του κατευναστικού που παράγει ο

γιατρός. Η Νοσηλεύτρια προστατεύει το παιδί από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο.

3. Αφαίρεση των ενδυμάτων του παιδιού και ένδυση με ρούχο ειδικό για το χειρουργείο.
4. Η Νοσηλεύτρια φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
5. Χορήγηση προνάρκωσης μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από το συγκεκριμένο παιδί.
6. Έλεγχος και καταγραφή των ζωτικών σημείων του παιδιού. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης, μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται.
7. Συμπλήρωση του φύλλου προεγχειρητικής ετοιμασίας του παιδιού, μεταφορά του στο Χειρουργείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

**ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡ-
ΓΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ
ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ**

Η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και στην προφύλαξη απ'αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθά στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωσή τους. Οι κυριώτερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι :

Πόνος :

Η υπερένταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής που υποβάλλεται σε εγχείρηση επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο.

Η Νοσηλεύτρια για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει θέση, η οποία προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά τον βήχα και όταν υπάρχει ανάγκη του χορηγεί αναλγητικά ψάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον γιατρό.

Δίψα :

Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του στόματος, που

προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού, που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμμετο).

Το αίσθημα της δίψας, αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ποτισμένη με δροσερό νερό και με χορήγηση υγρών δια της παρεντερικής οδού.

Έμμετος:

Ο έμμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά τη γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενή. Η Νοσηλεύτρια, τοποθετεί το κεφάλι του ασθενή προς τα πλάγια και του προμηθεύει νεφροειδές. Για να απαλλαγεί ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου τοποθετείται σωλήνας LEVIN. Το ποσό, η συχνότητα, και ο χαρακτήρας των εμμέτων πρέπει να καταγράφονται στη λογοδοσία.

Μετεωρισμός:

Είναι συνέπεια της παραλυτικής επίδρασης του ναρκωτικού στο έντερο. Το περιεχόμενο των εντέρων σήπτεται και σχηματίζονται αέρια, τα οποία υπερπληρούν το έντερο και προκαλείται διάταση των τοιχωμάτων της κοιλίας. Το διάφραγμα ωθείται προς τα πάνω και παρεμποδίζεται η κανονική λειτουργία της

καρδιάς και των πνευμόνων. Τα μέτρα, που λαμβάνει η νοσηλεύτρια, είναι η τοποθέτηση θερμοφόρας και σωλήνα αερίων.

Επίσχεση ούρων:

Κατα την επίσχεση ούρων ο ασθενής αδυνατεί να ουρήσει και τα ούρα κατακρατούνται εντός της κύστης. Σαν αίτια αναφέρονται: η νευρική του πάσχοντος, η οποία επιφέρει σπασμωδική σύσπαση του σφιγκτήρα της ουρήθρας και η ανικανότητα των τοιχωμάτων της κύστης προς συστολή λόγω παραλυτικής επίδρασης του ναρκωτικού. Για τη διέγερση της φυσιολογικής ούρησης και αποφυγή του καθετηριασμού η νοσηλεύτρια βρέχει τα έξω γεννητικά όργανα του ασθενή με θερμό νερό και φροντίζει για τη δημιουργία ήχου τρεχούμενου νερού (άνοιγμα της βρύσης).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

**ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές συμβαίνουν κυρίως ύστερα από μεγάλες και πολύωρες εγχειρήσεις, ανεξάρτητα συνήθως από την ποιότητα της εγχειρητικής τεχνικής.

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι οι ακόλουθες:

1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας

Μεταβολικές διαταραχές παρατηρούνται σε πολλές χειρουργικές παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα. Οι διαταραχές αυτές είναι αποτέλεσμα ελαττωμένης προσλήψεως υγρών και στερεών τροφών ή απώλειας μεγάλων ποσών νερού και ηλεκτρολυτών από τις γαστρεντερικές εκκρίσεις.

Στον αυλό του γαστρεντερικού σωλήνα φυσιολογικά εκκρίνεται μεγάλη ποσότητα υγρών. Το μισό περίπου του ποσού αυτού αποτελείται από σίελο και γαστρικό υγρό. Το υπόλοιπο μισό σχηματίζεται από τις εντερικές εκκρίσεις, δηλαδή εντερικό υγρό, παγκρεατικό υγρό και χολή.

Οι εκκρίσεις αυτές προέρχονται από το εξωκυττάριο υγρό και η σύστασή τους, από πλευράς ηλεκτρολυτών,

περιέχουν σημαντική ποσότητα νατρίου, υπό μορφή χλωριούχου και διττανθρακικού νατρίου και καλίου. Η σίελος είναι πτωχή σε νάτριο, αλλά πλούσια σε κάλιο. Ως προς την αντιδρασή τους, όλες οι εκκρίσεις, εκτός από το γαστρικό υγρό είναι αλκαλικές. Στη φυσιολογική λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα, οι εκκρίσεις αυτές επαναρροφούνται σχεδόν πλήρως στο λεπτό και το ανώτερο τμήμα του παχέως εντέρου, εκτός από μικρή ποσότητα νερού, η οποία αποβάλλεται από τα κόπρανα.

Είναι φανερό λοιπόν, ότι, εάν για οποιοδήποτε λόγο, ανασταλεί η επαναρρόφηση των εκκρίσεων αυτών, πχ. λόγω απώλειας αυτών από εμμέτους, διάρροιες, παροχετεύσεις, συρίγγια κλπ. ή από ειλεό, θα επέλθουν σημαντικές διαταραχές του όγκου και της σύστασης του εξωκυττάριου υγρού. Η βαρύτητα των διαταραχών αυτών εξαρτάται από το είδος, το ρυθμό και τη διάρκεια των απωλειών.

Τα μεταβολικά προβλήματα, που δημιουργουν οι χειρουργικές αυτές παθήσεις, κατά κανόνα δεν περιορίζονται μόνο στις διαταραχές του ύδατος, των ηλεκτρολυτών ή της οξεοβασικής ισορροπίας. Επηρεάζουν σημαντικά την θρέψη του παιδιού, λόγω της ελαττωμένης σίτισης.

- Περίσσεια νερού (σύνδρομο αραίωσης ή τοξίκωση με νερό ή υπονατριαιμία)

Η διαταραχή αυτή συμβαίνει συχνότερα την 1η ή 2η μετεγχειρητική ημέρα, εξαιτίας της κατακράτησης νερού, που είναι απόκριση στο stress, όταν χορηγούνται στο παιδί μεγάλες ποσότητες διαλύματος 5% γλυκόζης σε απεσταγμένο νερό.

Η Νοσηλεύτρια θα υποπτευθεί το σύνδρομο, αν διαπιστώσει ότι υπάρχουν συμπτώματα (μεταβολές στην συμπεριφορά, κριτική αύξηση βάρους του σώματος, υπέρπνοια, νευρομυϊκές μεταβολές) τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Τα παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στα σύνδρομα αυτά. Συνήθως, τα πρώτα συμπτώματα είναι μεταβολές στη συμπεριφορά.

Η πρόληψη της τοξίκωσης με νερό απαιτεί μέτρηση και εκτίμηση καθημερινή του βάρους του σώματος. Απότομη αύξηση του βάρους, την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, αποτελεί ένδειξη για μείωση των χορηγούμενων υγρών. Ακόμα γίνεται προσεκτική μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Η ελαφρά περίσσεια νερού διορθώνεται με μείωση του προσλαμβανόμενου νερού.

- Αναπνευστική οξέωση:

Κανονικά το CO₂ αποβάλλεται από τους πνεύμονες κατά την εκπνοή. Αναπνευστική οξέωση συμβαίνει, ότι οι

πνεύμονες κατακρατούν CO_2 . Αυτό γίνεται εξαιτίας ελάττωσης του βάθους των αναπνοών ή απόφραξης των αεραγωγών. Το χειρουργημένο παιδί μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μίας ή μερικών από τις ακόλουθες αιτίες:

- ◆ Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας
- ◆ Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων
- ◆ Καταστολή αναπνοής εξαιτίας χορήγησης μεγάλων δόσεων ναρκωτικών
- ◆ Επιπόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης και πόνου
- ◆ Εισπνοή μεγάλης ποσότητας CO_2 κατά την αναισθησία.

Η αλόγιστη χρήση του οξυγόνου μετεγχειρητικά αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αναπνευστικής οξέωσης.

- Άλλες διαταραχές

(1) Γαστροπληγία: μπορεί να συμβεί μέσα στις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, προτού αποκατασταθεί η περίσταση του γαστρεντερικού σωλήνα. Μεγάλη ποσότητα υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύεται στο στομάχι. Ο όγκος των εξωκυττάρων υγρών μειώνεται σημαντικά με αποτέλεσμα την ανάπτυξη συμπτωμάτων shock. Άλλα συμπτώματα της γαστροπληγίας είναι η παλινδρόμηση του αιμόψυρτου υγρού, άκοπος έμμετος και επιγαστρική δυσφορία.

Η Νοσηλεύτρια αναλαμβάνει το νερό και τους ηλεκτρολύτες και σε μερικές περιπτώσεις μετά από οδηγίες πάντα του γιατρού, γίνεται μετάγγιση αίματος.

(2) Ειλεός: Είναι συνήθης επιπλοκή σε μεγάλες και παρατεταμένες εγχειρήσεις κοιλιάς από βαθειά νάρκωση και πολλούς χειρισμούς. Για την αντιμετώπισή του εφαρμόζεται:

- Σωλήνας στομάχου, για συνεχή αναρρόφηση των στομαχικών υγρών
- Σωλήνας παχέως εντέρου, για την διευκόλυνση της αποβολής των αερίων
- Παρεντερική χορήγηση των κατάλληλων υγρών, για την συντήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας

2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές του πεπτικού συστήματος από το κυκλοφοριακό

α) Ολιγαϊμικό shock (μείωση όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος)

Προκαλείται από απώλεια αίματος, πλάσματος (περιτονίτιδα, εντερική απόψραξη), απώλεια νερού (έμετοι, διάρροια, εψιδρώσεις).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση του ολιγαιμικού shock

- Τοποθέτηση άρρωστου παιδιού σε ύπτια οριζοντιωμένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα.
- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης με χορήγηση οξυγόνου.
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.
- Στενή παρακολούθηση ζωτικών και νευρολογικών σημείων ώσπου να σταθεροποιηθούν μετά τη θεραπεία.
- Χορήγηση υγρών και αίματος.
- Συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, αερίων αρτηριακού αίματος, ανάλυσης ούρων, σακχάρου αίματος, πήξης, ροής.
- Εισαγωγή καθετήρα Foley, για ωριαία μέτρηση όγκου ούρων
- Λήψη ΗΚΓ
- Στενή ακρόαση πνευμονικών ήχων κατά τη διάρκεια χορήγησης ενδοφλεβίων υγρών.

β) Αιμορραγία

Είναι από τις συνηθέστερες και πιο επικίνδυνες επιπλοκές. Συνήθως, αφορά ενδοκοιλιακά όργανα. Αιμορραγία, μπορεί να παρατηρηθεί στο τραύμα ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Συνήθη αίτια είναι:

- Μη απολίνωση μικρών αγγείων
- Απόπτωση (γλύστριμα) απολινώσεως

- Ατελής συρραφή
- Τραυματισμός κατά τη διάρκεια εγχείρησης, που δεν έγινε αντιληπτός (σπληνός σε εγχείρηση στομάχου, ήπατος σε χολεκυστεκτομή κ.ά.).

Η διάγνωση της Νοσηλεύτριας θα γίνει από το πρόσφατο αίμα, που θα δει στις γάζες του τραύματος, ή σε περίπτωση εσωτερικής αιμορραγίας από τις διαταραχές του σφυγμού, την πτώση της αρτηριακής πίεσης, την ωχρότητα του δέρματος και των βλεννογόνων του παιδιού και αργότερα τις διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας του αναπνευστικού, ουροποιητικού και νευρικού συστήματος.

Νοσηλευτική παρέμβαση στην αιμορραγία

- Τοποθέτηση του παιδιού σε θέση shock
- Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροπη θέση, κάλυψη με γάζα και πιεστική επίδεση
- Μετάγγιση αίματος

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

3. Πνευμονικές επιπλοκές

Είναι συνήθεις μετά από γενική νάρκωση.

Παρατηρούνται κυρίως:

1) Πνευμονία από εισρόφηση, σύνθητες σύμψαμα μετά την αφύπνιση.

2) Ατελεκτασία πνεύμονος ή λοβού, από έμψραξη βρόγχου.

3) Βρογχοπνευμονία.

4) Πνευμονική εμβολή, που συνήθως είναι απότοκος θρομβοψλεβίτιδας

Ο ασθενής θα εμφανίσει πυρετό, αύξηση του σφυγμού, δύσπνοια και βήχα. Αίτια που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές είναι :

- Λοιμώξεις στόματος, ρινός, λαιμού
- Η ερεθιστική επίδραση του αναισθητικού, ειδικά του αιθέρα, στο βλεννογόνο του αναπνευστικού συστήματος, με συνέπεια την αύξηση βλεννώδων εκκρίσεων
- Εισρόφηση εμεσμάτων
- Η πολύ μικρή ηλικία

Συχνά για την πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων χρησιμοποιούνται διάφορες συσκευές. Το γύρισμα του παιδιού από το ένα πλάγιο στο άλλο προκαλεί συνήθως βήχα, που απομακρύνει τις βλεννώδεις εκκρίσεις από το βρογχικό δέντρο και προάγει τον αερισμό. Αν οι βλέννες δεν απομακρύνονται, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις, να χρησιμοποιηθεί αναρροφηση μέσα από βρογχοσκόπιο. Το άρρωστο παιδί πρέπει να παίρνει πολλά υγρά, αποχρεμπτικά και αντιβιοτικά. Τα περισσότερα παιδιά

θεραπεύονται αποτελεσματικά με χορήγηση αντιβιοτικών.

4. Επιπλοκές από το πεπτικό

α) Στοματίτιδες - Ουλίτιδες:

Χαρακτηρίζεται από ανησυχία, δυσκολία στη σίτιση, κακοσμία του στόματος. Εμφανίζεται κυρίως σε νεογνά ή και σε μεγαλύτερα παιδιά, όταν παίρνουν για μακρό χρονικό διάστημα αντιβιοτικά, κορτικοστεροειδή, και ανοσο-κατασταλτικά φάρμακα ή έχουν ανοσοποιητική ανεπάρκεια.

Η Νοσηλεύτρια διατηρεί το στόμα το παιδιού καθαρό, με πλύσεις με σοδόνερο, χορηγεί αντιπυρετικό σε οξεία, ερπητική ουλοστοματίτιδα, εφαρμόζει τοπικά, αναισθητικά φάρμακα.

β) Μετεγχειρητική παρωτίτις:

Παρατηρείται μετά από επεμβάσεις κοιλιάς, βαρείες εγχειρήσεις σε εξασθενημένα άτομα και κυρίως, σε συνθήκες κακής νοσηλευτικής φροντίδας των μετεγχειρητικών ασθενών. Οφείλεται σε ανιούσα μόλυνση της παρωτίδος μέσω του πόρου, από σαπρόφυτα μικρόβια του στόματος.

Συμπτώματα: Πόνος έντονος στην κροταφο-γναθική άρθρωση, ιδίως κατά τη διάνοιξη του στόματος,

ερυθρότητα και στιλπνότητα του δέρματος, υψηλός πυρετός και βαρειά γενική κατάσταση. Η νόσος διαρκεί μερικές μέρες.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

- Καλή υδάτωση του πάσχοντος παιδιού
- Πλύσεις του στόματος με σόδα
- Μάσημα τσίχλας και γλύψιμο καραμέλας για την αύξηση παραγωγής σάλιου και την αποσυμφόρηση του πάσχοντος αδένος
- Χορήγηση αντιπυρετικών μετά από ιατρική εντολή
- Παρακολούθηση της στοματικής κοιλοτητας με χρησιμοποίηση γλωσσοπιέστρου και μικρού ηλεκτρικού ψακού.

γ) Σύνδρομο δυσαπορρόφησης βιταμινών

Αυτό οφείλεται στην καταστροφή εντερικών λαχνών και την μη παραγωγή κυρίως λακτάσης, με τη δράση της οποίας διασπάται η λακτόζη του γάλακτος.

Προκαλεί αύξηση της κινητικότητας του εντέρου, διάρροιες. Προκαλείται μετά από εγχειρήσεις κατώτερου τμήματος του πεπτικού, από δυσθρεψία με αποτέλεσμα την μη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Σε παιδιά άνω του 1 έτους, δεν δίδονται γάλα και προϊόντα γάλακτος μέχρι αποκατάστασης των διαρροϊκών κενώσεων. Σε παιδιά κάτω του έτους

δίδεται γάλα με χαμηλή περιεκτικότητα σε λακτόζη και πάλι μέχρι αποκατάστασης των κενώσεων, οπότε προοδευτικά το γάλα αυτό αντικαθίσταται με το κανονικό γάλα.

δ) Εντερική απόψραξη

Συμβαίνει συχνότερα σε επεμβάσεις του υπογαστρίου και της πυέλου, ειδικά όταν είναι απαραίτητη παροχέτευση και εκδηλώνεται την 3η με 5η μετεγχειρητική μέρα. Τα συμπτώματα είναι: οξύς πόνος στην κοιλιά, σαν κωλικός με μεσοδιαστήματα ηρεμίας των οποίων η διάρκεια μειώνεται βαθμιαία. Το παιδί επίσης, παρουσιάζει πυρετο και αύξηση της συχνότητας των σφύξεων.

Η διάταση, πάνω από την απόψραξη προλαμβάνεται με συνεχή αναρρόφηση από την νοση-λεύτρια. Η ψλεγμονή στο σημείο απόψραξης μπορεί να υποχωρήσει και να λυθεί η απόψραξη. Παράλληλα, γίνεται αντικατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών που χάνονται, με ενδο-φλέβιες χορηγήσεις. Επίσης, η νοσηλεύτρια, χρησιμοποιεί υψηλούς υποκλισμούς για την κατά το δυνατόν λύση του κωλύματος. Εάν με όλες αυτές τις ενέργειες δεν θεραπεύεται, γίνεται εγχείρηση.

ε) Συρίγγια του λεπτού εντέρου

Δημιουργούνται μετά από χειρουργικές επεμβάσεις. Τα δωδεκαδακτυλικά συρίγγια, παρατηρούνται μετά από μερική γαστρεκτομή, οπότε οφείλονται στη διάσπαση του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος ή μετά από άλλες επεμβάσεις του δωδεκαδακτύλου. Τα συρίγγια αυτά οδηγούν σε μεγάλη απώλεια γαστρεντερικών εκκρίσεων. Αν βρίσκονται υψηλότερα από την εκβολή του χοληδόχου και του παγκρεατικού πόρου, χάνεται κυρίως γαστρικό υγρό, αν όμως εντοπίζονται κάτω από τις εκβολές αυτών αποβάλλεται επιπλέον χολή και παγκρεατικό υγρό.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Αποκατάσταση των διαταραχών του ύδατος, των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Αυτή επιτυγχάνεται είτε ενδοφλεβίως, είτε δια χορηγήσεως αυτών από το στόμα, όταν φυσικά η θέση του συριγγίου και η λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα το επιτρέπει.
- Κάλυψη των αναγκών σε θερμίδες, λεύκωμα και βιταμίνες. Τα παιδιά αυτά έχουν σοβαρότατο πρόβλημα θρέψης, γιατί, ενώ η λήψη τροφής είναι μειωμένη, οι ανάγκες τους είναι αυξημένες λόγω των απωλειών που έχουν. Όταν το συρίγγιο είναι χαμηλά στο λεπτό

έντερο και δεν συνοδεύεται από παραλυτικό ειλεό, ενδέχεται να βοηθήσει το παιδί με πλούσιες βιταμίνες. Όταν όμως εντοπίζεται ψηλά πχ. στο δωδεκαδάκτυλο, η σίτιση από το στόμα είναι αδύνατη. Στα παιδιά αυτά η σίτιση γίνεται με εισαγωγή καθετήρα, που λήγει περιφερικότερα του συριγγίου.

•

στ) Παγκρεατικά συρίγγια

Διακρίνονται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Τα πρωτοπαθή, αναπτύσσονται μετά από τραύμα ή εγχείρηση του παγκρέατος. Τα δευτεροπαθή επιπλέκουν εγχειρήσεις επί γειτονικών προς το πάγκρεας οργάνων.

Τα συρίγγια αυτά είναι το μόνο αίτιο, απ' όλες τις χειρουργικές παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα, το οποίο είναι δυνατόν να οδηγήσει σε κλινικώς αξιόλογο μεταβολική οξέωση.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Σε παιδιά, που τρέφονται από το στόμα δίνονται άφθονα υγρά, χλωριούχο νάτριο, χλωριούχο κάλιο, και διττανθρακικό νάτριο. Το διττανθρακικό νάτριο ανατάσσει την οξέωση και υποβοηθεί στην απορρόφηση του λίπους.

- Σε παιδιά, που σιτιζονται παρεντερικώς δίνουν σακχαρούχοι οροί για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών λόγω απωλειών του συριγγίου.

ζ) *Χοληψόρα συρίγγια*

Οφείλονται σε βλάβη του χοληδόχου πόρου, που συμβαίνει κατά την εκτομή του δωδεκαδακτύλου επί υπολικής γαστρεκτομής.

Επιβάλλεται η υδατική και ηλεκτρολυτική ρύθμιση των παιδιών.

5. Επιπλοκές από το τραύμα

α) *Μόλυνση*

Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί, που μπορούν να προκαλέσουν μόλυνση είναι το κολο-βακτηρίδιο, το βακτηρίδιο του κυανού πύου, ο στρεπτόκοκκος κ.ά. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Μέτρηση ζωτικών σημείων
- Εκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση
- Χορήγηση ειδικής αντίβιωσης μετά καλλιέργεια του υγρού τραύματος

β) Ρήξη ραμμάτων

Η επιπλοκή είναι ιδιαίτερα σοβαρή σε κοιλιακά τραύματα. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση. Προκαλεί έντονο πόνο, που συνήθως συνδυάζεται με έμμετο. Όταν τα χείλη του τραύματος αποχωρίζονται βαθμιαία, τα σπλάχνα μπορεί να βγούν από το τραύμα βαθμιαία ή και καθόλου και το κύριο σύμπτωμα να είναι η απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες.

Η Νοσηλεύτρια ειδοποιεί αμέσως τον γιατρό. Αν προβάλλουν εντερικές έλικες σκεπάζονται με αποστειρωμένο τετράγωνο. Σε περίπτωση που το παιδί παρουσιάσει έμμετο, η Νοσηλεύτρια του δίνει νεφροειδές και τοποθετεί το κεφάλι του στο πλάι. Φροντίζει για την καθαριότητα της στοματικής του κοιλότητας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1. Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης

Τα ζωτικά σημεία παίρνονται κάθε 15 λεπτά για 2-3 πρώτες ώρες και στη συνέχεια κάθε 30 λεπτά.

Τα ζωτικά σημεία που εξετάζονται είναι :

1. Θερμοκρασία
2. Σφυγμοί
3. Αναπνοή
4. Αρτηριακή πίεση

Τα κύρια αυτά σημεία εμφανίζουν μια φυσιολογική σταθερότητα στον οργανισμό, η οποία, όταν διαταραχθεί, επιφέρει σ' αυτόν διαταραχές και χάνει την ισορροπία του.

Πτώση της Α.Π., μπορεί να είναι επακόλουθο της χορηγούμενης αναισθησίας ή ακόμα μπορεί να οφείλεται σε κινήσεις του άρρωστου παιδιού ή σε ισχυρότερο πόνο του παιδιού. Αν η υπόταση είναι αξιοσημείωτη πρέπει να κληθεί αναισθησιολόγος. Η συστολική πίεση πρέπει να μετριέται πάντοτε και όχι να υπολογίζεται. Ο σφυγμός ελέγχεται, εάν είναι γεμάτος, κανονικός σε ρυθμό και όγκο. Πτώση Α.Π., λεπτός, ασθενής και γρήγορος σφυγμός με ψυχές επιδρώσεις του δέρματος, ίσως να είναι

ένδειξη σοβαρής αιμορραγίας, η οποία συνοδεύεται συχνά με ωχρότητα προσώπου. Ο χειρουργός πρέπει να κληθεί αμέσως, ώστε να γίνει η κατάλληλη στην περίπτωση αυτή αντιμετώπιση. Η κίνηση του αέρα μέσα και έξω από τους πνεύμονες, μπορεί να γίνει αντιληπτή τοποθετώντας την παλάμη μπροστά στο στόμα του άρρωστου παιδιού. Η αυξημένη αναπνευστική συχνότητα, η επιπόλαια αναπνοή, η βραδύπνοια και το κυανωτικό χρώμα κατ' αρχήν, των χειλέων, ίσως να ειδοποιούν κάποια έντονη αναπνευστική δυσχέρεια ή επιπλοκή.

Η λήψη των ζωτικών σημείων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρος της Νοσηλεύτριας, διότι δεν είναι δυνατή η συνεργασία της με τα παιδιά.

Θερμοκρασία: Λαμβάνεται εσωτερικά και εξωτερικά. Η εσωτερική λήψη γίνεται από το στόμα και το απευθυσμένο. Η λήψη της θερμοκρασίας από το στόμα των παιδιών, ιδιαίτερα των μικρότερων, δεν συνιστάται, διότι υπάρχει ο κίνδυνος θραύσης του θερμομέτρου.

Στα νεογνά και βρέφη η θερμοκρασία λαμβάνεται μόνο από το απευθυσμένο, είναι δε ο τρόπος αυτός ο περισσότερο ενδεδειγμένος διότι επιτυγχάνεται ευκολότερα η ακινητοποίηση του παιδιού. Η από το απευθυσμένο λαμβανόμενη θερμοκρασία είναι 4-5 δέκατα του βαθμού υψηλότερη της εξωτερικά λαμβανόμενης θερμοκρασίας.

Στην εσωτερική θερμοκρασία η νοσηλεύτρια οφείλει να ξέρει και να εφαρμόζει τα παρακάτω:

1. Το θερμομόμετρο να είναι ατομικό, να καθαρίζεται και να απολυμαίνεται. Ο καθαρισμός γίνεται με τολύπιο βάμβακα και ύστερα με σαπουνούχο νερό, στη συνέχεια τοποθετείται σε αντισηπτική διάλυση επί 10'.
2. Πριν από την τοποθέτηση μεταβιβάζεται ο υδράργυρος στους 35°C και επαλείφεται με βαζελίνη για ανώδυνη τοποθέτηση.

Η εξωτερική λήψη γίνεται από την κοιλότητα της μασχάλης και την μπροβουβωνική πτυχή.

Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια πρέπει :

- να ελέγχει το θερμομόμετρο ώστε ο υδράργυρος να είναι μεταβιβασμένος στους 35°C.
- να καθαρίζει και να στεγνώνει την κοιλότητα της μασχάλης ή της μπροβουβωνικής πτυχής πριν από την τοποθέτηση του θερμομόμετρου.
- να απομακρύνει τα ενδύματα από το σημείο τοποθέτησης του θερμομόμετρου.
- να αποφεύγει τη λήψη θερμοκρασίας, όταν υπάρχει στην περιοχή θερμοφόρα ή παγοκύστη.

Σφυγμός: Η λήψη του σφυγμού γίνεται με ψηλάφηση, όπως και στους ενήλικες, επειδή τα μικρά παιδιά είναι ανήσυχα και δεν συνεργάζονται, ο σφυγμός λαμβάνεται

συνήθως από την κροταφική αρτηρία, ιδιαίτερα την ώρα του ύπνου.

Το νεογνό έχει 135 σφυγμούς περίπου ανά πρώτο λεπτό της ώρας. Το παιδί μέχρι 5 ετών 105 σφυγμούς, μέχρι 10 ετών 90 σφυγμούς.

Αναπνοή: Η συχνότητα της αναπνοής επηρεάζεται από την ηλικία. Τα νεογνά έχουν 60-70 αναπνοές ανά πρώτο λεπτό της ώρας. Τα βρέφη έχουν 40 αναπνοές, τα παιδιά ενός έτους έχουν 30 αναπνοές. Από 2-5 ετών έχουν 24-28 αναπνοές κατα λεπτό. Η μέτρηση της αναπνοής γίνεται με την παρακολούθηση των σκεπασμάτων και σε ορισμένες περιπτώσεις με την επαφή των χεριών στο θώρακα.

Αρτηριακή πίεση: Χρησιμοποιείται μικρότερο σφυγμομανόμετρο από εκείνο των ενηλίκων. Από διάφορες παρατηρήσεις έχουν βρεθεί, ότι η Α.Π. στα νεογνά ανέρχεται σε 80/45, στα παιδιά μέχρι 6 ετών σε 85/55, και στα μεγαλύτερα παιδιά σε 95/50.

Παρακολούθηση και φροντίδα χειρουργικού τραυματος

Η νοσηλεύτρια βοηθά τον γιατρό στην αλλαγή του τραύματος για τους ακόλουθους λόγους:

- Η ομάδα ως σύνολο δίνει στο παιδί πιο επιμελημένη φροντίδα.
- Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την κατάσταση του παιδιού και μπορεί έτσι να του δώσει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.
- Φροντίζει για την προμήθεια επιδεσμικού υλικού, ανάλογα με τις ανάγκες και για την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.
- Αναλαμβάνει την εκτέλεση των αλλαγών, αφού ο γιατρός κάνει τις πρώτες.
- Καταγράφει στο δελτίο παρακολούθησης του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού.

Τεχνική της αλλαγής

Προετοιμάζεται το παιδί και οι γονείς του με ενημέρωση. Αν το τραύμα είναι δύσοσμο, η αλλαγή γίνεται στην αίθουσα θεραπειών. Τα ράμματα αφαιρούνται μετά την 6η με 7η μέρα. Τα παλιά επιθέματα και ό,τι χρησιμοποιείται για καθαρισμό απομακρύνονται με λαβίδα και τοποθετούνται σε υδατοστεγή σακκούλα.

Όταν το τραύμα φέρει σωληνάκι παροχέτευσης, οι γάζες βρέχονται και η δυσσομία προκαλεί ναυτία στο παιδί. Για την ανακούφιση του παιδιού η νοσηλεύτρια κάνει συχνές αλλαγές των εξωτερικών γαζών, στο μεσοδιάστημα των κανονικών αλλαγών.

Όταν κόβεται από το χειρουργό το σωληνάκι παροχέτευσης, η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει έτοιμη αποστειρωμένη καρφίτσα ασφαλείας, που εφαρμόζεται στο νέο άκρο του σωλήνα. Το γύρω από το τραύμα δέρμα συχνά ερεθίζεται από τα υγρά παροχέτευσης. Στις περιπτώσεις, που το υγρό παροχέτευσης περιέχει πεπτικά ένζυμα, παίρνονται δραστικά μέτρα για την προφύλαξη του δέρματος.

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

Αντιμετώπιση αιμορραγίας

Το καλύτερο μέσο για το σκοπό αυτό είναι η αντικατάσταση του απωλεσθέντος όγκου του αίματος. Το είδος και η ποσότητα των υγρών που θα χορηγηθούν, καθώς και ο ρυθμός χορήγησής τους, θα εξαρτηθούν κάθε φορά από διάφορους παράγοντες και κύρια από το μέγεθος της αιμορραγίας.

Επίσης, εξασφαλίζουμε έγκαιρα, χορήγηση υγρών και αίματος, όσο μικρή κι αν φαίνεται η αιμορραγία. Το παιδί πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι κι όλες οι φυσικές ανάγκες του παιδιού να ικανοποιούνται από τη νοσηλεύτρια.

Σε περίπτωση γαστρορραγίας, γίνεται :

- Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσπασσης.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων για να εκτιμηθεί ο όγκος αίματος και επομένως πόσο αίμα χάνει το παιδί.
- Παρακολουθούνται οι κενώσεις για παρουσία αίματος.
- Αν παρουσιάσει αιματέμεση χρειάζεται επιμελημένη καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.
- Τέλος, το παιδί, που αντιλήφθηκε ότι αιμορραγεί, έχει ανάγκη ηθικής τόνωσης και ενίσχυσης.

2. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού

Για να γίνει διατήρηση ανοικτού αεραγωγού, πρέπει να απομακρυνθούν οι εκκρίσεις από τους αεραγωγούς. Για το σκοπό αυτό:

- 1.Ενυδατώνεται επαρκώς το παιδί
- 2.Οι εκκρίσεις γίνονται λεπτόρευστες με θεραπεία αεροζόλ
- 3.Το παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται να βήχει και να βοηθιέται την ώρα του βήχα. Για να είναι ο βήχας αποτελεσματικός:

- Γίνεται συχνή μετακίνηση του παιδιού στο κρεβάτι
- Η θέση του παιδιού κατά τον βήχα είναι καθιστή

- Πριν από το βήχα, το παιδί διδάσκεται να πάρει βαθειές αναπνοές και να εκπνεύσει μέχρις ότου διεγερθεί το αντανακλαστικό του βήχα.
- Σε περίπτωση που το παιδί είναι πολύ αδύνατο για να βήξει ή ο βήχας δεν είναι αποτελεσματικός, γίνεται ενδοτραχειακός ερεθισμός με εισαγωγή καθετήρα. Η αξία αυτής της μεθόδου έγκειται στο ότι δημιουργεί έντονο βήχα με διέγερση του αντανακλαστικού του.
- Η φροντίδα της μύτης είναι μεγάλης σημασίας στη διατήρηση ανοικτού αεραγωγού. Το παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται ώστε να ψασά την μύτη του περιοδικά. Οι ρώθωνες πρέπει να καθαρίζονται συχνά με υγρά τολύπια και να επαλείφονται με μαλακτική ουσία.

3. Αποκατάσταση ή διατήρηση επαρκούς ανταλλαγής αερίων με θεραπεία εισπνοής

Γίνεται θεραπεία εισπνοής. Σκοπός της είναι η επαρκής οξυγόνωση και η αποβολή CO_2 . Γίνεται με χορήγηση οξυγόνου ή μίγματος οξυγόνου και CO_2 .

a) Οξυγονοθεραπεία:

Οξυγόνο χορηγείται σε περιπτώσεις υποξίας, δηλαδή ανεπάρκειας οξυγόνου στο κυτταρικό επίπεδο.

Όταν δίνεται εντολή για οξυγονοθεραπεία, η νοσηλεύτρια πρέπει να σχεδιάσει τη φροντίδα του παιδιού, με σκοπό να εξασφαλίσει την άνεσή του, την ασφάλειά του και την επαρκή προμήθεια οξυγόνου στον οργανισμό.

Προαγωγή ψυχολογικής και φυσικής άνεσης:

Το παιδί και οι γονείς του πρέπει να ενημερωθούν για το σκοπό και τις αρχές της θεραπείας, ώστε να μειωθεί ο φόβος και η αγωνία, που τους δημιουργεί η θεραπεία. Η νοσηλεύτρια πρέπει να μείνει κοντά στο παιδί, μετά την έναρξη της θεραπείας, ώσπου να ηρεμήσει. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας η νοσηλεύτρια πρέπει να κάνει συνεχή εκτίμηση και κάλυψη των αναγκών του παιδιού. Φροντίδα δέρματος, υγιεινή φροντίδα ρινός και αλλαγή θέσης του παιδιού, πρέπει να γίνονται κάθε 2 ώρες. Το παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται να παίρνει υγρά.

Διατήρηση επαρκούς προμήθειας οξυγόνου:

Κατά τη διάρκεια χορήγησης του οξυγόνου, η νοσηλεύτρια κάνει μέτρηση της συμπύκνωσης του κάθε 2 ώρες. Τα παιδιά δεν παίρνουν ψηλότερες από 40% συμπυκνώσεις. Αν όμως, δοθεί οδηγία για ψηλότερες συγκεντρώσεις, το παιδί πρέπει να παρακολουθείται στενά.

Εκτός από την μέτρηση της συμπύκνωσης του οξυγόνου, η νοσηλεύτρια πρέπει να κάνει συνεχή εκτίμηση της απόκρισης του παιδιού στην οξυγονοθεραπεία. Γι' αυτό το σκοπό παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία, το χρώμα και το βαθμό αναπνευστικής δυσχέρειας του παιδιού.

Οι μέθοδοι χορήγησης οξυγόνου είναι διάφορες. Η επιλογή της μεθόδου χορήγησης εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού και την κατάστασή του.

Η θερμοκοιτίδα χρησιμοποιείται για πρόωρα και νεογέννητα βρέφη. Η τέντα υγρασίας παρέχει οξυγόνο και ομίχλη με μέγεθος σωματιδίων τέτοιο που ενυδατώνει επαρκώς τις αεροφόρους οδούς. Χρησιμοποιείται στα μικρά παιδιά. Η τέντα οξυγόνου είναι κατάλληλη για χορήγηση μέσης συμπύκνωσης οξυγόνου μαζί με εψύγρανση. Το οξυγόνο μπορεί να χορηγηθεί και με ρινικό καθετήρα.

Με την ρινική κάνουλα εισάγονται στο κατώτερο τμήμα της ρινός δύο μικροί πλαστικοί σωλήνες. Η κάνουλα συγκρατείται στη θέση της με λουρίδες. Και οι δύο μέθοδοι έχουν το πλεονέκτημα ότι το παιδί μπορεί να τρώει και να μιλά.

Αν το παιδί δεν μπορεί να ανεχθεί το ρινικό καθετήρα εξαιτίας άφθονης έκκρισης ή ρινικής απόφραξης χρησιμοποιείται ρινική ή στοματορινική μάσκα.

Αν το παιδί εκδηλώνει αγωνία και φόβο πρέπει να κρατηθεί η μάσκα από το ίδιο πάνω στη μύτη και το στόμα του, ώσπου να εξοικειωθεί με αυτήν και μετά να στερεωθεί. Για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος του προσώπου η μάσκα αφαιρείται κάθε 2 ώρες και το πρόσωπο πλένεται και στεγνώνεται, γίνεται μασάζ και εφαρμόζεται τάλκ για να το διατηρήσει στεγνό.

4. Μετάγγιση αίματος

Η μετάγγιση αίματος είναι μια από τις πιο επικίνδυνες νοσηλευτικές διαδικασίες και ειδικά, όταν πρόκειται να γίνει σε ένα παιδί. Αίμα χορηγείται για τη διόρθωση πολλών κλινικών προβλημάτων (πχ. απώλεια αίματος, shock, κ.ά.).

- Η νοσηλεύτρια βεβαιώνεται ότι έχει γίνει καθορισμός της ομάδας αίματος και η δοκιμασία διασταύρωσης.
- Χορηγεί το αίμα μέσα σε 20 λεπτά μετά την παραλαβή του από την Τράπεζα Αίματος.
- Ελέγχει το αίμα για ψυσαλλίδες, για αλλοίωση της χροιάς και για θολερότητα. Επίσης, ελέγχει την φιάλη για ρωγμές.
- Ετοιμάζει το παιδί για φλεβοκέντηση.
- Ελέγχει τις ετικέτες του δότη και του δέκτη (αριθμός συμβατότητας, ομάδα και Rh) και την κάρτα αιμοδοσίας, για να βεβαιωθεί για την ομάδα του

παιδιού, που παίρνει το αίμα. Φωνάζει το παιδί με το όνομά του και συγκρίνει την ταυτότητα του παιδιού, που φέρει στο χέρι, με την ετικέττα της ψιάλης αίματος. Ελέγχει την ημερομηνία λήξης του αίματος και αν έχει υπογραφεί από τον Γιατρό της Αιμοδοσίας.

- Δίνει στο γιατρό να κάνει τον ίδιο έλεγχο και να μονογράψει την ετικέττα της ψιάλης αίματος.
- Παίρνει τα ζωτικά σημεία του παιδιού.
- Πλένει τα χέρια της.
- Απολυμαίνει το πώμα της ψιάλης (αν είναι γυάλινη).
- Εφαρμόζει την συσκευή μετάγγισης αίματος με άσηπτη τεχνική.
- Αφαιρεί τον αέρα από την συσκευή.
- Κρεμάει την ψιάλη αίματος στο στατό, περίπου 1 μέτρο πάνω από το επίπεδο της καρδιάς του παιδιού.
- Ρυθμίζει το ρυθμό ροής του αίματος στα 5 ml ανά λεπτό, κατά τη διάρκεια των πρώτων 15 min της χορήγησης αίματος. Μένει κοντά στο παιδί για τουλάχιστον 15-30 λεπτά μετά την έναρξη της μετάγγισης.
- Παρατηρεί το παιδί προσεκτικά. Παίρνει τα ζωτικά σημεία 15-20 λεπτά μετά την έναρξη της μετάγγισης. Στη συνέχεια, παίρνει και αναγράφει τα ζωτικά σημεία κάθε ώρα ή πιο συχνά, αν χρειάζεται.

5. Ρινογαστρική διασωλήνωση

Στις επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος υπάρχει μια νοσηλευτική διαδικασία, ιδιαίτερα σημαντική, υπεύθυνη και καθοριστική για την πορεία των παθήσεων στο συγκεκριμένο σύστημα. Η νοσηλευτική αυτή διαδικασία είναι η ρινογαστρική διασωλήνωση.

Σκοπός της ρινογαστρικής διασωλήνωσης

Ο σκοπός της ρινογαστρικής διασωλήνωσης είναι :

1. Η απομάκρυνση υγρών και αερίων από τον γαστρεντερικό σωλήνα.
2. Η εκτίμηση της εκκριτικής και της κινητικής δραστηριότητας του στομάχου και του γαστρεντερικού σωλήνα.
3. Η χορήγηση φαρμάκων και τροφής (τεχνητή διατροφή) απευθείας μέσα στο γαστρεντερικό σωλήνα.

Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα

Πριν από την τοποθέτηση του ρινογαστρικού σωλήνα, η νοσηλεύτρια εκτελεί τις παρακάτω διαδικασίες :

1. Διαλέγει τον κατάλληλο για κάθε περίπτωση σωλήνα.
2. Καθαρίζει τις ρώθωνες και ψεκάζει τον ρινοφάρυγγα με ξυλοκαΐνη (κατ' εντολή ιατρού).
3. Υπολογίζει το μήκος του σωλήνα, που πρέπει να εισαχθεί για να ψθάσει στο στομάχι. Το μήκος της τεθλασμένης από την γέφυρα της μύτης, ως το λοβό του

αυτιού και από αυτό, ως το άκρο της ξιφοειδούς απόψυσης, είναι κατά προσέγγιση ίδιο με το μήκος του σωλήνα, που χρειάζεται για να μπει στο στομάχι. Η απόσταση αυτή μαρκάρεται με μια μικρή ταινία λευκοπλάστη.

Κατά τη ψάση της εκτέλεσης της τοποθέτησης του ρινογαστρικού σωλήνα, η νοσηλεύτρια:

- 1.Κρατάει το σωληνα σε απόσταση 4-5 εκ. απότο άκρο του και τον τοποθετεί μέσα στο ρύθωνα, αφού πρώτα τον έχει επαλείψει με γλισχραντική ουσία, που για τα παιδιά είναι συνήθως παραφινέλαιο ή φυσιολογικό ορός. Ο σωλήνας προχωρεί προς τα εμπρός και κάτω.
- 2.Ο σωλήνας έχει την τάση να αναδιπλώνεται γι' αυτό είναι απαραίτητη η συγκράτηση του κεφαλιού του παιδιού.
- 3.Ελέγχει την στοματική κοιλότητα για τυχόν μάζεμα του σωληνα.
- 4.Σε περίπτωση που η νοσηλεύτρια αισθανθεί αντίσταση κατά την προώθηση του σωλήνα, δεν πρέπει να ασκηθεί βία.
- 5.Στην περίπτωση που το παιδί εμφανίσει δυσφορία, δύσπνοια, βήχα ή κυάνωση, είναι ενδεικτικό ότι ο σωλήνας μπήκε στην τραχεία και τον αφαιρεί αμέσως.
- 6.Ελέγχει τη θέση του σωλήνα, αφού αυτός έχει τοποθετηθεί στη σωστή θέση και αναρροφά το περιεχόμενο του στομάχου με σύριγγα.

7. Όταν γίνει η επιβεβαίωση ότι ο σωλήνας βρίσκεται στο στομάχι, η νοσηλεύτρια τον στερεώνει με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστη. Περιβάλλει από κάτω τον σωλήνα με μια στενή λωρίδα λευκοπλάστη και κολλά τα ελεύθερα άκρα της στη μύτη, αφού πρώτα σκουπίσει το δέρμα.

8. Στη συνέχεια, στερεώνει το σωλήνα στη σύστοιχη παρειά του παιδιού και κατόπιν στη πυτζάμα του για περισσότερη ασφάλεια από τις κινήσεις, που είναι σίγουρο ότι θα κάνει το παιδί.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να ξέρει και να εφαρμόζει τα παρακάτω:

1. Η περιποίηση των ρωθώνων είναι απαραίτητη και σε διάστημα 2 ωρών.
2. Η νοσηλεύτρια οφείλει να ξέρει ότι από την παραεταμένη ρινογαστρική διασωλήνωση παρουσιάζονται ορισμένες επιπλοκές. Τέτοιες είναι η εξέλκωση των ρωθώνων, οισοφαγίτιδα, εξέλκωση γαστρικού βλεννογόνου και πνευμονικές επιπλοκές.
3. Όλες οι γαστρικές δραστηριότητες, που αφορούν την φροντίδα παιδιού πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή, φροντίδα και αυξημένο αίσθημα ευθύνης από τη νοσηλεύτρια.

6. Τεχνητή διατροφή μέσω ρινογαστρικού σωλήνα

Σκοπός:

Να βοηθήσει στη σίτιση ατόμων, που έχουν δυσκολίες στην κατάποση (δυσκαμψία), μακροχρόνια απώλεια συνείδησης ή ανορεξία, στοματική ή οισοφαγική απόφραξη ή τραύμα. Ακόμα, ατόμων που έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση σε κάποιο μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα, που δεν επιτρέπει τη φυσιολογική λήψη τροφής.

Η ρινογαστρική διατροφή θεωρείται μια πολύ ικανοποιητική μέθοδος διατροφής του παιδιού. Εμφανίζει δυνητικά λιγότερους κινδύνους απ' ό,τι η ενδοφλέβια. Προτού αρχίσει η ρινογαστρική διατροφή, θα πρέπει να εκτιμηθεί η κατάσταση του παιδιού. Η αρχική εκτίμηση θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Ηλικία, φύλο, ύψος και βάρος
- Θρεπτικό ιστορικό
- Χειρουργικά και ψυχολογικά προβλήματα

Στη συνέχεια, θα πρέπει να εκτιμηθούν οι ανάγκες του αρρώστου σε λευκώματα, ηλεκτρολύτες και υγρά και να γίνει προσπάθεια κάλυψής τους. Στις περιπτώσεις, που κρίνεται αναγκαία η παράταση της διατροφής, θα πρέπει να εκτιμηθούν και οι ανάγκες του παιδιού σε άλατα και βιταμίνες.

Ενέργειες της νοσηλεύτριας

- Συνειδητοποίηση ότι, ενώ μπορεί να διορθωθούν θρεπτικές ένδειες, είναι δυνατόν να παρουσιαστούν άλλα προβλήματα, όπως διαταραχές στην ισορροπία νερού και ηλεκτρολυτών, διάρροια, οισοφαγική ανάρροια.
- Καθαρισμός όλων των δοχείων και των σωλήνων με σχολαστικότητα, γιατί τα μίγματα αποτελούν θαυμάσιο θρεπτικό υλικό για την ανάπτυξη μικροβίων.
- Αναρρόφηση από το σωλήνα πριν από την σίτιση, για επιβεβαίωση ότι βρίσκεται μέσα στο στομάχι.
- Αποφυγή δημιουργίας ψυσαλλίδων αέρα μέσα στο σύστημα για την πρόληψη γαστρικής διάτασης.
- Παροχή υγιεινής φροντίδας μύτης και στόματος πριν και μετά την από στόματος ή ρινογαστρική σίτιση για άνεση και αποφυγή μόλυνσης.
- Χορήγηση, μετά από κάθε σίτιση, νερού μέσα από το σωλήνα για καθαρισμό του και πρόληψη διαταραχών νερού.
- Εξάλειψη δυσάρεστων ερεθισμάτων, όπως μυρωδιές, πριν και μετά από τη σίτιση.
- Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία διαταραχής νερού και ηλεκτρολυτών.
- Αναγραφή ποσότητας μίγματος και νερού, που χορηγήθηκε. Σημείωση της συμμετοχής του παιδιού και της απόκρισής του στη σίτιση.

- Παρακολούθηση διούρησης και ακριβής αναγραφή του ποσού των ούρων.

7. Παρεντερική χορήγηση υγρών

Επιβάλλεται διατήρηση ελεύθερου του αυλού του σωλήνα Levin και ακριβής μέτρηση και χαρακτηρισμός του είδους των υγρών. Ο σωλήνας Levin συνήθως παραμένει στο στομάχι του ασθενούς 3-4 ημέρες, μετεγχειρητικά. Όταν δεν εφαρμόζεται συνεχής αναρρόφηση, συνιστώνται αναρροφήσεις από το Levin κατά διαστήματα με σύριγγα. Η παρατήρηση και ο χαρακτηρισμός του είδους των υγρών του στομάχου (αιματηρά, καφεοειδή, χολώδη) πρέπει να γίνεται με κάθε ακρίβεια και να αναφέρεται στο γιατρό. Η ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών βοηθάει πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών του αρρώστου. Η κακοσμία από το γαστρικό περιεχόμενο, αντιμετωπίζεται με τη χρησιμοποίηση κλειστού συστήματος συλλογής υγρών.

Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με μεγάλη επιμέλεια και διατήρηση καθαρής και υγρής. Τα παραπάνω ανακουφίζουν το παιδί και συμβαλλουν στην πρόληψη της μετεγχειρητικής παρωτίτιδας.

8. Ανακούφιση μετεγχειρητικού πόνου και δυσφορίας

Αυτό επιτυγχάνεται με:

1. Πιστή και ακριβή τήρηση της χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων.
2. Τοποθέτηση του παιδιού σε αναπαυτική θέση.
3. Συχνή αλλαγή θέσης.
4. Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των παρεχόμενων (Levin, τραύματος, κλπ.).
5. Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη τραυματικών μολύνσεων.
6. Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου φυσικού περιβάλλοντος.
7. Συνεχής συναισθηματική υποστήριξη του παιδιού.
8. Δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας με άτομα, που εμπνέουν εμπιστοσύνη, στοργή και αγάπη στο παιδί.
9. Ικανοποίηση των αναγκών, που εμφανίζει (φυσικών, συναισθηματικών, ψυχικών κλπ.).
10. Διδασκαλία του παιδιού πως να αναπνέει βαθειά, να βήχει κλπ.

9. Αντιμετώπιση ανωμαλιών, που έχουν σχέση με την εκκένωση του εντέρου

Εφαρμογή σωλήνα αερίων:

Κατά την εφαρμογή σωλήνα αερίων, τοποθετείται σωλήνας από ελαστικό κόμμι, ή συνθετική ύλη μέσα στο απευθυσμένο. Το μήκος και το εύρος του σωλήνα αερίων, καθώς και το εισερχόμενο τμήμα μέσα στο απευθυσμένο

ρυθμίζεται από την ηλικία του παιδιού. Η εφαρμογή του σωλήνα συνιστάται σε καταστάσεις μετεωρισμού.

Η μεγάλης διάρκειας παραμονή του σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο καθώς και η συχνή χρήση του προκαλεί χαλάρωση των σφιγκτήρων του πρωκτού.

Υποκλυσμοί :

Στα μικρά παιδιά συνιστάται ο μικρός υποκλισμός. Γίνεται για καθαρτικό σκοπό. Χρησιμοποιούμενα διαλύματα για τον σκοπό αυτό είναι : φυσιολογικός ορός, νερό βρύσης, αραιό γαλάκτωμα σαπουνιού, γλυκερίνη με νερό, εκχύλισμα χαμομηλιού ή τίλιου κ.ά.

Στον υπερτονικό υποκλυσμό χρησιμοποιείται διάλυμα χλωριούχου νατρίου μέσα στο νερό.

10. Εντερική διασωλήνωση

Σκοπός της εντερικής διασωληνωσης είναι να αφαιρεθεί υγρό και αέρας από το έντερο και να βοηθήσει στην ανίχνευση και εκτίμηση τυχόν γαστρεντερικής αιμορραγίας.

Στη νοσηλευτική αυτή ενέργεια γίνεται δοκιμή των σωλήνων, πριν την εισαγωγή για τον έλεγχο της διαβατότητας και της λειτουργίας τους.

- Η εντερική διασωλήνωση είναι όμοια με την εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα.

- Μετά την είσοδο του σωλήνα στο στομάχι, αυτός περνά με τη βοήθεια του περισταλτισμού και της βαρύτητας στο λεπτό έντερο.
- Όταν γίνεται ακτινολογική επιβεβαίωση ότι ο σωλήνας πέρασε τον πυλωρό, επιτρέπεται στο παιδί να σηκωθεί. Το πέρασμα του σωλήνα, μέσα από τον πυλωρό, στο δωδεκαδάκτυλο, κάτω από ακτινολογικό έλεγχο, επιτρέπεται να γίνει η όλη εργασία σε χρόνο λιγότερο από 15 min και ελαχιστοποιεί τη δυσχέρεια που αισθάνεται το παιδί.
- Η νοσηλεύτρια συνδέει τον σωλήνα με συσκευή ήπιας αναρρόφησης.
- Σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα προχωρεί το σωλήνα 5-8 cm. Τα χρονικά διαστήματα καθορίζονται από το γιατρό.
- Στερεώνει το σωλήνα, όταν το άκρο του ψτάσει στο επιθυμητό σημείο.
- Μετράει τα υγρά και αναγράφει τον όγκο και τα χαρακτηριστικά τους κάθε 8 ώρες.
- Αν το παροχετευόμενο υγρό είναι χρώματος κίτρινου με μυρωδιά κοπράνων, το παιδί μπορεί να έχει μερική εντερική απόφραξη.

11. Πλύση γαστρεντερικών σωλήνων

Σκοπός:

Να διατηρηθεί η βατότητα του σωλήνα ή να αποκατασταθεί αυτή, όταν το παροχετευόμενο υγρό είναι παχύρρευστο ή όταν η παροχέτευση έχει διακοπεί εξαιτίας απόφραξης του σωλήνα.

Αντενδείξεις και προφυλάξεις:

Η πλύση αντενδείκνυται σε πρόσφατη γαστρεκτομή. Η έγχυση υγρού μέσα στον ρινογαστρικό σωλήνα διεγείρει τον βλεννογόνο του στομάχου για έκκριση γαστρικού υγρού, αυξάνοντας έτσι την απώλεια των ηλεκτρολυτών. Η πλύση πρέπει να γίνεται ήπια σε αιμορραγία στομάχου. Οι ηλεκτρολύτες του αρρώστου παιδιού θα πρέπει να ελέγχονται συχνά σε μια συνεχή ή διαλείπουσα αναρρόφηση ή πλύση. Η ακριβής καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών είναι επιτακτική.

Ενέργειες της νοσηλεύτριας:

- Ενημερώνουμε την μητέρα ή τον πατέρα του παιδιού για την πλύση.
- Εξασφαλίζουμε ιατρική εντολή για την συχνότητα της πλύσης και για το ποσό και το είδος του διαλύματος, που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί. Επίσης, αν το υγρό

πλύσης θα πρέπει να αναρροφάται μετά την εισαγωγή του.

- Συγκεντρώνουμε τα απαραίτητα αντικείμενα και ετοιμάζουμε το διάλυμα.
- Τοποθετούμε το τετράγωνο στην περιοχή του κρεβατιού, που θα αποσυνδεθεί ο σωλήνας και θα γίνει η έγχυση του διαλύματος.
- Βεβαιωνόμαστε ότι ο σωλήνας βρίσκεται στο στομάχι.
- Αναρροφούμε στη σύριγγα τόσο όγκο διαλύματος όσος αναγράφεται στην εντολή και βγάζουμε τον αέρα.
- Αποσυνδέουμε τον γαστρεντερικό σωλήνα από τον αναρροφητήρα και εφαρμόζουμε το μπέκ της σύριγγας στον αυλό του. Αν στο σημείο σύνδεσης του σωλήνα αναρρόφησης με τον σωλήνα του αρρώστου υπάρχει συνδετικό τ, κλείνουμε με λαβίδα Kocher τον σωλήνα που είναι συνδεδεμένος με τον αναρροφητήρα και εφαρμόζουμε το μπέκ της σύριγγας στον κοντό σωλήνα που εκτείνεται από το τ συνδετικό.
- Βάζουμε το διάλυμα αργά και ήπια, κρατώντας την σύριγγα κάθετα προς το δάπεδο.
- Αν συναντήσουμε αντιστάση, ελέγχουμε τον σωλήνα για αναδιπλώσεις ή μηχανική απόφραξη και γυρίζουμε το παιδί από το ένα πλάγιο στο άλλο.
- Αν υπάρχει γραμμένο στην ιατρική εντολή, αναρροφούμε το διάλυμα. Αν δεν αναρροφάται το υγρό, γυρίζουμε το παιδί από το ένα πλάγιο στο άλλο. Αν δεν έχουμε

αποτέλεσμα, μετακινούμε μικρό τμήμα του σωλήνα μέσα-έξω.

- Η διαδικασία έγχυσης και αναρρόφησης υγρού μπορεί να επαναληφθεί αρκετές φορές μέχρις ότου το υγρό επιστρέψει ελεύθερα.
- Απομακρύνουμε τη σύριγγα και επανασυνδέουμε με τον αναρροφητήρα, αν δεν υπάρχει τ συνδετικό. Αν υπάρχει τ συνδετικό, πιέζουμε με τα δάκτυλά μας τον κοντό ελαστικό σωλήνα και αφαιρούμε την σύριγγα. Στη συνέχεια, αφαιρούμε την λαβίδα Kocher από τον ελαστικό σωλήνα του αναρροφητήρα και κλείνουμε τον ελαστικό σωλήνα του τ συνδετικού.
- Τοποθετούμε το άρρωστο παιδί σε αναπαυτική θέση και βεβαιωνόμαστε για την ασφάλειά του.
- Παρακολουθούμε τη λειτουργία του αναρροφητήρα και εάν η παροχέτευση του υγρού είναι συνεχής.
- Αναγράφουμε το ποσό και τα χαρακτηριστικά του αναρροφούμενου υγρού, το ποσό και το είδος του διαλύματος, που χρησιμοποιήθηκε για την πλύση, την ώρα της πλύσης και τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις του παιδιού.

12. Βοήθεια στην πλύση στομάχου

Σκοποί :

- Να απομακρύνουμε δηλητηριώδεις ουσίες που δεν πρόλαβαν να απορροφηθούν μετά τη λήψη τους από το στόμα.
- Να βοηθήσουμε στη διαπίστωση γαστρικής αιμορραγίας και στον έλεγχό της.
- Να καθαρίσουμε το στομάχι πριν από την γαστροσκόπηση.
- Να απομακρύνουμε υγρό ή υπολείμματα τροφών από το στομάχι.

Ενέργειες της νοσηλεύτριας :

- Τοποθετούμε το παιδί σε αναπαυτική θέση και κάνουμε πλύση στόματος.
- Στέλνουμε τα δείγματα στο εργαστήριο.
- Αναγράφουμε την ώρα, που έγινε η πλύση, το είδος και την ποσότητα του διαλύματος, τον αριθμό δειγμάτων υγρού, την ποσότητα και την σύσταση του περιεχομένου του στομάχου, τη διάρκεια της πλύσης και τις αντιδράσεις του παιδιού.
- Εάν παρατηρηθεί αίμα στο υγρό, που επιστρέφει από το στομάχι ή το παιδί εμφανίσει σημεία ανησυχίας, η πλύση διακόπτεται.

13. Χρησιμοποίηση σωλήνα Sengstaken - Blakemore
για έλεγχο αιμορραγίας κιρσών οισοφάγου

Σκοποί :

- Να εξασκήσει πίεση στο καρδιακό στόμιο του στομάχου και τον οισοφάγο.
- Να εμποδίσει τη συλλογή αίματος στον γαστρεντερικό σωλήνα, που μπορεί να επιταχύνει την εμφάνιση κύματος.
- Να ελαττώσει τις απαιτήσεις σε μετάγγιση αίματος.

Ενέργειες της νοσηλεύτριας

- Διατήρηση σταθερής επαγρύπνησης, όταν τα μπαλόνια είναι φουσκωμένα.
- Διατήρηση της πίεσης των μπαλονιών στο απαιτούμενο επίπεδο για έλεγχο της αιμορραγίας.
- Παρακολούθηση και αναγραφή ζωτικών σημείων συχνά αιμορραγία, shock, κλπ.
- Προσοχή για εμφάνιση θωρακαλγίας - μπορεί να δείχνει βλάβη ή ρήξη οισοφάγου.
- Πλύση σωλήνα σύμφωνα με την εντολή. Παρατήρηση και αναγραφή της ψύσης και του χρώματος του αναρροφηθέντος υλικού.

- Διατήρηση του επάνω μέρους του κρεβατιού ανυψωμένου για αποφυγή οισοφαγικής παλινδρόμησης και μείωση της ναυτίας και του ψαρυγγικού αντανακλαστικού.
- Διατήρηση θρεπτικών και ηλεκτρολυτικών επιπέδων παρεντερικά.
- Διατήρηση ρινογαστρικής αναρρόφησης για αφαίρεση σάλιου από τον οισοφάγο.
- Στενή παρακολούθηση της φύσης της αναπνοής. Αν ο σωλήνας μαζευτεί στο στοματοψάρυγγα, ο άρρωστος μπορεί να πάρει ασφυξία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το παιδί εισήλθε συνοδευόμενο από την μητέρα του στο Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παιδων. Από 40ώρου αναφερόμενα κοιλιακά άλγη περιομφαλικά με επέκταση στις λαγόνιες χώρες. Συνοδοί έμμετοι (3), όλη την προηγούμενη ημέρα. Σήμερα πυρέσει με κύμα 39.5. Χαρακτηρας άλγους: διαξιψιστικός, κωλικοειδής, που υποχωρεί με χαρακτηριστική θέση.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

ΛΕΥΚΑ	ΤΙΜΕΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ
WBC ΛΕΥΚΑ	18.8 k/uL	4.1 - 10.9
LYM ΛΕΜΦΟ	4.3 k/uL	0.6 - 4.1% ΛΕΜΦΟ
MID ΜΕΣΑ	0.3 k/uL	0.0 - 1.8% ΜΕΣΑ
GRAN ΠΟΛΥΜ.	3.4 k/uL	2.0 - 7.8% ΠΟΛΥΜ.

* Λεμφοκυτταρα ΜΕΣΑ: μονοπύρηννα, βασεόφιλα, ηωσινόφιλα, βλάστες, και άλλες μορφές λευκών κυττάρων. ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΠΗΡΥΝΑ.

ΕΡΥΘΡΑ	ΤΙΜΕΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ
RBC ΕΡΥΘΡΑ	4.55 M/u	4.20 - 6.30
HGB ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ	12.33 g/d	12.0 - 18.0
HCT ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ	34.6 %	37.0 - 51.0
MCV ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ RBC	7.6 fL	80.0 - 97.0
MCHC ΜΕΣΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ	27.0 pg	26.0 - 32.0
HGB		
RDW ΕΥΡΟΣ ΚΑΤΑΝ. RBC	35.5 g/d	31.0 - 36.0
	13.8%	11.5 - 14.5

ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	ΤΙΜΕΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ
PLT ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	368 k/uL	140 - 440
PCT ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ	0.25 %	0.15 - 0.35
MPV ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ PLT	6.9 fL	6.0 - 9.0
PDW ΕΥΡΟΣ ΚΑΤΑΝ. PLT	15.7 10 (GSD)	80.0 - 97.0

Προεγχειρητική διάγνωση : οξεία σκωληκοειδίτις
 Νάρκωση : γενική
 Μετεγχειρητική διάγνωση: η ίδια
 Μετεγχειρητικές επιπλοκές: μερική απόψραξη εντέρου

Μετεγχειρητική πορεία :

1η μετεγχειρητική :

σχετικά καλή

ύπαρξη μετεωρισμού κοιλίας. Αλλαγή τραύματος

2η Μετεγχειρητική :

Συνέχιση μετεωρισμού

Τραύμα καθαρό

3η Μετεγχειρητική :

Παρουσίασε πυρετό.

Παραπονείται για πόνο στη κοιλιά με μεσοδιαστήματα ηρεμίας και τάση προς έμμετο.

Το παιδί είναι ανήσυχο.

Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε κοιλιά μετεωρισμένη. Κατά την δακτυλική εξέταση διαπιστώνεται ύπαρξη κοπρανώδους μάζας.

Η γενική κατάσταση του παιδιού της επόμενες ημέρες ήταν καλή. Τα προβλήματά του βαθμιαία εξαλείφθηκαν. Αφαιρέθηκε το Levin το οποίο του είχε τοποθετηθεί. Αρχισε να σιτίζεται από το στόμα και με την κατάλληλη δίαιτα, οι κενώσεις ήταν κανονικές σε αριθμό, ποσότητα και ποιότητα. Για ενυδάτωση δόθηκε Sodium Cloride και Ringers. Επί πυρετού δινόταν σιρόπι ponstan.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΕΚΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει πυρετό (θερμ. 39°C) και ρίγος</p>	<p>Ρύθμιση θερμοκρασίας στα ψυσιολογικά επίπεδα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη τρίψης θερμοκρασίας • Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων • Χορήγηση αντιπυρετικού • Παρακολούθηση της αποβολής υγρών • Καταγραφή της θερμοκρασίας • Εφαρμογή μέτρων για την καταπολέμηση του ρίγους 	<ul style="list-style-type: none"> • Λαμβάνεται η θερμοκρασία κάθε τρεις ώρες • Εφαρμόζονται ψυχρά επιθέματα, τα οποία ο νοσηλεύτης/τρια αλλάζει σε τακτά χρονικά διαστήματα • Χορηγείται αντιπυρετικό (Paracetamol 8 cc) • Παρακολουθείται η ποσότητα των υγρών που αποβάλλονται ανά 8 ώρες και για 2 ημέρες. • Μετά από κάθε θερμο-μέτρηση αναγράφεται η ακριβής θερμοκρασία του παιδιού στο θερμομετρικό διάγραμμα • Προστατεύεται το παιδί για να μην κρυώνει με εμπρόσθετα μάλλινα κλινοσκεπάσματα ή με τοποθέτηση θερμοφόρας. 	<p>Η θερμοκρασία του παιδιού επανήλθε σε ψυσιολογικά σχεδόν επίπεδα χωρίς να υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα. Η ποσότητα των υγρών που αποβλήθηκαν ήταν μέσα στις επιτρεπτές τιμές. Το παιδί προστατεύθηκε από τις συχνές εναλλαγές της θερμοκρασίας, και δεν παρουσίασε σημεία αφυδάτωσης. Η άμυνα του οργανισμού του διατηρήθηκε σε υψηλό επίπεδο.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Το παιδί παρουσιάζει μετεωρισμό κοιλίας</p>	<p>Ενεργοποίηση του εντέρου Αποφυγή επιπτώσεων στην αναπνοή εξαιτίας πίεσης και ανόδου του διαφράγματος προς τα πάνω</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση παιδιού στην κατάλληλη θέση • Τοποθέτηση σωλήνα αερίων • Εφαρμογή υπόθετου ή μικρού υποκλισμού • Τοποθέτηση παραβάν • Ελεγχος και καταγραφή του αριθμού των κενώσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενισχύεται το παιδί να παίρνει υγρά για να αποψύγει την αφυδάτωση εξαιτίας των επιδρώσεων και των αυξημένων καύσεων • Γίνεται προσπάθεια να διατηρούνται στεγνά τα εσώρουχα και τα κλινοσκεπάσματα του παιδιού με συχνή αλλαγή. • Ενισχύεται η διατροφή του παιδιού στα διαστήματα που ο πυρετός πέφτει. • Θερμομετρούμε το παιδί αμέσως μετά την υποχώρηση του ριγούς. • Ελαφρά αγγροφή του παιδιού προς τα πλάγια. • Τοποθετήθηκε σωλήνας αερίων για 10 λεπτά και έγινε επανάληψη μετά από 2 ώρες. Σκοπός της τοποθέτησής του η αποβολή των αερίων 	<p>Εγινε εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενό του (κόπρανα αέρια) Το παιδί δεν παρουσίασε δύσπνοια.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<ul style="list-style-type: none"> • Διδασκαλία για καλή εκκένωση του εντέρου 	<ul style="list-style-type: none"> • και η αύξηση των περι-σταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα • Εγινε μικρός υποκλισμός με εκχύλιση χαμηλού 500 κ. εκ. Η θερμο-κρασία του εκχυλί-σματος ήταν 38°C. • Τοποθετήθηκε παραβάν κατά την εκτέλεση της διαδικασίας του υποκλισμού, προς αποφυγή δυσάρεστου συναισθήματος του παιδιού. • Ελέγχθηκε ο αριθμός των κενώσεων του παιδιού. • Ενισχύθηκε η λήψη υγρών η ψυσική δραστηριότητα, υποδείχθηκε θέση αφοδεύσεως, συστήθηκε κατάλληλο διαιτολόγιο (τροφές με κυταρίνη). 	

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Το παιδί παρουσιάζει πόνο στη κοιλιά με μεσοδιαστήματα ηρεμίας</p>	<p>Ανακούφιση του παιδιού από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση παυσίπνου ενδοφλεβίως. • Ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου και της δυσφορίας. • Διδασκαλία του παιδιού και της οικογένειάς του. • Γνώση της ενέργειας των φαρμάκων. • Δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε παυσίπνον (ένωση Aprotel), κατόπιν ιατρικής εντολής. • Εγινε πιστή και ακριβής τήρηση της χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων. • Τοποθετήθηκε το παιδί σε αναπαυτική θέση. • Πραγματοποιήθηκε συχνή αλλαγή της θέσης του παιδιού. • Εγινε εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη τραυματικών μολύνσεων. • Εξασφαλίσθηκε ήρεμο και ήσυχο ψυχικό περιβάλλον. • Διδάχθηκε το παιδί πως να αναπνέει. • Εγινε διδασκαλία στο παιδί για υποστήριξη του τραύματος κατά τη διάρκεια του βήχα. 	<p>Σταδιακή μείωση του πόνου και εξάλειψή του. Το παιδί δεν εμφάνισε καμία αντίδραση μετά τη χορήγηση του παυσίπνου. Ικανοποιήθηκαν οι ψυχικές, συναισθηματικές και ψυχικές του ανάγκες.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Το παιδί παρουσιάζει υπερέκκριση γαστρικών υγρών</p>	<p>Η παροχέτευση των γαστρικών υγρών</p>	<p>Τοποθέτηση Levin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εγινε παρακολούθηση του παιδιού μετά την ένεση που του έγινε για τυχόν αντίδραση του φαρμάκου και τυχόν παρενέργειες. • Δόθηκε στο παιδί η δυνατότητα επαφής με προσφιλή του άτομα. • Ενημερώνουμε το παιδί και τους γονείς του. • φέρνουμε τα απαραίτητα αντικείμενα και απομακρύνουμε τους επισκέπτες. • Τοποθετούμε το παιδί σε αναπαυτική θέση. • Τοποθετούμε αδιάβροχο και πετσέτα γύρω από τον τράχηλο του παιδιού για την προστασία των κλινοσκεπασμάτων. • Βοηθούμε το παιδί να καθαρίσει τη μύτη του. • Επαλείψουμε την άκρη του σωλήνα με 	<p>Το παιδί ήταν σε καλύτερη κατάσταση. Αποδέχθηκε την ύπαρξη του Levin και δεν δημιούργησε κανένα πρόβλημα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Παρουσιάζει ναυτί και εμετούς.</p>	<p>Καταστολή της ναυτίας και των εμετών.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιεμετικού • Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας. • Μέτρηση και παρατήρηση των εμετών. • Τοποθέτηση νεφροειδούς 	<p>Λάδι παραφίνης και την εισάγουμε στο στομάχι, με σταθές ήπιες κινήσεις.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κατά την εισαγωγή του σωληνα η αδελφή παρακολουθεί: • Ο σωλήνας να προχωρεί στον οισοφάγο και να μη συγκεντρώνεται στη στοματική κοιλότητα. • Το χρώμα το παιδιού να μην είναι κυανωτικό. • Την εμφάνιση βήχα και ανηυχίας. • Μετά την τοποθέτηση του Levin απομακρύνουμε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν. • Χορηγήθηκε σχεδόν συστηματικά 1 ώρα πριν το φαγητό αντιεμετικό υπόθετο Primpesan. • Εγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με πλύσεις 	<p>Περιορίστηκαν οι έμετοι και η ναυτία και το παιδί είναι πιο ήσυχο. Αποψεύχθηκε η διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΕΝ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Παρουσία φόβου και αγωνίας.</p>	<p>Εξάλειψη του φόβου</p>	<p>Να δοθούν στο παιδί όλες οι δυνατότητες ώστε να νιώσει καλύτερα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ΗΕΧΑΛΕΝ , και παρακολούθηση της στοματικής κοιλιότητας. • Παρατηρήθηκαν τα εμέσματα (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας) . • Τοποθετήθηκε νεφροειδές στο κομοδίνο και σακούλα στο κρεβάτι του παιδιού. • Το κεφάλι του τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση. • Εγινε ακριβής μέτρηση των υγρών και χορηγήθηκε ορός Ringers. • Εγινε αναγραφή των παρατηρήσεων στη λογοδοσία. • Εγινε λύση της στοματικής κοιλιότητας με σοδόνερο. • Ερμηνεύουμε όλα τα ερωτήματα. 	<p>Το παιδί παρουσίασε θεματικά αποτελέσματα</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<ul style="list-style-type: none"> • Πληροφορούμε το παιδί με απλά και κατανοητά λόγια πριν από κάθε διαδικασία (με σχετικές φωτογραφίες, παρακολούθηση άλλων παιδιών κλπ.). • Αυξάνουμε τις επισκέψεις γονέων και φίλων. Επίσης, αυξάνουμε τις δυνατότητες οι γονείς να κοιμούνται μαζί με τα παιδιά. • Εχουμε αρκετό υλικό για ζωγραφική, πλαστελίνη, βιβλία, καθιστικά παιχνίδια. • Εχουμε κασέττες με μουσική, παραθύρια, ιστορίες, τηλεόραση 	<p>Εγινε περισσότερο συνεργασιο και υπεύθυνο σε σχέση με την αρρώστεια και την θεραπεία του.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΕΝΤΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<ul style="list-style-type: none"> • Διηγούμαστε στο παιδί - εάν υπάρχει η δυνατότητα - ιστορίες για την ευχάριστη απασχόληση και διασκέδασή του. • Γίνεται επικοινωνία με τους γονείς και διδασκαλία αυτών για την συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί. 	

ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ονοματεπώνυμο : Παπαχρήστου Κων/νος
 Ηλικία : 8 χρονων
 Κληρονομικά : όχι
 Φυματίωση : όχι
 Λοιπά νοσήματα : ιστορικό γαστρορραγίας από
 λήψη ασπιρίνης
 Αναμνηστικό ιστορικό: Ομαλή κύηση
 Φυσιολογικός τοκετός
 Παιδικές ασθένειες
 Αλλεργίες : όχι
 Ημερ/νία εισόδου : 5-3-1993
 Ημερ/νία εξόδου : 13-3-1993
 Ημερ/νία χειρουργείου: 6-3-1993

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το παιδί εισήλθε στο Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Πατρών με πόνο στο στομάχι και αιματέμεση. Συνοδευόταν από τους γονείς του. Μπήκε στο χειρουργείο την επόμενη ημέρα.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

ΛΕΥΚΑ	ΤΙΜΕΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ
WBC ΛΕΥΚΑ	9.8 k/uL	4.1 - 10.9
LYM ΛΕΜΦΟ	3.9 k/uL	0.6 - 4.1% ΛΕΜΦΟ
MID ΜΕΣΑ	0.2 k/uL	0.0 - 1.8% ΜΕΣΑ
GRAN ΠΟΛΥΜ.	2.4 k/uL	2.0 - 7.8% ΠΟΛΥΜ.

* Λεμφοκυττара ΜΕΣΑ: μονοπύρρηνα, βασεόφιλα, ηωσινόφιλα, βλάστες, και άλλες μορφές λευκών κυττάρων. ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΠΗΡΥΝΑ.

ΕΡΥΘΡΑ	ΤΙΜΕΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ
RBC ΕΡΥΘΡΑ	3.55 M/uL	4.20 - 6.30
HGB ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ	11.0 g/dL	12.0 - 18.0
HCT ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ	33.6 %	37.0 - 51.0
MCV ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ RBC	7.6 fL	80.0 - 97.0
MCHC ΜΕΣΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ HGB	25.0 pg	26.0 - 32.0
RDW ΕΥΡΟΣ ΚΑΤΑΝ. RBC	30.0 g/dL	31.0 - 36.0
	10.5%	11.5 - 14.5

ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	ΤΙΜΕΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ
PLT ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	295 k/uL	140 - 440
PCT ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ	0.16 %	0.15 - 0.35
MPV ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ PLT	5.9 fL	6.0 - 9.0
PDW ΕΥΡΟΣ ΚΑΤΑΝ. PLT	15.7 10 (GSD)	80.0 - 97.0

Προεγχειρητική διάγνωση: έλκος 12/12ου
 Νάρκωση : γενική
 Μετεγχειρητική διάγνωση : το ίδιο
 Μετεγχειρητικές επιπλοκές : πνευμονία από εισρόφηση

Μετεγχειρητική πορεία:

1η μετεγχειρητική πορεία:

Δύσπνοια, ύπαρξη μετεωρισμού κοιλίας, αλλαγή τραύματος

2η μετεγχειρητική πορεία:

Το παιδί εμφάνισε πυρετό, δύσπνοια, βήχα.

Το παιδί δεν ούρησε, ανήσυχο

Κατά την ιατρική εξέταση διαπιστώθηκε πνευμονία από εισρόφηση και επίσχεση ούρων.

Μετά την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων το παιδί άρχισε να αισθάνεται καλύτερα, τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά. Η αναπνοή του επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα και σε λίγες μέρες η πνευμονία εξαλείφθηκε με τη χορήγηση αντιβίωσης. Όσο για την επίσχεση ούρων, μετά από τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, το παιδί ούρησε δίχως να χρειαστεί καθετηριασμό κύστεως. Ο πυρετός άρχισε να υποχωρεί με την χορήγηση αντιπυρετικών.

ΑΙΟΛΟΓΗΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Την πρώτη ημέρα το παιδί παρουσίασε πυρετό (40 °C)	Εύθμιση θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη τρίψης θερμομέτρησης. • Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. • Περιορισμός της δραστηριότητας του παιδιού. • Ενίσχυση της λήψης υγρών. • Χορήγηση εύπεπτης τροφής. • Αποφυγή της υπεραιμίας του δέρματος. • Μέιωση της θερμοκρασίας της ατμόσφαιρας. • Χορήγηση αντιπυρετικών. • Προβύλαξη του παιδιού από ψύξη. • Συχνή πλύση της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό. • Χορήγηση αντιπυρετικού • Ελεγχος του σφυγμού • Παρακολούθηση της ποσότητας και 	<ul style="list-style-type: none"> • Εγινε λήψη της θερμοκρασίας ανά τρίωρο. • Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα για την αποβολή της θερμότητας. • Το παιδί παρέμεινε στο κρεβάτι. • Δόθηκαν άφθονα υγρά για την διάλυση των τοξινών και την αποβολή τους από το σώμα. • Χορηγήθηκε εύπεπτη τροφή στο παιδί καθώς και άφθονα ψρούτα. • Εγινε εντριβή του παιδιού. • Αποψεύχθηκε η υψηλή θερμοκρασία του δωματίου. • Εγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας και των χειλέων με ποit-cotton βουτηγμένο σε αντισηπτική διάλυση, ειδική για την στοματική κοιλότητα. 	Με τη συστηματική εφαρμογή των μέτρων αυτών και μετά την πάροδο 2 ημερών η θερμοκρασία επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Την 2η ημέρα παρουσίασε δύσπνοια</p>	<p>Διευκόλυνση της αναπνοής. Ενημέρωση του γιατρού.</p>	<p>πυκνότητας των ούρων. <ul style="list-style-type: none"> • Λουτρό καθαριότητας. • Καταγραφή της θερμοκρασίας. <ul style="list-style-type: none"> • Κατάλληλη θέση. • Διατήρηση ανάπαυσης και δραστηριότητας. • Μείωση προσπάθειας αναπνοής. • Διατήρηση θρέψης και υδάτωσης. • Διατήρηση απέκκρισης. </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε σιρόπι depon 5 cc. • Ελέγχθηκε ο σφυγμός (110/α' λεπτό) • Μετρήθηκε η ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων (1200 κ.εκ./24ωρο). • Εγινε λουτρό καθαριότητας. • Εγινε αυστηρή καταγραφή της θερμοκρασίας στο θερμομετρικό διάγραμμα. • Το παιδί τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. • Παρέμεινε στο κρεβάτι και του δόθηκε η βοήθεια για την εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων. Πάρθηκαν όλα τα μέτρα για εξασφάλιση καλού ύπνου. 	<p>Μετά από λίγο το παιδί ένοιωσε καλύτερα κι έτσι δεν χρειάστηκε να ληφθούν κι άλλα μέτρα αντιμετώπισης της δύσπνοιας. (Χορήγηση O₂)</p>

ΑΕΙΟΛΟΓΗΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΕΙΟΛΟΓΗΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της συχνότητας του σφυγμού, αναπνοής και του χρώματος του δέρματος. • Συναισθηματική τόνωση • Εγινε λήψη των ζωτικών σημείων και έλεγχος του χαρακτήρα της αναπνοής, και του χρώματος του δέρματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξαψαλίστηκε επαρκής αερισμός του δωματίου. Αποψεύχθηκαν τα μεγάλα γεύματα και οι τροφές που σχηματίζουν αέρια (γιατί πιέζουν το διάφραγμα και εμποδίζουν την αναπνοή). Το παιδί απαλλάχθηκε από περιττά ρούχα και κλινοσκεπάσματα. • Το παιδί ενθαρρύνθηκε να διαλέξει φαγητά, που είναι εύκολα στη μάσηση. • Τα γεύματα που του δόθηκαν ήταν μικρά, συχνά και ελκυστικά παρασκευασμένα. • Εξουδετερώθηκε κάθε κακοσμία από το περιβάλλον του παιδιού. • Εγινε φροντίδα στόματος κάθε 2 ώρες. Τα χείλη επαλείφθηκαν με γλυκερίνη και λεμόνι για αποφυγή ξηρότητας. 		

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<ul style="list-style-type: none"> • Εγινε εκτίμηση της ενυδάτωσης του παιδιού και του δόθηκαν πολλά υγρά. • Εγινε εκτίμηση της κατάστασης των βλεννογόνων. • Πάρθηκε το βάρος του παιδιού σε καθημερινή βάση. • Χορηγήθηκαν τροφές με υπακτική ενέργεια. • Ενθαρρύνθηκε για ψυικές ασκήσεις μέσα στα επιτραπέζια όρια. • Δόθηκαν άψθονα υγρά για διέγερση της πρόστασης. • Διδάχθηκε η διατήρηση καθιστής θέσης κατά την αψόδευση. • Βοηθήσαμε συναισθηματικά το παιδί ώστε να αποβάλλει το άγχος και τον εκνευρισμό του. 	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Είχε καταβολή και αδυναμία (λόγω ανορεξίας)</p> <p>Την 3η ημέρα το παιδί κυριεύτηκε από δυνατό βήχα.</p>	<p>Διατήρηση της θρέψης Ενημέρωση του γιατρού</p> <p>Διευκόλυνση της απόχρεμψης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Διδασκαλία του παιδιού. • Συνεννόηση με το γιατρό για χορήγηση κατάλληλης αγωγής. • Παροχή φροντισμένης τροφής. <ul style="list-style-type: none"> • Πρόκληση παραγωγικού βήχα. • Ενημέρωση γιατρού • Συλλογή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης πτυέλων. • Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζητήσαμε με το παιδί για το πρόβλημά του και τονίσαμε ότι η σίτισή του θα είναι βασικός παράγοντας στην καλή πορεία της υγείας του. • Μετά από συνεννόηση με το γιατρό τοποθετήθηκε στο παιδί σρός με πολυβιταμίνες • Εγινε προσπάθεια για χορήγηση τροφής σε ικανοποιητική ποικιλία. Ο δίσκος που προσφέρθηκε στο παιδί ήταν προσεκτικά περιποιημένος. • Μετά από εντολή γιατρού δόθηκε στο παιδί αποχρεπτικό σιρόπι. • Εγινε εκτίμηση της απόχρεμψης και σημειώθηκε: η όψη και η σύσταση η ποσότητα και η οσμή. 	<p>Μετά την ενδοφλέβια λήψη πολυβιταμινών το παιδί τονώθηκε και τις επόμενες μέρες άρχισε να τρώει κανονικά.</p> <p>Το παιδί κατάφερε να βγάλει αρκετές εκκρίσεις και να νοιώσει πολύ καλύτερα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<p>Διδασκαλία του παιδιού. Εκτέλεση ψυχοθεραπείας. Προαγωγή ανάπαυσης. Φροντίδα της στοματικής κοιλοτητας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εγινε λήψη των ζωτικών σημείων. • Εγινε διδασκαλία του παιδιού να βήχει και να αναπνέει βαθιά σε συχνά χρονικά διαστήματα, και να ακινητοποιεί το θώρακα για να μην πονά. • Βοηθήθηκε το παιδί να αποβάλει τις εκκρίσεις με την βοήθεια της ψυχοθεραπείας. • Εγινε συχνή αλλαγή θέσης του παιδιού και του δόθηκε βοήθεια στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων. • Εγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα HEXALEN, και επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη. 	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σ' αυτή την πτυχιακή εργασία έγινε μια προσπάθεια περιγραφής ανάλυσης και νοσηλευτικής αντιμετώπισης των μετεγχειρητικών επιπλοκών του πεπτικού συστήματος στην παιδική ηλικία. Η συμβολή της νοσηλεύτριας όχι μόνο βοηθάει στην αντιμετώπιση αυτών καθ' αυτών των επιπλοκών, αλλά κυρίως προλαμβάνει - είτε παίρνοντας μέτρα πρόληψης και θεραπείας - και υποστηρίζει ψυχολογικά το παιδί καθ' όλη την διάρκειά του στο Νοσοκομείο.

Το παιδί σαν ασθενής, είναι περισσότερο περίπλοκο απ' ότι ένας ενήλικας. Δεν μπορεί να αντιληφθεί την αναγκαιότητα της χειρουργικής επέμβασης, δεν καταλαβαίνει γιατί βρίσκεται στο Νοσοκομείο. Το στενοχωρεί που δεν βρίσκεται στο σπίτι του, στο δωμάτιό του, στα παιχνίδια του, στους φίλους του, στο σχολείο του.

Η νοσηλεύτρια λοιπόν, πρέπει να γίνει φίλη με το παιδί, να το βοηθήσει να νοιώσει - μέσα στον πρωτόγνωρο γι' αυτό χώρο τη μέγιστη δυνατή ασφάλεια. Αυτό θα το κατορθώσει δημιουργώντας όλες εκείνες τις προϋποθέσεις ώστε να μειθούν και να αντιμετωπιστούν εγκαίρως όλα τα προβλήματα, που έχουν να κάνουν με την σωματική και ψυχική του υγεία.

Θέλω να πιστεύω πως σ' αυτήν την εργασία έγινε με τρόπο κατανοητό μια γνωριμία με τις μετεγχειρητικές επιπλοκές του χειρουργημένου παιδιού. Είναι φυσικά αναπόφευκτο κατά την σύνταξη αυτής της εργασίας να μην υπάρχουν ελλείψεις ή και περιττά στοιχεία. Παρακαλώ συγχωρήστε τυχόν ατέλειές μου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ Κ.Ν. - ΜΠΕΝΑΡΔΗΣ Ν. "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ" Αθήναι: Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1970.
- ΒΑΣΩΝΗ Δ. "ΕΠΙΤΟΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ" Έκδοση 3η, Αθήνα 1983.
- GUYTON A.M.D. "ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ", 3η Έκδοση, Μετάφραση: Α. Ευαγγέλου ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, Αθήνα 1984.
- ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ Α. "ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΑΣ", Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις Δέσποινα Μαυρομάτη, Αθήνα 1988.
- ΚΟΥΒΕΛΑΣ ΗΛ. ΔΗΜ. "ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ", "ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ" Τόμος 2ος, ΙΔΡΥΜΑ ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ, Αθήνα 1989.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ" Τόμος Β, Μέρος Ιο, Έκδοση "Η ΤΑΒΙΘΑ", Σ.Α., Αθήνα 1988.
- ΝΙΚΗΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΑΡΑΤΟΥ Γ. "ΒΑΣΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος Αθήνα 1984.
- ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Β.Α. "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΩΝ ΚΑΙ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ", Εκδοτικός Οίκος Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη - Αθήνα 1976.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙ-
ΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ", Νοσηλευτικές διαδικα-
σίες, Τόμος 2ος, Μέρος Β, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
1985.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙ-
ΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ", Νοσηλευτικές διαδικα-
σίες, Τόμος 1ος, Μέρος Β, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
1985.

FRICK G., H. LEONHARDT, "ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΙΙ", Μετάφρα-
ση Νικ. Δ. Νιφόρος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ.
Παρισιάνος, Αθήνα 1985.

