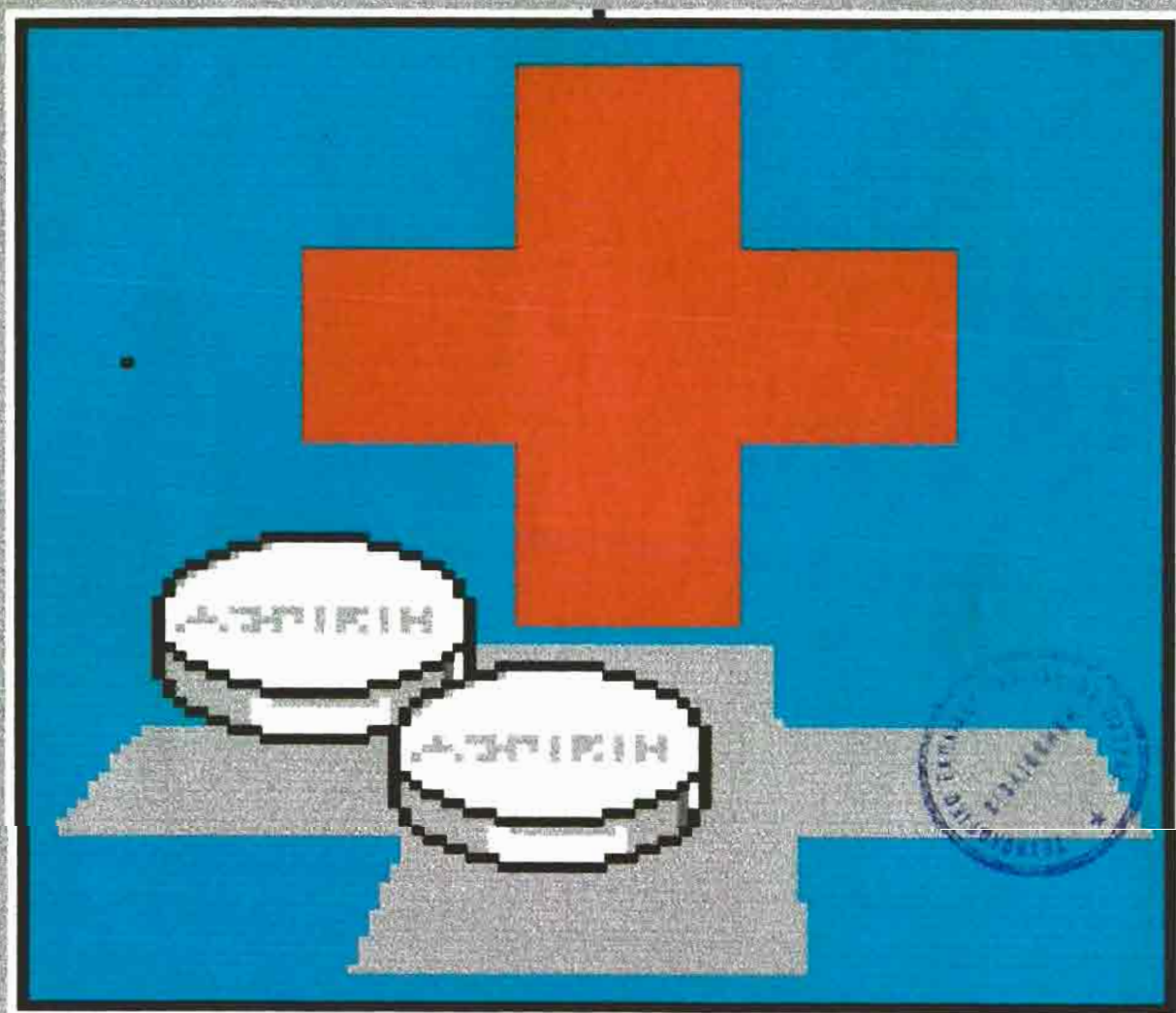


Τ.Ε.Ι ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΤΡΑΣ

**ΑΜΕΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ
ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΚΑΡΔΙΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ SHOCK**



**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΦΙΛΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3003



Με πολύ σεβασμό στους γονείς μου
και σε όσους βοήθησαν στην ολοκλήρωση
της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος	2
Εισαγωγή	3

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία	5
1.2 Τύποι τραύματος	6
1.3 Είδη κοιλιακών τραυμάτων	6
1.4 Περιοχές κοιλίας	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

2.1 Στοιχεία αγγείωσης	12
2.2 Κακώσεις Διαφράγματος	18
2.3 Κακώσεις Ήπατος	18
2.4 Κακώσεις Εξωηπατικών χοληφόρων	20
2.5 Κακώσεις Σπλήνα	21
2.6 Κακώσεις Στόμαχου	23
2.7 Κακώσεις Δωδεκαδάκτυλου	24
2.8 Κακώσεις Παγκρέατος	26
2.9 Κακώσεις Λεπτού Εντέρου	27
2.10 Κακώσεις Παχέως Εντέρου	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΙΔΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ -SHOCK

3.1 Ορισμός αιμορραγιών	30
3.2 Κατηγορίες αιμορραγιών	30
3.3 Ορισμός shock	32
3.4 Οξεοβασική ισορροπία	32
3.5 Στοιχεία φυσιολογίας του κυκλοφορικού	33
3.6 Αιτιολογία του shock	34
3.7 Ορισμός ολιγαιμικού shock	35
3.8 Παθολογική φυσιολογία	35
3.9 Κλινική εικόνα ολιγαιμικού shock	36
3.10 Βασικές αρχές αντιμετώπισης του shock	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ SHOCK

4.1 Νοσηλευτική αντιμετώπιση αιμορραγίας	39
4.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση καταπληξίας	42

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΡΑΥΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ

5.1 Νοσηλευτική διεργασία	46
• Κλινική περίπτωση I	47
• Κλινική περίπτωση II	59
Επίλογος	68
Βιβλιογραφία	69

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προσπάθεια αντιμετώπισης των κακώσεων γενικά και των κακώσεων της κοιλίας ειδικότερα , άρχισε με την εμφάνιση του ανθρώπου στην Γη, τις τελευταίες όμως δεκαετίες με την αύξηση της βίας στις αστικές περιοχές καθώς και με την αλματώδη αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων ,οι κακώσεις έχουν εξελιχθεί σε μείζον κοινωνικό και ιατρικό πρόβλημα.

Χαρακτηριστικό είναι το ότι κατά τη διάρκεια του Β' παγκόσμιου πολέμου οι θάνατοι των Αμερικανών στο πεδίο της μάχης ήταν 229000 χιλιάδες ενώ την ίδια περίοδο οι θάνατοι πολιτών από ατυχήματα ήταν 450.000 χιλιάδες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική είναι προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας .Είναι επιστήμη και τέχνη, θεωρία και πράξη.

Η εργασία αυτή με θέμα «Αντιμετώπιση του κοιλιακού τραύματος και την πρόληψη του καρδιοκυκλοφορικού shock», αναφέρεται προς όλους εκείνους που συνειδητά αποφάσισαν να ασχοληθούν με το έργο της ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ. Έργο που καλλιεργεί τη ψυχή ,μορφώνει τη διάνοια και προάγει την ολοκλήρωση και αρτίωση της προσωπικότητας .

Στόχος του πονήματος αυτού, είναι να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο γνώσεων. Σκοπός ήταν η συγκεκριμένη εργασία να περιλαμβάνει στοιχεία και γνώσεις τα οποία θα συμβάλουν στην όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη κατάρτιση γύρω από το θέμα.

Εύχομαι η εργασία αυτή να αποτελέσει ένα μικρό φάρο γνώσεων και για άλλους νοσηλευτές .Κυρίως επειδή σήμερα με την αύξηση της βίας και την αλματώδη αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων οι κακώσεις έχουν εξελιχθεί σε μείζον κοινωνικό και ιατρικό πρόβλημα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι στατιστικές εκτιμήσεις είναι τραγικές ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις νεαρότερες ηλικίες. Οι θάνατοι ατόμων ηλικίας μέχρι 25 ετών στις Η.Π.Α. έχουν αυξηθεί από το 1960 έως το 1978 κατά 13%.

Το αποτέλεσμα αυτής της μεγάλης αύξησης των κακώσεων έχει μεγάλο οικονομικό και κοινωνικό κόστος το οποίο υπολογίζεται για της Η.Π.Α. στο ποσό των 75.000.000 δολαρίων ημερησίως .

Εκτιμάται ότι οι περισσότεροι από το 50% των θανάτων αυτών θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί και αυτό αποτελεί το τραγικότερο στατιστικό στοιχείο.

Στη Β. Ευρώπη οι θάνατοι των αντιστοίχων ηλικιών υπολογίζεται ότι ανέρχονται στο 50% των Αμερικανών , χωρίς αυτό να αμβλύνει το πρόβλημα.

1.2 ΤΥΠΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Τραύμα είναι η λύση της συνέχειας του δέρματος , η οποία μπορεί να συνυπάρχει και με λύση της συνέχειας μυών ή άλλων οργάνων .

Υπάρχουν πολλές μορφές τραυμάτων όπως:

1. Τραύματα «δια τέμνοντος οργάνου».
2. Τραύματα «δια θλάσεως».
3. Τραύματα «δια νύξεως» .

Η επούλωση ενός τραύματος είναι προοδευτική πορεία , της οποίας βασικός παράγοντας είναι η φυσιολογική κατάσταση του οργανισμού.

1.3 ΕΙΔΗ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Ο διαχωρισμός των τραυμάτων της κοιλίας, μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους ανάλογα με τη βαρύτητα, την αιτιολογία, τον αριθμό των προσβληθέντων οργάνων, την ύπαρξη ή όχι αιμορραγίας κ.τ.λ.

Οι Anderson και Ballinger, προτείνουν το διαχωρισμό σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- A. ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ
- B. ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ	ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ	ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ
ΑΠΟ ΑΜΒΛΕΑ ΟΡΓΑΝΑ	ΑΠΟ ΑΙΧΜΗΡΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	
ΕΚ ΣΥΝΘΛΙΨΕΩΣ	ΑΠΟ ΠΥΡΟΒΟΛΑ ΟΠΛΑ	
ΕΚ ΕΚΡΗΞΕΩΣ		
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΖΩΝΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ		
ΕΚ ΚΑΤΑΠΟΣΕΩΣ		

A. ΚΛΕΙΣΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ

Τραύματα από αμβλέα όργανα

Η συχνότητα των κακώσεων από αμβλέα όργανα αυξάνει με ταχύτατο ρυθμό κυρίως λόγω της αύξησης των τροχαίων ατυχημάτων τα οποία είναι υπεύθυνα για το 50% των κακώσεων αυτού του είδους.

Οι δυνάμεις που ασκούνται στο ανθρώπινο σώμα κατά τη διάρκεια των τροχαίων ατυχημάτων είναι τεράστιες. Μάλιστα η άσκηση δυνάμεων της τάξης αυτής στην κοιλιακή χώρα προκαλεί κακώσεις σε ένα ή περισσότερα ενδοκοιλιακά όργανα σε συνδυασμό με κακώσεις και άλλων συστημάτων.

Το 50% των ασθενών αυτών φέρουν κακώσεις και σε κάποιο άλλο σύστημα, ενώ το 40% τουλάχιστον σε δύο.

Τραύματα από εκρήξεις

Τον 18^ο αιώνα ο Pierre Jars περιέγραψε πρώτος τον μηχανισμό των κακώσεων από εκρήξεις, λέγοντας ότι οφείλονται στη μεγάλη και απότομη διαστολή του αέρα.

Οι κακώσεις που προκαλούνται από τα κύματα πίεσεως καλούνται **πρωτοπαθείς** και οφείλονται στην εκτόνωση του κύματος επί των διαφόρων ιστών. Τα αεροθριβή όργανα είναι αυτά που υφίστανται τις μεγαλύτερες συνέπειες της πίεσης.

Τα θύματα των εκρήξεων υφίστανται και κακώσεις από θραύσματα (δευτεροπαθείς κακώσεις) καθώς και από πρόσκρουση του σώματος επί σταθερών αντικειμένων (τριτοπαθείς).

Τραύματα από σύνθλιψη

Κατά τις κακώσεις αυτές έχουμε διάχυτες και παρατεταμένες δυνάμεις να ασκούνται επί των κοιλιακών σπλάχνων. Οι κακώσεις αυτές είναι αντίστοιχες των κακώσεων από αμβλέα όργανα.

Σύνδρομο ζώνης ασφαλείας

Το σύνδρομο αυτό περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1956. Εξωτερικά το 30% των ασθενών φέρουν ζωστηροειδώς στο υπογάστριο μώλωπες και εκχυμώσεις. Οι κακώσεις αυτές οφείλονται στην αιφνίδια αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης του εντέρου σε συνδυασμό με περιστροφικές και δίκηνη ψάλιδος δυνάμεις. Κακώσεις υφίστανται κυρίως το έντερο και το μεσεντέριο αν και πρακτικά μπορεί να τραυματιστούν όλα τα ενδοκοιλιακά όργανα.

Τραύματα από κατάποση

Κακώσεις δεν προκαλούνται μόνο από δυνάμεις που ασκούνται επί των κοιλιακών τοιχωμάτων, αλλά και από κατάποση καυστικών ουσιών ή άλλων αντικειμένων.

Οι κακώσεις από κατάποση καυστικών ουσιών χωρίζονται σε:

- α. κακώσεις από κατάποση αλκάλων
- β. από κατάποση οξέων

Οι αλκαλικές ουσίες προκαλούν βλάβες στον οισοφάγο, ενώ οι βλάβες στο στόμαχο περιορίζονται στο 20% λόγω της εξουδετέρωσής τους από το γαστρικό υγρό.

Από την κατάποση άλλων αντικειμένων μόνο το 1% απαιτεί χειρουργική επέμβαση, ενώ για τα υπόλοιπα ο ακτινολογικός έλεγχος της πορείας τους είναι ικανοποιητικός.

B. ΑΝΟΙΧΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ

Οι ανοιχτές κακώσεις της κοιλίας οφείλονται στην πλειονότητάς τους στην αύξηση της βίας που παρατηρείται στις αστικές περιοχές.

Ανοιχτές κακώσεις του θώρακα, της ράχης ή της κοιλίας μπορούν να προκαλέσουν κακώσεις ενδοκοιλιακών οργάνων και πρέπει να θεωρούνται και να αντιμετωπίζονται και σαν κακώ-

σεις της κοιλίας μέχρις ότου αποδειχθεί το αντίθετο.

Η εκτίμηση ασθενών με ανοιχτές κακώσεις θεωρείται ευκολότερη αυτών με κλειστές κακώσεις, ενώ η άμεση θνητότητα εξαρτάται από τις κακώσεις μεγάλων αγγειακών στελεχών και οφείλεται κυρίως στη μεγάλη ενδοκοιλιακή αιμορραγία.

Τραύματα από αιχμηρά αντικείμενα

Οι κακώσεις από αιχμηρά αντικείμενα οφείλονται κυρίως σε μαχαίρια. Σε ποσοστό 80% τα τραύματα αυτά είναι μονήρη και η βαρύτητά τους είναι συνάρτηση του μεγέθους, του μήκους και του σχήματος του οργάνου που τα προκάλεσε.

Τραύματα από πυροβόλα όπλα

Οι κακώσεις που προκαλούνται από πυροβόλα όπλα δημιουργούν παροδικά μία μεγάλη κοιλότητα, η οποία και καθορίζει την έκταση των βλαβών. Στη συνέχεια οι ιστοί συμπιέτουν και παραμένει μία σχετικά μικρή οπή η οποία είναι δυνατόν να οδηγήσει στην μη σωστή εκτίμηση της έκτασης των κακώσεων.

Ιατρογενή τραύματα

Οι ιατρογενείς κακώσεις περιλαμβάνονται σε μία ομάδα λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών κάτω από τις οποίες προκαλούνται.

Σ' ένα βαθμό οι κακώσεις αυτές είναι αναπόφευκτες, η γνώση όμως της σωστής τεχνικής καθώς και των επιπλοκών της κάθε ιατρικής πράξης είναι απαραίτητες, ώστε αφ' ενός να ελαττωθούν αφ' ετέρου να αντιμετωπιστούν σωστά όταν προκληθούν.

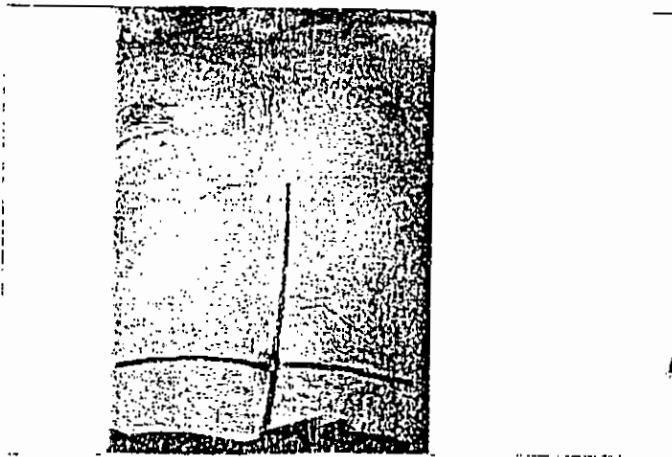
1.4 ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Η κοιλία έχει τρεις ξεχωριστές περιοχές οι οποίες είναι:

1. Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ
2. Ο ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΣ ΧΩΡΟΣ
3. Η ΜΙΚΡΑ ΠΥΕΛΟΣ

Η άνω κοιλία είναι εκείνο το μέρος της περιτοναϊκής κοιλότητας που σκεπάζεται από τον οστέινο θώρακα και περιλαμβάνει το διάφραγμα, το ήπαρ, τον σπλήνα, το στομάχι και το εγκάρσιο κόλον. Το διάφραγμα μπορεί να ανυψώνεται μέχρι το τέταρτο μεσοπλεύριο κατά την πλήρη εκπνοή, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τα σπλάχνα μετά από τραύματα στον κατώτερο θώρακα, ιδιαίτερα μετά από διατιτραίνοντα τραύματα. Κατάγματα των κατωτέρων πλευρών πρέπει να εγείρουν υποψία για ηπατοσπληνική κάκωση.

Η κάτω κοιλία περιέχει το λεπτό έντερο και το υπόλοιπο μέρος από τον ενδο-περιτοναϊκό κόλον.



Ο οπισθοπεριτοναϊκός χώρος περιέχει την αορτή, την κάτω κοίλη φλέβα, το πάγκρεας, τα νεφρά, τους ουρητήρες και τμήματα από το κόλον και το δωδεκαδάκτυλο. Κακώσεις στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο αναγνωρίζονται δύσκολα γιατί η περιοχή αυτή παραμένει από την κλινική εξέταση και την περιτοναϊκή πλύση.

Η μικρά πύελος περιέχει το ορθόν, τη κύστη, τα λαγόνια αγγεία και στις γυναίκες τα έσω γεννητικά όργανα. Η έγκαιρη διάγνωση κάκωσης στα όργανα αυτά είναι επίσης δύσκολη λόγω της ανατομική τους θέση.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

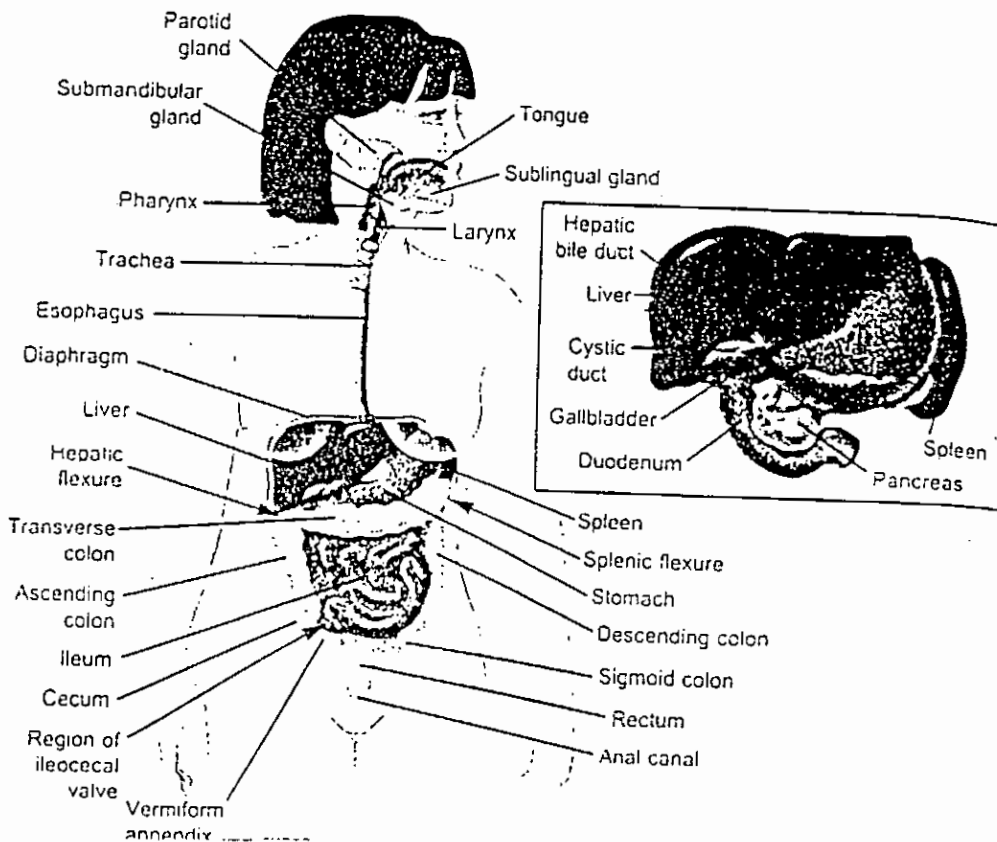
ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

2.1 Στοιχεία αγγείωσης

Διάφραγμα

Το μυοτενοντώδες διάφραγμα χωρίζει πλήρως την κοιλία από το θώρακα. Κατά την εισπνοή το διάφραγμα συσπάται στο σύνολό του και έτσι διευρύνεται η θωρακική κοιλότητα, ενώ τα σπλάχνα απωθούνται προς την κοιλιά. Κατά αυτό τον τρόπο οι πνεύμονες εκπτύσσονται και διευκολύνεται η ροή του αίματος στη δεξιά κοιλία.

Η αγγείωση του διαφράγματος γίνεται με τις έσω μαστικές αρτηρίες, με τις κατώτερες διαφραγματικές από την αορτή και με κλάδους των μεσοπλεύριων αγγείων.



Ήπαρ

Το ήπαρ αποτελεί το κεντρικό εργοστάσιο του οργανισμού και η παντελής έλλειψη αυτού είναι ασυμβίβαστη με τη ζωή.

Σύμφωνα με το Γαληνό, θεωρείται ο ηθμός, ο οποίος απαλλάσσει τον οργανισμό μέσω της πυλαίας φλέβας από ανώφελες και επιβλαβείς ουσίες και τροποποιεί ετερογενείς ουσίες σ' άλλες, οι οποίες χρησιμοποιούνται απ' τον οργανισμό.

Κατά Bockus οι ηπατικές λειτουργίες είναι: απεκκριτική, μεταβολική, αντιτοξική, αιμοποιητική, αιμοπηκτική και θερμαντική.

Τα αγγεία του ήπατος διακρίνονται στα προσαγωγά που αποτελούνται από την ηπατική αρτηρία και την πυλαία φλέβα και στα απαγωγά που αποτελούνται από τις ηπατικές φλέβες και από τα λεμφαγγεία.

Οι ηπατικές φλέβες σχηματίζουν 3 κύρια στελέχη: τη δεξιά, τη μέση και την αριστερή ηπατική φλέβα.

Εξωηπατικά Χοληφόρα

Η εκφορητική οδός του ήπατος, μέσω της οποίας διοχετεύεται η χολή από τις πύλες αυτού μέχρι του εντέρου αποτελείται:

i) Κοινό ηπατικό πόρο.

Ο δεξιός ηπατικός πόρος μαζί με τον αριστερό ηπατικό συμβάλλουν εξωηπατικώς στη δημιουργία του κοινού ηπατικού πόρου.

Ο κοινός ηπατικός πόρος πορεύεται εντός του γαστροηπατικού συνδέσμου, μπροστά από το δεξιό κλάδο της ηπατικής αρτηρίας και της πυλαίας φλέβας.

ii) Χοληδόχο κύστη με τον κυστικό πόρο.

Καταλαμβάνει το κυστικό βόθρο της κάτω επιφάνειας του ήπατος μεταξύ του δεξιού και του τετράπλευρου λοβού αυτού. Το σώμα της κύστεως καταλήγει στον κυστικό πόρο από τον οποίο χωρίζεται με τον αυχένα αυτής.

Η αιμάτωσή τους γίνεται με την κυστική αρτηρία η οποία είναι απλή και σε αναλογία 8% διπλή. Εκφύεται από τον δεξιό κλάδο της ηπατικής αρτηρίας. Ανάλογα η κυστική φλέβα, ξεκινώντας από το υποβλεννογόνιο δίκτυο της κύστεως, εκβάλλει στη δεξιά πυλαία φλέβα.

Σπλήνας

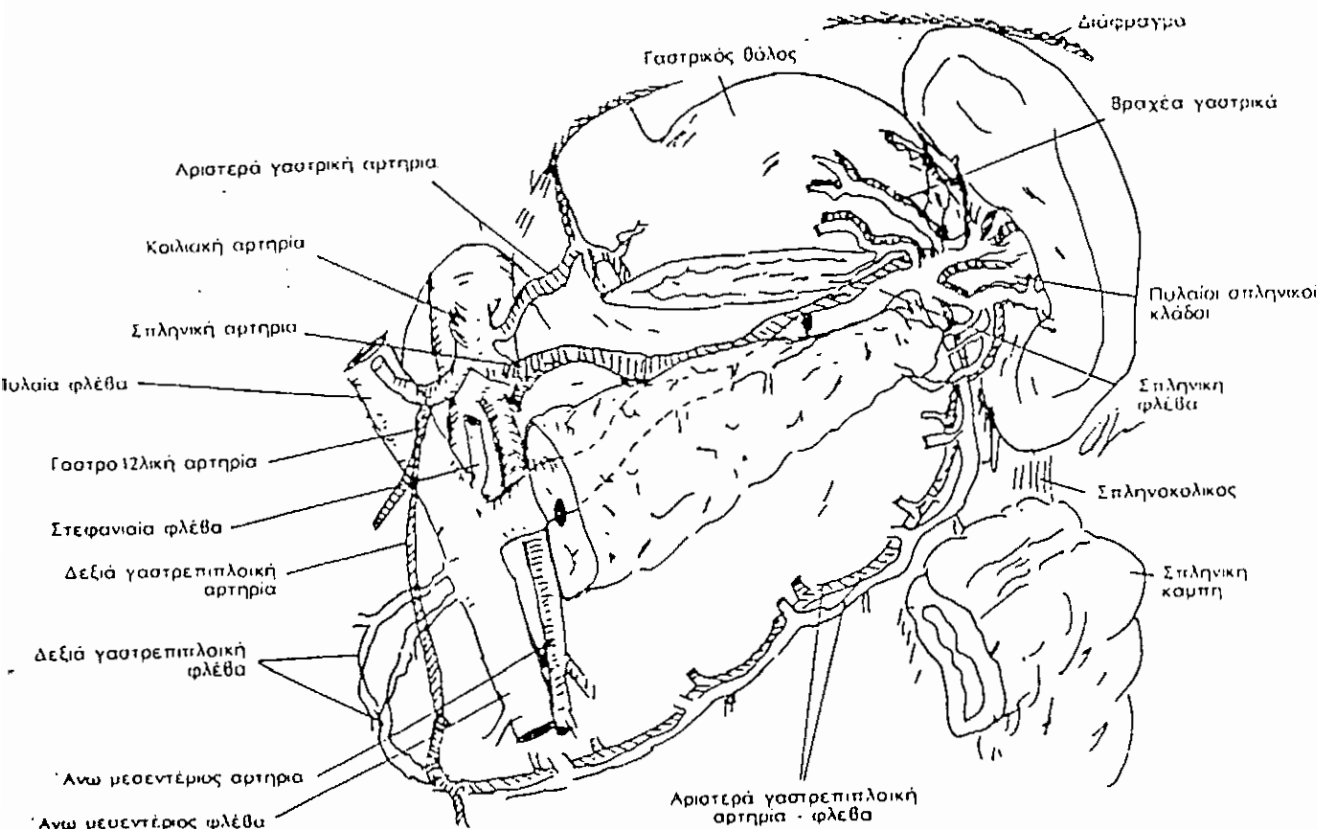
Ο σπλήνας εκτελεί πολλές και σημαντικές λειτουργίες. Κυριότερες θεωρούνται το φιλτράρισμα του αίματος και η ανοσολογική του λειτουργία.

Με μηχανισμό που δεν είναι πλήρως γνωστός, ο σπλην κατακρατεί και αφαιρεί τα γερασμένα και παθολογικά στοιχεία του αίματος.

Επίσης ο σπλην αποτελεί την κύρια θέση οψωνινών· σε συνδυασμό με τη χαμηλή ενδοσπληνική ροή ο σπλην έχει τη δυνατότητα να καταστρέφει τα παθογόνα στοιχεία που δεν έχουν οψωνινοποιηθεί πλήρως (π.χ. μικρόβια).

Ο σπλήνας αιματώνεται κυρίως από τη σπληνική αρτηρία, η οποία είναι κλάδος του κοιλιακού τρίποδα και φέρεται στο άνω χείλος του παγκρέατος.

Η σπληνική φλέβα σχηματίζεται στη σπληνική πύλη και κάτω από την ουρά του παγκρέατος. Οδεύει πίσω από το πάγκρεας και ενώνεται με την άνω μεσευτέρια φλέβα σχηματίζοντας την πυλαία.



Στόμαχος

Ο στομάχος είναι ένα μώδες κοίλο σπλάγχο, το κυριότερο όργανο της πέψης. Είναι η αποθήκη που μέσα της οι καταπινόμενες τροφές διασπώνται χημικά, με την επίδραση του γαστρικού υγρού και αποκτούν όλες τις απαραίτητες ιδιότητες, για τις παραπέρα φάσεις της πέψης στο λεπτό έντερο.

Η αρτηριακή αιμάτωση του στομάχου είναι πλουσιότατη· προέρχεται κυρίως από τέσσερα αρτηριακά στελέχη. Ξεκινούν όλα από την κοιλιακή αρτηρία και είναι:

- α) Δεξιά - αριστερή γαστρική αρτηρία.
- β) Δεξιά - αριστερή γαστρεπιπλοϊκή αρτηρία.
- γ) Βραχείες γαστρικές αρτηρίες.
- δ) Οπίσθια γαστρική αρτηρία, που εντοπίζεται στο 40-60% των ατόμων.

Η φλεβική αποχέτευση του στομάχου γίνεται και προς την πυλαία και προς τη συστηματική κυκλοφορία.

Δωδεκαδάκτυλος

Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί από φυσιολογική απόψεως την «υπόφυση» του πεπτικού σωλήνα. Ρυθμίζει πολλαπλώς την έκκριση και την κινητικότητα των πεπτικών οργάνων. Το δωδεκαδάκτυλο είναι η έδρα εκλύσεως αντανακλαστικών ερεθισμών και ορμονικής εκκρίσεως, τα οποία επηρεάζουν και τροποποιούν τη λειτουργία των εντέρων, στομάχου, ήπατος, παγκρέατος.

Στην περιοχή του δωδεκαδάκτυλου γίνεται η συμβολή λεμφικών και αγγειακών συστημάτων. Η αιμάτωση του δωδεκαδάκτυλου γίνεται με τη γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία, η οποία διαιρείται σε δύο τελικούς κλάδους: α) Τη δεξιά γαστρεπιπλοϊκή β) Την άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική.

Οι φλέβες του δωδεκαδάκτυλου είναι η δεξιά και αριστερή παγκρεατοδωδεκαδακτυλική.

Πάγκρεας

Το πάγκρεας είναι ένας λοβιακός αδένας, ο σημαντικότερος του γαστρεντερικού σωλήνα. Η σύνθεση του παγκρεατικού υγρού εξαρτάται από την προσλαμβανόμενη τροφή. Η παγκρεατική έκκριση ενεργοποιείται αρχικά με νευρικό ερέθισμα, μετά με την πλήρωση του στομάχου και τέλος από ορμόνες που εκκρίνονται από το δωδεκαδάκτυλο.

Η αιμάτωση του παγκρέατος γίνεται με την άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική, η οποία φέρεται ακριβώς στην αγκύλη του δωδεκαδάκτυλου. Χωρίζεται σε 2 κλάδους, οι οποίοι αναστομώνονται με δύο αντίστοιχους κλάδους, την οπίσθια και πρόσθια κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική αρτηρία. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται με κλάδους αντίστοιχους των αρτηριών.

Λεπτό Έντερο

Η πέψη και η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών γίνεται στο λεπτό έντερο. Με την πέψη γίνεται η ενζυμική διάσπαση των τριών κύριων θρεπτικών ουσιών σε απορροφήσιμα συστατικά. Ο βλεννογόμος του λεπτού εντέρου περιέχει διάφορους τύπους επιθηλιακών κυττάρων εξειδικευμένων για διάφορες λειτουργίες, π.χ. για απορρόφηση, για παραγωγή βλέννας, για παραγωγή «ιστικών ορμονών».

Το λεπτό έντερο αρδεύεται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Το αίμα από το λεπτό έντερο εκβάλλει στην άνω μεσεντέρια και τη σπληνική φλέβα.

Παχύ Έντερο

Η κύρια ενέργεια του παχέος εντέρου είναι η επαναρρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών που εισήλθαν στο έντερο με τα πεπτικά υγρά. Στο παχύ έντερο περιέχονται τα άπεπτα υπολείμματα των τροφών που αποσυντίθεται με την επίδραση βακτηριδίων.

Το δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου αιματώνεται από 3 μεγάλους κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας. Οι κλάδοι αυτοί είναι: **I.** Η ειλεοκολική αρτηρία. **II.** Η δεξιά κολική αρτηρία και **III.** Η μέση κολική αρτηρία.

Το σιγμοειδές αιματώνεται από τις σιγμοειδικές και ορθοσιγμοειδικές αρτηρίες. Το ορθό αιματώνεται από την άνω αιμορροϊδική, τις μέσες και κάτω αιμορροϊδικές αρτηρίες.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου και του ορθού είναι εν γένει παράλληλες των αρτηριών και φέρουν τα ίδια ονόματα.

2.2 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Οι κακώσεις του διαφράγματος είναι σχετικά σπάνιες και συνοδεύονται συνήθως από άλλες κακώσεις ενδοκοιλιακών οργάνων, κάτι που μπορεί εύκολα να οδηγήσει στο να μη διαγνωστούν έγκαιρα και να εμφανίσουν κλινικά σημεία αρκετά αργότερα, λόγω της πρόπτωσης κοιλιακών σπλάχνων στη θωρακική κοιλότητα.

Η διάγνωση είναι αρκετές φορές δύσκολη, ιδίως της ρήξης του οπισθίου δεξιού ημιδιαφράγματος και μόνο μετά από προσεκτικό έλεγχο μπορεί να αποκαλυφθεί.

Κλινικά εμφανίζει σημεία όπως: α) δύσπνοια και κυάνωση β) αγγειακό collapsus γ) εσωτερική αιμορραγία δ) τυμπανισμό θώρακα κατά την επίκρουση εξαιτίας της προπτώσεως του στομάχου και των εντέρων ε) ακτινογραφική διαπίστωση μεταθέσεως των σπλάχνων εντός του θώρακα και απωθήσεως του πνεύμονα.

Θεραπεία. Από τη στιγμή που τεθεί η διάγνωση της ρήξεως του διαφράγματος κατά τον τραυματισμό, επείγει η καλή οξυγόνωση του ασθενούς, η χορήγηση αίματος και η αντί-shock αγωγή.

Όταν η διάγνωση δεν τεθεί εγκαίρως, τότε η ρήξη του διαφράγματος αντιμετωπίζεται σαν τραυματική διαφραγματοκλήλη. Σε τέτοιες κήλες η θεραπεία είναι έργο άκρως δυσχερές, εξαιτίας των ισχυρών συμφύσεων των σπλάχνων μεταξύ τους.

2.3 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

Οι κακώσεις του ήπατος είναι συχνές, εξαιτίας του μεγέθους του οργάνου, της σταθεράς του θέσεως και της ευαισθησίας του ηπατικού ιστού.

Οι κακώσεις του ήπατος διακρίνονται σε θλάσεις του ηπατικού ιστού άνευ λύσεως της συνεχείας του δέρματος και σε τραύματα του ήπατος που συνοδεύονται από λύση της συνεχείας του δέρματος.

Παθολογοανατομικά δυνατόν να συμβεί:

1. Ρήξη της κάψας του Glisson και ενδοπεριτοναϊκή έγχυση αίματος και χολής.
2. Αποκόλληση της κάψας και δημιουργία υποκάψιου αιματώματος, το οποίο μπορεί να ραγεί σε β' χρόνο.
3. Συλλογή αίματος και χολής στο κέντρο του παρεγχύματος και δημιουργία ψευδοκύστης.
4. Μεγάλες ρήξεις και τρώσεις του ηπατικού παρεγχύματος.

Η κλινική εικόνα είναι ανάλογη με τη μορφή της βλάβης και κυρίως με το βαθμό της αιμορραγίας που προκαλείται. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι ο πόνος στο δεξιό υποχόνδριο που επιτείνεται κυρίως με τη βαθιά αναπνοή και αντανακλάται στην ωμοπλάτη. Συνοδεύεται πιθανόν από κατάγματα πλευρών - σημεία shock και συνήθως από μικρή λευκοκυττάρωση ($\cong 15.000 / \text{mm}^3$)

Σ' όλους τους αρρώστους με υποψία ηπατικού τραυματισμού θα πρέπει να γίνεται περιτοναϊκή έκπλυση (αν δεν υπάρχει CAT) και επί θετικού αποτελέσματος εγχείρηση. Επί αρνητικού, στενή παρακολούθηση για 8-15 ημέρες τουλάχιστον.

α. Οι μικρές ρήξεις ή τα νύσσοντα τραύματα μπορεί να έχουν σταματήσει να αιμορραγούν τη στιγμή της εγχείρησης. Το μόνο που χρειάζεται τότε είναι η εξωτερική παροχέτευση. Το ηπατικό τραύμα δεν θα πρέπει να συρράπτεται.

β. Τα τραύματα που αιμορραγούν διερευνούνται και οι θέσεις της αιμορραγίας απολινώνονται ή καίγονται με τη διαθερμία. Η τοποθέτηση ραμμάτων ήπατος για τη συμπλησίαση των χειλέων του τραύματος δεν συνιστάται λόγω του κινδύνου δημιουργίας νεκρού χώρου, συλλογής σ' αυτόν χολής και δημιουργίας αποστήματος.

γ. Ο χειρισμός του Pringle (αποκλεισμός της ηπατικής αρτηρίας και της πυλαίας φλέβας στον ηπατο-δωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο) για 10-20 min είναι χρήσιμος για τον προσωρινό έλεγχο της μαζικής αιμορραγίας.

δ. Οι μεγάλες, ακτινωτές ρήξεις θα πρέπει να υποστούν χειρουργικό καθαρισμό, να ελεγχθεί η αιμορραγία και να τοποθετηθούν εξωτερικές παροχετεύσεις.

ε. Τα υποκάψια αιματώματα θα πρέπει να διανοίγονται, να κενώνονται και να διερευνώνται γιατί συχνά υποκρύπτεται εκτεταμένη ρήξη του ηπατικού παρεγχύματος.

στ. Σπάνια θα χρειαστεί λοβεκτομή ή τμηματεκτομή, ιδίως για οπισθοηπατικές κακώσεις.

Πρόγνωση.

Η συνολική θνησιμότητα των ηπατικών κακώσεων είναι 10-20%. Οι περισσότεροι θάνατοι αφορούν θλαστικούς τραυματισμούς. Οι μετεγχειρητικές επιλοκές περιλαμβάνουν:

α. Υποτροπή της αιμορραγίας, οπότε χρειάζεται επανεγχείρηση.

β. Λοίμωξη στο ηπατικό παρέγχυμα ή στους υποδιαφραγματικούς χώρους. Απαιτείται εξωτερική παροχέτευση (20%).

γ. Αιμοχολία, είναι η αιμορραγία μέσα στα χοληφόρα αγγεία.

2.4 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΕΞΩΗΠΑΤΙΚΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

Οι κακώσεις των χοληφόρων είναι σπάνιες και συνήθως οφείλονται σε διαπιτραίνοντα τραύματα του δεξιού υποχονδρίου. Οι ασθενείς με κακώσεις των χοληφόρων φέρουν συνήθως και άλλες κακώσεις.

Πολύ βαριάς πρόγνωσης είναι οι κακώσεις των εξωηπατικών χοληφόρων που συνοδεύονται από κάκωση και ενός από τα μεγάλα αγγεία του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου.

Η χρώση του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου με χολή είναι ισχυρή ένδειξη κακώσεως των εξωηπατικών χοληφόρων.

Σε περιπτώσεις κάκωσης μόνο των χοληφόρων, υπάρχει καθυστέρηση στη διάγνωση κατά δύο εβδομάδες. Στο διάστημα αυτό οι ασθενείς παρουσιάζουν ίκτερο, ασκίτη, αποχρωματισμό των κοπράνων και επιδείνωση της γενικής τους κατάστασης. Η κλινική εικόνα σε συνδυασμό με το ιστορικό της κάκωσης οδηγεί στη διάγνωση, για την επιβεβαίωση της οποίας μπορεί να γίνει σπινθηρογράφημα με ραδιενεργό Tc.

Σε κακώσεις της χοληδόχου κύστεως γίνεται χολοκυστεκτομή, εκτός αν η γενική κατάσταση του αρρώστου δεν το επιτρέπει, οπότε μπορεί να γίνει χολοκυστοστομία ή συρραφή της κύστεως.

Σε μικρές κακώσεις πρωτογενής συρραφή με απορροφήσιμα ράμματα έχει καλά αποτελέσματα. Αν η κάκωση βρίσκεται στο ύψος του ηπατικού πόρου ή αφορά σε παιδιά, τοποθετείται καθετήρας για την αποφυγή δημιουργίας στένωσης.

Σε πλήρεις διατομές τα αποτελέσματα της τελικοτελικής αναστόμωσης δεν είναι ενθαρρυντικά διότι σχεδόν πάντα οδηγεί στη δημιουργία στένωσης.

Οι πιο συνηθισμένες επιλοκές είναι η δημιουργία συριγγίων, τα οποία όμως τις περισσότερες φορές ιώνται αυτόματα, όπως και η δημιουργία μετατραυματικών στενώσεων.

2.5 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΠΛΗΝΟΣ

Ο σπλήνας αποτελεί το πιο εύθρυπτο από τα συμπαγή όργανα της κοιλίας, και κατά συνέπεια είναι το όργανο που υφίσταται συχνότερα κάκωση μετά από θλαστικό τραύμα της κοιλίας.

Ο σπλήνας υφίσταται συχνά κάκωση και μετά από διατιτραίνοντα τραύματα της κοιλίας. Η τραυματική ρήξη του σπλήνα οδηγεί σε μεγάλη αιμορραγία, που απαιτεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

Η μεγάλη συχνότητα των κακώσεων του σπλήνα αποδίδεται: 1) στην πλούσια αιμάτωση 2) στο εύθρυπτο της κάψας και του πολφού και 3) στους πολλαπλούς συνδέσμους με τα γύρω όργανα.

Ανάλογα με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας διακρίνονται τρεις μορφές:

1. Κεραυνοβόλα μορφή, όπου ο σπλήνας ή αποχωρίζεται από τον αγγειακό του μίσχο ή κατεμαχίζεται. Η αιμορραγία είναι ραγδαία και συνήθως ο τραυματίας καταλήγει πριν μεταφερθεί στο νοσοκομείο.

2. Υποξεία μορφή, που είναι η πιο συχνή· μετά από μια αρχική φάση oligόλεπτης λιποθυμίας, ο τραυματίας παρουσιάζει προοδευτική βελτίωση. Στην κλινική εξέταση διαπιστώνεται συνήθως η συνύπαρξη εξωτερικών κακώσεων στο κατώτερο αριστερό ημιθώρακιο ή στο αριστερό πλάγιο της κοιλιάς. Κυριαρχεί ο πόνος, που εντοπίζεται ιδιαίτερα στο αριστερό υποχόνδριο, ενώ παρατηρείται ευαισθησία στην ψηλάφηση σε ολόκληρη την κοιλιά. Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται μετεωρισμός, που αποδίδεται στην προοδευτική εγκατάσταση παραλυτικού ειλεού, από τον ερεθισμό του περιτοναίου από το αίμα. Τέλος, στην κλινική εικόνα κυριαρχούν τα σημεία της ολιγαϊμίας.

3. Επιβραδυνόμενη μορφή: στις περιπτώσεις αυτές η αιμορραγία εκδηλώνεται μερικές ώρες ή ημέρες μετά την κάκωση. Η καθυστέρηση αυτή αποδίδεται: α) στον αρχικό σχηματισμό ενός υποκάψιου αιματώματος, που αργότερα όμως ανοίγει και αιμορραγεί, β) στην προσωρινή κάλυψη της ρήξης από επίπλουν, ή άλλο γειτονικό όργανο και γ) στην προσωρινή επίσχεση της αιμορραγίας από τα πήγματα που καλύπτουν τη ρήξη.

Θεραπεία: Συντηρητική.

Οι ενδείξεις για συντηρητική θεραπεία είναι:

1. Συνεχής αιμοδυναμική σταθερότης.
2. Απουσία ευρημάτων από την κλινική εξέταση.
3. Μετάγγιση μικρότερη των δύο μονάδων.

Θεωρείται απαραίτητη η παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι της πλήρους επουλώσεως της ρήξεως.

Χειρουργική.

Μετά τον καθαρισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας από το αίμα και τα πήγματα, αν υπάρχει ενεργός αιμορραγία πρέπει να ακολουθήσει κινητοποίηση του σπληνός.

Αν η αιμορραγία προέρχεται από την περιοχή των πυλών, πρέπει να απολινωθούν όλα τα βραχεία γαστρικά αγγεία για καλύτερη προσπέλαση της περιοχής.

Η απόφαση για το είδος της επέμβασης συνήθως εξαρτάται από τον βαθμό της κάκωσης του οργάνου.

2.6 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι κακώσεις του στομάχου παρατηρούνται σε αναλογία 10% των κακώσεων του πεπτικού σωλήνα.

Οι κακώσεις του στομάχου διακρίνονται σε:

1. Θλάση, η οποία παρατηρείται συνήθως μετά από βαρύτερες κακώσεις άλλων κοιλιακών σπλάχνων. Σύνηθες εύρημα είναι η εκχύμωση ή αιμάτωμα του γαστρικού τοιχώματος. Εκδηλώνεται με πόνο συνεχή και αμβλύ, ήπια μυϊκή αντίσταση, αίσθημα δυσφορίας, έμετοι μικροί σε ποσότητα. Η θεραπεία είναι συντηρητική.
2. Ρήξη του γαστρικού τοιχώματος, παρατηρείται συχνότερα της απλής θλάσεως και συνυπάρχει με ρήξη άλλων οργάνων. Κλινικά σημεία είναι ο οξύς, διαξιφιστικός επιγαστρικός πόνος, έμετοι με αιματηρό περιεχόμενο. Ακτινολογικά αέρας υποδιαφραγματικά. Η θεραπεία συνίσταται σε απλή συρραφή της ρήξης και έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας.
3. Τα διατιτραίνοντα τραύματα, τα οποία οφείλονται σε βλήματα πυροβόλων όπλων ή σε αιχμηρά αντικείμενα. Η θέση του τραύματος των τοιχωμάτων και το είδος του διατρήσαντος οργάνου καθιστούν πιθανή την τρώση του γαστρικού τοιχώματος. Η αναρρόφηση αίματος από το σωλήνα Einhorn βεβαιώνει τη διάγνωση αμέσως μετά τον τραυματισμό.

4. Η σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, τα φαινόμενα εσωτερικής αιμορραγίας και η ανάπτυξη περιτονίτιδας επίσης είναι στοιχεία της διαγνώσεως διατρήσεως του στομάχου.

Θεραπεία.

Σε κάθε περίπτωση τρώσεως των κοιλιακών τοιχωμάτων ή του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος, όπως επίσης και σε βαριές κακώσεις της κοιλιάς, επιβάλλεται η ερευνητική λαπαροτομία.

Εάν διαπιστωθεί τραυματισμός του προσθίου γαστρικού τοιχώματος, είναι σπάνιο να μη συνυπάρχει τραυματισμός του οπίσθιου τοιχώματος, οπότε δεν είναι δύσκολη η ανεύρεση αυτού. Μέσω της οπής του στομάχου αφαιρούνται υγρά και αίμα με αναρροφητήρα και ενεργείται ραφή του γαστρικού τοιχώματος σε τρία στρώματα. Η κοιλιά διασωληνώνεται ελαφρώς εάν είναι ανάγκη.

Η μετεγχειρητική θνησιμότης των γαστρικών τραυμάτων ανέρχεται σε 10%. Η συντηρητική αγωγή σ' αυτά δίνει αναλογία θανάτων 30-40%.

Σε βαριές θλάσεις της κοιλιάς, αν συνυπάρχει κάκωση του στομάχου, η εγχειρητική θνησιμότητα είναι μεγάλη, 30-50%.

2.7 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Οι κακώσεις του δωδεκαδάκτυλου είναι σχετικά σπάνιες και συνήθως συνοδεύονται από κακώσεις και άλλων οργάνων. Η σπανιότητα σε συνδυασμό με την οπισθοπεριτοναϊκή του θέση κάνουν τη διάγνωση δύσκολη διότι αφενός το περιεχόμενό του συγκεντρώνεται οπισθοπεριτοναϊκά και δεν δίνει περιτοναϊκά σημεία, αφετέρου ο αριθμός των μικροοργανισμών είναι μικρός και η φλεγμονή αργεί να εκδηλωθεί. Τέλος η ουδετεροποίηση του γαστρικού περιεχομένου από το παγκρεατικό υγρό και τη χολή προκαλεί μικρό μόνο ερεθισμό του περιτοναίου.

Ο τραυματισμός του δωδεκαδάκτυλου με πυροβόλο όπλο εκδηλώνεται με αιμορραγία, ροή χολοβαφών υγρών και φαινομένων περιτονίτιδας. Σε θλάσεις και ρήξεις του δωδεκαδάκτυλου, η κλινική εικόνα είναι όμοια με της ρήξεως ενδοκοιλιακών οργάνων, όπως αιμορραγία, σύσπαση της κοιλιάς και μετά από λίγο φαινόμενα περιτονίτιδας. Η εξέλιξη ρήξεως του δωδεκαδάκτυλου χωρίς έγκαιρη χειρουργική επέμβαση είναι θανατηφόρα.

Θεραπεία. Αυτή είναι αρχικά αντί shock. Αμέσως μόλις ο τραυματίας συνέλθει, ενεργείται η ερευνητική λαπαροτομία, όπου μαζί με τα υπόλοιπα σπλάχνα ερευνάται και το δωδεκαδάκτυλο. Διαπιστώνεται τότε α) αιμάτωμα στην περιοχή αυτού β) οπισθοπεριτοναϊκό εμφύσημα γ) πράσινες κηλίδες στη ρίζα του μεσοκόλου που οφείλονται στη διάχυση της χολής.

Όταν διαπιστωθεί περιορισμένη ρήξη, ενεργείται ραφή του τοιχώματος, τοποθετείται Levin ρινογαστρεντερικός και ακολουθεί η διασωλήνωση του τραύματος.

Όταν η ρήξη είναι εκτεταμένη, το είδος της εγχειρήσεως εξαρτάται από τη θέση της ρήξεως σε σχέση προς το φύμα του Vater.

Επιπλοκές.

Η πιο συχνή επιπλοκή είναι η δημιουργία συριγγίων τα οποία εμφανίζονται την 5-10 μέρα και συνοδεύονται από ταχυκαρδία και πυρετό μέχρι της πλήρους παροχέτευσής τους. Από τη στιγμή της δημιουργίας του συριγγίου υπάρχουν τρεις φάσεις στη θεραπεία του:

1. Φάση σταθεροποίησης που περιλαμβάνει:

- α) Ανάπαυση του ΓΕΣ και αποσυμφόρηση.
- β) Θεραπεία με αναστολείς των H₂ υποδοχέων.
- γ) Προστασία του δέρματος.
- δ) Ικανοποιητική παροχέτευση.
- ε) Έλεγχος για σηπτικές επιπλοκές.
- στ) Αποκατάσταση των υγρών, ηλεκτρολυτών.
- ζ) Ολική παρεντερική διατροφή.

2. Φάση ελέγχου η οποία ακολουθεί σύντομα.

3. Φάση οριστικής θεραπείας. Αν το συρίγγιο επιμένει μετά πάροδο 4-7 εβδομάδων συντηρητικής αγωγής, χωρίς εμφανή τάση μείωσης της παροχής, τότε συνιστάται χειρουργική θεραπεία.

2.8 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Οι κακώσεις του παγκρέατος είναι σχετικά σπάνιες (3-12%) και συνήθως σχετίζονται με κακώσεις του δωδεκαδάκτυλου, του ήπατος και του σπληνός. Οι κλειστές κακώσεις συνήθως οφείλονται σε άμεση πλήξη στην άνω κοιλία και μπορεί να ποικίλλουν σε βαρύτητα από μικρές ρήξεις της κάψας μέχρι πλήρεις διατομές.

Τα κλινικά ευρήματα μπορεί να είναι ελάχιστα και η εμφάνισή τους καθυστερημένη: πόνος στην κοιλιά ή τη ράχη, ευαισθησία στο επιγάστριο, αύξηση της αμυλάσης στον ορό ή στο ενδοπεριτοναϊκό υγρό.

Τα επίπεδα της αμυλάσης είναι υψηλά στα 2/3 των ασθενών, ενώ στο 1/3 παρατηρείται σταδιακή αύξηση. Πρέπει να τονιστεί ότι το 30% των ασθενών με κάκωση της κοιλίας που δεν απαιτεί χειρουργική διερεύνηση τα επίπεδα της αμυλάσης ευρίσκονται ψηλά. Λόγω του γεγονότος αυτού οι τιμές της αμυλάσης μόνο δεν αποτελούν ένδειξη λαπαροτομίας, αλλά η σταδιακή αύξησή τους ή παραμονή του σε υψηλά επίπεδα είναι ενδεικτικά κάκωσης του παγκρέατος.

Θεραπεία.

Η θεραπεία των κακώσεων του παγκρέατος εξαρτάται από το είδος της κάκωσης, τον χρόνο που πέρασε από τη στιγμή της κάκωσης και από τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Η διατομή ή όχι του παγκρεατικού πόρου είναι δύσκολο πολλές φορές να εκτιμηθεί. Η έξοδος παγκρεατικού υγρού από την περιοχή και η ύπαρξη νεκρωμάτων στη γύρω περιοχή συνηγορούν υπέρ αυτής. Σε πολλά κέντρα εκτελείται διεγχειρητική παγκρεατογραφία διαδωδεκαδακτυλικά ή από την περιοχή της ρήξης για την ακριβή εκτίμηση της βλάβης.

Επιπλοκές.

Οι πλέον συνήθεις επιπλοκές κατά σειρά συχνότητας είναι: 1. Παγκρεατικά συρίγγια. 2. Αποστήματα Υποδιαφραγματικά - Επιπλοϊκού θυλάκου. 3. Ψευδοκύστεις. 4. Παγκρεατίτιδα.

2.9 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το λεπτό έντερο καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της περιτοναϊκής κοιλότητας, πράγμα που το κάνει το πιο συχνά τραυματιζόμενο όργανο στις ανοιχτές κακώσεις και το τρίτο σε σειρά μετά το σπλήνα και το ήπαρ στις κλειστές.

Στις κλειστές κακώσεις ο μηχανισμός κάκωσης του λεπτού εντέρου μπορεί να οφείλεται σε: 1) Συμπίεση του οργάνου μεταξύ κοιλιακού τοιχώματος και σπονδυλικής στήλης. 2) Ρήξεις στα σημεία καθήλωσης του οργάνου και 3) Απότομη αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης με τον παροδικό σχηματισμό κλειστής έλικας.

Κλινικά λόγω της διάβρωσης από τον έκτοπο γαστρικό βλεννογόνο, παρατηρείται αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό, στην πρώτη παιδική ηλικία. Τα συμπτώματα και τα σημεία στη φλεγμονή της απόφυσης μοιάζει με τη σκωληκοειδίτιδα ως προς την παθογένεση. Συχνά συμβαίνει διάτρηση. Δυνατόν να συμβεί εντερική απόφραξη λόγω εγκολεασμού ή συστροφής εντερικών ελίκων γύρω από την ινώδη ταινία που ενώνει την απόφυση με τον ομφαλό.

Θεραπεία.

Λόγω του ότι μικρές φαινομενικά κακώσεις μπορούν να προκαλέσουν μεγάλες κακώσεις του λεπτού εντέρου καθώς και του ότι σε κακώσεις από πυροβόλα όπλα μεγάλου βεληνεκούς νεκρώσεις και διατρήσεις του λεπτού εντέρου μπορεί να παρατηρηθούν όχι μόνο στην πορεία του βλήματος, αλλά και σε ικανή απόσταση από αυτήν, ο έλεγχός του πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και να αρχίζει από τον σύνδεσμο του Τρεϊζ μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα.

Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις η βιωσιμότητα του εντέρου δεν είναι δύσκολο να εκτιμηθεί διεγχειρητικά εφόσον υπάρχουν αμφιβολίες είναι προτιμότερο να εκτέμνεται το υπό αμφισβήτηση τμήμα, παρά να επαπειλείται καθυστερημένη νέκρωση και διάτρησή του.

Στις περιπτώσεις πολλαπλών κακώσεων στο ίδιο τμήμα ή όσων η συρραφή υπερβαίνει το 50% της διαμέτρου του εντέρου ή όταν το τραυματισθέν τμήμα έχει απαγγειωθεί, συνιστάται εκτομή και τελικοτελική αναστόμωση σε ένα ή δύο στρώματα.

2.10 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι κακώσεις του παχέος εντέρου είναι από τις πλέον επικίνδυνες λόγω της δυσκολίας στη διάγνωσή τους σε πολλές περιπτώσεις και της ανάπτυξης σηπτικών επιπλοκών.

Στις κλειστές κακώσεις η κάκωση οφείλεται: 1) στη σύνθλιψη του εντέρου μεταξύ του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος και της σπονδυλικής στήλης, 2) στην απότομη αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης και 3) σε ρήξεις στα σημεία καθήλωσης του εντέρου.

Οι κακώσεις που υφίσταται το κόλον είναι τριών ειδών: 1) ρήξη, 2) διάτρηση 3) σύνθλιψη και 4) απαγγείωση.

Η αντιμετώπιση των κακώσεων του κόλου εξαρτάται από μια σειρά παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση και καταγράφονται στον πίνακα XIV. Οι επιλογές που έχει ο χειρουργός για την αντιμετώπιση των κακώσεων του παχέος εντέρου φαίνονται στον πίνακα XV.

Αν και η επίδραση της καταπληξίας στη νοσηρότητα δεν μπορεί να αμφισβητηθεί δεν φαίνεται να παίζει ιδιαίτερο ρόλο στον τρόπο αποκατάστασης και ο αριθμός των επιπλοκών των ασθενών που αντιμετωπίζονται με πρωτογενή συρραφή δεν διαφέρει αυτών που αντιμετωπίζονται με κωλοστομία.

Ο μηχανισμός κάκωσης παίζει ιδιαίτερο ρόλο στη βαρύτητα της κάκωσης και κατά συνέπεια και στον τρόπο αντιμετώπισής της. Κακώσεις από πυροβόλα όπλα μεγάλου βεληνεκούς και οι κλειστές κακώσεις προκαλούν βαρύτερους τραυματισμούς του κόλου και συνεπώς συνηγορούν υπέρ της εκτομής και της κολοστομίας.

Η χρήση παροχετεύσεων δεν συνιστάται στις επεμβάσεις του παχέος, ενώ η χορήγηση αντιβιοτικών πρέπει να αρχίζει από τη στιγμή της απόφασης για την εκτέλεση της λαπαροτομίας και συνεχίζεται για μικρό διάστημα μετεγχειρητικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΙΔΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ-SHOCK

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

Η αιμορραγία ορίζεται ως μία οξεία απώλεια του κυκλοφορούντος αίματος.

Η αιμορραγία κατατάσσεται σε κατηγορίες με σκοπό να δοθεί έμφαση στα πρώιμα σημεία και στην φυσιοπαθολογία του shock. Η κατηγορία I εξαπλουστεύεται ως η κατάσταση ενός δότη. Η κατηγορία II είναι το shock χωρίς επιπλοκές, όπου όμως απαιτείται η χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων. Η κατηγορία III είναι μια πολύπλοκη κατάσταση, όπου απαιτείται χορήγηση τουλάχιστον κρυσταλλοειδών και ίσως και αίματος. Η κατηγορία IV μπορεί να θεωρηθεί ως προθανάτιο στάδιο και αν δεν ληφθούν αμέσως δραστικά μέτρα, ο πάσχων μπορεί να καταλήξει σε λίγα λεπτά.

3.2 ΚΑΤΟΙΓΟΡΙΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ I: Απώλεια όγκου αίματος μέχρι 15%

Τα κλινικά συμπτώματα της απώλειας όγκου αίματος μέχρι 15% είναι ελάχιστα. Σε αμιγείς περιπτώσεις συμβαίνει μόνο μία μικρή ταχυκαρδίας. Για τον πάσχοντα που κατά τα άλλα είναι υγιής, η απώλεια αυτή αίματος δεν απαιτεί αντικατάσταση. Η διακίνηση υγρών από τον μεσοκυττάριο χώρο προς τα αγγεία και οι άλλοι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί αποκαθιστούν τον όγκο του αίματος μέσα σε 24 ώρες.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ II: Απώλεια όγκου αίματος 15% μέχρι 30%

Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν ταχυκαρδία (συχνότητα σφυγμού πάνω από 100 στον ενήλικα), ταχύπνοια και ελάττωση της πίεση σφυγμού (η διαφορά ανάμεσα στη συστολική και διαστολική πίεση). Άλλα κλινικά σημεία σ' αυτό το βαθμό απώλειας αίματος περιλαμβάνουν τις αλλοιώσεις στο Κ.Ν.Σ. (άγχος που μπορεί να εκφράζεται ως φόβος ή επιθετικότητα.) παρά την σημαντική απώλεια αίματος και τις καρδιοαγγειακές

αλλοιώσεις, η αποβολή ούρων επηρεάζεται μέτρια.

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς αυτοί μπορεί τελικά να χρειασθούν μετάγγιση αίματος αλλά αρχικά μπορεί να σταθεροποιηθούν με άλλα υγρά.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ III: Απώλεια όγκου αίματος 30% μέχρι 40%

Η απώλεια αίματος (περίπου 2000 ml στον ενήλικα) προκαλεί φόβο. Οι πάσχοντες εμφανίζονται με τα κλασσικά σημεία της ανεπαρκούς αιμάτωσης (ταχυκαρδία, ταχύπνοια, έντονη αλλαγή της διανοητικής κατάστασης και πτώση της αρτηριακής πίεσης). Οι πάσχοντες με το βαθμό αυτό απώλειας αίματος σχεδόν πάντοτε χρειάζονται μετάγγιση. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να προκληθούν και από μικρότερες απώλειες αίματος, όταν συνδυάζονται με άλλες απώλειες υγρών.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ IV: Απώλεια αίματος μεγαλύτερη από 40%

Η απώλεια αυτή αίματος αποτελεί άμεση απειλή για τη ζωή του ασθενή. Στα συμπτώματα περιλαμβάνεται η έντονη ταχυκαρδία, η σημαντική πτώση της συστολικής πίεσης και η πολύ στενή πίεση σφυγμού (η αδυναμία λήψης της διαστολικής πίεσης). Η αποβολή ούρων είναι αμελητέα και η διανοητική κατάσταση είναι εμφανώς πεσμένη (σύγχυση και λήθαργος). Το δέρμα είναι κρύο και ωχρο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται συχνά ταχεία μετάγγιση και άμεση χειρουργική επέμβαση. Απώλεια μεγαλύτερη του 50% καταλήγει σε απώλεια συνείδησης, σφυγμού και της πίεσης του αίματος.

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ SHOCK

Η καταπληξία ή shock, είναι όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την προοδευτική και βαθμιαία κατάρρευση της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων του οργανισμού. Πρόκειται για σύνδρομο που οφείλεται ή συνοδεύεται από διαταραχή του μεταβολισμού των κυττάρων, λόγω κακής ιστικής κυκλοφορίας.

Συνήθως χαρακτηρίζεται από υπόταση και από την προοδευτική έκπτωση της λειτουργίας πολλών οργάνων.

3.2 ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ

Άρρωστοι που βρίσκονται στην αρχή ολιγαιμικού shock έχουν αναπνευστική αλκάλωση που οφείλεται στην ταχύπνοια. Η αναπνευστική αλκάλωση παραχωρεί τη θέση της σε μια μεταβολική οξέωση, η οποία στα αρχικά στάδια του shock δεν χρειάζεται θεραπεία. Σοβαρή μεταβολική οξέωση μπορεί να προκληθεί από παρατεταμένο ή βαρύ shock. Η μεταβολική οξέωση οφείλεται στον αναερόβιο μεταβολισμό λόγω της ανεπαρκούς αιμάτωσης των ιστών. Ο αναερόβιος μεταβολισμός (ο μεταβολισμός που δεν χρησιμοποιεί O_2) είναι το εφεδρικό σύστημα ενέργειας του οργανισμού.

Τα μειονεκτήματα της χρησιμοποίησης του αναερόβιου μεταβολισμού για παροχή ενέργειας στο σώμα είναι κοινά με τα μειονεκτήματα της χρήσης της μπαταρίας για την κίνηση του αυτοκινήτου: κινείται για σύντομο χρονικό διάστημα, δεν παράγει αρκετή ενέργεια, παράγει υποπροϊόντα επικίνδυνα για το σώμα και μπορεί τελικά να γίνει μη αναστρέψιμος. Τα σημαντικότερα υποπροϊόντα είναι υπερβολικές ποσότητες οξέος και καλίου.

3.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ

Το κυκλοφορικό σύστημα απαρτίζεται από την καρδιά, τα αιμοφόρα αγγεία (αρτηρίες, τριχοειδή, φλέβες) και το αίμα.

A. Η καρδιά. Κεντρικό όργανο της κυκλοφορίας διακρίνεται λειτουργικά στη δεξιά (δεξιός κόλπος και κοιλία) και την αριστερή (αριστερός κόλπος και κοιλία) καρδιά. Οι δύο αυτές «καρδιές» ενώνονται μεταξύ τους «εν σειρά». Αυτό σημαίνει ότι η λειτουργικότητα της μιας επηρεάζει και επηρεάζεται από τη λειτουργικότητα της άλλης.

Η καρδιά προσαρμόζει τη λειτουργία της στις κυκλοφορικές απαιτήσεις του οργανισμού, εξασφαλίζοντας την επαρκή αιμάτωση και οξυγόνωση των ιστών του σώματος. Εκτός από την αντλητική της ικανότητα, η καρδιά λειτουργεί σαν ενδοκρινής αδένας, εκκρίνοντας τα κολποπεπτίδια, ορμονικές, δηλαδή, ουσίες, που παράγονται και αποθηκεύονται αποκλειστικά στα κύτταρα των κόλπων και ιδιαίτερα του δεξιού.

B. Τα αγγεία διακρίνονται στις **αρτηρίες, τα τριχοειδή και τις φλέβες**. Το 10% του αίματος που κυκλοφορεί στο αγγειακό δίκτυο περιέχεται στις αρτηρίες, το 20% στα τριχοειδή και το 70% στις φλέβες.

Η ροή του αίματος στις αρτηρίες ασκεί πίεση (P) στο τοίχωμά τους, την αρτηριακή πίεση. Διακρίνεται στη συστολική, τη διαστολική, την πίεση σφυγμού και τη μέση.

Η συστολική αρτηριακή πίεση είναι η υψηλότερη πίεση των αρτηριών. Αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της καρδιακής συστολής και η τιμή της επηρεάζεται από τις παραμέτρους που ελέγχουν τη διαστολική πίεση και την πίεση σφυγμού.

Η διαστολική αρτηριακή πίεση είναι η χαμηλότερη πίεση των αρτηριών. Σημειώνεται κατά την τελοδιαστολική φάση του καρδιακού κύκλου και η τιμή της καθορίζεται πρωτίστως από το βαθμό αγγειοσύσπασης των αρτηριδίων.

Η πίεση σφυγμού ή εύρος πίεσης είναι η διαφορά της διαστολικής από τη συστολική πίεση. Η τιμή της καθορίζεται από: α) τον όγκο παλμού της αριστερής κοιλίας και β) τη διατατότητα της αορτής και των μεγάλων κλάδων της.

Η μέση αρτηριακή πίεση είναι η μέση πίεση που ασκείται στο τοίχωμα των αρτηριών καθ' όλη τη διάρκεια του καρδιακού κύκλου. Πρόκειται πρακτικά για την πίεση άρδευσης των ιστών. Η μέση αρτηριακή πίεση εξαρτάται από: α) την ελαστικότητα του αρτηριακού τοιχώματος και β) τον όγκο του αίματος που περιέχεται στο αρτηριακό σύστημα.

Τα τριχοειδή αποτελούν το τμήμα της κυκλοφορίας που γίνεται η ανταλλαγή των διαφόρων ουσιών μεταξύ του ενθαγγειακού και του μεσοκυττάριου χώρου. Σε κάθε τριχοειδές διακρίνουμε ένα αρτηριακό και ένα φλεβικό άκρο.

Οι φλέβες οι οποίες λειτουργούν σαν αιματοποθήκες, αφού με την αυξομείωση του τόνου του τοιχώματός τους καθορίζεται το ποσό του αίματος που επιστρέφει στην καρδιά.

Γ. Το αίμα: Η γλοιότητα του αίματος επηρεάζει τη ροή του στα αγγεία. Ο συνδυασμός της αυξημένης γλοιότητας και της μείωσης της ροής του αίματος βοηθάει στη δημιουργία θρομβώσεων, που με τη σειρά τους επιδεινώνουν την αιμάτωση των ιστών.

3.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ SHOCK

Η διαταραχή της κυκλοφορίας, που οδηγεί στην ανεπαρκή αιμάτωση των ιστών, μπορεί να αφορά:

- την αντλία (καρδιά)
- το αγγειακό δέντρο (αρτηρίες και φλέβες)
- τον ενδοαγγειακό όγκο
- την περιφερική κυκλοφορία
- συνδυασμό των παραπάνω.

Ανάλογα με τη βασική διαταραχή της κυκλοφορίας το shock διακρίνεται σε:

- Καρδιογενές
- Ολιγαιμικό
- Αποφρακτικό
- Σηπτικό
- Αναφυλακτικό.

3.5 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΛΙΓΑΙΜΙΚΟΥ SHOCK

Το ολιγαιμικό shock οφείλεται σε μείωση του ενδοαγγειακού όγκου σε σχέση με τη χωρητικότητα του αγγειακού δένδρου. Η ελάττωση του ενδοαγγειακού όγκου προκαλείται από:

- απώλεια αίματος (αιμορραγία)
- απώλεια πλάσματος
- βαριά αφυδάτωση που μπορεί να οφείλεται σε μειωμένη πρόσληψη νερού, σε αυξημένες απώλειες νερού ή σε αυξημένη απώλεια άλατος και νερού.

Η βαρύτητα του ολιγαιμικού shock δεν είναι πάντα η ίδια και ποικίλλει ανάλογα με:

- το είδος των απωλειών
- τον όγκο των απολεσθέντων υγρών
- την ταχύτητα και τη διάρκεια των απωλειών
- την ηλικία και την προηγούμενη κατάσταση του ασθενούς
- την επάρκεια, την ταχύτητα και το είδος των χορηγούμενων υγρών.

3.6 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η αντίδραση του οργανισμού στην ολογαιμική καταπληξία αποσκοπεί στη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης τα φυσιολογικά επίπεδα και την εξασφάλιση της αιμάτωσης των ζωτικών οργάνων και ιστών (καρδιάς, εγκεφάλου). Ο βαθμός και η ένταση της αντίδρασης αυτής καθορίζεται από το μέγεθος και την ταχύτητα ελάττωσης του κυκλοφορούντος όγκου αίματος, καθώς και από την ηλικία του αρρώστου.

Λόγω της απότομης ελάττωσης του κυκλοφορούντος όγκου αίματος, μειώνεται η φλεβική επιστροφή προς την καρδιά, με συνέπεια τη μείωση του όγκου παλμού και την πτώση της αρτηριακής πίεσης. Η πτώση αυτή συνεπάγεται τη διέγερση των τασεοϋποδοχέων του αορτικού τόξου, των καρωτιδικών κόλπων και του στελέχους της πνευμονικής, τα ερεθίσματα των οποίων φθάνουν στον προμήκη προκαλώντας διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η αντίδραση αυτή είναι ταχύτατη. Μέσα στα πρώτα 30 δευτερόλεπτα από την έναρξη της αιμορραγίας, η έντασή της φθάνει στην ακμή της.

Οι δύο βασικοί αντιρροπιστικοί μηχανισμοί εξασφάλισης του κυκλοφορούντος όγκου αίματος στην ολιγαϊμική καταπληξία είναι: α) η σύσπαση των νεφρικών αρτηριών (οι νεφροί δέχονται το 25% της καρδιακής παροχής, η δε μείωση της αιμάτωσής τους κατά 50% εξασφαλίζει ποσότητα αίματος ίση με 1 λίτρο) και β) η σύσπαση των μεγάλων φλεβών.

Οι μηχανισμοί αυτοί λειτουργούν τόσο ικανοποιητικά, ιδίως στα νεαρά άτομα, ώστε απώλεια του 15-25% του κυκλοφορούντος όγκου αίματος να μη συνοδεύεται από πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης. Αυτό όμως δεν ισχύει στα ηλικιωμένα άτομα, στα οποία μικρή απώλεια, ακόμη και του 10% του κυκλοφορούντος όγκου αίματος, προκαλεί έντονα φαινόμενα ολιγαϊμικής καταπληξίας.

3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΛΙΓΑΙΜΙΚΟΥ SHOCK

Το μέγεθος της μείωσης του κυκλοφορούντος όγκου αίματος και η ηλικία των αρρώστων καθορίζουν τα συμπτώματα και ευρήματα της ολιγαϊμικής καταπληξίας.

Συνήθως παρατηρείται πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης (στα νεαρά άτομα η πτώση αυτή δεν είναι εμφανής), μείωση της πίεσης σφυγμού και αύξηση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (λόγω περιφερικής αγγειοσύσπασης).

Ο άρρωστος είναι ωχρός και ανήσυχος (λόγω της σχετικής υποξαιμίας του εγκεφάλου), το δε δέρμα του ωχρό, υγρό και κολλώδες (κολλώδεις επιδρώσεις), λόγω της διέγερσης του συμπαθητικού, μια και οι ιδρωτοποιοί αδένες δέχονται μόνο συμπαθητική νεύρωση. Σημειώνεται επίσης ταχυκαρδία και μειωμένη παραγωγή ούρων, ενώ ο άρρωστος παραπονιέται για έντονη δίψα.

Η μεταβολική οξέωση, η συμφόρηση των πνευμόνων και ου ήπατος που εκδηλώνεται με δύσπνοια, υπέρπνοια, πτώση του P_{aO_2} , αύξηση του P_{aCO_2} και υπίκτηρο, η πτώση της ΚΦΠ και η υπερπηκτικότητα χαρακτηρίζουν το δεύτερο στάδιο της καταπληξίας.

Αντίθετα η εμφάνιση του συνδρόμου της διάχυτης ενθαγγειακής πήξης, που εκδηλώνεται με αιμορραγίες από τους βλεννογόνους (ούλων, ρινός, γαστρεντερικού σωλήνα) ή των σημείων φλεβοκέντησης καθώς και η προσθήκη των αντίστοιχων εικόνων έκπτωσης των διαφόρων οργάνων, χαρακτηρίζουν την εικόνα του τρίτου της καταπληξίας.

3.8 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ SHOCK

Γενικές αρχές.

Η αντιμετώπιση όλων των μορφών shock βασίζεται στις ίδιες γενικές αρχές, που είναι ανεξάρτητες από τα αίτια που το προκάλεσαν και έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την:

- Αποκατάσταση της φυσιολογικής παροχής οξυγόνου στους ιστούς, με την ανάλογη καρδιαγγειακή υποστήριξη.
- Διόρθωση της υποκείμενης αιτίας (π.χ. σταμάτημα αιμορραγίας, παροχέτευση σηπτικής εστίας, αποκατάσταση όγκου και ηλεκτρολυτικών διαταραχών κτλ.).
- Εξασφάλιση της βατότητας του αεραγωγού και της επάρκειας της οξυγόνωσης και του αερισμού που έχουν προτεραιότητα στην αντιμετώπιση του ασθενούς σε shock και που επιτυγχάνονται με:

1. χορήγηση συμπληρωματικού O_2 για διατήρηση του $PaO_2 > 80 \text{ mmHg}$,
2. διασωλήνωση της τραχείας, εφόσον χρειάζεται, για προφύλαξη των αεραγωγών από εμετό ή αίμα (ιδιαίτερα σε κατώσεις προσώπου και όταν συνυπάρχει κώμα),
3. μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε βαριές θωρακικές ή εγκεφαλικές κατώσεις ή όταν το $PaCO_2$ είναι $> 45 \text{ mmHg}$, η αναπνευστική συχνότητα $> 35 \text{ min}^{-1}$ και ο αναπνεόμενος όγκος $< 4-5 \text{ ml.kg}^{-1}$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ & SHOCK

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Ο αιμορραγώντας ασθενής μπορεί να μην παρουσιάζει πάντα σημεία έκδηλης βαρύτητα, γι' αυτό και όταν υπάρχει η υπόνοια αιμορραγίας η νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να εφαρμόζεται έγκαιρα με ιδιαίτερη προσοχή και υπευθυνότητα.

Οι **Αιμορραγίες** διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωσή της είναι:

1. Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.
2. Η μόλυνση του τραύματος την οποία αντιμετωπίζει ο οργανισμός με συρροή αίματος, ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.
3. Οι βίαιες και απότομες του ασθενούς. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα ή ράμμα, με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.
4. Η μη πήκτικότητα του αίματος.

Τα συμπτώματα και τα σημεία που εμφανίζονται σε μια αιμορραγία είναι:

- α. Το δέρμα είναι ωχρό, ψυχρό έφυγρο και πελιδνό από την έντονη αγγειοσύσπαση. Τα νύχια, τα αυτιά και τα χείλη του ασθενούς είναι ωχροκύανα και κατά την πίεσή τους η επάνοδος της τριχοειδικής κυκλοφορίας είναι σημαντικά καθυστερημένη.
- β. Οι επιφανειακές φλέβες έχουν συμπέσει.
- γ. Ο περιφερικός σφυγμός στην κερκιδική αρτηρία είναι μικρός και μαλακός ή ελλείπει.
- δ. Η αρτηριακή πίεση είναι ελαττωμένη.

ε. Παρουσιάζεται έντονη ταχυκαρδία. Είναι ανάλογη με την απώλεια αίματος που όταν είναι πάνω από 40%, οι σφύξεις φθάνουν ή ξεπερνούν τις 140/min και θέτει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς.

στ. Εκδηλώνονται νευρολογικές διαταραχές όπως διαταραχές προσανατολισμού, η απάθεια, η διέγερση σε μεγάλη απώλεια αίματος και διαταραχές του επιπέδου συνειδήσεως.

Θεραπευτική παρέμβαση

1. Ανύψωση των κάτω άκρων. Η αυτομετάγγιση του ποσού του αίματος των κάτω άκρων και της λεκάνης μπορεί να φθάσει το 1/5 του συνολικού όγκου του αίματος. Σε περίπτωση απώλειας της συνειδήσεως ο ασθενής τοποθετείται σε σταθερή πλάγια θέση.

2. Ψυχολογική υποστήριξη. Έχει ιδιαίτερη σημασία η συνεχής παρουσία της νοσηλεύτριας δίπλα στον ασθενή που αιμορραγεί. Ο αιμορραγώντας άρρωστος βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η πιο θετική βοήθεια δίνεται όταν υπάρχει πραγματικό ενδιαφέρον και σεβασμός στα αισθήματα του ασθενούς. Οι λογικές εξηγήσεις και οι πληροφορίες για την κατάστασή του ελαττώνουν τα αισθήματα φόβου και αγωνίας και τον βοηθούν να νιώσει ασφάλεια και ηρεμία.

3. Αποκατάσταση των απωλειών του αίματος.

Σε μικρότερες απώλειες, η αποκατάσταση μπορεί να γίνει με χορήγηση Ringer Lactate, σε μεγάλες όμως απώλειες, με συστολική πίεση κάτω από 100mmHg και έντονα τα συμπτώματα και τα σημεία της καταπληξίας, απαιτείται η γρήγορη χορήγηση αίματος. Το αίμα λαμβάνεται από υγιές άτομο που καλείται δότης και χορηγείται στο λήπτη άμεσα ή έμμεσα.

Επειδή η μετάγγιση αίματος είναι μια από τις πιο επικίνδυνες νοσηλευτικές διαδικασίες πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και ο ασθενής να γνωρίζει τους κινδύνους και τις επιπλοκές που ενδέχεται να συμβούν κατά τη μετάγγιση αίματος.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε κάθε είδος αντίδρασης από την μετάγγιση αίματος παραθέτεται παρακάτω:

α. Πυρετικές αντιδράσεις: Αυτές οφείλονται στην παρουσία πυρετογόνων ουσιών στο αίμα. Τα συμπτώματα είναι ρίγος με υψηλό πυρετό, κεφαλαλγία, ναυτία, ταχυκαρδία. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων γίνεται με επιβράδυνση του ρυθμού ροής αίματος ή με διακοπή της μετάγγισης. Ενημερώνεται ο γιατρός και η αιμοδοσία.

β. Αλλεργικές αντιδράσεις: Τα συμπτώματα των αλλεργικών αντιδράσεων είναι κνίδωση, ερυθρότητα προσώπου, ρίγος και πυρετός. Προλαμβάνονται με έλεγχο των αιμοδοτών και εξέταση του ιστορικού του δέκτη για αλλεργίες. Αντιμετωπίζεται με διακοπή της μετάγγισης ή μείωση της ροής.

γ. Αναφυλακτική αντίδραση: Είναι σπάνιο φαινόμενο και εκδηλώνεται σε ασθενείς που έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι των IgA ανοσοσφαιρινών. Κατά την εκδήλωση αναφυλακτικής αντίδρασης διακόπτεται η μετάγγιση και χορηγείται επινεφρίνη, οξυγόνο και κορτικοειδή.

δ. Εμβολή αέρα: Εκδηλώνεται όταν το αίμα χορηγείται με πίεση καθώς και όταν ο ελαστικός σωλήνας κατά την αλλαγή των φιαλών δεν έχει κενωθεί πλήρως. Εκδηλώνεται με πόνο στο θώρακα, βήχα, αιμόπτυση, δύσπνοια, κυάνωση, ανησυχία, υπόταση, αδύναμο σφυγμό. Σε περίπτωση εμφάνισης των συμπτωμάτων εμβολής, κλείνουμε το ρυθμιστή ροής της συσκευής και χορηγούμε οξυγόνο.

ε. Μετάδοση νόσου: Η ηπατίτιδα, ελονοσία και η σύφιλη μπορούν να μεταδοθούν από το αίμα του δότη στον δέκτη μέσω μολυσμένου αίματος. Η μετάδοση νόσου προλαμβάνεται με την επιλογή των αιμοδοτών και τον εργαστηριακό έλεγχο του αίματος.

4. Όταν η μετάγγιση αίματος είναι αδύνατη λόγω ελλείψεως διαθέσιμου αίματος, χορηγείται πλάσμα ή υποκατάστατά του. Τέτοια παράγωγα είναι οι δεξτράνες υψηλού μοριακού βάρους, αμυλοπηκτική και ζελατίνες.

5. **Καταστολή του πόνου και του φόβου:** Για τη μείωση του πόνου και του φόβου, χορηγούνται αργά ενδοφλέβια διαζεπάμη 5-10mg όπως και μορφίνη 5-7mg. Κατά τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αναπνευστική λειτουργία του ασθενούς καθώς είναι γνωστή η κατασταλτική δράση των οπιοειδών στο αναπνευστικό κέντρο.

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ

Όπως σε πολλές επείγουσες καταστάσεις, έτσι και στο shock, η διάγνωση και η θεραπεία πρέπει να γίνουν με γρήγορους ρυθμούς. Για τους περισσότερους ασθενείς η θεραπεία πρέπει κατ' αρχήν να εφαρμόζεται ως εάν το shock είναι ολιγαμικό, εκτός εάν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η αιτία του shock είναι διαφορετική.

Θεραπευτική παρέμβαση

A. Η κλινική εξέταση επικεντρώνεται στην άμεση διάγνωση των κακώσεων που απειλούν τη ζωή και περιλαμβάνει την εκτίμηση των ABCs. Η καταγραφή των βασικών λειτουργιών κατά την αρχική εκτίμηση έχει μεγάλη σημασία για την επόμενη επανεκτίμηση του πάσχοντος. Τα ζωτικά σημεία, η αποβολή ούρων και το επίπεδο συνειδήσεως είναι στοιχεία σημαντικά.

Πιο αναλυτικά η κλινική εξέταση περιλαμβάνει:

1. Αεραγωγός και αναπνοή.

Απόλυτη προτεραιότητα έχει η εξασφάλιση της βατότητας του αεραγωγού και του επαρκούς αερισμού και της οξυγόνωσης. Συμπληρωματικό οξυγόνο παρέχεται με το κατάλληλο σύστημα ασκός - βαλβίδα - μάσκα, έτσι ώστε η μερική τάση του οξυγόνου (PaO_2) να διατηρείται μεταξύ 80 και 10 mmHg.

2. Κυκλοφορικό - έλεγχος της αιμορραγίας.

Οι προτεραιότητες είναι: (1) Έλεγχος εμφανούς αιμορραγίας (2) Εξασφάλιση επαρκούς φλεβικής οδού. Η αιμορραγία από εξωτερικά τραύματα μπορεί συνήθως να αντιμετωπισθεί με την άμεση πίεση πάνω στην περιοχή που αιμορραγεί. Το αντί-shock παντελόνι με αεροθάλαμο μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης για τον έλεγχο της αιμορραγίας.

3. Νευρολογική εξέταση.

Πρέπει να γίνεται μια βασική εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης, της κίνησης των ματιών και της αντίδρασης της κόρης, της κινητικής λειτουργίας και του βαθμού αισθητικότητας.

B. Εξασφάλιση Αγγειακών γραμμών.

Η εξασφάλιση αγγειακών γραμμών πρέπει να γίνεται έγκαιρα. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα με δύο μεγάλους εύρους (τουλάχιστον των 16 gauge) περιφερικούς ενδοφλέβιους καθετήρες, πριν από κάθε προσπάθεια για κεντρική γραμμή. Οι κοντοί και με ευρύ αυλό περιφερικοί φλεβοκαθετήρες είναι οι καταλληλότεροι για την χορήγηση γρήγορα μεγάλων ποσοτήτων υγρών. Οι πλέον επιθυμητές περιοχές για την εφαρμογή περιφερικών ενδοφλεβίων καθετήρων στους ενήλικες είναι: (1) Διαθερμική τοποθέτηση φλεβικών γραμμών στις φλέβες της καμπτικής επιφάνειας του αγκώνα (2) αποκάλυψη της σαφηνούς ή των φλεβών του βραχίονα.

Καθώς τοποθετούνται οι ενδοφλέβιες γραμμές, λαμβάνεται δείγμα αίματος για τις εργαστηριακές δοκιμασίες,

συμπεριλαμβανομένων της εύρεσης της ομάδας αίματος και την διασταύρωση, την τοξικολογική διερεύνηση και το test εγκυμοσύνης σ' όλες τις γυναίκες.

Γ. Αρχική θεραπεία με Υγρά.

Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγούνται **ισότονα ηλεκτρολυτικά διαλύματα** με σκοπό την αρχική αναζωογόνηση. Το διάλυμα Ringer's Lactause είναι το αρχικό υγρό επιλογής. Ο φυσιολογικός ορός αποτελεί δεύτερη επιλογή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΡΑΥΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολογήσεως των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραιώσεως της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της αναρρώσεως, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.

Το σύστημα είναι ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή είσοδο και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συνεχή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας όχι νέα την νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσοκόμων να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηριώσεως των νοσηλευτικών ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:Γ. Π.

ΗΛΙΚΙΑ:21 ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:12-11-1999

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:Ρήξη σπληνός

Η ασθενής κατά την είσοδό της στην παθολογική κλινική, παραπονείται για έντονα συμπτώματα ψύχους. Λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας της χορηγήθηκε οξυγόνο στα εξωτερικά ιατρεία. Η ασθενής εισήχθη στη κλινική με δύο ορούς L-R και Folley ουροδόχου κύστεως.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:Α.Π.=120\75mm Hg-Σφ=100\ min.- θερμοκρ.=35Οc

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

1. Υπέρηχος κοιλίας (Έλεγχος για κάκωση και άλλων οργάνων της κοιλίας).
2. Ακτινογραφία θώρακα και λεκάνης (για να αποκαλυφθούν κακώσεις της σπονδυλικής στήλης .Υπάρχει υπόνοια υποκάψιου αιματώματος του αριστερού νεφρού).

Η επέμβαση της ασθενούς προγραμματίστηκε για τις12/11/1999.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Έντονα συμπτώματα ψύχους και υποθερμίας, μετά την εισαγωγή.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς, από τα συμπτώματα ψύχους και υποθερμίας.</p>	<p>Κάλυψη της ασθενούς με διπλή κουβέρτα.</p> <p>Τοποθέτηση θερμοφόρας(80ο C) κάθε 20min στα κάτω άκρα της.</p> <p>Λήψη ψιζωτικών σημείων για έλεγχο της γενικής κατάστασής της.</p> <p>Ναι, εξηγηθεί στην ασθενή πως τα συμπτώματα ψύχους είναι παροδικά και πιθανόν να οφείλονται στο shock του τραυματισμού.</p>	<p>Δόθηκε στην ασθενή δεύτερη κουβέρτα.</p> <p>Τοποθετήθηκε θερμοφόρα (80ο) στα κάτω άκρα της ασθενούς.</p> <p>Μετά από έλεγχο των ζωτικών σημείων βρέθηκαν οι εξής τιμές: Α.Π. =120/75 mmHg. Σφ. =100/min Θερμ. =35οC</p> <p>Δόθηκαν εξηγήσεις στην ασθενή ότι δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας και ότι η κατάσταση της ελέγχεται.</p>	<p>Τα συμπτώματα ψύχους και υποθερμίας υποχώρησαν μετά από μισή ώρα.</p> <p>Η ασθενής ήρεμη αναπαύεται.</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Προεγχειρητική ετοιμασία του εντέρου.</p>	<p>Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα για αποφυγή δημουρ-γιασαερίων μέσα στις εντερικές έλικες.</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς ότι θα γίνουν 2υψη-λοί υποκλυσμοί ο ένας το απόγευμα της παρα-μονής τηςεγχείρησης και ο άλλος 6ώρες πριν την εγχείρηση. Διευκρίνιση στην ασθενή ότι η εκκένωση του εντέρου είναι απαραίτη-τη ώστε να αποφευχθεί η τρώση του κατά τη δι-άρκεια της χειρουργικής επεμβασής. Σεβασμός της αξιοπρέ-πειας της ασθενούς.</p>	<p>Ενημερώθηκε η ασθενής για την αναγκαιότητα της νοσηλείας. Δόθηκε στην ασθενή η κατάλληλη θέση. Πραγματοποιήθηκε υψη-λος υποκλυσμός(1000cc νέρου και 20cc γλυκερί-νης)λίγες ώρες πριν την εγχείρηση Τοποθετήθηκε παραβάν κατά την διάρκεια της νο-σηλείας, ενώ το επισκεπτή-ριο απομακρύνθηκε.</p>	<p>Λίγο μετά την νοση-λεία η ασθενής είχε μία κένωση.Ενημερώθηκε η λογοδοσία και ο ιατ-ρός.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ</p>		<p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας του νερού που θα χρησιμοποιηθεί ώστε να είναι ανεκτή από την ασθενή.</p> <p>Να γίνουν ήπιες κινήσεις κατά την εφαρμογή του υποκλισμού για αποφυγή τραυματισμού του εντέρου.</p>	<p>Η θερμοκρασία του νερού ρυθμίστηκε στους 37,50 C.</p> <p>Ο υποκλισμός έγινε με ιδιαίτερα ήπιους χειρισμούς.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Καθαριότητα σώματος</p>	<p>Για τη καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος.</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς για την νοσηλεία που θα της γίνει και ενθάρρυνση για συνεργασία.</p> <p>Απομάκρυνση του επισκεπτηρίου και τοποθέτηση παραβάν ώστε να αποφευχθούν αισθήματα ντροπής και άγχους από την ασθενή.</p> <p>Καλό σαιτούνισμα του σώματος και απολύμανση με αντισηπτικό υγρό .</p>	<p>Η ασθενής ενημερώθηκε για την εφαρμογή και το σκοπό της νοσηλείας και έδειξε προθυμία στη συνεργασία.</p> <p>Απομακρύνθηκε το επισκεπτήριο και τοποθετήκε το παραβάν.</p> <p>Η καθαριότητα έγινε με αντισηπτικό υγρό Habitant.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε το λουτρό καθαριότητας στις 5 μ.μ. Η ασθενής κοιμήθηκε καθαρή και ήρεμη.</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Ανησυχία και φόβος για την προνάρκωση.</p>	<p>Μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος. Ελάττωση εκρίσεων του βλενογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς για την νοσηλεία που πρόκειται να γίνει. Ετοιμασία του φαρμάκου σύμφωνα με τις οδηγίες του αναισθησιολόγου. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος για την αποφυγή δημιουργίας άγχους στην ασθενή και παρότρυνση για απόφυγή έγερσης μετά την χορήγηση του φαρμάκου.</p>	<p>Δόθηκαν στην ασθενή εξηγήσεις για το σκοπό που έχει η προνάρκωση. Χορηγήθηκε 1cc Dormicum 30min. πριν την επέμβαση, κατόπιν εντολής αναισθησιολόγου. Απομακρύνθηκε το επίσκεπτήριο από το θάλαμο και δόθηκαν οι οδηγίες στην ασθενή για αποφυγή κινήσεων που είναι δυνατόν να προκαλέσουν τραυματισμό.</p>	<p>Η ασθενής μετά την χορήγηση του φαρμάκου παραμένει ήρεμη και παρακολουθείται συχνά μέχρι την απομάκρυνσή της απ' τον θάλαμο προς το χειρουργείο.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Την 1η μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής παραπονείται για έντονο πόνο στη κοιλιακή χώρα.</p>	<p>Μείωση των συμπτωμάτων πόνου και της δυσχέρειας.</p>	<p>Υποβολή ερωτήσεων για τα χαρακτηριστικά του πόνου, όπως που εντοπίζεται αν είναι συνηχής ή διαλείπων, οξύς ή αμβλύς. Να δοθεί στην ασθενή η θέση εκείνη που θα της προκαλέσει ανακούφιση. Χορήγηση αναλγητικών, κατόπιν ιατρικής εντολής. Διεξοδική εξέταση του τραύματος για άλλους παράγοντες που πιθανόν να επιδεινώνουν το πόνο όπως σωλήνες παροχέτευσης, σφιχτές επιδέσεις.</p>	<p>Ο πόνος εντοπίζεται στην κοιλιακή χώρα και είναι συνεχής. Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση Fowler. Έγινε μισή αμπούλα Pethidine IM, κατόπιν ιατρικής εντολής. Έγινε εξέταση του τραύματος και δεν βρέθηκαν σημεία μόλυνσης ή άλλοι παράγοντες που να επιδεινώνουν τον πόνο.</p>	<p>Μετά τη χορήγηση της Pethidine ο πόνος σταμάτησε. Η ασθενής ηρέμησε και αναπαύεται.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ασταθή ζωτικά σημεία μετά την επέμβαση.</p>	<p>Συχνή παρακολού- θηση ζωτικών σημεί- ων μέχρι σταθεροποίη- σης ήσεως.</p> <p>Να γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 10 λεπτά με προοδευτική άνοδο.</p> <p>Να γράφονται οι τιμές των ζωτικών σημείων σε ξεχωριστό φύλλο.</p> <p>Να ενημερώνεται ο ιατ- ρός, για τη πορεία της α- σθενούς.</p>	<p>Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς στην αρχή κάθε 10' και εν συνε- χεία κάθε 15'.</p> <p>Ενημερώθηκε το φύλλο λήψης ζωτικών σημείων με τις παρακάτω τιμές: Α.Π.=120/60mmHg Σ.Φ.=85/min Θερμ.=36ο C</p> <p>Ο ιατρός ενημερώθηκε ότι τις τελευταίες 5 ώρες η ασθενής είναι σταθερή και οι τιμές των ζωτικών της σημείων είναι: Α.Π.=120/60mmHg Σ.Φ.=85/min Θερμ.=36ο C</p>	<p>Σύμφωνα με την εκ- τίμηση των τιμών των ζωτικών σημείων της ασθενούς η κατάστα- σή της, παρουσιάζεται σταθερή.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Τη 2η μετεγχειρητική με- ρα παρουσιάστηκε αιμο- ρραγία.</p>	<p>Αντιμετώπιση της αιμορραγίας. Εξισορρόπηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών για την αποφυγή shock.</p>	<p>Εξασφάλιση άνετης θέσης στην ασθενή και άμεση ειδοποίηση του ιατρού. Τακτική λήψη των ζωτικών σημείων ώστε να ελέγχεται η γενική κατάσταση της ασθεν- νούς. Αιματολογικός έλεγχος (αιμοσφαιρίνη-αιματο- κρίτης) για να διαπι- στωθεί σε ποια κατά- σταση βρίσκεται η ασ- θενής. Προγραμματισμός με- τάγγισης αίματος σε περίπτωση που σημει- ωθεί μεγάλη απώλεια.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε άνετη θέση και ειδο- ποιήθηκε ο ιατρός. Έγινε λήψη ζωτικών ση- μείων και βρέθηκαν οι α- κόλουθες τιμές: Α.Π.=80/45mmHg ΣΦ.=115/min Θερμ.=35,5οC Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε ότι ο αιματοκρίτης είναι Ht.=25%και η αιμο- σφαιρίνη Hb.=8,5mg%. Η ομάδα αίματος της ασθεν- νούς είναι A Rh(+).</p> <p>Έγινε μετάγγιση 1 φιάλης αίματος με άσηπτη τεχνι- κή στις 8μ.μ. με :No12593 A Rh(+) και λήξη στις20/11.</p>	

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
	<p>Διατήρηση του ηθικού της ασθενούς ακμαίου και απομάκρυνση κάθε φόβου και ανησυχίας.</p>	<p>Η ασθενής παρακολουθείται σε όλη τη διάρκεια της μετάγγισης για εκδήλωση επιπλοκών(πυρετό,ρίγος). Η ασθενής διατηρήθηκε ζεστή με την προσθήκη και 2η κουβέρτας.Της δόθηκαν επιβεβαιώσεις ότι δεν υπάρχουν λόγοι ανησυχίας.</p>	<p>Μετά την μετάγγιση οι εξετάσεις αίματος έδειξαν : Ht.=34% Hb.=11mg%</p>	<p>Η αιμορραγία περιορίστηκε με την ακινητοποίηση και την μετάγγιση αίματος. Μετά την μετάγγιση οι εξετάσεις αίματος έδειξαν : Ht.=34% Hb.=11mg%</p> <p>Η ασθενής είναι ήρεμη και αναπαύεται.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Διαταραχή του ισοζυγίου των προσλανθανομένων και αποβαλλομένων υγρών.</p>	<p>Διατήρηση του ισοζυγίου των προσλανθανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>24ωρη μέτρηση των προσλανθανομένων και αποβαλλομένων υγρών της ασθενούς. Ενημέρωση της λογοδοσίας. Χορήγηση υγρών διαλυμάτων: L-R=2000cc και Sodium Cl=1000cc κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>Έγινε μέτρηση των προσλανθανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Τα αποβαλλόμενα υγρα βρέθηκαν 700/cc/24ωρο. Ενημερώθηκε η λογοδοσία. Χορηγήθηκε RL:1000cc 1x2 IV με ροή 5 σταγ./min κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>Το ισοζύγιο βρέθηκε αρνητικό. Ειδοποιήθηκε ο ιατρός για περαιτέρω έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας της ασθενούς.</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>α. Κίνδυνος ατονίας της κύστεως μετά την αφαίρεση του καθετήρα Foley.</p> <p>β. Κίνδυνος εμφάνισης ουρολοίμωξης από τον καθετήρα Foley στην ουροδόχο κύστη.</p>	<p>α. Φυσιολογική ούρηση μετά την αφαίρεση του καθετήρα.</p> <p>β. Προφύλαξη του αρρώστου από την ουρολοίμωξη.</p>	<p>α. Εφαρμογή ασκήσεων της ουροδόχου κύστεως</p> <p>β. Εφαρμογή προληπτικών μέτρων για την αποφυγή της ουρολοίμωξης.</p> <p>Καθαριότητα- αντισηψία των γεννητικών οργάνων.</p>	<p>α. Ο καθετήρας κλείνονταν και ανοίγονταν κάθε 1 ώρα για τη διατήρηση του τόνου της κύστης.</p> <p>β. Ακολουθήθηκε άσηπτη τεχνική στην εφαρμογή της νοσηλείας.</p> <p>Γίνεται καθημερινή φροντίδα των γεννητικών οργάνων με Betadine.</p>	<p>Η ασθενής δεν παρουσίασε πρόβλημα στη λειτουργία της κύστεως.</p> <p>Η ασθενής προφυλάχθηκε από την ουρολοίμωξη, με τα προληπτικά μέτρα που εφαρμόστηκαν.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:Κ.Μ.

ΗΛΙΚΙΑ:35ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:14-11-1999

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:Βαθύ θλαστικό στο επιγάστριο και πλάγιες κοιλιακές χώρες. Διπλό κάταγμα πήχεως.

Η ασθενής κατά την είσοδό της στην παθολογική κλινική εκδήλωσε σημεία δύσπνοιας συνοδεία θωρακικού άλγους. Εισήχθη στην κλινική με γύψο στο δεξί άνω άκρο και με ορό L-R. Επίσης έφερε και Folley ουροδόχου κύστεως.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:Α.Π.=110/60mm Hg-ΣΦ.=95/min.-
Θερμ.=35,6° C.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Αξονική άνω- κάτω κοιλίας (Βρέθηκε μεγάλη ποσότητα αιμορραγικού υγρού στην περιοχή του δουλάσιου καθώς και στις εντερικές έλικες.
2. Ακτινογραφία θώρακα (Αιμορραγικές θλάσεις δεξιού πνεύμονα.

Η επέμβαση της ασθενούς προγραμματίστηκε για τις15/11/1999.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Η ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα δύσπνοιας αμέσως μετά την εισαγωγή της στο τμήμα.</p>	<p>Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της δύσπνοιας.</p> <p>Τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση</p> <p>Χορήγηση O₂ κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>Δημιουργία κατάλληλων περιβαλλοντικών συνθηκών (όπως η θερμοκρασία, υγρασία και ο αερισμός του χώρου).</p> <p>Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και απομάκρυνση του επισκεπτηρίου.</p> <p>Διατήρηση της ηρεμίας της ασθενούς. Να της δοθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις για την κατάστασή της.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση.</p> <p>Χορηγήθηκαν 2lt O₂ με μάσκα , κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>Το επισκεπτήριο απομακρύνθηκε και η ασθενής βρίσκεται υπό την παρακολούθηση του νοσηλευτικού προσωπικού.</p> <p>Τονίστηκε στην ασθενή η ανάγκη να διατηρήσει την ψυχραιμία της, γιατί ο φόβος εντείνει τα συμπτώματα της δύσπνοιας, καθώς και ότι η κατάστασή της ελέγχεται.</p>	<p>Τα συμπτώματα της δύσπνοιας μειώθηκαν μετά την χορήγηση του O₂.</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Προεγχειρητική ετοιμασία του εντέρου.</p>	<p>Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα για αποφυγή δημουργιασαερίων μέσα στις εντερικές έλικες.</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς ότι θα γίνουν 2υψηλοί υποκλυσμοί ο ένας το απόγευμα της παραμονής τηςεγχείρησης και ο άλλος 6ώρες πριν την εγχείρηση. Διευκρίνιση στην ασθενή ότι η εκκένωση του εντέρου είναι απαραίτητη ώστε νααποφευχθεί η τρώση του κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επεμβασης. Σεβασμός της αξιοπρέπειας της ασθενούς.</p>	<p>Ενημερώθηκε η ασθενής για την αναγκαιότητα της νοσηλείας. Δόθηκε στην ασθενή η κατάλληλη θέση . Πραγματοποιήθηκε υψηλός υποκλυσμός(1000cc νέρου και 20cc γλυκερίνης)λίγες ώρες πριν την εγχείρηση Τοποθετήθηκε παραβάν κατά την διάρκεια της νοσηλείας, ενώ το επισκεπτήριο απομακρύνθηκε.</p>	<p>Λίγο μετά την νοσηλεία η ασθενής είχε μία κένωση.Ενημερώθηκε η λογοδοσία και ο ιατρός.</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
		<p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας του νέρου που θα χρησιμοποιηθεί ώστε να είναι ανεκτή από την ασθενή.</p> <p>Να γίνουν ήπιες κινήσεις κατά την εφαρμογή του υποκλισμού για αποφυγή τραυματισμού του εντέρου.</p>	<p>Η θερμοκρασία του νέρου ρυθμίστηκε στους 37,5ο C.</p> <p>Ο υποκλισμός έγινε με ιδιαίτερα ήπιους χειρισμούς.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Καθαριότητα σώματος</p>	<p>Για τη καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος.</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς για την νοσηλεία που θα της γίνει και ενθάρυνση για συνεργασία.</p> <p>Απομάκρυνση του επισκεπτηρίου και τοποθέτηση παραβάν ώστε να αποφευχθούν αισθήματα ντροπής και άγχους από την ασθενή.</p> <p>Καλό σαπούνισμα του σώματος και απολύμανση με αντισηπτικό υγρό.</p>	<p>Η ασθενής ενημερώθηκε για την εφαρμογή και το σκοπό της νοσηλείας και έδειξε προθυμία στη συνεργασία.</p> <p>Απομακρύνθηκε το επισκεπτήριο και τοποθετήθηκε το παραβάν.</p> <p>Η καθαριότητα έγινε με αντισηπτικό υγρό Habitat.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε το λουτρό καθαριότητας στις 5 μ.μ. Η ασθενής κοιμήθηκε καθαρή και ήρεμη.</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Το βράδυ τις 14/11/99 η ασθενής εκδήλωσε έντονη ανησυχία και φόβο.</p>	<p>Μείωση της ανησυχίας και του φόβου.</p>	<p>Ενθάρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους της.</p> <p>Διευκρίνιση στην ασθενή της σκοπιμότητας της επέμβασης και δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης για το ίδρυμα που τηνπεριθάλλπει.</p> <p>Επίτευξη ψυχικής ηρεμίας και ισορροπίας.</p>	<p>Η ασθενής μετά από παρότρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού εξέφρασε φόβους για την πορεία της υγείας της.</p> <p>Δόθηκαν στην ασθενή όλες οι απαραίτητες διευκρινήσεις, για τη σκοπιμότητα της επέμβασης η όποια και θα συμβάλει στην αποκατάσταση της υγείας της.</p> <p>Εξασφαλίστηκε ένα ήρεμο περιβάλλον στην ασθενή με την απομάκρυνση του επισκεπτηρίου και τη μείωση των θορύβων.</p>	<p>Η συζήτηση αποτέλεσε ένα τρόπο εκτόνωσης της ψυχικής φόρτισης της ασθενούς.</p> <p>Όντας πιο ήρεμη και χαλαρή προσπαθεί να κοιμηθεί.</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Η ασθενής την 3η μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε σημεία μόλυνσης στο τραύμα.</p>	<p>α. Να βρεθούν και να εξουδετερωθούν οι παράγοντες που συμβάλουν στη μόλυνση. β. Να αντιμετωπιστούν τα δυσάρεστα σημεία της μόλυνσης</p>	<p>Τήρηση άσηπτων τεχνικών και χρησιμοποίηση αποστειρωμένων εργαλείων -γαζών κατά τις αλλαγές. Παρακολούθηση εμφάνισης σημείων φλεγμονής(ερυθρότητα,πόνος)</p> <p>Εφαρμογή εδρόλουτρων 2 φορές την ημέρα.</p> <p>Τήρηση συχνής λήψης ζωτικών σημείων και αναγραφή αυτών στο δελτίο νοσηλείας.</p> <p>Χορήγηση ειδικού αντιβιοτικού μετά από καλλιέργια του υγρού του τραύματος κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>Τηρούνται αυστηρά οι κανόνες ασηψίας.Γίνεται σχολαστικό πλύσιμο και χρησιμοποίηση αποστειρωμένων εργαλείων-γαζών .</p> <p>Παρατηρήθηκαν σημεία φλεγμονής.Το τραύμα βρέθηκε οίδηματώδες και ζεστο.</p> <p>Έγινε εδρόλουτρο το πρωί.</p> <p>Τηρείται 3ωρη λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς.</p> <p>Χορηγείται αντιβιοτικό Briklin 1gr. & Flagyl 1gr. 1x3 κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>Η τήρηση των άσηπτων τεχνικών προλαμβάνει επέκταση της μόλυνσης.</p> <p>Τα εδρόλουτρα ανακουφίζουν απ'τον πόνο.</p> <p>Η χορήγηση των αντιβιοτικών συμβάλει στην υποχώρηση των συμπτωμάτων της φλεγμονής</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Κίνδυνος επιπλοκών από την εφαρμογή γύψου</p>	<p>Εφαρμογή μέτρων που αποβλέπουν στην πρόληψη επιπλοκών από το γύψο.</p>	<p>Ιδιαίτερη παρακολούθηση για σημεία πίεσης και κακής κυκλοφορίας. Έλεγχος θερμοκρασίας και χρώματος δακτύλων</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς ότι χρήζει ιδιαίτερης σημασίας να αναφέρει αμέσως οποιοδήποτε αίσθημα πόνου νιώσει στη περιοχή του γύψου ή γύρω απ' αυτή.</p> <p>Ανύψωση του άκρου για μείωση και έλεγχο του οιδήματος.</p> <p>Διδασκαλία της ασθενούς για εκτέλεση ασκήσεων του σκέλους που βρίσκονται στο γύψο, για διατήρηση της δύναμης των μυών.</p>	<p>Εξετάστηκαν τα δάκτυλα του άκρου που είναι στο γύψο αν είναι ψυχρά,ώχρα ή κυανωτικά.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής ότι πρέπει να αναφέρει εγκαίρως οποιοδήποτε αίσθημα πόνου νιώσει στην περιοχή του γύψου.</p> <p>Τοποθετήθηκε το άκρο με το γύψο, πάνω σε μαξιλάρι.</p> <p>Δόθηκαν οδηγίες στην ασθενή για τον τρόπο εκτέλεσης ασκήσεων.</p>	<p>Η ασθενής νιώθει άνετα και δεν παραπονιέται για πόνο.</p> <p>Το χρώμα και η θερμοκρασία του άκρου είναι φυσιολογικά.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Την 6η μετεγχειρητική ήμερα η ασθενής παραπονείται για έντονους πόνους στη κοιλιά(μετεωρισμός της κοιλιάς).</p>	<p>α. Ανακούφιση των συμπτωμάτων. β. Ενίσχυση της λειτουργίας του εντέρου</p>	<p>Ενθάρυνση της ασθενούς για τακτική, ανελλιπή και επίμονη προσπάθεια για κένωση του εντέρου καθορισμένη ώρα. Ενημέρωση της ασθενούς πως η λειτουργία του εντέρου ενισχύεται με τη λήψη υγρών. Προσθήκη στο διαιτολόγιο της ασθενούς τροφών που περιέχουν κυτταρίνη και έχουν καθαρική δράση στο έντερο. Να γίνει καθαρικός υποκλυσμός, κατόπιν ιατρική εντολής.</p>	<p>Η ασθενής ενθαρύνθηκε για τακτική και επίμονη προσπάθεια κένωσης του εντέρου, κυρίως της πρωινές και απογευματινές ώρες Ενημερώθηκε η κουζίνα για την προσθήκη στο διαιτολόγιο της ασθενούς τροφών με κυτταρίνη. Έγινε καθαρικός υποκλυσμός μικρός, εξαιτίας του τραυματισμού που είχε υποστεί το έντερο, κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>Η ασθενής δείχνει πρόθυμη να ακολουθήσει τις οδηγίες που της δόθηκαν προκειμένου να επανέλθει η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου της.</p>



ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνοπτικά ο μηχανισμός των κακώσεων των ενδοκοιλιακών σπλάχνων είναι η δράση άμεση βίας στη κοιλία, όπως η σύνθλιψη ή η σύγκρουση του ατόμου σε σταθερό σημείο ή η δράση έμμεσης βίας, όπως η πτώση από ύψος και η απότομη μετακίνηση των σπλάχνων από την αδράνεια.

Οι βασικές βιολογικές αντιδράσεις μετά από κακώσεις των ενδοκοιλιακών οργάνων είναι η αιμορραγία η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα μπορεί να οδηγήσει σε μεθαιμορραγική καταπληξία.

Η θνητότητα μετά από κλειστές κακώσεις της κοιλίας κυμαίνεται μεταξύ 20-30% ενώ αυξάνεται σε πολυτραυματίες και σε άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών. Σε τραυματισμούς 4 ή περισσότερων οργάνων η θνητότητα είναι μεγαλύτερη από 40%.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με κάκωση οργάνου της κοιλίας συνίσταται στην άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της αιμορραγίας και στην πρόληψη του καρδιοκυκλοφορικού shock.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Ασκητοπούλου Κ. Ελένη:**Επείγουσα και εντατική ιατρική, Εκδόσεις Λίτσας.
2. **Γολεμάτης Χ. Βασίλειος:**Χειρουργική Παθολογία, Τόμος 2^{ος}, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
3. **Λαζαρίδης Π. Δημητρίου:**Μεταπτυχιακή Χειρουργική Αφιέρωμα στον Π. Κόκκαλη, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993.
4. **Μαλγαρινού Μ.Α.-Κωνσταντινίδου Σ.Φ.:**Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α', Έκδοση 18^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1994.
5. **Μούγιας Α.:**Χειρουργικές Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση Β', Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1971.
6. **Παναγιωτόπουλος Γ.- Παπαλάμπρος Σ.:** Χειρουργική, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1991.
7. **Ραγιά Χρ. Αφροδίτη :**Βασική Νοσηλευτική, Έκδοση Β', Αθήνα 1991.
8. **Σαχίνη Καρδάση Άννα- Πάνου Μαρία:**Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση Δ', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994.
9. **Σαχίνη Καρδάση Άννα- Πάνου Μαρία:**Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση Δ', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994.
10. **Σπαρούνης Ν. Χαράλαμπος:**Γενική Χειρουργική, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1989.
11. **Τούντας Κ. Ι.:**Επίτομος Χειρουργική, Τεύχος 3^ο, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1981.
12. **Τουτουζά Παύλου:**Καρδιολογία, Έκδοση Β', Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός.
13. **Advanced Trauma Life Support Course For Physicians:** Έκδοση Ελληνική, Μετάφραση & Επιμέλεια: Τουλιάτος Σ. Αλέξανδρος.

14. Kahlen-Leonard H.- Platzer W.:Εγχειρίδιο Ανατομίας του Ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα,Μετάφραση-Επιμέλεια: Παπαδόπουλος Ν., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.