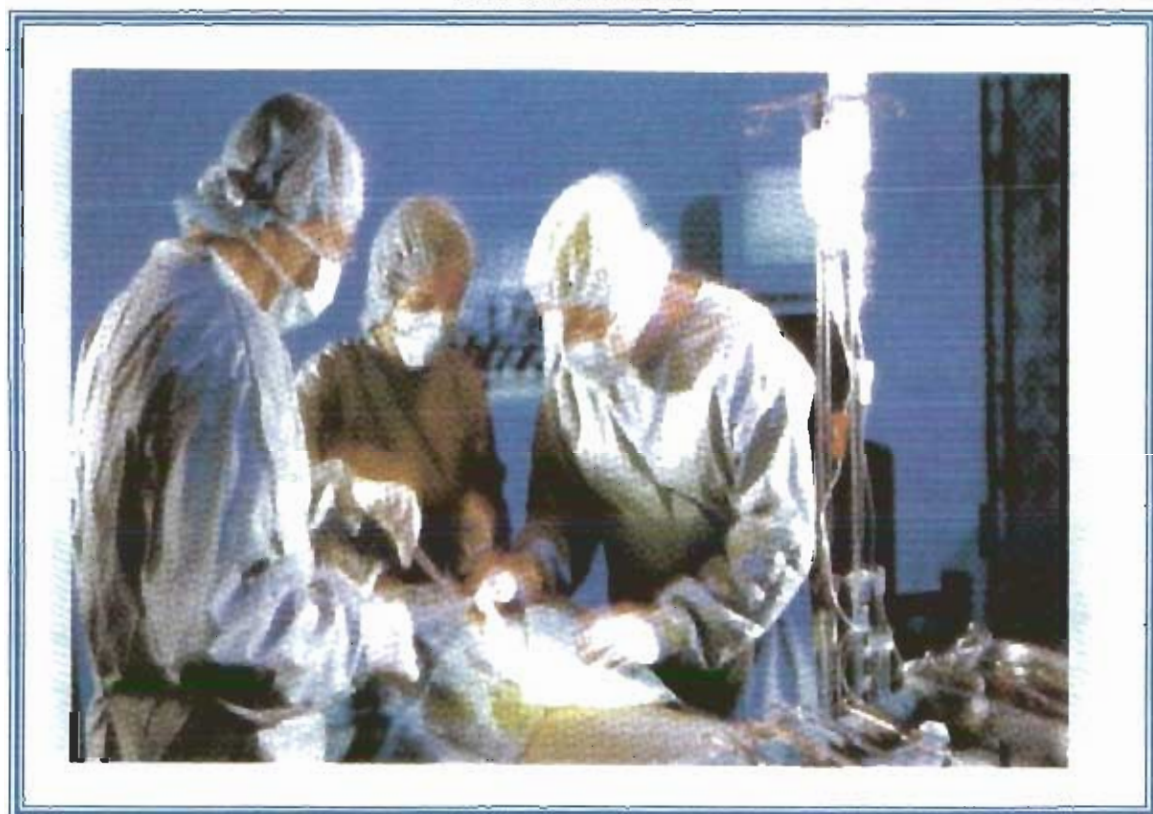


ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΚΑΔΑ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΩ
ΚΒΑΛΛΙΕΡΑΤΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
κ. ΣΛΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ





Ευχαριστούμε θερμά,
Την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας
μας κα. Σαλάτα Αποστολία για την πολύτιμη βοήθεια
και συνεργασία της στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς μας.
Επίσης ευχαριστούμε θερμά όλους όσους συνέβαλαν στην
ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	1
Εισαγωγή.....	4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός προεγχειρητικής ετοιμασίας.....	5
1.2. Προεγχειρητική ετοιμασία.....	5
1.3. Προεγχειρητική ενημέρωση – πληροφόρηση του ασθενούς – διδασκαλία του ασθενούς και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	5
1.4. Προεγχειρητική ανησυχία – άγχος:ο ρόλος του νοσηλευτή.....	7
1.5. Ψυχολογική προετοιμασία.....	7
1.6. Φυσική προετοιμασία.....	8
1.7. Ειδικές εξετάσεις.....	10
1.8. Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.....	11
1.9. Άμεσες προεγχειρητικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Δωμάτιο ανάνηψης.....	14
2.2. Ανάγκες αρρώστου μετά την πλήρη ανάνηψη.....	14
2.3. Έγερση του αρρώστου.....	15
2.4. Ορισμός τραύματος και η φροντίδα του χειρουργικού τραύματος.....	16
2.5. Παράγοντες που επιδρούν στην επούλωση του τραύματος.....	17
2.6. Πρόληψη μολύνσεων χειρουργικού τραύματος.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Πόνος και ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακούφισή του.....	19
3.2. Έμετος.....	23
3.3. Ανησυχία – δυσφορία.....	24
3.4. Δίψα.....	25
3.5. Διάταση του εντέρου.....	25
3.6. Διάταση κύστης.....	25
3.7. Δυσκοιλιότητα.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας.....	26
4.2. Επιπλοκές ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και τεχνητής διατροφής.....	27
4.3. Μετεγχειρητικές λοιμώξεις.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1.Ορισμός αναισθησίας.....	39
5.2.Είδη αναισθησίας.....	40
5.3.Προδιαθέσιμοι παράγοντες και επιπλοκές από την αναισθησία.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1.Ορισμός επιπλοκής.....	43
6.2.Ταξινόμηση συστημάτων.....	43
6.3.Ειδικές ή τοπικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1.Παρωτίτιδα.....	45
7.2.Διάταση του στομάχου.....	46
7.3.Μετεωρισμός.....	47
7.4.Παραλυτικός ειλεός.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1.Πνευμονία-ατελεκτασία.....	51
8.2.Πνευμονική εμβολή.....	53
8.3.Λσφυξία.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1.Θρομβοφλεβίτιδες.....	57
9.2.Καταπληξία (shock).....	59
9.2.1.Ταξινόμηση καταπληξίας.....	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1.Επίσχεση ούρων.....	68
10.2.Οξεία νεφρική ανεπάρκεια.....	69
10.3.Ουρολοίμωξη.....	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1.Αιμορραγία.....	80
11.2.Μόλυνση του τραύματος.....	82
11.3.Ρήξη τραύματος.....	85

Συμπεράσματα.....	88
Προτάσεις.....	89

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Βιβλιογραφία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

“If it wasn’t for bleeding every body would do surgery”.

ROB. FREEARK.

Παραφράζοντας το παραπάνω επίγραμμα θα μπορούσαμε να πούμε ότι, αν δεν υπήρχε ο κίνδυνος των επιπλοκών, κατά την διεγχειρητική ή μετεγχειρητική περίοδο, η χειρουργική θα ήταν μια εύκολη υπόθεση. Δυστυχώς όμως το ενδεχόμενο μιας επιπλοκής συνοδεύει κάθε χειρουργική πράξη. Και είναι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές υπεύθυνες όχι μόνο για την διατάραξη των σχέσεων του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού με τον ίδιο τον άρρωστο και το οικογενειακό του περιβάλλον. Κάπου εκεί χάνεται και η εμπιστοσύνη, η πίστη και η ελπίδα για το αποτέλεσμα, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα στην κοινή προσπάθεια που αποβλέπει στην αποκατάσταση της διαταραγμένης υγείας ενός ανθρώπου.

Βέβαια, σε κάθε ενέργεια το αποτέλεσμα είναι που κρίνει και δικαιώνει την πράξη. Στην Ιατρική όμως αυτό το αποτέλεσμα έχει έντονο το δραματικό στοιχείο, γιατί μπορεί να σημαίνει ζωή ή θάνατο.

Μία ομαλή μετεγχειρητική περίοδος δίνει ελπίδα στον άρρωστο και ικανοποίηση σ’ όλους όσους μόχθησαν γι’ αυτό το αποτέλεσμα (Ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό). Δυστυχώς όμως δεν είναι σπάνιες οι επιπλοκές, επιπλοκές μικρές και ασήμαντες και άλλες μεγάλες ή τραγικές, επιπλοκές που αφορούν στη διεγχειρητική περίοδο ή τη μετεγχειρητική.

Είναι η ώρα που δοκιμάζεται η διαγνωστική σκέψη, οι γνώσεις και η δεξιοτεχνία του χειρουργού, οι γνώσεις και η εμπειρία της νοσηλεύτριας/τη, διότι οι διαταραχές που επέρχονται σε ορισμένες από τις επιλοκές είναι θεμελιακές στη συνολική οικονομία του οργανισμού και οι θεραπευτικοί χειρισμοί που θα γίνουν απαιτούν σύνεση, στενή παρακολούθηση και κριτική ανάλυση για να οδηγήσουν τελικά στην αίσια έκβαση της υγείας του αρρώστου.

Οι μετεγχειρητικές επιλοκές όμως ευθύνονται και για ένα πολύ σημαντικό μέρος της έκρηξης στο κόστος της παροχής σωστής ιατρικής περίθαλψης. Διάφορες έρευνες έχουν καταδείξει ότι κάθε επιλοκή συνεπάγεται μεγάλη επιβάρυνση του κόστους νοσηλείας. Έχει υπολογισθεί ότι κάθε χειρουργική λοίμωξη επιπροσθέτει στο βασικό κόστος νοσηλείας τουλάχιστον 2 χιλιάδες δολάρια, και κατά μέσο όρο 17 πρόσθετες ημεραργίες.

Στατιστικές στη Βόρεια Αμερική μας λένε ότι η παράταση του μέσου χρόνου νοσηλείας κατά μία μόνο ημέρα οδηγεί στην επιβάρυνση κατά 2 δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο στη χώρα αυτή.

Βέβαια, η ανθρώπινη ζωή δεν είναι δυνατόν να αποτιμηθεί σε μονεταριστικούς όρους. Η πρόληψη όμως και η έγκαιρη θεραπεία των επιλοκών μπορεί να οδηγήσει στην εξοικονόμηση πόρων για σωστότερη πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η μακρόχρονη πείρα, έρευνες σε τομείς βασικών επιστημών ή εφαρμοσμένης κλινικής και η σύγχρονη τεχνολογία έχουν συντελέσει ώστε να έχουν επιτευχθεί εντυπωσιακές εξελίξεις στην αντιμετώπιση και των πιο πολύπλοκων χειρουργικών προβλημάτων.

Είναι λοιπόν καθήκον και υποχρέωση όλων όσων ασχολούνται με τον άνθρωπο, και φέρουν την άμεση αλλά ιερή ευθύνη της ζωής του, να είναι πάντα λεπτομερειακός

ενημερωμένοι στο σημερινό χείμαρρο των προσφερομένων γνώσεων και πρέπει όλοι ανελλιπώς να βρίσκονται πρωτοπόροι, στις νέες εξελίξεις της Ιατρικής.

«*Η* εξέλιξη είναι νόμος ζωής και εκείνοι που βλέπουν μόνο στο παρελθόν ή το παρόν είναι βέβαιο ότι θα χάσουν το μέλλον».

John Kennedy

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χειρουργική παρουσίασε αλματώδη πρόοδο τις τελευταίες δεκαετίες. Οι

παράγοντες που συντέλεσαν σ' αυτήν είναι πολλοί:

1. Κατανοήθηκε η φύση ορισμένων παθήσεων
2. Αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του ρόλου της υδατοηλεκτρολυτικής οξεοβασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου
3. Βελτιώθηκαν τα εργαλεία, οι συσκευές και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις
4. Προόδευσε η αναισθησιολογία, ώστε σήμερα να είναι δυνατές μεγάλες επεμβάσεις στην καρδιά, πνεύμονες και εγκέφαλο
5. Καταπολεμήθηκαν αποτελεσματικά οι λοιμώξεις
6. Συμπληρώθηκε η χειρουργική και με άλλες θεραπείες όπως η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία
7. Βελτιώθηκε η αποκατάσταση του χειρουργημένου αρρώστου με διάφορα τεχνητά μέλη του σώματος
8. Άλλαξε το πρίσμα μέσα από το οποίο η υγειονομική ομάδα βλέπει το χειρουργημένο άρρωστο. (Σαχίνη, Α' τόμος, 1997, σ.105).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

Η προεγχειρητική προετοιμασία ορίζεται ως: οι διαδικασίες που γίνονται, από τους νοσηλευτές, για την προετοιμασία του ασθενούς, για τη χειρουργική διαδικασία και για την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, και είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας. (Κοτρωτσιού-Θεοδοσοπούλου, 2001, σ.413).

1.2. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του. (Σαχίνη, Α΄τόμος, 1997, σ.106).

1.3. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η προεγχειρητική ενημέρωση-πληροφόρηση επιτυγχάνεται διαμέσου της επικοινωνίας ασθενούς-νοσηλευτή και της διδασκαλίας, η οποία παρέχεται από τον υπολογιστή.

Η προεγχειρητική περίοδος είναι, αναμφισβήτητα, μια από τις τραυματικές περιόδους της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Πολλοί ασθενείς είναι τρομαγμένοι και υποφέρουν από έντονο άγχος.

Η προαγωγή της προεγχειρητικής ενημέρωσης-πληροφόρησης όχι μόνο καθιστά τον ασθενή καλύτερα προετοιμασμένο για το χειρουργείο, αλλά μπορεί, επίσης, να βοηθήσει στην ανάρρωσή του.

Η διδασκαλία σύμφωνα με την Ένωση Αμερικανικών Νοσοκομείων, αποτελεί ένα από τα δικαιώματα των ασθενών και μια από τις νόμιμες επαγγελματικές ευθύνες του νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής παρέχει διδασκαλία σε πολλά επίπεδα, στον έλεγχο του κινδύνου και στην πρόληψη της ασθένειας, στη διατήρηση της υγείας και στην αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας και της ευημερίας. Η διδασκαλία παρέχεται στο σπίτι, στην κοινότητα, στο νοσοκομείο, στις κλινικές και αλλού. Η διδασκαλία αποτελεί μια από τις δυο διεργασίες που αποτελούν την εκπαίδευση. Η άλλη διεργασία είναι η μάθηση.

Όλοι οι ασθενείς έχουν μαθησιακές ανάγκες. Η μάθηση επιτυγχάνεται πιο εύκολα όταν το άτομο επιθυμεί να μάθει.

Η μάθηση περιλαμβάνει το γνωστικό, το συγκινησιακό, και το ψυχοκοινωνικό πεδίο. Στο παρελθόν, οι νοσηλευτές επικεντρώνονταν στο ψυχοκοινωνικό, κυρίως, πεδίο. Τώρα ενθαρρύνονται να συμπεριλαμβάνουν και τα άλλα επίπεδα σε ένα μαθησιακό συμβάν.

Έχουν αναγνωρισθεί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν θετικά τη διεργασία της μάθησης. Αυτοί είναι το κίνητρο, που σημαίνει επιθυμία για μάθηση, η ετοιμότητα, που σημαίνει κίνητρο για μάθηση σε ένα συγκεκριμένο χρόνο, και η ανατροφοδότηση που αποτελεί τις πληροφορίες ή την υποστήριξη που δίνονται στο μαθητή από το δάσκαλο ή από τους άλλους μαθητές.

Παράγοντες όπως ο πόνος, το άγχος, η κούραση, η οπτική ή ακουστική βλάβη, ο φόβος και ο θυμός παρεμποδίζουν τη μαθησιακή διεργασία..(Κοτρωτσίου-Θεοδοσοπούλου, 2001,σ.28).

1.4. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ-ΑΓΧΟΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι περισσότεροι προεγχειρητικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποια ανησυχία ως αντίδραση σε σωματικούς και ψυχολογικούς αγχωτικούς παράγοντες, ανάλογα με το είδος της απειλής την οποία συσχετίζουν με την επέμβαση.

Ως σωματικοί αγχωτικοί παράγοντες θεωρούνται τα ερεθίσματα τα οποία απειλούν ότι θα προκαλέσουν σωματική βλάβη, πόνο και ενόχληση ή ακρωτηριασμό.

Ως ψυχολογικοί αγχωτικοί παράγοντες θεωρούνται ο αποχωρισμός, η μοναξιά και η εξάρτηση, τα οποία μειώνουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Σε αυτό το άρθρο συζητείται ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της προεγχειρητικής ανησυχίας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Έχουν ερευνηθεί εναλλακτικές νοσηλευτικές προσεγγίσεις για την ανακούφιση και την πρόληψη της προεγχειρητικής ανησυχίας: η προεγχειρητική εκπαίδευση, οι προπαρασκευαστικές αισθητήριες πληροφορίες, η ενεργητική ακρόαση.

Οι νοσηλευτικές ενέργειες εστιάζονται στην ανακούφιση του προβλήματος της υγείας απομακρύνοντας τα αίτια της ανησυχίας. (Κοτρωτσίου-Αργυρούδης, 2001, σ.39).

1.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η εξασφάλιση στον χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας, δραστηριότητα του νοσηλευτή. Η στάση του αρρώστου

απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του αρρώστου για τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης stress από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Άλλοι παράγοντες, εκτός από την χειρουργική επέμβαση, που μπορούν να προκαλέσουν φόβο και αγωνία είναι: το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια για το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα.

Ο νοσηλευτής, με τον ειδικό μοναδικό του ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση. Επιπλέον, πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στον νοσηλευτή, λόγω της προθυμίας του να ακούσει τον άρρωστο, απ' ότι στους συγγενείς τους. (Σαχίνη, τόμος Α, 1997, σ.107).

1.6. ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

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

Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση διότι:

- ♣ Έχει μικρή αντοχή στο stress

- ♣ Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα
- ♣ Είναι επιρρεπής στο shock και στην αιμορραγία εξαιτίας της υπονατρίαμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου
- ♣ Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος του εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Χρόνιες ασθένειες που πρέπει να αντιμετωπιστούν προεγχειρητικά είναι:

Ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος του Addison, νεφρικές, καρδιακές, ηπατικές και ορμονικές διαταραχές.

Ο αλκοολισμός κάνει τα άτομα ευαίσθητα σε περίοδο τραυματικού stress. Όταν η επέμβαση είναι μικρή γίνεται με τοπική ή στελεχειαία αναισθησία. Αν είναι μεγάλη και πρέπει να γίνει, εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας που χορηγείται ενδοτραχειακή νάρκωση και παίρνεται κάθε μέτρο για αποφυγή εμετού.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην παχυσαρκία γιατί προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως: διαπύηση του τραύματος και εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά:

- ♣ Αντιδρούν λιγότερα έντονα στο stress
- ♣ Δεν αντέχουν στην αφυδάτωση
- ♣ Παρουσιάζουν ευκολότερα shock.

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για

ομοιόσταση με αποτέλεσμα τη μικρότερη αντοχή στο stress. Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό. Το αίσθημα της δίψας δεν είναι αξιόπιστος δείκτης των αναγκών τους σε υγρά. Δεν είναι ασυνήθης η μέτρια ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών και πριν από την επέμβαση.

Η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση για τον υπερήλικα, γιατί αν δεν διορθωθεί έγκαιρα προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το shock εξάλλου μεταπίπτει πιο γρήγορα στη μη ανατάξιμη μορφή του.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολογικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη διαίτα και δραστηριότητα..(Σαχίνη, τόμος Α, 1997,σ.110).

1.7. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας, πριν από τη γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης ελέγχεται η πηκτικότητα του αίματος. Εξαιτίας του stress ελαττώνεται ο χρόνος πήξης, γι' αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν από την εγχείρηση προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης.

Στις μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, που μπορεί ο άρρωστος να χρειασθεί αίμα, γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση.

Σε πολλά νοσοκομεία, η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας.

Όταν πρόκειται για μεγάλες λαπαροτομίες εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός καθετήρας. Όταν η χειρουργική επέμβαση αφορά το έντερο γίνεται αντισηψία του με αντισηπτικό του εντέρου που παίρνει ο άρρωστος επί πέντε ημέρες.

Όταν πρόκειται για επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο, γίνεται καθετηριασμός με μόνιμο καθετήρα, που μένει κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετά απ' αυτήν.

Εξάλλου επεμβάσεις στον κόλπο απαιτούν κοιλικές πλύσεις.(www.greekmedexams.freewebspase.com).

1.8. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά, ετοιμάζεται με καθετηριασμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν, κατά λάθος δημιουργηθεί λύση της συνέχειας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση.

Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθούν ο ομφαλός, τα νύχια και τα μαλλιά..(Μαλγαρινού, τόμος Α, 1997,σ.241).

1.9. ΑΜΕΣΣΕΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου.

Αν η εγχείρηση προγραμματιστεί για το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά διαίτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι τέσσερις ώρες πριν την επέμβαση.

Πριν από την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο ο νοσηλεύτης:

- ✚ Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα
- ✚ Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες τεχνητά μέλη
- ✚ Αφαιρεί δαχτυλίδια και άλλα κοσμήματα
- ✚ Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης
- ✚ Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου
- ✚ Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται
- ✚ Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο, και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση
- ✚ Ελέγχει ταινία αναγνώρισης για να βεβαιωθεί ότι είναι ευανάγνωστη, ακριβής και καλά στερεωμένη
- ✚ Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του, ελέγχει και φέρνει οποιαδήποτε ειδική οδηγία, όπως εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα ή έναρξης ενδοφλέβιας γραμμής
- ✚ Επαληθεύει ότι ο άρρωστος δεν έφαγε τις οχτώ τελευταίες ώρες και ότι πήρε υγρά για τουλάχιστον τέσσερις ώρες
- ✚ Αφαιρεί το χρώμα από βαμμένα νύχια, για να δυνατόν ο έλεγχος τους για κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση

- ✦ Φροντίζει για την ασφαλή μεταφορά του αρρώστου στο φορείο, συνοδεύει τον άρρωστο στο χειρουργείο και παραμένει κοντά του ώσπου να του δοθεί αναισθησία
- ✦ Εξασφαλίζει τρόπο επικοινωνίας με τους συγγενείς.(Σαχίνη, τόμος Α, 1997,σ.116).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

2.1. ΔΩΜΑΤΙΟ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

Αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές και άλλο προσωπικό. Η χρησιμοποίησή του έχει, πρακτικά, εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Επίσης τα απαραίτητα μηχανήματα είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανανήψει, δηλαδή, αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές του σταθεροποιηθούν μετά την χειρουργική επέμβαση. (Σαχίνη, τόμος Α, 1997, σ.125).

2.2. ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΑΝΑΝΗΨΗ

Θέση αρρώστου στο κρεβάτι: Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι: 1}πνευμονικές 2}κυκλοφορικές 3}ουροποιητικές 4}πεπτικές 5}από το τραύμα 6}από τους μυς 7}από τις αρθρώσεις. Οι θέσεις είναι: 1}ύπτια θέση 2}πλάγια θέση 3}θέση Trendelenburg.

Σίτιση: Η ναυτία, οι γαστρεντερικές επεμβάσεις και η συνεχής γαστρεντερική

αναρρόφηση δεν επιτρέπουν τη λήψη υγρών από το στόμα γι' αυτό χορηγούνται ενδοφλέβια.

Όταν επιτραπεί η από το στόμα σίτιση, η νοσοκόμα πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει εκείνα τα σιτία που θα αναπληρώσουν τις ένδειες του π.χ. ένας άρρωστος με ειλεοστομία πρέπει να πάρει σιτία με πολύ κάλιο, ένας άρρωστος με χολοκυστεκτομή πρέπει να πάρει σιτία με πολύ νάτριο.

Βέβαια πρέπει να παίρνονται υπόψη καταστάσεις που τυχόν συνυπάρχουν όπως νεφρική ανεπάρκεια στη χορήγηση καλίου και καρδιοπάθεια στη χορήγηση νατρίου. Ο άρρωστος πρέπει να πάρει πλήρη διαίτα όσο πιο γρήγορα είναι δυνατό, επειδή η καλή διατροφή μειώνει τη διάρκεια και τις επιπλοκές της ανάρρωσης. (Σαχίνη, τόμος Α, 1997, σ.127).

2.3. ΕΓΕΡΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Μέσα στις πρώτες 24-28 ώρες από την εγχείρηση σχεδόν όλοι οι χειρουργημένοι άρρωστοι, σήμερα σηκώνονται από το κρεβάτι.

Οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι:

- ↳ Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών
- ↳ Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος
- ↳ Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου
- ↳ Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα
- ↳ Μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο

Κατά την έγερση ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι βαριά πάσχοντες και οι υπερήλικες. Πρώτα τοποθετούνται στην ανάρρωση θέση ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνονται ζάλη. Κατόπιν στην καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνονται. Ο χρόνος που μένει ο άρρωστος μακριά από το κρεβάτι εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης, τη γενική του κατάσταση και την ηλικία του.

Αν, η έγκαιρη έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Αρχίζουν συνήθως μέσα στο πρώτο 24ωρο. Εκτελούνται κάτω από άμεση επίβλεψη και καθοδήγηση. (Σαχίνη, τόμος Α, 1997, σ.130).

2.4. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

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

- ♣ Παραγωγική φάση ή φάση φλεγμονής
- ♣ Φάση αναπαραγωγής κολλαγόνου
- ♣ Φάση ωρίμανσης

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

Τα τραύματα που δημιουργούνται με άσηπτες τεχνικές συνθήκες, όπως τα χειρουργικά, προκαλούν πολύ μικρή καταστροφή των ιστών και επουλώνονται κατά πρώτο σκοπό. (Σαχίνη, τόμος Α, 1997, σ.130).

2.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Οι παράγοντες που επιδρούν στην επούλωση είναι:

1) Τοπικοί: επιβραδύνουν την επούλωση,

- ✦ Συλλογή αίματος ή πλάσματος στο τραύμα [οίδημα],
- ✦ Ξένα σώματα [σκόνη, τεμάχια ξύλου, υφάσματος, κ.λ.π.],
- ✦ Ανεπαρκής αιμάτωση,
- ✦ Η τοπική φλεγμονή του τραύματος.

Τοπικοί: επιταχύνουν την επούλωση:

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

2) Γενικοί παράγοντες. (Σαχίνη, τόμος Α, 1997, σ.131.- www.greekmedexams.freewebspace.com).

2.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Η προσπάθεια για την επιτέλεση μιας άσηπτης, κατά το δυνατό, περιποίησης τραύματος, αποτελεί βασικό καθήκον της αδελφής.

Όπως είναι γνωστό η μόλυνση ενός τραύματος μπορεί να προκληθεί από τις ακόλουθες πηγές:

- ✦ Από τη σκόνη του αέρα που κυκλοφορεί μέσα στους θαλάμους των ασθενών

- ✚ Από μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από το στόμα και τη μύτη του ιατρού και της αδελφής και φθάνουν στο τραύμα
- ✚ Από τα χέρια του ιατρού που βοηθάει και της αδελφής όταν δεν είναι απόλυτα καθαρά
- ✚ Από τη χρησιμοποίηση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων, όπως νεφροειδών, κ.λ.π.
- ✚ Από άλλα μολυσμένα τραύματα και
- ✚ Από επισκέπτες μικροβιοφορείς

Τα μέτρα που παίρνονται, για να μειωθούν οι μολύνσεις κατά την περιποίηση

τραύματος ασθενούς που γίνεται στο θάλαμο, είναι:

- ✚ Ο αέρας του θαλάμου: Κατά τις πρωινές ώρες αυξάνεται η περιεκτικότητα σε μικρόβια του αέρα του θαλάμου, διότι η τακτοποίηση του κρεβατιού του αρρώστου και του περιβάλλοντός του καθώς και η καθαριότητα του δαπέδου, το ξεσκόνισμα, κ.λ.π. γίνονται αυτές τις ώρες.
- ✚ Τα χέρια: Αν και τα χέρια δεν αποστειρώνονται, το φροντισμένο πλύσιμο πριν και μετά από κάθε αλλαγή θα απομακρύνει μικρόβια, ενώ κατά το διάστημα των αλλαγών δεν πρέπει τα χέρια να έρχονται σε επαφή με το τραύμα. Στην καθαριότητα των χεριών σπουδαίο ρόλο παίζουν τα κομμένα νύχια. Επίσης, η ασφαλής περιποίηση ενός τραύματος, εκτός από την κατάλληλη εκτέλεση της [άσηπτη τεχνική] απαιτεί και προετοιμασία του επιδεσμικού και άλλου υλικού, το οποίο θα χρειαστεί σ' αυτήν. (Μαλγαρινού, τόμος Α, 1997, σ.264).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ

Ορισμός: Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα, μία σύνθετη και καθαρά υποκειμενική προσωπική εμπειρία. Παράλληλα είναι και ένα σήμα κινδύνου, ένας προστατευτικός μηχανισμός, που κινητοποιεί τον πάσχοντα να ζητήσει ιατρική βοήθεια. Με την ευρύτερη έννοια του σήμερα, ο πόνος αποτελεί ένα ψυχικό και σωματικό συναίσθημα το οποίο αφενός μεν ταλαιπωρεί, φθείρει, καταπονεί και προκαλεί κατάθλιψη στον άνθρωπο αφετέρου δε, τον προειδοποιεί και τον προστατεύει από επικείμενα ή αρχόμενα νοσήματα..(Γαβριηλίδης, 2004, σ.8).

Ο πόνος επηρεάζεται από πολλούς και διάφορους εσωτερικούς παράγοντες, όπως προσωπικότητα του ατόμου, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, προηγούμενα βιώματα πόνου, ηλικία θρησκεία, κ.α. Το πολυσύνθετο και πολύπλοκο του φαινομένου του πόνου κάνει υπερβολικά δύσκολη τη διατύπωση ενός ικανοποιητικού ορισμού, την περιγραφή και την ερμηνεία του, την αξιολόγηση και μέτρησή του.(Αθανάτου, 2000,σ.77).

Αντίληψη του πόνου:

Η αντίληψη του πόνου, είναι μια αυτοτελής νευροφυσιολογική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει και τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου. Αντιπροσωπεύει τις συγκινησιακές και φυσιολογικές εκδηλώσεις που προκύπτουν από τον πόνο, ανάλογα με το τι αισθάνεται, τι πιστεύει και τι κάνει όταν πονάει. Είναι προφανές ότι η αντίδραση στον πόνο διαφέρει από άτομο σε άτομο και στο ίδιο το άτομο με την πάροδο του χρόνου και την πείρα που αποκτά στη ζωή. Σήμερα είναι γενικά

παραδεκτό ότι σε μια νόσο οι ψυχολογικοί παράγοντες δρουν μαζί με τους οργανικούς για την γένεση, την διατήρηση και την επιδείνωση του πόνου. Επιπλέον, οι παρεκκλίσεις ως προς την συμπεριφορά της πάθησης μπορούν να τον ενεργοποιήσουν και να τον τροποποιήσουν, επιπλέοντας ακόμα περισσότερο την εικόνα και κάνοντας τη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία ακόμα πιο δύσκολη. (Γαβριηλίδης, 2004, σ.12).

Οι νοσηλευτές έχουν έναν ιδιαίτερο και μοναδικό ρόλο στον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου. Είναι αυτοί που καλούνται συνήθως να εκτιμήσουν τον πόνο, να χορηγήσουν την αναλγησία και να εκτιμήσουν τα αποτελέσματά της. Οι νοσηλευτές σε όλα τα πλαίσια της πρακτικής φροντίζουν για τον άρρωστο που πονάει, αλλά οι χειρουργικοί νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα του πόνου πιο συχνά και σε καθημερινή βάση.

Έλεγχος του πόνου: Οι άνθρωποι είμαστε τα πιο ευαίσθητα πλάσματα στην εμπειρία του πόνου: όσο πλουσιότερος είναι ο εσωτερικός μας κόσμος τόσο μεγαλύτερες είναι οι διαβαθμίσεις του πόνου που μπορούμε να αισθανθούμε αλλά και τόσο περισσότερους μηχανισμούς άμυνας έχουμε. Είναι σημαντική λοιπόν η γνώση της προσωπικότητας του ασθενούς για να τον βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει τον πόνο. Ο πόνος είναι οδυνηρός και αυξάνεται με τον φόβο.

Οδηγίες για επιτυχία: Πρέπει να εκτιμήσουμε κάθε πόνο ξεχωριστά, μια και υπάρχουν πολλά είδη που απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση:

- ✦ Αναγνώριση και αντιμετώπιση του αιτίου όπου είναι δυνατόν
- ✦ Καταγραφή και παρακολούθηση της εξέλιξης του άλγους σε κάποιο διάγραμμα

- ↳ Χορήγηση αναλγητικών συστηματικά και όχι μόνο σε κρίση
- ↳ Επιλογή της κατάλληλης οδού χορήγησης
- ↳ Διαβεβαίωση ότι δεν κινδυνεύει η ζωή του (βοηθούν αρκετά στην αναλγησία). (Μπάλλας, 1987, σ.90).

Ο μετεγχειρητικός πόνος διαφέρει από τους άλλους τύπους πόνου, είναι το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης και θεραπείας.

Ταξινομείται ως οξύς πόνος, που αποτελεί ένα συνδυασμό ιστικής βλάβης, πόνου και άγχους. Είναι συχνά μικρής διάρκειας, με αρχή και τέλος αναγνωρίσιμα.

Ο μετεγχειρητικός πόνος συνοδεύεται συχνά από αλλαγές στην συμπεριφορά και από οργανικές αλλαγές, για π.χ. αλλαγές στην έκφραση του προσώπου, αυξημένο καρδιακό ρυθμό και μειωμένη πίεση αίματος.

Τρεις είναι οι πιο πιθανές αιτίες οι οποίες οδηγούν στον ανεπαρκή έλεγχο του πόνου. Αυτές είναι:

- ↳ Το εκπαιδευτικό έλλειμμα
- ↳ Η ανεπαρκής εκτίμηση και
- ↳ Οι επικρατούσες στάσεις και παρανοήσεις

Οι ασθενείς μπορεί να αρνούνται ότι πονούν για διάφορους λόγους, που μπορεί να είναι:

- ↳ Άρνηση
- ↳ Εγκατάλειψη
- ↳ Επιθυμία να ευχαριστήσουν
- ↳ Φόβος εθισμού.(Κοτρωτσίου - Λεμονίδου, 1999, σ.335).

Αξιολόγηση του πόνου. Η αξιολόγηση του πόνου βασίζεται στις υποκειμενικές

πληροφορίες του αρρώστου και στις αντικειμενικές που ο νοσηλευτής θα παρατηρήσει. Η σύνθεση των πληροφοριών αυτών είναι αναγκαία για την ακριβή νοσηλευτική διάγνωση.(Αθανάτου, 2000,σ.81).

Τρόποι αξιολόγησης του πόνου. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τρόποι, που ο καθένας έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του. Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά δύο τρόποι:

- ↳ Κλίμακα συμπτωμάτων με ερωτήσεις προς τον άρρωστο που διαμορφώνονται σε κατάλογο που αποτελεί οδηγό.
- ↳ Αριθμητική κλίμακα..(Αθανάτου, 2000,σ.81).

Πρόληψη και ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο. Για την πρόληψη και ανακούφιση του πόνου ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπόψη του τις παρακάτω αρχές:

- ↳ Η ανακούφιση του πόνου πρέπει να έχει προτεραιότητα Στη φροντίδα του αρρώστου
- ↳ Κάθε πόνος είναι πραγματικός, άσχετα αν υπάρχει ή όχι γνωστή αιτιολογία. Και ο ψυχογενής πόνος μπορεί να έχει σωματική εντόπιση και να μοιάζει με το σωματικό πόνο, στοιχείο που συχνά μας παρασύρει σε απαράδεκτους χαρακτηρισμούς για τον άρρωστο. Ο πόνος βιώνεται διαφορετικά από κάθε άτομο, έστω και αν είναι ίδια η αιτία
- ↳ Ο κάθε άρρωστος αντιδρά με διαφορετικό τρόπο. Αυτός μόνο μπορεί να πει τι είναι εκείνο που τον ανακουφίζει. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι ευθύνη του νοσηλευτή και του ίδιου του αρρώστου

- ✦ Ο πόνος, είναι γεγονός, ότι είναι μία παρουσία στη ζωή μας. Για να δοθεί η αποτελεσματική και ειρηνική μάχη για την πρόληψη και ανακούφιση του είναι απαραίτητη και η αισθητά έντονη παρουσία του νοσηλευτή κοντά στον άρρωστο.(Αθανάτου, 2000,σ.82).

3.2. ΕΜΕΤΟΣ

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

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

Καθήκον του νοσηλευτή είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμετού. Αν η φαρμακευτική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη, προτιμούνται τα βαρβιτουρικά βραχείου δράσης.

Ο μετεγχειρητικός εμετός διακρίνεται:

- ✦ Στον έμετο κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού
- ✦ Στον έμετο που διαρκεί κατά την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύχτα
- ✦ Στον έμετο που συνεχίζεται

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

- ✦ Παρενέργειες από την αναισθησία

- ↳ Παράλυση της εντερικής λειτουργίας για περίοδο πιο μεγάλη από τη συνηθισμένη εξαιτίας σοβαρής βλάβης των κοιλιακών οργάνων κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Αντιμετωπίζεται με ρινογαστρική αναρρόφηση
- ↳ Ευαισθησία σε φάρμακα οπότε παρουσιάζεται μετά την χορήγησή τους.

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

αίτια:

- ↳ Εντερική απόφραξη
- ↳ Οξεία διάταση του στομάχου
- ↳ Ουραιμία ή νεφρική ανεπάρκεια
- ↳ Λιμορραγία στις εγχειρήσεις στομάχου
- ↳ Περιτονίτιδα.(Σαχίνη, τόμος Α, 1997,σ.133).

3.3. ΑΝΗΣΥΧΙΑ-ΔΥΣΦΟΡΙΑ

Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι:

- ↳ Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος
- ↳ Επίσχεση ούρων
- ↳ Μετεωρισμός και λόξιγκας
- ↳ Αϋπνία

3.4. ΔΙΨΑ

*Η*δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.(Σαχίνη, τόμος Α, 1997,σ.134).

3.5. ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταση για 24-48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση.(Σαχίνη, τόμος Α, 1997, σ.135).

3.6. ΔΙΑΤΑΣΗ ΚΥΣΤΗΣ

Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από επεμβάσεις του ορθού, πρωκτού, κόλπου, κήλης και επεμβάσεων στο επιγάστριο. Οφείλεται σε σπασμό του σφικτήρα.(Σαχίνη, τόμος Α, 1997,σ.135).

3.7. ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Αίτια τη μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

- ↳ Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης
- ↳ Τοπική φλεγμονή
- ↳ Περιτονίτιδα
- ↳ Τοπικό απόστημα..(Σαχίνη, τόμος Α, 1997,σ.135).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΝΕΡΟΥ, ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ ΚΑΙ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

- **Περίσσεια νερού.**(σύνδρομο αραιώσης ή τοξίκωση με νερό ή υπονατρίαμια). Η διαταραχή αυτή συμβαίνει συχνότερα την 1^η ή 2^η μετεγχειρητική ημέρα εξαιτίας της κατακράτησης νερού, που είναι απόκριση στο stress, όταν χορηγούνται στον άρρωστο μεγάλες ποσότητες διαλύματος 5% γλυκόζης σε απεσταγμένο νερό.(Σαχίνη, τόμος Α, 1997,σ.135).
- **Αναπνευστική οξέωση.** Κανονικά το CO₂ αποβάλλεται από τους πνεύμονες κατά την εκπνοή. Αναπνευστική οξέωση συμβαίνει όταν οι πνεύμονες κατακρατούν διοξείδιο του άνθρακα, αυτό γίνεται εξαιτίας ελάττωσης του βάθους των αναπνοών ή απόφραξης των αεραγωγών. Ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μιας ή μερικών από τις **ακόλουθες αιτίες:**
 - ↓ Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας
 - ↓ Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων εξαιτίας ατελεκτασίας, πνευμονίας, ή βρογχικής απόφραξης
 - ↓ Καταστολή αναπνοής εξαιτίας χορήγησης μεγάλων δόσεων ναρκωτικών,
 - ↓ Επιπόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης και πόνου,
 - ↓ Εισπνοή μεγάλης ποσότητας CO₂ κατά την αναισθησία.(Παπαδημητρίου-Ανδρουλάκης, 1989,σ.97).
- **Άλλες διαταραχές:**
 - ↓ **Γαστροπληγία,** μπορεί να συμβεί μέσα στις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες προτού αποκατασταθεί η περίσταση του γαστρεντερικού σωλήνα. Μεγάλη ποσότητα υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύεται στο στομάχι.

↳ Ειλεός. Σε κάποιο βαθμό ο ειλεός έχει την τάση να συμβαίνει σε όλους τους αρρώστους που έκαναν λαπαροτομία. Κι εδώ παγιδεύονται μέσα στο έντερο μεγάλες ποσότητες υγρών του εντέρου με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών του εντέρου με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών, τη διαταραχή των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. (Σαχίνη, τόμος Α, 1997, σ.137).

4.2. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών

Αν δεν μπορούμε να χορηγήσουμε υγρά από το στόμα τα δίνουμε ενδοφλέβια. Εναλλακτικά μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε κεντρική φλεβική γραμμή ή να τα χορηγήσουμε υποδοριώς. Τρεις βασικές αρχές:

- ↳ Να καλυφθούν οι φυσιολογικές καθημερινές ανάγκες. Απαιτούνται 2500ml υγρών με 100 mmol νατρίου και 70 mmol καλίου ανά 24ωρο. Μετά από μια επέμβαση οι ανάγκες μπορεί να αυξηθούν ανάλογα με τις απώλειες.
- ↳ Αποκατάσταση των απωλειών. Η καταμέτρηση των απωλειών αποτελεί τον κύριο καθοδηγητή στον υπολογισμό των απαιτούμενων υγρών.
- ↳ Ειδικές περιπτώσεις. Τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια έχουν τον κίνδυνο του πνευμονικού οιδήματος αν υπερφορτωθούν με υγρά. Οι ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια, παρά τα οιδήματα και την υπονατρίαμιά τους, έχουν αυξημένο ολικό νάτριο σώματος και δεν

πρέπει κατά την ανάνηψη να λαμβάνουν φυσιολογικό ορό.(Μπάλλας, 1987,σ.628).

Οι επιπλοκές από την παρεντερική χορήγηση υγρών εύκολα αναγνωρίζονται και σχετικά εύκολα αντιμετωπίζονται, είναι πιο εύκολο όμως ν' αποφεύγονται ή να προλαμβάνονται. Τις επιπλοκές τις χωρίζουμε σε τεχνικές, μεταβολικές και σηπτικές.

I. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- ↳ *Αιμάτωμα.* Η δημιουργία αιματώματος δεν αποτελεί συνήθως σοβαρή επιπλοκή, εκτός αν έχει τρωθεί η σύστοιχη αρτηρία. Αν το αιμάτωμα είναι σοβαρό θα πρέπει να αφαιρεθεί ο καθετήρας και να εφαρμόσουμε τοπική πίεση με τα δύο χέρια και τις δύο πλευρές του αγγείου, με θερμό κατά προτίμηση επίθεμα
- ↳ *Κάκωση-ρήξη της φλέβας ή συνοδού αρτηρίας.* Μικρά αιματώματα συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα και προοδευτικώς απορροφώνται
- ↳ *Ρήξη του θωρακικού πόρου.* Μπορεί να συμβεί κατά την παρακέντηση της αριστερής υποκλειδίου φλέβας
- ↳ *Υδροθώρακας.* Είναι δυνατόν να δημιουργηθεί όταν ο καθετήρας τρυπήσει και το πίσω τοίχωμα της φλέβας και περάσει στην κορυφή του ημιθωρακίου
- ↳ *Πνευμοθώρακας.* Είναι η πιο συχνή επιπλοκή κι αυτό δικαιολογείται από την ανατομική σχέση της κορυφής του τοιχωματικού υπεζωκότα με το κάτω τοίχωμα της φλέβας:βρίσκεται σε απόσταση μόλις 5 χιλιοστών. Η θεραπεία θα εξαρτηθεί από το βαθμό του υπεζωκότα
- ↳ *Εμβολή αέρα.* Εμβολή από αέρα είναι δυνατόν να συμβεί είτε κατά την παρακέντηση της φλέβας, είτε κατά τη διάρκεια της χορήγησης υγρών,

εάν τρυπήσει ο ενδοφλέβιος καθετήρας είτε τέλος, όταν αποσύρεται ο καθετήρας

- ↳ *Εμβολή με τον καθετήρα.* Μέρος ή ολόκληρος ο καθετήρας μπορεί να αποκοπεί και να γλιστρήσει μέσα στο φλεβικό σύστημα. Συνηθέστερη αιτία είναι η κάκωση του καθετήρα. Εμβολή στην καρδιά ή τους πνεύμονες ακολουθείται από 40% περίπου θνησιμότητα. Εφόσον διαπιστωθεί η «εμβολή» θα πρέπει να γίνει χειρουργική αφαίρεση.(www.greekmedexams.freewebspace.com).

2. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας. Οφείλεται στα ακόλουθα αίτια:
 - ↳ Μεταβολική οξέωση. [Προκαλείται από την άθροιση σταθερού (μη πτητικού)οξέος (μετά από πρόσληψη, αύξηση της ενδογενούς, από την απώλεια αλκάλειας, παραγωγής ή ελάττωση της απεκκρίσεως)].
(Campbell-Frisse, 1996,σ.15).
 - ↳ Μεταβολική αλκάλωση
- Υπεργλυκαιμία. Ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί να μεταβολίσει φυσιολογικώς γύρω στα 500gr γλυκόζης την ημέρα, χωρίς επιπλοκή. Με τη συνεχή αύξηση του ποσού των διαλυμάτων γλυκόζης κατά την παρεντερική διατροφή, το ποσό αυτό μπορεί να φτάσει στο 1500gr Κάθε αύξηση της τιμής του σακχάρου πάνω από 200mg ή πέραν του ενός (+) στα ούρα σε άτομο που βρίσκεται σε τεχνητή διατροφή θεωρείται υπεργλυκαιμία. (www.greekmedexams.freewebspace.com).
- Υπογλυκαιμία:
Πρόκειται για την συνηθέστερη επείγουσα κατάσταση στην ενδοκρινολογία.

*Μ*πορεί να εμφανιστεί κρίση υπογλυκαιμίας κατά τη χορήγηση παρεντερικής

διατροφής και ιδιαίτερα σε νέα άτομα.

Συμπτώματα:

- ↓ Εφίδρωση
- ↓ Τρόμος
- ↓ Πείνα
- ↓ Διαταραχές προσωπικότητας
- ↓ Απώλεια συνείδησης. (Μπάλλας, 1987,σ.636).

- Μεταβολισμός λευκωμάτων:

Θεραπευτικώς απαιτείται η χορήγηση αργινίνης σε ποσό 2 έως 3 mm/kg.

- Μεταβολισμός λιπών:

Θεραπευτικώς συνίσταται η ενδοφλέβια χορήγηση μιας φιάλης γαλακτώματος

λίπους 10%,κάθε δεύτερη μέρα ή η επάλειψη του δέρματος με ειδική ελαιούχο αλοιφή.

- Υποκαλιαιμία

Αίτια:

- ↓ Ανεπαρκής διαιτητική πρόσληψη
- ↓ Γαστρεντερική απώλεια
- ↓ Νεφρική απώλεια
- ↓ Αλκάλωση
- ↓ Σύνδρομο Cushing.(Eliastam- Sternbach- Bresler, 1990,σ.59).

- Υπονατριαιμία

Συμπτώματα:

- ↳ Σύγχυση
- ↳ Σπασμούς
- ↳ Υπέρταση
- ↳ Καρδιακή ανεπάρκεια
- ↳ Οίδημα
- ↳ Άνορεξία
- ↳ Μυϊκή αδυναμία
- ↳ Αιμοαραιώση. (Μπάλλας, 1987,σ.638).

Αίτια:

- ↳ Διουρητικά
 - ↳ Υπερφόρτωση νερού, είτε από το στόμα είτε με την αυξημένη χορήγηση δεξτρόζης. (Μπάλλας, 1987,σ.638).
- Υπομαγνησιαιμία
 - Υποασβαστιαιμία

3. ΣΗΨΗ

Η σήψη αποτελεί την πιο σημαντική επιπλοκή που ακολουθεί την ολική παρεντερική διατροφή.(www.greekmedexams.freewebspace.com).

4. ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ

Η τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία άσηπτης ή σηπτικής φλεβοθρόμβωσης. Άσηπτη φλεγμονή που μπορεί να οδηγήσει σε θρόμβωση της καθετηριασμένης φλέβας μπορεί να προκληθεί από διάφορα αίτια:

↓ Είδος φλέβας

↓ Είδος διαλύματος είδος καθετήρα.

Η θεραπεία περιλαμβάνει δύο σκέλη: την πρόληψη και τη θεραπεία.

5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η τεχνητή διατροφή, εκτός από παρεντερική μπορεί να είναι διαγαστρική ή διεντερική.

↓ Καθετήρας

Οι επιπλοκές που οφείλονται στον καθετήρα είναι συχνές και παρουσιάζονται σε λιγότερο από 2% των περιπτώσεων.

↓ Διαλύματα

Επιπλοκές που οφείλονται στα διαλύματα είναι οι ακόλουθες:

- Γλυκοζουρία
- Υπεροσμωτική, υπεργλυκαιμική αφυδάτωση
- Διάρροιες: μπορεί να οφείλονται σε 3 αιτίες:
 - Σύνδρομο Dypyring.
 - Υπεροσμωτική δυσαπορρόφηση.
 - Άγνωστα αίτια. (www.greekmedexams.freewebspace.com).

4.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Το πρόβλημα των μετεγχειρητικών λοιμώξεων χρονολογείται από τους αρχαίους χρόνους. Παρά τη μεγάλη εξέλιξη της τεχνολογίας, σήμερα οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις αποτελούν μεγάλο ποσοστό των λοιμώξεων του Νοσοκομείου, πολλές δε από αυτές έχουν την αιτία της γέννησής τους στο χειρουργείο.

Η χειρουργική λοίμωξη όταν χρονίσει αρχίζει να προκαλεί τις δικές της επιπλοκές, οι κυριότερες από τις οποίες είναι:

- ✚ Ανοσοκαταστολή
- ✚ Σηπτική φλεβίτιδα
- ✚ Αναμμία
- ✚ Διαταραχές της πήκτικότητας
- ✚ Ανεπάρκεια οργάνων, κυρίως νεφρών και ήπατος
- ✚ Σηπτικό shock
- ✚ Ενδοπεριτοναϊκά αποστήματα. (Μπάλλας, 1987,σ.129).

Πηγές λοιμώξεως στο χειρουργείο:

Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- Ο άρρωστος ο ίδιος: Από την ενδογενή χλωρίδα του, τα μικρόβια βρίσκουν το δρόμο και μολύνουν το τραύμα του. Η βαρύτητα της χλωρίδας αυτής επηρεάζεται από τη γενική κατάσταση της υγείας του. Εκτός αυτών ο άρρωστος με την είσοδό του στο Νοσοκομείο αποικίζεται με τα μικρόβια του θαλάμου. Ακόμη και με το προεγχειρητικό ξύρισμα, όταν έχει κάποια δερματική μόλυνση, γίνονται εκδορές που εμφυτεύονται τα μικρόβια στο δέρμα και μολύνουν κατόπιν τη χειρουργική του τομή.

Τα μέτρα πρόληψης για τις καταστάσεις αυτές είναι αφ' ενός η προεγχειρητική

προσπάθεια ελέγχου της όποιας υποκείμενης νόσου του αρρώστου κατά την περίοδο αυτή, και αφ' ετέρου η καλή τεχνική προετοιμασίας δέρματος, η σωστή χειρουργική και η τήρηση σωστής ασηψίας την ώρα της εγχείρησης.

- **Το προσωπικό και οι επισκέπτες του χειρουργείου:**

Είναι μια από τις μεγαλύτερες πηγές λοιμώξεων, από τα δικά τους τυχόν μικρόβια όταν έχουν κάποια λοίμωξη, αλλά και κατά μεγάλο μέρος από την κακή συμπεριφορά τους, την μη τήρηση δηλαδή των κανόνων του Χειρουργείου και της άσηπτης τεχνικής. (Παπαδάκη, 1992, σ.231).

- **Τα υλικά και ο ιματισμός :**

Τα υλικά που χρησιμοποιούνται στην εγχείρηση πρέπει να είναι αποστειρωμένα, σύμφωνα με σωστές τεχνικές και έλεγχο.

Ο ιματισμός, σεντόνια και χειρουργικές ρόμπες, πρέπει να είναι από ποιότητα που να αποτελεί σωστό φραγμό στη διείσδυση των μικροβίων στο τραύμα από τη μη αποστειρωμένη επιφάνεια. Δεν πρέπει να έχει χνούδια, που αιωρούμενα στον αέρα φέρουν μικρόβια και δεν πρέπει να υπάρχουν τρύπες στο χειρουργικό πεδίο.(Παπαδάκη, 1992,σ.232)..

- **Τα χειρουργικά εργαλεία, συσκευές και μηχανήματα:**

Αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για τον άρρωστο, αν δεν είναι καλά καθαρισμένα. Όλα τα ενδοσκόπια πρέπει να αποστειρώνονται στο τέλος της ημέρας.

Ο ανοσοκατασταλαμένος άρρωστος πρέπει να εξετάζεται πρώτος με αποστειρωμένο ενδοσκόπιο.

Στις χειρουργικές επεμβάσεις βέβαια δεν επιτρέπεται κανένα εργαλείο ή υλικό που δεν είναι αποστειρωμένο.(Παπαδάκη, 1992,σ.232).

- **Λανθασμένη χειρουργική τεχνική. Μη τήρηση ασηψίας:**

Η χειρουργική τεχνική είναι ευθύνη των χειρουργών. Η μη τήρηση όμως της ασηψίας είναι υποχρέωση όλων, και η νοσηλεύτρια κυκλοφορίας είναι υπεύθυνη να παρακολουθεί και να διορθώνει ολόκληρη την ομάδα, όταν γίνονται λάθη.(Παπαδάκη, 1992,σ.234).

- **Το φυσικό περιβάλλον του Χειρουργείου (Αέρας-Επιφάνειες-Δάπεδα)**

Ο αέρας της χειρουργικής αίθουσας δεν πρέπει να έχει σωματίδια σκόνης, στα οποία κάθονται τα μικρόβια. Στην αίθουσα δεν πρέπει να κυκλοφορεί περισσότερο από ένα μικρόβιο σε κάθε ένα κυβικό πόδι αέρα.

Οι επιφάνειες των τραπεζιών, επίπλων και μηχανημάτων πρέπει να διατηρούνται καθαρές και χωρίς σκόνες.(Παπαδάκη, 1992,σ.235).

Το δάπεδο είναι η μεγαλύτερη οριζόντια επιφάνεια που κατακάθεται η σκόνη, και γι' αυτό έχει τη μεγαλύτερη επιδημιολογική σημασία για τις μετεγχειρητικές λοιμώξεις.(Παπαδάκη, 1992,σ.235).

- **Θεραπευτική αντιμετώπιση:**

Ο χειρουργικός ασθενής ο οποίος βρίσκεται αντιμέτωπος με μια λοίμωξη έχει να επιλύσει μια μεγάλη σειρά προβλημάτων, όπου καλείται να βοηθήσει και ο γιατρός και τα οποία είναι:

- ↳ Κύρια χειρουργική ένδειξη π.χ. εντερική απόφραξη
- ↳ Βασικό χειρουργικό νόσημα π.χ. καρκίνος
- ↳ Ηλικία, κοινωνικό περιβάλλον
- ↳ Εξέλιξη του βασικού χειρουργικού νοσήματος
- ↳ Επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης
- ↳ Πόνος από το βασικό χειρουργικό νόσημα
- ↳ Πόνος από τη χειρουργική επέμβαση
- ↳ Λοίμωξη
- ↳ Επιπλοκές της χειρουργικής λοίμωξης από τα κύρια συστήματα(ήπαρ, νεφρά, αναπνευστικό)
- ↳ Σηπτικό shock

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής δεν έχει τίποτα από όλα αυτά υπόψη του

εκ των προτέρων. Δεν γνωρίζει το ενδεχόμενο μιας επιπλοκής και αγνοεί ότι εν τω μεταξύ η βασική του νόσος μπορεί να εξελίσσεται ή ότι υπόκειται πάντοτε στον κίνδυνο ενός ατυχήματος ή ενός νέου νοσήματος π.χ. ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου, όπως εάν βρισκόταν σπίτι του. Είναι επομένως φυσικό να αντιδρά, να οργίζεται, να γίνεται καχύποπτος και εχθρικός. Και καλείται με τη σειρά του ο γιατρός να πάρει τις σωστές αποφάσεις για να αντιμετωπίσει τη νόσο, τον πόνο, την επιπλοκή, τη λοίμωξη, το shock και τον ψυχισμό του ασθενούς. (Μπάλλας, 1987,σ.127).

Η πρόληψη απέναντι στη θεραπεία

Η πρόληψη των χειρουργικών λοιμώξεων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και οι πιο σημαντικοί ίσως. Η πρόληψη της χειρουργικής λοίμωξης περιλαμβάνει 3

στάδια:

- ↳ Πριν από τη χειρουργική επέμβαση
- ↳ Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
- ↳ Μετεγχειρητικά

Εάν υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος, ο ασθενής πρέπει να προετοιμάζεται πριν από την χειρουργική επέμβαση. Η κατάλληλη προετοιμασία μπορεί να μειώσει τον παράγοντα κινδύνου ακόμα και σε ασθενείς με πολλαπλά προβλήματα. (Μπάλλας, 1987,σ.129).

Η προετοιμασία του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

- ↳ Περιποίηση του αναπνευστικού
- ↳ Καρδιοαναπνευστική υποστήριξη
- ↳ Ενυδάτωση και αντιμετώπιση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών
- ↳ Ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη
- ↳ Λιμορραγικός έλεγχος
- ↳ Λήψη μέτρων προφυλακτικών για την αποφυγή της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. (Μπάλλας, 1987,σ.129).

Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης πρέπει να λαμβάνονται τα ακόλουθα μέτρα:

- ↳ Τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας στο χειρουργείο
- ↳ Τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας στο εγχειρητικό πεδίο
- ↳ «Ατραυματική» εγχειρητική τομή
- ↳ Απομόνωση της εγχειρητικής τομής
- ↳ Σύγκλειση του τραύματος κατά στρώματα και με διακεκομμένες ραφές
- ↳ Σύγκλειση του δέρματος με μονόκλινα ράμματα

- ↳ Τοποθέτηση των απαραίτητων μόνο παροχετεύσεων.(Μπάλλας, 1987,σ.131).

Χειρουργική αντιμετώπιση:

Η χειρουργική είναι το ένα σκέλος της θεραπείας των χειρουργικών λοιμώξεων, ενώ το άλλο είναι η αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία. Υπάρχουν και άλλες φαρμακευτικές ουσίες που δεν καταπολεμούν τη λοίμωξη απευθείας αλλά υποβοηθούν τον ασθενή προς αυτή την κατεύθυνση ή αντιμετωπίζουν συμπτώματα που οφείλονται στη λοίμωξη αλλά δεν αποτελούν αυτή καθαυτή τη σήψη.

Η χειρουργική αντιμετώπιση των λοιμώξεων έχει **2 μορφές:**

- ↳ Η απλή διάνοιξη, που απευθύνεται στις πυώδεις συλλογές των πυογόνων κόκκων
- ↳ Ο χειρουργικός καθαρισμός. (Μπάλλας, 1987,σ.168).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

Είναι η τέλεια κατάργηση των αισθήσεων που προκαλείται με διάφορα φάρμακα και έχει σκοπό να καταργήσει τον πόνο είτε τοπικά σε μία περιοχή (τοπική αναισθησία) είτε καθολικά σε όλο το σώμα (γενική αναισθησία). (Σταυρίδου, 1983,σ.41).

Η αναισθησία στο επίπεδο του κυτταρικού μεταβολισμού προκαλεί μείωση του προσφερόμενου οξυγόνου κατά 15% και αντίστοιχη μείωση της παραγωγής του διοξειδίου του άνθρακα, η οποία είναι ακόμη πιο μεγάλη όταν η αναισθησία συνυπάρχει με υποθερμία. Η μεγαλύτερη μείωση αφορά στον εγκέφαλο και την καρδιά. Η αναισθησία και οι χειρουργικές επεμβάσεις, δρώντας τροποποιητικά πάνω στην αναπνευστική φυσιολογία ακολουθούνται από μετεγχειρητικές επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα (υποαερισμός, κατακράτηση εκκρίσεων με επακόλουθο υποξυγοναιμία), που είναι οι συχνότερες μετά τις καρδιαγγειακές. (Μπαλτόπουλος, 1994,σ.833).

Πριν την αναισθησία πρέπει να εξηγήσουμε στον ασθενή τι θα γίνει και που θα ξυπνήσει, για να μην φοβηθεί στην αίθουσα ανάνηψης. Επίσης πρέπει να εξηγήσουμε ότι θα αισθάνεται άρρωστος για να μην ανησυχήσει. Η προνάρκωση θα μειώσει το άγχος του και θα βοηθήσει την εισαγωγή στην αναισθησία.

Επιπλοκές αναισθητικών:

- ↳ Ταχυκαρδία
- ↳ Κατακράτηση ούρων
- ↳ Καταστολή αναπνευστικού
- ↳ Αγγειοδιαστολή
- ↳ Αρρυθμίες
- ↳ Ηπατίτιδα (Μπάλλας, 1987,σ.86).

5.2. ΕΙΔΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

- ΤΟΠΙΚΗ(για την αναισθητοποίηση μιας περιοχής ή ενός οργάνου)
- ΓΕΝΙΚΗ(για την καθολική αναστολή των αισθήσεων του πόνου). (Σταυρίδου, 1983,σ.42).

5.3. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Προδιαθέσιμοι παράγοντες: Πριν από την περιγραφή των επιμέρους επιπλοκών είναι σκόπιμο ν' αναφερθούμε στους παράγοντες που συμβάλλουν θετικά στην εμφάνιση των επιπλοκών αυτών και που αναφέρονται στην προεγχειρητική περίοδο.

- ↳ Η προϋπάρχουσα γενική κατάσταση του αρρώστου:

Πράγματι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της κατηγορίας των αρρώστων και της συχνότητας των επιπλοκών από αναισθησία ή επέμβαση. Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο υγιής είναι ο άρρωστος που προσέρχεται μόνο για τη χειρουργική νόσο, τόσο

καλύτερα και αποτελεσματικότερα αντιμετωπίζει την αναισθησία και επέμβαση.(www.greekmedexams.freewebspace.com).

↓ Συνυπάρχοντα νοσήματα :

Πολλές μπορεί να είναι οι συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο των επιπλοκών κατά και μετά την επέμβαση. Οι συχνότερες και σοβαρότερες διαταραχές που αντιμετωπίζει καθημερινώς ο αναισθησιολόγος είναι οι αναπνευστικές και κυκλοφορικές που αναλύονται με λεπτομέρεια παρακάτω. Από τις άλλες παθήσεις αναφέρονται: νευρολογικές παθήσεις από μια απλή μυοτονική διαταραχή μέχρι την μυασθένεια, τον άρρωστο με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση ή εκείνου με βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση.(www.greekmedexams.freewebspace.com).

↓ Ηλικία:

Στις ακραίες ηλικίες (νήπια και υπερήλικες) αυξάνει το ποσοστό σοβαρών επιπλοκών και θανάτου. Αυτό φαίνεται να οφείλεται στην αύξηση της συχνότητας νοσημάτων που συνυπάρχουν στις μεγάλες ηλικίες(αρτηριοσκλήρωση, υπέρταση) καθώς και στην ελάττωση της λειτουργικής ικανότητας των ομοιοστατικών μηχανισμών με αποτέλεσμα την ελάττωση της αντιστάσεως του οργανισμού του υπερήλικα. Εξάλλου στη νηπιακή ηλικία η ύπαρξη συγγενών ανωμαλιών και η ατελής ανάπτυξη των μηχανισμών αντιρρόπησης αυξάνουν επίσης το ποσοστό επιπλοκών.(www.greekmedexams.freewebspace.com).

♣ Φύλο:

Το γεγονός ότι αναφέρεται μεγαλύτερος αριθμός θανάτων στους άντρες θα πρέπει να αποδοθεί στη μεγαλύτερη συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων και τραυματισμών που παρατηρούνται συχνότερα σ' αυτούς. (www.greekmedexams.freewebspace.com).

Επιπλοκές:

Τις επιπλοκές από την αναισθησία θα τις χωρίσουμε σε **3 περιόδους:**

- ♣ Επιπλοκές που συμβαίνουν κατά την εισαγωγή στην αναισθησία
- ♣ Επιπλοκές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της αναισθησίας
- ♣ Επιπλοκές που συμβαίνουν κατά τη μεταναισθητική περίοδο.(Μπάλλας, 1987,σ.87).

Οι επιπλοκές της αναισθησίας οφείλονται στην απώλεια της:

- ♣ Αίσθησης του πόνου (κατακράτηση ούρων)
- ♣ Συνείδησης (αδυναμία επικοινωνίας)
- ♣ Μυϊκής ισχύος (τραυματισμοί κερατοειδή, καταστολή αναπνοής και βήχα).(Μπάλλας, 1987,σ.89).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ

Ορισμός: Ονομάζουμε επιπλοκή το σύνολο των ανεπιθύμητων συμβαμάτων, που έπονται μιας εγχείρησης. Αυτές μπορεί να οφείλονται σε αίτια που έχουν σχέση με τον άρρωστο, τον χειρουργό ή το περιβάλλον (νοσοκομείο).

Η εμφάνιση κατά την πορεία μιας πάθησης νέων συμπτωμάτων, που δεν είναι συνηθισμένα για την πάθηση αυτή και συνήθως οφείλονται σε νέα έξαρση ή εντόπιση της πάθησης σε άλλο όργανο. Η επιπλοκή, που μπορεί να οφείλεται στην ίδια ή και σε άλλη παθολογική αιτία κάνει την πρόγνωση της πάθησης πιο δύσκολη και παρατείνει τη διάρκεια της. Από τις επιπλοκές που δεν οφείλονται στην ίδια αιτία οι πιο συνηθισμένες είναι οι δευτερογενείς λοιμώξεις. Η θεραπεία των επιπλοκών είναι κυρίως προληπτική και μετά την εκδήλωσή τους εξαρτάται από τα συμπτώματα και την αιτιολογία τους. (Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 10^{ος}, 1995, σ.416).

6.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές που έχουν σχέση με τον οργανισμό του χειρουργημένου αρρώστου τις ταξινομούμε κατά συστήματα:

- 1)Πεπτικό
- 2)Αναπνευστικό
- 3)Κυκλοφορικό
- 4)Ουροποιητικό

6.3. ΕΙΔΙΚΕΣ Ή ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ειδικές ή τοπικές μεταχειρητικές επιπλοκές που έχουν σχέση με το είδος και

τις συνθήκες της εγχείρησης: 1)Αιμορραγία

2)Μόλυνση του τραύματος

3)Ρήξη του τραύματος. (Πετρίδης, 2002,σ.42).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

7.1. ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ

Η ανάπτυξη μικροβιακής παρωτίτιδας μπορεί να συμβεί σπάνια (0,1%), μετεγχειρητικά και ιδιαίτερα σε άτομα με κακή στοματική υγιεινή, ηλικιωμένα και καχεκτικά. Η εμφάνισή της είναι συχνότερη μετά από μεγάλες εγχειρήσεις και σε ασθενείς με καρκίνο. (Μεταξάς, 1996, σ.428).

Αυτή εμφανίζεται από παρέλευση 3-4 ημερών από την εγχείρηση και είναι φλεγμονή των παρώτιων αδένων.

Παράγοντες που προδιαθέτουν σ' αυτήν την επιπλοκή είναι:

- ✦ Αφυδάτωση
- ✦ Έλλειψη καθαριότητας στοματικής κοιλότητας
- ✦ Μείωση μασητικών κινήσεων, λόγω υγρής ή πολτώδους διαίτας κ.τ.λ.
- ✦ Χρήση αντιχολινεργικών.

Συμπτώματα που εμφανίζονται είναι:

- ✦ Πόνος
- ✦ Οίδημα
- ✦ Πυρετός
- ✦ Θερμότητα
- ✦ Ερυθρότητα
- ✦ Λευκοκυττάρωση. (www.greekmedexams.freewebspace.com.)

Πρόληψη

- ↳ Καλή ενυδάτωση
- ↳ Αποφυγή αντιχολινεργικών
- ↳ Επισταμένη υγιεινή του στόματος
- ↳ Ενίσχυση της παραγωγής και έκκρισης σιέλου π.χ. μάσηση μαστίχας που δρα ευεργετικά.(Μεταξάς, 1996,σ.430).

Θεραπεία

- ↳ Χορηγούνται αντισταφυλοκοκκικά αντιβιοτικά αμέσως μόλις τεθεί η διάγνωση
- ↳ Εφαρμόζονται θερμά επιθέματα και γίνονται πλύσεις του στόματος
- ↳ Στην περίπτωση που αναπτυχθεί απόστημα επιβάλλεται η άμεση χειρουργική παροχέτευση.(Μεταξάς, 1996,σ.431).

7.2. ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Αυτή εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση οργάνου της κοιλιάς.

Αίτια που προκαλούν τη διάταση του στομάχου είναι:

- ↳ Μείωση ανάγκης φυσιολογικής λειτουργικότητας του στομάχου, λόγω υγρής διατροφής του ασθενούς
- ↳ Υποτονία μυών του στομάχου του ασθενούς λόγω της χειρουργικής επεμβάσεως

- ↳ Ελλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.(www.greekmedexams.freewebspace.com.)

Συμπτώματα κατά την επιπλοκή αυτή είναι:

- ↳ Μετεωρισμός κοιλιάς
- ↳ Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο
- ↳ Λόξιγκας
- ↳ Δύσπνοια
- ↳ Έμετοι

Με τους εμέτους ο ασθενής χάνει σπουδαία υγρά και έτσι οδηγείται σε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Η πρόληψη της εμφάνισης επιπλοκής αυτής συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτιών.

Η βοήθεια και θεραπεία του ασθενούς σ' αυτήν την περίπτωση αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση, από τον ιατρό, σωλήνα Levin μέσα στο στομάχι.(www.greekmedexams.freewebspace.com.)

7.3. ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΣ

Ορισμός: Η ύπαρξη υπερβολικής ποσότητας αέρα μέσα στην κοιλιά, που έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσάρεστη διάσταση της κοιλιάς και έξοδο αερίων από το στόμα ή από το έντερο και έντονες κινήσεις των εντέρων. Τα αέρια αυτά συγκεντρώνονται μέσα στο έντερο από πολλές αιτίες.(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 26^{ος},1995,σ.204).

Οφείλεται: Ο τυμπανισμός του στομαχιού οφείλεται σε:

- ↳ Λεροφαγία
- ↳ Αποσύνθεση του περιεχομένου

- ↳ Λτονία του στομαχιού
- ↳ Χρόνια γαστρίτιδα
- ↳ Πυλωρική στένωση. (Εγκυκλοπαιδεία Κόσμος, τόμος 26^{ος}, 1995,σ.205).

Αίτια που προκαλούν τυμπανισμό είναι:

- ↳ Επίδραση ναρκωτικού ένεκα του οποίου προκαλείται υποτονία μυών και πάρεση του εντέρου
- ↳ Ερεθισμός του περιτοναίου κατά την εγχείρηση
- ↳ Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική ετοιμασία
- ↳ Μείωση κινητικότητας του ασθενούς
- ↳ Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια όπως γάλα, γλυκά.
- ↳ Αεροφαγία, ιδίως σε νευρωτικά άτομα
- ↳ Η ελάττωση του μυϊκού τόνου του εντέρου
- ↳ Η κίρρωση του συκωτιού
- ↳ Η αύξηση της μικροβιακής ζύμωσης και της σήψης των τροφών.
(Εγκυκλοπαιδεία Κόσμος, τόμος 18^{ος}, 1995,σ.65).

Συμπτώματα που εμφανίζονται είναι:

- ↳ Μετεωρισμός κοιλιάς
- ↳ Κωλικοί πόνοι, που προέρχονται από την κυκλοφορία αερίων στο έντερο τα οποία ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλει.(Εγκυκλοπαιδεία Κόσμος, τόμος 18^{ος}, 1995,σ.66).

Παρατηρείται ο τυμπανισμός των εντέρων κυρίως σε:

- ↳ Δυσπεψία
- ↳ Απόφραξη του εντέρου
- ↳ Δυσκοιλιότητα
- ↳ Χολολιθίαση
- ↳ Ψυχικές διαταραχές
- ↳ Παθολογικές καταστάσεις άλλων οργάνων όπως σε κωλικούς του νεφρού, σιδηροπενική αναιμία, οξεία περιτονίτιδα..(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 26^{ος}, 1995,σ.225).

Θεραπεία: Η θεραπεία είναι κυρίως αιτιολογική και συμπτωματικά χορηγούνται ουσίες που έχουν την ιδιότητα να απορροφούν τα αέρια.(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 26^{ος}, 1995,σ.226).

7.4. ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ

Ορισμός: Είναι η κατάσταση εκείνη στην οποία παρατηρείται μια γενικευμένη διαστολή του εντέρου χωρίς μηχανική απόφραξη, που προέρχεται από αδυναμία κινητοποίησης του εντέρου. Στον παραλυτικό ειλεό ο τόνος του εντέρου και η ικανότητα του να κάνει περισταλτικές κινήσεις ή έχουν καταργηθεί ή έχουν τόσο μειωθεί, ώστε να μην μπορούν να προωθήσουν το περιεχόμενο του.(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 9^{ος}, 1995,σ.418).

Αίτια που προκαλούν παραλυτικό ειλεό είναι:

- Φλεγμονές ή ερεθισμοί μέσα στην κοιλιακή ή παρακείμενες κοιλότητες
 - ↳ Γενικές και τοπικές περιτονίτιδες

- ✚ Ενδοπεριτοναϊκές ή οπισθοπεριτοναϊκές αιμορραγίες
- ✚ Αποστήματα του συκωτιού
- ✚ Οξείες παγκρεατίτιδες
- Τραύματα, κολικοί από πέτρες
 - ✚ Ενδοκοιλιακές επεμβάσεις
 - ✚ Εγκεφαλικά τραύματα
 - ✚ Κατάγματα πλευρών
 - ✚ Κολικοί από πέτρες νεφρών
- Γενικευμένες συστηματικές παθήσεις
 - ✚ Πνευμονία
 - ✚ Μηνιγγίτιδα
 - ✚ Ουραιμία. (Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 9^{ος}, 1995,σ.420).

Προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση: Αν η χειρουργική επέμβαση γίνει

μέσα στις 24 με 48 ώρες από την εκδήλωση της ασθένειας, στις περισσότερες περιπτώσεις θεραπεύεται, αν όμως αργήσει, τότε κινδυνεύει η ζωή του ατόμου. Ως τη στιγμή της επέμβασης πρέπει:

- ✚ Κρατάμε τον ασθενή στο κρεβάτι ξαπλωμένο με τη ράχη και προσπαθούμε να χαλαρώσουμε τους μυς της κοιλιάς.
- ✚ Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει νηστικός ακόμα και δίχως νερό
- ✚ Να μην του δίνονται ούτε ενεργητικά, ενδεχόμενα μόνο υπόθετα γλυκερίνης ή παρόμοια. (Dr. Valeria Bergamaschi e.t.c., τόμος 9^{ος}, 1990, σ.41).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

8.1. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ-ΑΤΕΛΕΚΤΑΣΙΑ

Οι πνευμονίες είναι φλεγμονώδεις παθήσεις που προσβάλλουν το τμήμα του πνεύμονα που μετέχει στην ανταλλαγή των αερίων. Τις περισσότερες φορές η πνευμονική λοίμωξη προκαλείται από την εισρόφηση μικροοργανισμών που έχουν αποικίσει στις ανώτερες αεροφόρους οδούς. Σπανιότερα οι παθογόνοι οργανισμοί είναι δυνατό να εισπνευστούν στους πνεύμονες από το περιβάλλον. (Μεταξάς, 1996,σ.365).

Υπάρχουν πάρα πολλές μορφές πνευμονίας, οι οποίες χωρίζονται στις πνευμονιοκοκκικές πνευμονίες, στις βρογχοπνευμονίες και στις πνευμονίες από ιούς. Υπάρχουν και άλλες πολλές υποδιαίρεσεις ανάλογα με την έκταση της διεργασίας, το παθολογοανατομικό υπόστρωμα και την εξέλιξη τους. Στις **πνευμονιοκοκκικές** πνευμονίες κύριος υπεύθυνος είναι ο Gram θετικός πνευμονιόκοκκος , στις **βρογχοπνευμονίες** υπεύθυνος είναι ο στρεπτόκοκκος, μυκοπλάσματα, μύκητες, λοιμώδεις νόσοι, και ο σταφυλόκοκκος ενώ στις **πνευμονίες από ιούς** υπεύθυνοι είναι μια σειρά ιοί όπως ο ιός της γρίπης, οι ιοί της ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας, ευλογιάς, λοιμώδους μονοπυρήνωσης κ.α.. (Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 22^{ος}, 1995,σ.458).

Ταξινόμηση

Η διάκριση των πνευμονιών σε κοινοτικές και ενδονοσοκομειακές έχει ιδιαίτερη διαγνωστική και θεραπευτική σπουδαιότητα. Οι κοινοτικές προσβάλλουν άτομα που ζουν και εργάζονται κανονικά και χαρακτηρίζονται ανάλογα με την κλινική τους

εικόνα σε τυπικές ή άτυπες. Οι ενδονοσοκομειακές οφείλονται συνήθως σε Gram αρνητικά βακτήρια που έχουν αποικίσει στον οροφάρυγγα ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία. Παρόλο που η κλινική εικόνα τους δε διαφέρει απ' αυτήν των κοινοτικών, η πρόγνωση είναι βαρύτερη λόγω της ανθεκτικότητας των μικροοργανισμών σε πολλά αντιβιοτικά και της βαρύτητας της γενικής κατάστασης των ασθενών. (Μεταξάς, 1996, σ.365).

Αίτια

Η παρουσία στις αεροφόρους οδούς άφθονων ή παχύρρευστων βρογχικών εκκρίσεων (κάπνισμα, βρογχίτιδα, αφυδάτωση, αναισθητικά) και σπανιότερα θρόμβων αίματος ή γαστρικού περιεχομένου (εισρόφηση) σε συνδυασμό με την αδυναμία καθαρισμού αυτών με το βήχα (αναισθησία, άλγος, ακινησία, συσφυκτική επίδεση) προκαλεί βρογχική απόφραξη και οδηγεί σε ατελεκτασία, η έκταση της οποίας εξαρτάται από τη θέση της απόφραξης. (Μπάλλας, 1987, σ.142).

Κλινικές εκδηλώσεις

Η ατελεκτασία εκδηλώνεται συνήθως το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο, ενώ εμφανίζεται μετά την παρέλευση 48 ωρών από την εγχείρηση. Οι βασικές κλινικές εκδηλώσεις της ατελεκτασίας είναι:

- ↓ Πυρετός (πάνω από το 90% των περιπτώσεων με πυρετό που εμφανίζεται στο πρώτο μετεγχειρητικό 48ωρο οφείλονται στην ατελεκτασία)
- ↓ Ταχύπνοια
- ↓ Έλεγχος των αερίων αίματος αναδεικνύει υποξαιμία με μειωμένη ή και φυσιολογική μερική πίεση διοξειδίου του άνθρακα, ενώ τα ευρήματα της ακτινογραφίας του θώρακα είναι χαρακτηριστικά. (Μπάλλας, 1987, σ.144).

Η πρόληψη της εκδηλώσεως αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει:

- ↓ Στενή παρακολούθηση του ασθενούς
- ↓ Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς
- ↓ Έγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση
- ↓ Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς
- ↓ Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα. (Μπάλλας, 1987, σ.146).

Θεραπεία

Η θεραπεία των πνευμονιών περιλαμβάνει γενικά θεραπευτικά μέσα όπως η χορήγηση O₂, η ρύθμιση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, η χορήγηση αναλγητικών. Η ειδική θεραπεία, δηλαδή η χημειοθεραπεία, αρχίζει σχεδόν πάντοτε εμπειρικός και πριν από την απομόνωση του μικροοργανισμού με βάση το ιστορικό και την κλινική εικόνα. (Μεταξάς, 1996, σ.365).

8.2. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Ορισμός: Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και είναι κατάσταση κατά την οποία η ροή αίματος στους πνεύμονες παρακωλύεται από έναν ή περισσότερους θρόμβους. (American College of Physicians, Εγκυκλοπαίδεια, 2000, σ.469).

Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι:

- ↓ Απροσδόκητος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή
- ↓ Έναρξη δύσπνοιας
- ↓ Άγχος

- ↳ Ταχυπαλμία
- ↳ Λιμόπτυση
- ↳ Ταχυκαρδία
- ↳ Λιποθυμική τάση.(American College of Physicians, 2000, σ.470.- Ulrich, e.t.c. σ.529).

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής είναι:

Λιμέσως μόλις υπάρξει υποψία που δεν μπορεί με σιγουριά να αποκλειστεί ή τεθεί η διάγνωση της πνευμονικής εμβολής πρέπει να αρχίζει έντονη θεραπεία που περιλαμβάνει:

- ↳ Γενικά μέτρα για την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών (διατήρηση της αρτηριακής πίεσης και της νεφρικής λειτουργίας σε ανεκτά, τουλάχιστον, επίπεδα)
- ↳ Αντιπηκτική αγωγή (I.V. χορήγηση μεγάλων δόσεων ηπαρίνης – 50.000-100.000 I.U./24h – για 10-14 ημέρες.
- ↳ Συντηρητικά ή εγχειρητικά μέτρα για την πρόληψη του εξαιρετικά υψηλού ποσοστού υποτροπών. Σαν εγχειρητικά μέτρα έχουν προταθεί η λαγονομηριαία θρομβεκτομή και η απολίνωση ή διαμερισματοποίηση της κάτω κοιλίας από την εμβολή των νεφρικών φλεβών.
- ↳ Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο
- ↳ Έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι
- ↳ Αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλιάς για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος. (Μπάλλας, 1987,σ. 418).

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ

ΕΜΒΟΛΗΣ

- 1)Μετεγχειρητική περίοδος
- 2)Κατάγματα-εγκαύματα-τραύματα
- 3)Παρατεταμένη κατάκλιση
- 4)Παρατεταμένη περίοδος σε καθιστική θέση
- 5)Συμφορική καρδιακή ανεπάρκεια
- 6)Ερυθροκυττάρωση
- 7)Εγκυμοσύνη
- 8)Παχυσαρκία
- 9)Χρόνια λήψη αντισυλληπτικών φαρμάκων
- 10)Διαταραχές πήκτικότητας του αίματος
- 11)Κακοήθεια
- 12)Προηγθείσα πνευμονική εμβολή
- 13)Προχωρημένη ηλικία.(Γούτουζας, 1996,σ.227).

Πίνακας 1

8.3. ΑΣΦΥΞΙΑ

Ορισμός: Ασφυξία σημαίνει παύση της αναπνοής από έλλειψη αέρα, δηλαδή οξυγόνου, ή υπερβολική παροχή αζώτου στα κύτταρα, στους ιστούς και στα όργανα είτε από κάποια βλάβη του αναπνευστικού είτε από φράξιμο των αναπνευστικών οδών ή και από έλλειψη αερισμού ακόμα. Η έλλειψη οξυγόνου λέγεται **υποξία** και η πλήρης απουσία **ανοξία**. Η αύξηση του αζώτου λέγεται **υπερκαπνία**. (Dr.Valeria Bergamaschi e.t.c., τόμος 9^{ος}, 1990,σ.66).

Αίτια που προκαλούν την ασφυξία είναι:

- ✦ Εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό

- ↳ Πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει με την επιγλωττίδα τον λάρυγγα.
- ↳ Επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής
- ↳ Η παραμονή σε περιβάλλον που δεν έχει αρκετό οξυγόνο
- ↳ Η παραμονή σε περιβάλλον που είναι καλά οξυγονωμένο αλλά περιέχει τοξικό αέριο π.χ. φωταέριο, χλώριο κ.α.. (Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 5^{ος}, 1995,σ.551).

Συμπτώματα : Αυτά εμφανίζονται απότομα σε περίπτωση που το εμπόδιο είναι

ξένο και είναι :

- ↳ Η κοκκινάδα στο πρόσωπο που τελικά παίρνει χρώμα μοβ
- ↳ Έντονες αναπνευστικές κινήσεις
- ↳ Βήχας
- ↳ Διάσταση των ρουθονιών
- ↳ Σπασμοί

Όταν η ασφυξία προέρχεται από αρρώστια τότε τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται σταδιακά..(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 5^{ος}, 1995,σ.552).

Θεραπεία: σκοπός της είναι να απομακρύνει το αίτιο, να αποκαταστήσει την αναπνευστική λειτουργία και να δώσει στον οργανισμό το απαραίτητο οξυγόνο. Σε περίπτωση που σφηνώθηκε ξένο σώμα στο λάρυγγα, την τραχεία ή τους βρόγχους πρέπει να γίνει αμέσως εξαγωγή με λαρυγγοσκόπηση, βρογχοσκόπηση ή σε ανάγκη τραχειοτομία. Σε ασφυξία που οφείλεται σε πνιγμό εφαρμόζεται τεχνητή αναπνοή με την οποία αποβάλλεται το νερό που μπήκε στους πνεύμονες και έτσι οι πνεύμονες αερίζονται όπως και πριν.(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 5^{ος}, 1995,σ.552).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΈΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

9.1. ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΕΣ

Ορισμός: Είναι η οξεία κατάσταση η οποία προκαλείται από το σχηματισμό θρόμβου στις φλέβες. Είναι το φράξιμο ενός εγκεφαλικού αγγείου, που προκαλείται από πήγμα αίματος. Μπορεί να υπάρξει και μετακινούμενη μορφή θρόμβωσης η οποία να κινείται μέσα στις αρτηρίες και έτσι να τις φράξει. Αυτό το φράξιμο ονομάζεται εμβολή και μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι εμβολές δεν είναι πάντοτε πήγματα αίματος. Μπορεί να είναι επίσης θυλάκια αέρα, λιπώδους ή σκληρού ιστού. (Martin Neil, 2003,σ.236. - Engram, 1997,σ.359).

Παράγοντες: Οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στο σχηματισμό θρόμβων είναι:

- ✚ Μια υπερβολική τάση του αίματος να πήζει(στις τραυματικές αιμορραγίες, στα μετατραυματικά σοκ, στις σοβαρές λοιμώξεις)
- ✚ Βλάβη στο εσωτερικό τοίχωμα του αγγείου που γίνεται σημείο έλξης των αιμοπεταλίων
- ✚ Επιβράδυνση της κυκλοφορίας που επιτρέπει στα αιμοπετάλια να κινούνται στα άκρα της ροής του αίματος και να κολλούν στα τοιχώματα του αγγείου.(Dr. Valeria Bergamaschi e.t.c., τόμος 6^{ος}, 1990,σ.64).

Συμπτώματα:

- ↳ Πυρετός
- ↳ Γενική εξάντληση
- ↳ Λύξηση του σφυγμού
- ↳ Οίδημα
- ↳ Φλεγμονή
- ↳ Πλήρη ανικανότητα αν πρόκειται για κάποιο άκρο. (Dr. Valeria Bergamaschi e.t.c., τόμος 6^{ος}, 1990, σ.65).

Η πρόληψη συνίσταται σε:

- ↳ Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες
- ↳ Έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι
- ↳ Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας
- ↳ Αποφυγή εντριβών των άκρων.(Αθανάτου, 2000, σ. 128).

Η θεραπεία συνίσταται σε:

- ↳ Φαρμακοθεραπεία
 - Αντιπηκτικά
 - Θρομβολυτικά
- ↳ Κατάκλιση στο κρεβάτι με ανυψωμένο το προσβληθέν άκρο
- ↳ Συνεχής εφαρμογή υγρών επιθεμάτων
- ↳ Κατάλληλη ενυδάτωση
- ↳ Αντιεμβολικός επίδεσμος. (Γηgram, 1997,σ.360).

Συστηματοποίηση της Νοσηλευτικής Φροντίδας

↓ Ακνησία

↓ Ε.Φ. θεραπεία.(Engram, 1997, σ.360).

9.2. ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ (SHOCK)

Ορισμός: Το shock είναι κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την ανεπάρκεια του κυκλοφορικού συστήματος να αποδώσει στα κύτταρα τις απαραίτητες για την επιβίωσή τους ουσίες και να απομακρύνει από αυτά τα τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού τους. Οφείλεται στις περισσότερες περιπτώσεις σε διαταραχή της ιστικής αιμάτωσης αλλά και σε άλλους παράγοντες όπως βαριά φλεγμονή, φάρμακα, τοξίνες .(Γερμένης, 1994, σ.73. – Μπάλλας, 1987,σ.84).

Όταν η αρτηριακή πίεση πέσει τόσο ώστε τα ζωτικά όργανα να μην αρδεύονται με αίμα ο ασθενής πέφτει σε σοκ. Τα σημεία της καταπληξίας οφείλονται στη μειωμένη αιμάτωση των ζωτικών οργάνων και των περιφερικών αγγείων. Η προσπάθεια δε της καρδιάς να διορθώσει το πρόβλημα προκαλεί ταχυκαρδία και υπόταση. Στο νέο και υγιές άτομο η συστολική πίεση μπορεί να παραμείνει φυσιολογική παρόλο που το εύρος της πίεσης θα είναι μικρό μέχρι την απώλεια του 30% του όγκου του αίματος-γεγονός που κάνει τη διάγνωση δύσκολη. Τα σημεία υποάρδευσης είναι πιο αξιόπιστα από την αρτηριακή και την φλεβική πίεση. (Μπάλλας, 1987,σ.86).

Συνοδεύεται από:

- ↳ υπόταση
- ↳ συχνοσφυγμία
- ↳ ωχρότητα
- ↳ ψυχρότητα δέρματος
- ↳ εφίδρωση δέρματος.(www.greckmedexams.freewebspace.com. – Dr. Valeria Bergamaschi e.t.c., τόμος 7^{ος}, 1990, σ.40).

Ταξινόμηση

- ↳ ολιγαϊμικό shock(υπογκαιμικό)
 - Λιμορραγία
 - Αφυδάτωση
 - Τραύμα
- ↳ καρδιογενές shock
 - Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
 - Πνευμονική εμβολή
 - Επιπωματισμός
 - Εγχειρήσεις καρδιάς
- ↳ σηπτικό shock
 - Υπερδυναμικό
 - Υποδυναμικό
- ↳ νευρογενές shock
 - Βλάβη σπονδυλικής στήλης
 - Βλάβη συμπαθητικών στελεχών
- ↳ αναφυλακτικό shock.(Μπάλλας, 1987,σ.85).

9.2.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑΠΗΛΗΣΙΑΣ

ΟΛΙΓΑΙΜΙΚΟ: Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή του shock και χαρακτηρίζεται από μείωση του ενδαγγειακού αλλά και του εξωκυττάριου όγκου. Το τραυματικό shock είναι μια συνθετότερη μορφή όπου εκτός από την απώλεια αίματος, εξωκυττάριου και ενδοκυττάριου υγρού στους τραυματισμένους ιστούς, συνυπάρχει απελευθέρωση αγγειοδραστικών ουσιών και λυσοσωματικών ενζύμων. Οι άρρωστοι αυτοί βρίσκονται σε shock χωρίς να συνυπάρχει πάντα σημαντική υπογκαιμία ή ακόμα και μετά την αποκατάσταση του όγκου του αίματος. (Μπάλλας, 1987, σ.85).

Αίτια:

- ↳ απώλεια αίματος
- ↳ έμετοι
- ↳ διάρροια
- ↳ συρίγγια
- ↳ περιτονίτιδα
- ↳ παγκρεατίτιδα
- ↳ ειλεός

Κλινική εικόνα:

- ↳ σύμπτωση τοιχωμάτων φλεβών του λαιμού
- ↳ χλωμό, ψυχρό και υγρό δέρμα
- ↳ έντονη δίψα
- ↳ ανησυχία
- ↳ ρίγος

↳ ολιγουρία.(www. greekmedexams. freewebspace. com.).

ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΕΣ: Είναι αποτέλεσμα αδυναμίας της καρδιάς να επιτελέσει το

εξωθητικό και αντλητικό της έργο.(Μπάλλας, 1987,σ.85).

Συνοδεύεται:

- ↳ Από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- ↳ Καρδιακό επιπωματισμό
- ↳ Οξεία πνευμονική καρδιά
- ↳ Αποκλεισμό αριστερού σκέλους
- ↳ Πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό με ιδιοκοιλιακό ρυθμό
- ↳ Σοβαρή βραδυαρρυθμία .(Σαμαρτζής-Αγγελάκος, 1997,σ.81).

Αίτια:

- ↳ έμφραγμα μυοκαρδίου
- ↳ αρρυθμίες
- ↳ οξεία καρδιακή ανεπάρκεια
- ↳ πνευμονική εμβολή
- ↳ μυοκαρδίτιδα

Κλινική εικόνα:

- ↓ υπέρταση
- ↓ καρδιακή ανεπάρκεια
- ↓ έμφραγμα.(www.greekmedexams.freewebspace.com).

Συμπτώματα:

- ↓ ορθόπνοια
- ↓ ανησυχία
- ↓ ωχρότητα
- ↓ σημεία αριστερής και δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας
- ↓ αρρυθμίες
- ↓ ιδρωμένος
- ↓ ολιγουρία.(Μπατζολάκη, σ.9.-www.greekmedexams.freewebspace.com).

Νοσηλευτική Φροντίδα:

- ↓ ανακούφιση του ασθενούς
- ↓ αξιολόγηση αναγκών
- ↓ ψυχολογική ενίσχυση
- ↓ έλεγχος ζωτικών σημείων
- ↓ έλεγχος ούρων
- ↓ έλεγχος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- ↓ συνεχής παρακολούθηση
- ↓ καταγραφή ζωτικών σημείων και αιμοδυναμικών παραμέτρων γιατί παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες.(Ακύρου,2002,σ.215.-Μπατζολάκη,σ.16).

Η εργαστηριακή αξιολόγηση περιλαμβάνει:

- ↓ ακτινογραφία θώρακος
- ↓ Η.Κ.Γ.
- ↓ αιματολογικός έλεγχος
- ↓ αριθμό αιμοπεταλίων
- ↓ χρόνο προθρομβίνης
- ↓ χρόνο μερικής θρομβοπλαστίνης
- ↓ ηλεκτρολύτες
- ↓ ουρία αίματος
- ↓ κρεατινίνη
- ↓ σάκχαρο
- ↓ αέρια αίματος.(Massachusetts General Hospital, 1990,σ.310).

ΣΗΠΤΙΚΟ:Εμφανίζεται με 2 μορφές:

- Ο υπερδυναμικός τύπος του σηπτικού shock χαρακτηρίζεται από φυσιολογική ή και λίγο αυξημένη καρδιακή παροχή. Η κύρια παθοφυσιολογική διαταραχή βρίσκεται στο κυτταρικό επίπεδο με αδυναμία των ιστών να χρησιμοποιήσουν οξυγόνο, γλυκόζη...
- Ο υποδυναμικός τύπος του σηπτικού shock χαρακτηρίζεται από υπογκαιμία: βλάβη του τοιχώματος των τριχοειδών ιδιαίτερα στην φλεγμαίνουσα περιοχή, επιτρέπει την εξίδρωση μεγάλων ποσοτήτων υγρού. Οι δυο αυτοί τύποι του σηπτικού shock δεν μπορεί να είναι αυστηρά χωρισμένοι μεταξύ τους. Ένα υπερδυναμικό shock μπορεί να μεταπέσει σε υποδυναμικό με αυξημένη διαπερατότητα τριχοειδών ενώ αντίθετα η

χορήγηση υγρών μετατρέπει – προσωρινά τουλάχιστον – ένα υποδυναμικό shock σε υπερδυναμικό.(Μπάλλας, 1987,σ.766).

Αίτια:

- ↓ λοιμώξεις ουροφόρων οδών
- ↓ περιτονίτιδα
- ↓ πνευμονία

Κλινική εικόνα:

- ↓ υψηλός πυρετός
- ↓ αρχικά ζεστό, ξηρό και αιματούμενο δέρμα
- ↓ αργότερα δέρμα ψυχρό
- ↓ βαθμός συνείδησης χαμηλός.(www.greekmedexams.freewebspace.com).

ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΣ:

Ορισμός: Η οξεία διακοπή του νωτιαίου μυελού στο ύψος των ριζών των συμπαθητικών θωρακοσφυϊκών νεύρων ή πάνω από το επίπεδο αυτό προκαλεί αιφνίδια ελάττωση του τόνου του συμπαθητικού. Αυτό οδηγεί σε αγγειοδιαστολή, βραδυκαρδία και ανικανότητα αυτορύθμισης της Α.Π..(Massachusetts General Hospital, 1990, σ.312).

Αίτια:

- ↓ τοπική αναισθησία
- ↓ τραύματα νωτιαίου μυελού. (www.greekmedexams.freewebspace.com).

ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΟ:

Αλλεργική αντίδραση σε:α)φάρμακα-αντιβιοτικά-τοπικά αναισθητικά-

ασπιρίνη β)ξένα λευκώματα και πολυσακχαρίτες γ)λοιπά αλλεργιογόνα..(American College of Physicians, 2000, σ.146).

Κλινική εικόνα:

- ↳ ανησυχία
- ↳ αίσθημα καύσου
- ↳ φτάρνισμα
- ↳ ίλιγγος
- ↳ πυρετός με ρίγος
- ↳ τάση προς έμετο
- ↳ διάρροια
- ↳ οίδημα λάρυγγα
- ↳ πτώση Α.Π.
- ↳ ταχυκαρδία
- ↳ απώλεια συνείδησης
- ↳ ενδεχομένως κρίσεις σπασμών
- ↳ ανακοπές.(www.greekmedexams.freewebspace.com).

Η προφύλαξη του ασθενούς από μετεγχειρητικό shock συνίσταται στην προσπάθεια:

- ↳ να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό
- ↳ στην ανακούφιση του από τον πόνο
- ↳ στην αύξηση του όγκου του αίματος πριν την εγχείρηση

- ↳ στη χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά
- ↳ στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος
- ↳ στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς.(Σαχίνη, τόμος Α, 1997,σ.138).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΈΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

10.1. ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ

Ορισμός: Είναι αδυναμία εκκένωσης της ουροδόχου κύστης πλήρως ή και καθόλου. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και σε ηλικία περίπου 50 ετών. Διακρίνεται σε οξεία και χρόνια επίσχεση ούρων.(American College of Physicians, 2000, σ.513).

Αίτια:

Οτιδήποτε εξασκεί πίεση στην ουρήθρα μπορεί να παρεμποδίσει την ομαλή ροή των ούρων προκαλώντας επίσχεση ούρων. Το πιο συνηθισμένο αίτιο στους άνδρες είναι η διόγκωση του προστάτη.(American College of Physicians, 2000, σ.513).

Συμπτώματα:

Τα συμπτώματα της **οξείας επίσχεσης** ούρων εμφανίζονται εντός λίγων ωρών και περιλαμβάνουν:

- ♣ Πόνους στην κοιλιακή χώρα
- ♣ Βασανιστική και επώδυνη ανάγκη ούρησης χωρίς ο ασθενής να μπορεί να ουρήσει.

Η **χρόνια επίσχεση** ούρων δεν προκαλεί πόνους αν και επιφέρει δυσφορία και ενοχλήσεις.

Συμπτώματα:

Εξελίσσονται με πιο αργό ρυθμό και περιλαμβάνουν:

- ↳ Συχνή ανάγκη ούρησης
- ↳ Πρήξιμο της κοιλιακής χώρας
- ↳ Δυσκολία να αρχίσει η ούρηση
- ↳ Λιγοστά ούρα που καταλήγουν σε σταγόνες.

Η επίσχεση ούρων μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους νεφρούς εάν τα ούρα δεν αποχετεύονται από τους νεφρούς.(American College of Physicians, 2000, σ.515).

10.2. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ορισμός: Είναι μια ασυνήθιστη κατάσταση, όπου οι υγιείς νεφροί χάνουν απότομα την ικανότητα του οργανισμού, με αποτέλεσμα να διατηρούν τη βιοχημική ομοιόσταση του οργανισμού, με αποτέλεσμα αύξηση της ουρίας και κρεατινίνης στο αίμα, πρωτεϊνουρία και κυλίνδρους στα ούρα..(Λαπατσάνης, 1996,σ.92).

Εμφανίζεται σε ασθενείς χωρίς ενδείξεις προϋπάρχουσας νεφρικής νόσου και στις περισσότερες περιπτώσεις συνοδεύεται από ολιγουρία ή ανουρία. Τελευταία όμως αναγνωρίζεται σε συχνότητα που διαρκώς αυξάνεται η μη ολιγουρική μορφή του συνδρόμου, που συνοδεύεται από φυσιολογικό ή ακόμα και αυξημένο όγκο ούρων και η οποία φαίνεται ότι καλύπτει το 30-60% των περιπτώσεων ΟΝΑ. Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί συχνό και μερικές φορές βαρύ σύνδρομο της καθημερινής κλινικής πράξης, που απασχολεί σχεδόν όλες τις ιατρικές ειδικότητες και η μεγάλη σημασία του βασίζεται στο γεγονός ότι αποτελεί μια από τις παθολογικές καταστάσεις

στην ιατρική που τις περισσότερες φορές είναι πλήρως ανατάξιμη.(Μεταξάς, 1996,σ.81).

*Π*ρόκειται για μια κατάσταση στην οποία η λειτουργικότητα του νεφρού έχει χαθεί προσωρινά και απαιτεί προσεκτική περίθαλψη που συμπεριλαμβάνει και την αιμοδιύλιση αλλά που πολλές φορές μετά από μια χρονική περίοδο θα επιτρέψει στον ασθενή να ξαναγυρίσει σε μια τέτοια κατάσταση υγείας χωρίς καμιά συνέπεια. Τυπικά, προκαλείται από αρτηριακή υπόταση, η οποία μπορεί να προέρχεται από διάφορες αιτίες. Αν η υπόταση διάρκεσε αρκετά και ο νεφρός έμεινε για μια χρονική περίοδο με ανεπαρκή ποσότητα αίματος, στο νεφρώνα αρχίζουν μια σειρά από αλλοιώσεις που ονομάζονται σωληναριακή νέκρωση. Το σωληνάριο δεν είναι πια σε θέση να παράγει μια επαρκή ποσότητα ούρων τέτοια που να καθαρίζει τον οργανισμό από τις άχρηστες ουσίες. Η ποσότητα ούρων που αποβάλλεται μέσα σε 24 ώρες συχνά δεν υπερβαίνει τα 50 ml. Μετά από δέκα ή δώδεκα μέρες περνάει στη φάση της πολυουρίας: ο ασθενής αποβάλλει μεγάλες ποσότητες ούρων και διατρέχει τον κίνδυνο να χάσει όλα τα υγρά του μαζί με τα απαραίτητα για τη ζωή άλατα. Σε αυτή τη φάση πρέπει να παρακολουθούμε τον ασθενή και να του χορηγούμε τα υγρά και τα άλατα που έχασε μετά από τον ακριβή καθορισμό τους. Δυστυχώς η πρόγνωση παραμένει ακόμα σοβαρή με μια θνησιμότητα 50% συνολικά. Αυτή η θνησιμότητα συνδέεται κατά μεγάλο μέρος με την πρωτοπαθή νόσο και το αίτιο που προκάλεσε την ανεπάρκεια. Εξαρτάται επίσης πολύ από το πόση διάρκεια είχε η νεφρική ισχαιμία (η περίοδος κατά την οποία ο νεφρός δεν είχε επαρκή ποσότητα αίματος) και σε ακραίες περιπτώσεις είναι κατανοητό το γεγονός ότι τα νεφρικά κύτταρα δεν έχουν πια την ικανότητα επανάκτησης της λειτουργικότητάς τους. (Dr, Valeria Bergamaschi e.t.c., τόμος 6^{ος}, 1990,σ.141).

Αίτια:

↳ Προνεφρικά αίτια :

Πολλές εξωνεφρικές αιμοδυναμικές μεταβολές μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Οι νεφροί προσλαμβάνουν το 25% περίπου του κατά λεπτόν όγκου αίματος που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αιματικής ροής μεγαλύτερης από ένα λίτρο κατά λεπτό. Ο αυξημένος ρυθμός νεφρικής ροής αίματος εξασφαλίζει όχι μόνο τη διατήρηση της σπειραματικής διήθησης, αλλά ακόμη και την προσφορά της αναγκαίας ποσότητας οξυγόνου που απαιτείται για την μεταφορά των ιόντων. Επομένως, παθολογικές καταστάσεις όπως αιμορραγία, διάρροια, έμετοι, απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών από το δέρμα κ.λ.π. μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Η έγκαιρη αντιμετώπιση των παραπάνω αιμοδυναμικών διαταραχών προκαλεί συνήθως ταχεία επάνοδο της νεφρικής λειτουργίας στα φυσιολογικά επίπεδα, ενώ η παρατεταμένη διάρκειά τους οδηγεί σε εγκατάσταση οξείας σωληναριακής νέκρωσης.(Μεταξάς, 1996,σ.85).

↳ Νεφρικά αίτια:

Οι οξείες παθήσεις του νεφρικού παρεγχύματος, που μπορούν να εμφανιστούν με εικόνα οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι πολλές και συνήθως δρουν με ανοσολογικούς, αλλεργικούς, τοξικούς και ισχαιμικούς μηχανισμούς.(American college of physicians, 2000, σ.214).

↳ **Μετανεφρικά** αίτια:

Η αποφρακτική ουροπάθεια, ενώ καλύπτει το 2-15% του συνόλου των περιπτώσεων της ΟΝΑ, αποτελεί το αίτιο που συχνότερα μένει αδιάγνωστο. Η απόφραξη μπορεί να συμβεί στο στόμιο της ουροδόχου κύστης οπότε ονομάζεται επίσχεση ούρων, ή στο επίπεδο των ουρητήρων αλλά και σε οποιοδήποτε τμήμα της αποχετευτικής μοίρας του ουροποιητικού συστήματος. Τα συνηθέστερα αίτια αποφρακτικής ΟΝΑ αποτελούν οι συγγενείς ανωμαλίες στα νεογέννητα, η υπερτροφία του προστάτη στους ηλικιωμένους άνδρες και τα νεοπλάσματα της πυέλου στις γυναίκες. Η πλήρης απόφραξη εκδηλώνεται συχνά με τη μορφή της πλήρους ανουρίας.(Μεταξάς, 1996,σ.87).

ΠΡΟΝΕΦΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Α)Μείωση του ενεργού εξωκυττάριου όγκου

- Απώλεια υγρών π.χ. έμετοι, εγκαύματα.
- Συρρίκνωση του εξωκυττάριου χώρου π.χ. παγκρεατίτιδα.

Β)Μείωση του καρδιακού όγκου παλμού

- Δυσλειτουργία του μυοκαρδίου
- Καρδιακός επιποματισμός

Γ)Περιφερική αγγειοδιαστολή

- Φάρμακα π.χ. αντιυπερτασικά παράγωγα αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμιου
- Σηψαιμία
- Διάφορα: υπερκαλνία, υποξαιμία.

Δ)Έντονη νεφρική αγγειοσύσπαση

- Σήψη
- Φάρμακα
- Ηπατονεφρικό σύνδρομο

Ε)Απόφραξη των νεφρικών αρτηριών

- Θρόμβωση
- Εμβολή
- Τραύμα.(Μεταξάς, 1996,σ.88).

Πίνακας 2

ΝΕΦΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

<p>Α)Αγγειονεφρικές βλάβες</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Κακοήθης υπέρταση➤ Σκληρόδερμα➤ Θρόμβωση νεφρικών φλεβών <p>Β)Σπειραματονεφρίτιδα</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Οξεία μεταλοιομώδης➤ Από φάρμακα➤ Διάσπαρτος ερυθματώδης λύκος <p>Γ)Διαμεσοσωληναριακή νεφρίτιδα</p> <p>Δ)Σωληναριακή νέκρωση</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Νεφροτοξίνες➤ Παρατεταμένη νεφρική ισχαιμία.(Μεταξάς, 1996,σ.88).

Πίνακας 3

ΜΕΤΑΝΕΦΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

<p>Α)Ενδονεφρικά</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Εναπόθεση κρυστάλλων (ουρικό, οξαλικό κλπ.)➤ Εναπόθεση πρωτεϊνών (ελαφρές άλυστοι, χρωστικές) <p>Β)Εξωνεφρικά</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Νεφρικής πυέλου – ουρητήρα➤ Ουροδόχου κύστης(λίθοι, πύγματα, όγκοι, υπερτροφία προστάτη)➤ Ουρήθρας(στενώματα, φίμωση).(Μεταξάς, 1996,σ.89).

Πίνακας 4

Παθογένεια της ΟΝΑ

Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την παθογένεια της ΟΝΑ είναι: π.χ.

1)ελάττωση της νεφρικής αιμάτωσης 2)μείωση του συντελεστή σπειραματικής υπερδιήθησης 3)σωληναριακή απόφραξη και 4)η παλινδρόμηση του σωληναριακού περιεχομένου στο διάμεσο χώρο. Ο βαθμός στον οποίο καθένας από τους παραπάνω παράγοντες συμμετέχει στην έκπτωση της GFR εξαρτάται από το είδος της βλάβης και

από το χρόνο κατά τον οποίο προσδιορίζεται. Έτσι, ενώ η αγγειοσύσπαση των νεφρικών αγγείων έχει παρατηρηθεί σε πολλά πειραματικά πρότυπα ΟΝΑ, φαίνεται ότι αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στις πρώιμες φάσεις της μυοαιμοσφαιρινουρικής και της ισχαιμικής οξείας νεφρικής βλάβης. Αντίθετα η ελάττωση του συντελεστή υπερδιήθησης φαίνεται ότι παίζει βασικό παθογενετικό ρόλο στην έκπτωση της πειραματικής διήθησης σε νεφροτοξικά πρότυπα ΟΝΑ. (Μεταξάς, 1996, σ.95).

Διάγνωση

Το ιστορικό του ασθενή και η κλινική εξέταση σε συνδυασμό με τα εργαστηριακά ευρήματα οδηγούν το γιατρό, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε σωστή αιτιολογική διάγνωση. Το πρώτο βήμα στη διαγνωστική προσπέλαση του ασθενή θα πρέπει να αποτελεί η προσπάθεια εντοπισμού της αρχικής βλάβης, αν δηλαδή πρόκειται για προνεφρικό, νεφρικό, ή μετανεφρικό αίτιο. Δεν πρέπει επίσης να διαφεύγει το γεγονός ότι είναι δυνατό μερικές φορές πολλαπλά αίτια να δρουν ταυτόχρονα στην πρόκληση του συνδρόμου π.χ. χορήγηση αμινογλυκοσιδών σε αφυδατωμένους ασθενείς. (Μεταξάς, 1996, σ.96).

Κλινική προσέγγιση

Το ιστορικό του ασθενή οδηγεί συχνά στη διάγνωση του αιτίου της ΟΝΑ. Συμπτώματα και σημεία καρδιακής νόσου, θεραπεία με διουρητικά φάρμακα, παρουσία ασκίτη ή περιφερικών οιδημάτων, έμετοι, διάρροιες, εκτεταμένες εγκαυματικές επιφάνειες και αιμορραγίες συνηγορούν για ελάττωση του δραστικού ενδαγγειακού όγκου. Στις περιπτώσεις αυτές, όπου είναι προφανής η παρουσία προνεφρικών παραγόντων, η φυσική εξέταση θα δείξει χαμηλή αρτηριακή πίεση, ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία, ψυχρά άκρα, ξηρότητα του δέρματος και των

βλεννογόνων, ελάττωση του σωματικού βάρους και απώλεια της σπαργής του δέρματος, κυρίως σε περιοχές που δεν επηρεάζονται από την ηλικία, όπως στο μέτωπο και στην περιοχή του στέρνου.(Μεταξάς, 1996,σ.98).

Συμπτώματα:

Τα συμπτώματα της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας μπορεί να εμφανιστούν πολύ γρήγορα και περιλαμβάνουν:

- ↳ Μεγάλη μείωση του όγκου των ούρων
- ↳ Ναυτία και έμετο
- ↳ Ζαλάδες
- ↳ Πονοκέφαλο
- ↳ Πόνους στην πλάτη. (American College of Physicians, 2000, σ.419).

Επιπλοκές της ΟΝΑ

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και η υπέρταση αποτελούν τις σοβαρότερες επιπλοκές από το **καρδιαγγειακό σύστημα**. Άλλες επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελούν οι αρρυθμίες. Οι **νευρολογικές επιπλοκές** ποικίλουν και αφορούν συνήθως ηλικιωμένους ασθενείς που υποβάλλονται σε ανεπαρκή αιμοκάθαρση. Οι **γαστρεντερικές διαταραχές** είναι εξαιρετικά συχνές και καλύπτουν το μεγαλύτερο φάσμα των συμπτωμάτων της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Ανορεξία, έμετοι αποτελούν συχνές εκδηλώσεις. Το **αναπνευστικό και το ουροποιητικό σύστημα**, καθώς και τα σημεία χειρουργικών ή άλλων τραυμάτων αποτελούν τις συνηθέστερες εστίες των λοιμώξεων. Σηψαιμία αναπτύσσεται σε ποσοστό 10-25% των ασθενών. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα ανοιχτά τραύματα και το ουροποιητικό σύστημα αποτελούν τις κύριες πύλες εισόδου των

μικροοργανισμών στο αίμα, ενώ σε μικρότερο ποσοστό ενοχοποιούνται οι αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες ή η περιτοναϊκή κοιλότητα που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή του τεχνητού νεφρού.(Μεταξάς, 1996,σ.115).

Οι αιτίες θανάτου στην ΟΝΑ αποδίδονται κατά σειρά:

- ↳ Στην σήψη
- ↳ Στη βαρύτητα του πρωτοπαθούς νοσήματος
- ↳ Σε καρδιαγγειακά αίτια
- ↳ Σε αιμορραγία από το γαστρεντερικό σύστημα
- ↳ Σε προσβολή και άλλων οργάνων κατά την εξέλιξη της ΟΝΑ όπως ήπατος, πνεύμονα κ.λ.π.(Μεταξάς, 1996,σ.118).

Πρόληψη

Η πρόληψη της πλήρους εκδήλωσης του συνδρόμου μπορεί να γίνει εφόσον ο γιατρός υποπτευθεί έγκαιρα τα αίτια που προκάλεσαν το σύνδρομο ή σε άλλες περιπτώσεις με αιμοδυναμική αποκατάσταση του αρρώστου και έγκαιρο εκβιασμό της διούρησης με μανιτόλη. Η υπερκαλιαιμία, η υπονατρία και οι διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας αντιμετωπίζονται επιτυχέστερα, αλλά η σήψη και η βαρύτητα του πρωτοπαθούς νοσήματος εξακολουθούν και σήμερα να αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου.(Μεταξάς,1996,σ.119).

Θεραπεία

Η θεραπεία αποτελείται από διατροφή υψηλή σε θερμίδες που όμως είναι χαμηλή σε πρωτεΐνες, νάτριο και κάλιο. Διόρθωση υποογκαιμίας με μεταγγίσεις και χορήγηση υγρών, περιτοναϊκή διάλυση.(Keir, e.t.c., 1996, σ.26.-Κούνης, 1997, σ.14).

10.3. ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ

Ορισμός: Οι λοιμώξεις των ουροφόρων οδών είναι γενικός όρος και είναι μια από τις συνηθέστερες και πιο δύστροπες καταστάσεις των παιδιών και των γυναικών και αναφέρεται στη μικροβιακή λοίμωξη των ουροφόρων οδών.(Engram, 1997, σ.241).

Η λοίμωξη αυτή, ιδίως στους άνδρες, μπορεί να συνοδεύεται και από λοίμωξη του γεννητικού συστήματος. Οι ουρολοιμώξεις είναι οι συχνότερες βακτηριακές λοιμώξεις που προσβάλλουν το ανθρώπινο σώμα. Είναι δέκα φορές συχνότερες στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Σε μικρή ηλικία η λοίμωξη μεταφέρεται στο ουροποιητικό σύστημα με το αίμα ή με τη λέμφο, στις μεγαλύτερες όμως ηλικίες μεταφέρεται συνήθως από τα εξωτερικά γεννητικά όργανα ή την ουρήθρα.(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 21^{ος}, 1995,σ.541).

Παθογόνοι οργανισμοί: Ο συνηθέστερος παθογόνος οργανισμός είναι το κολοβακτηρίδιο. Άλλα μικρόβια είναι ο πρωτέας, η κλεμψιέλα, ψευδομονάδα, εντεροβακτηρίδιο.(Λαπατσάνης, 1996,σ.84.-Κούνης, 1997,σ.46).

Επίσης διάφορες μορφές ουρολοιμώξεων προκαλούν τα παράσιτα (τριχομονάδες, αμοιβάδες κ.α.) καθώς και οι μύκητες (βλαστομύκητες, ακτινομύκητες κ.α.). Τέλος ουρολοίμωξη προκαλείται και από το βακτηρίδιο της φυματίωσης αλλά η μορφή αυτή είναι σπάνια σήμερα.(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 21^{ος}, 1995,σ.544).

Προδιαθεσικοί παράγοντες: Είναι η επίσχεση ούρων, οι διουρηθρικές

επεμβάσεις, ο καθετηριασμός και η προϋπάρχουσα μόλυνση των ουροφόρων οδών.(Μπάλλας, 1987,σ.745).

Συμπτώματα: Το παιδί μπορεί να μην έχει συμπτώματα. Όταν υπάρχουν όμως τείνουν να είναι μη ειδικά υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη, προβλήματα διατροφής, πυρετός, κακοδιαθεσία..(Λαπατσάνης, 1996,σ.89).

Στις γυναίκες διάφορα **συμπτώματα** μπορεί να είναι:

- ✦ πυρετός
- ✦ αυξημένη συχνότητα ούρησης
- ✦ θολά ούρα
- ✦ ερεθισμός
- ✦ φαγούρα
- ✦ κιτρινοπράσινες εκκρίσεις
- ✦ λευκές εκκρίσεις
- ✦ επώδυνη ούρηση
- ✦ άλγος
- ✦ δύσοσμα ούρα.(Engram, 1997,σ.245.-American College of Physicians, 2000,σ.566).

Θεραπεία

Η μικροσκοπική εξέταση και η καλλιέργεια ούρων αποκαλύπτουν τον ακριβή παθογόνο οργανισμό και έτσι χορηγείται η κατάλληλη αντιβίωση που μαζί με την καλή ενυδάτωση και τη μέριμνα για ακώλυτη παροχέτευση των ούρων αποτελούν την θεραπεία της ουρολοίμωξης. Πρέπει να υπομνησθεί πως μπορεί να εμφανιστεί σηπτικό

shock από αρνητικά Gram μικρόβια, σε ηλικιωμένους άνδρες μετά από κάποια διουρηθρική επέμβαση (καθετηριασμός, κυστεοσκόπηση) και πως αν τέτοιοι ασθενείς εμφανίσουν πυρετό με ρίγος και πτώση της αρτηριακής τους πίεσης, πρέπει άμεσα να γίνει η λήψη αιμοκαλλιέργειας και ουροκαλλιέργειας και να αρχίσει έντονη αντιβίωση.(Μπάλλας, 1987,σ.749).

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την εξέταση των ούρων (υπάρχουν άφθονα πυοσφαίρια, ερυθρά αιμοσφαίρια, και κύλινδροι, αν έχουν προσβληθεί τα νεφρά) και με την καλλιέργεια που δείχνει το είδος του μικροβίου που προκάλεσε την ουρολοίμωξη. Η θεραπεία γίνεται με αντιβιοτικά αλλά μπορεί να αντιμετωπιστεί και χειρουργικά αν υπάρχουν αποφράξεις των ουροφόρων οδών. Η θεραπεία πρέπει να είναι επίμονη και πλήρης, γιατί οι ουρολοιμώξεις υποτροπιάζουν εύκολα.(Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος, τόμος 21^{ος}, 1995,σ.550).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ

ΤΡΑΥΜΑ

11.1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Ορισμός: Αιμορραγίες ονομάζονται οι απώλειες αίματος όποια και αν είναι η προέλευση και η φύση τους. Η αιμορραγία, όπως και αν παρουσιάζεται, είναι πάντα ένα σοβαρό θέμα ιδιαίτερα όταν δεν μπορούμε να την σταματήσουμε αλλά και στην περίπτωση που δεν είναι «θεαματική» μπορεί να καταλήξει σε κάτι σοβαρό, αναιμία π.χ. που πολλές φορές παίρνει πάρα πολύ σοβαρή μορφή. Οι αιμορραγίες πρέπει να σταματάνε το ταχύτερο δυνατό, πράγμα που επιτυγχάνεται τις περισσότερες φορές, αλλά αν ξεφεύγει από τον έλεγχο μας πρέπει αμέσως να καλείται ο γιατρός. (Dr. Valeria Bergamaschi e.t.c., τόμος 9^{ος}, 1990, σ.63).

Διακρίνεται:

- Από το είδος του αγγείου απ' όπου εξαγγειούνται το αίμα σε:
 - ↳ Αρτηριακή
 - ↳ Φλεβική
 - ↳ Τριχοειδική
 - ↳ Μικτή

- Από το χώρο όπου διαφεύγει το αίμα σε:
 - ↳ Εξωτερική
 - ↳ Εσωτερική
 - ↳ Ενδοϊστική. (Πετρίδης Α.,2002,σ.37).

Παράγοντες που συντελούν σ' αυτήν την επιπλοκή είναι:

- ↳ Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων, τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού
- ↳ Η μόλυνση του τραύματος
- ↳ Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα, με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία
- ↳ Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος. (Μαλγαρινού, τόμος Α, 1997,σ.252).

Νοσηλευτική φροντίδα:

Όταν πρόκειται για εξωτερική αιμορραγία το πρώτο πράγμα που πρέπει να γίνει είναι να εφαρμοστεί : α)άμεση πίεση πάνω στο ίδιο το τραύμα. Η πίεση συνεχίζεται περίπου 10 λεπτά για να πήξει το αίμα. β)Όταν μειωθεί η απώλεια αίματος, τοποθετούμε πάνω στο τραύμα μια γάζα ή ένα επίθεμα. γ)Αφού σταματήσει η αιμορραγία καθαρίζουμε την πληγή και τοποθετούμε μια άλλη καθαρή γάζα σφιχτά πάνω στην πληγή. (Jordi Viguc,2000,σ.96).

Εσωτερική αιμορραγία: Τα συμπτώματα της εσωτερικής αιμορραγίας είναι:

- ↳ Κρύο και υγρό δέρμα
- ↳ Αδύναμος και γρήγορος σφυγμός
- ↳ Αναπνοή γρήγορη
- ↳ Έντονη δίψα
- ↳ Βουητό στα αυτιά
- ↳ Απώλεια όρασης . (Jordi Vigue,2000,σ.101).

Νοσηλευτική φροντίδα:

Σε τέτοιες αιμορραγίες, πρέπει να καλείται αμέσως ο γιατρός. Δεν δίνουμε στον ασθενή να φάει, ούτε να πει. Σε περίπτωση που διψάει πολύ μπορούμε να υγράνουμε τα χείλη του.

11.2. ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Ορισμός: Είναι η ανάπτυξη μικροβίων μέσα στο εγχειρητικό τραύμα που έρχεται σαν αποτέλεσμα της κάμψης της τοπικής αμυντικής αντίδρασης μπροστά στην τοξικότητα και τον αριθμό των μικροβίων αυτών. Η διαπύηση αποτελεί τη συχνότερη από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που αφορούν το εγχειρητικό τραύμα. (Μπάλλας, 1987,σ.158).

Προδιαθεσικοί παράγοντες: Παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη μόλυνσης

στο χειρουργικό τραύμα είναι:

- ↳ Η κακή εγχειρητική τεχνική
- ↳ Η μεγάλη ηλικία του ασθενούς
- ↳ Η παχυσαρκία
- ↳ Η λήψη κορτικοστεροειδών
- ↳ Η κακή θρέψη
- ↳ Η μεγάλη διάρκεια και το ελείγον της εγχείρησης όπως και η παρατεταμένη προεγχειρητική νοσηλεία. (Μπάλλας, 1987,σ.158).

Πηγή μόλυνσης του εγχειρητικού τραύματος μπορεί να αποτελέσουν μικρόβια είτε εξωγενή, που προέρχονται από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, το περιβάλλον του χειρουργείου κ.α., είτε συνηθέστερα ενδογενή, προερχόμενα κυρίως από το γαστρεντερικό σωλήνα του ασθενούς.(Μπάλλας, 1987,σ.158).

Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσεως είναι:

- ↳ Αυξημένος πόνος
- ↳ Θερμότητα
- ↳ Ερυθρότητα
- ↳ Οίδημα
- ↳ Πυώδης εκροή

Γενικά συμπτώματα είναι:

- ↳ Πυρετός
- ↳ Ρίγος
- ↳ Κεφαλαλγία
- ↳ Άνορεξία .(Μαλγαρινού, τόμος Α, 1997,σ.262).

Πρόληψη: Τα πιο σημαντικά σημεία στην προσπάθεια για την πρόληψη της επιπλοκής είναι:

- ↳ Εφαρμογή άσηπτης ατραυματικής χειρουργικής τεχνικής
- ↳ Περιορισμός της μόλυνσης του εγχειρητικού πεδίου
- ↳ Υποστήριξη των αμυντικών μηχανισμών του ασθενούς
- ↳ Χορήγηση αντιβιοτικών όταν κριθεί σκόπιμο.

Θεραπεία: Η θεραπεία της διαπύησης, όταν εκδηλωθεί, συνίσταται σε ευρεία διάνοιξη και παροχέτευση του εγχειρητικού τραύματος.(Μπάλλας, 1987,σ.159).

11.3. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Ορισμός: είναι ο μερικός ή πλήρης αποκλεισμός μερικών ή όλων των

στοιβάδων του εγχειρητικού τραύματος. Αυτή συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα, αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βίαιους έμετους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων. (Μαλγαρινού, τόμος Α, 1997, σ.262. -- Μπάλλας, 1987,σ.160).

Γενικοί προδιαθεσικοί παράγοντες:

- ✚ Η μεγάλη ηλικία (συνήθως ασθενείς άνω των 45 ετών)
- ✚ Η κακή θρέψη
- ✚ Γενικές μεταβολικές διαταραχές
- ✚ Ο καρκίνος
- ✚ Η παρουσία ίκτερου
- ✚ Η παχυσαρκία
- ✚ Η λήψη κορτικοστεροειδών φαρμάκων.(Μπάλλας, 1987,σ.160).

Τοπικοί προδιαθεσικοί παράγοντες: Στους τοπικούς από το τραύμα παράγοντες

περιλαμβάνονται:

- ✚ Η φλεγμονή
- ✚ Η κακή εγχειρητική τεχνική
- ✚ Η χρησιμοποίηση ακατάλληλων ραμμάτων
- ✚ Ο σχηματισμός αιματώματος
- ✚ Η έξοδος παροχετεύσεων από το εγχειρητικό τραύμα
- ✚ Το είδος της εγχειρητικής τομής.(Μπάλλας, 1987,σ.161).

Αν και συνήθως η επιπλοκή εκδηλώνεται μεταξύ 5^{ης} και 8^{ης} μετεγχειρητικής ημέρας, συχνά γίνεται φανερή μετά την αφαίρεση των δερματικών ραμμάτων με την πρόπτωση εντέρου ή επιπλόου από το εγχειρητικό τραύμα ή ακόμα μένει συγκαλυμμένη.

Ο ασθενής προφυλάσσεται από την ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν:

- ↳ Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- ↳ Καταστέλλεται ο εμετός κι ο βήχας
- ↳ Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις 2 παλάμες του το τραύμα, όταν βήχει. (Μαλγαρινού, τόμος Α, 1997,σ.262).

Θεραπεία:

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διάσπασης εξαρτάται βασικά από την γενική κατάσταση του ασθενούς και από το αν συμμετέχουν σε αυτή όλες ή μερικές από τις στοιβάδες του εγχειρητικού τραύματος. Όταν στη διάσπαση δεν συμμετέχουν τα απονευρωτικά πέταλα, δηλαδή, αυτή αφορά μόνο τις επιπολής στοιβάδες του εγχειρητικού τραύματος(δέρμα), και φυσικά δεν έχει δημιουργηθεί εκσπλάχνωση, η θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να είναι μόνο συντηρητική.

Αν η διάσπαση συνοδεύεται από εκσπλάχνωση, ο ασθενής πρέπει να οδηγείται αμέσως στο χειρουργείο και εκεί να γίνεται αφαίρεση των παλαιών ραμμάτων και επανασυρραφή του τραύματος με μεμονωμένες ραφές.(Μπάλλας, 1987,σ.162).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η συχνότητα εμφάνισης των μετεγχειρητικών επιπλοκών παρουσιάζεται μειωμένη και αυτό είναι αποτέλεσμα κυρίως της παροχής σωστότερων νοσηλευτικών υπηρεσιών και της βελτίωσης των θεραπευτικών μεθόδων.

- Στις χειρουργικές επεμβάσεις που αφορούν στο πεπτικό σύστημα οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι οι αιμορραγίες και οι επιπλοκές από το τραύμα. Οι εμφανιζόμενες επιπλοκές στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αποτέλεσμα κακής τεχνικής της επέμβασης και κακής προεγχειρητικής αγωγής, ενώ η χορήγηση αναισθησίας δεν φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση αυτού του φαινομένου.

- Οι χειρουργικές επεμβάσεις, σε ποσοστό 33% είναι προγραμματισμένες και αυτό το γεγονός δίνει το χρόνο και τη δυνατότητα να πληροφορηθεί ο ασθενής, από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σχετικά με την επέμβαση και την πορεία αυτής.

- Η μετεγχειρητική πορεία των αρρώστων που στέλνονται στο χειρουργείο απροετοίμαστοι (φόβος για το άγνωστο, ανησυχία, άγχος) επηρεάζεται με αποτέλεσμα τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, πόνο και παρατείνουν την παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο αυξάνοντας και το τελικό κόστος της φροντίδας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Επένδρωση των νοσοκομείων με πλήρως καταρτισμένο και εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Αυτό το αίτημα , το θέτουμε πρώτο από όλα γιατί αποτελεί τη βάση και την απαραίτητη προϋπόθεση για ολοκληρωμένη παροχή νοσηλευτικών φροντίδων. Δυστυχώς η ανεπάρκεια σωστά εκπαιδευμένου προσωπικού δημιουργεί σωρία προβλημάτων και παραπόνων από πλευράς ασθενή.

Οφείλουμε λοιπόν, απέναντι σε όλους αυτούς που μας εμπιστεύονται να προσπαθούμε πάντα για το καλύτερο. Είναι καθήκον και ιερή ευθύνη όλων μας να αγωνιστούμε, να μειώσουμε το ενδεχόμενο των επιπλοκών σε χειρουργική επέμβαση και γενικότερα σε κάθε νοσηλευτική πράξη.

Είναι πολύ απλό και πολύ εύκολο να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, αρκεί να συμβαδίζουμε με την εξέλιξη της ιατρικής και να ενημερωνόμαστε από τις προσφερόμενες κάθε φορά γνώσεις και παράλληλα να μπορούμε να βάζουμε τον εαυτό μας στην θέση αυτού που μας έχει ανάγκη.

ΑΛΗΘΕΙΑ, ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΘΑ ΠΕΡΙΜΕΝΑΜΕ ΕΜΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ- ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ;

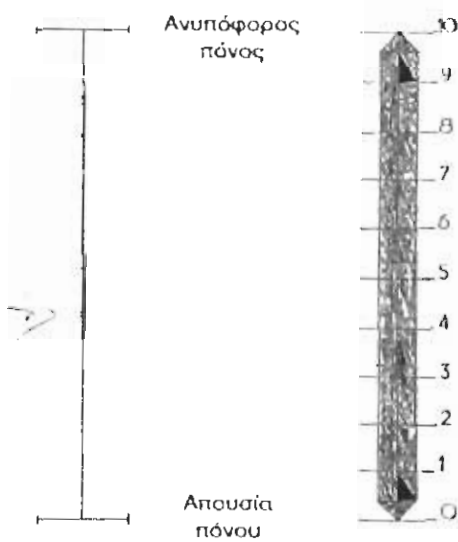
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Σχηματική εικόνα μαζικής πνευμονικής εμβολής. Διακρίνεται ευμεγέθης θρόμβος (βέλος) στον κώνο της πνευμονικής αρτηρίας και στην αρχή της αριστερής και δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας.

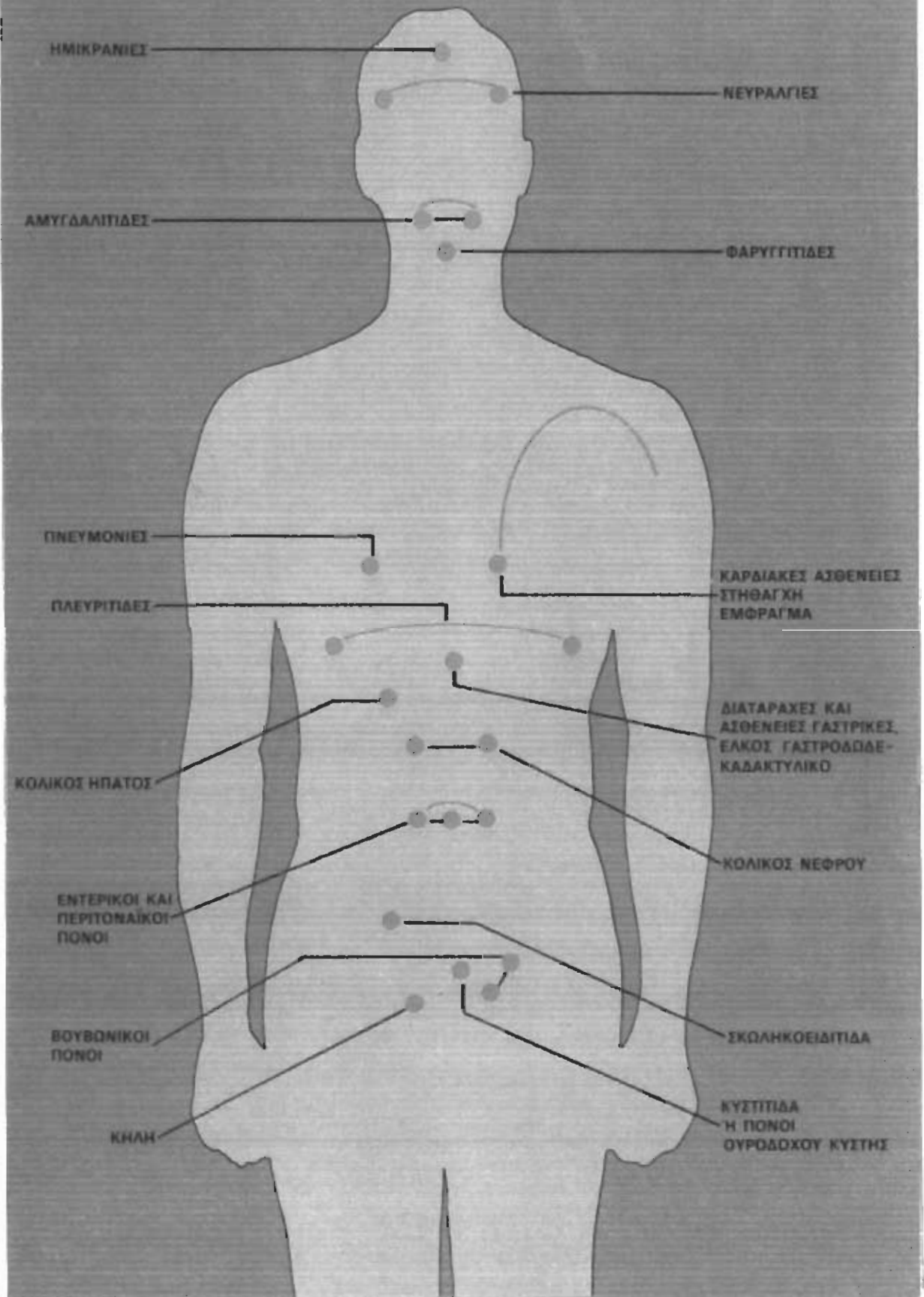


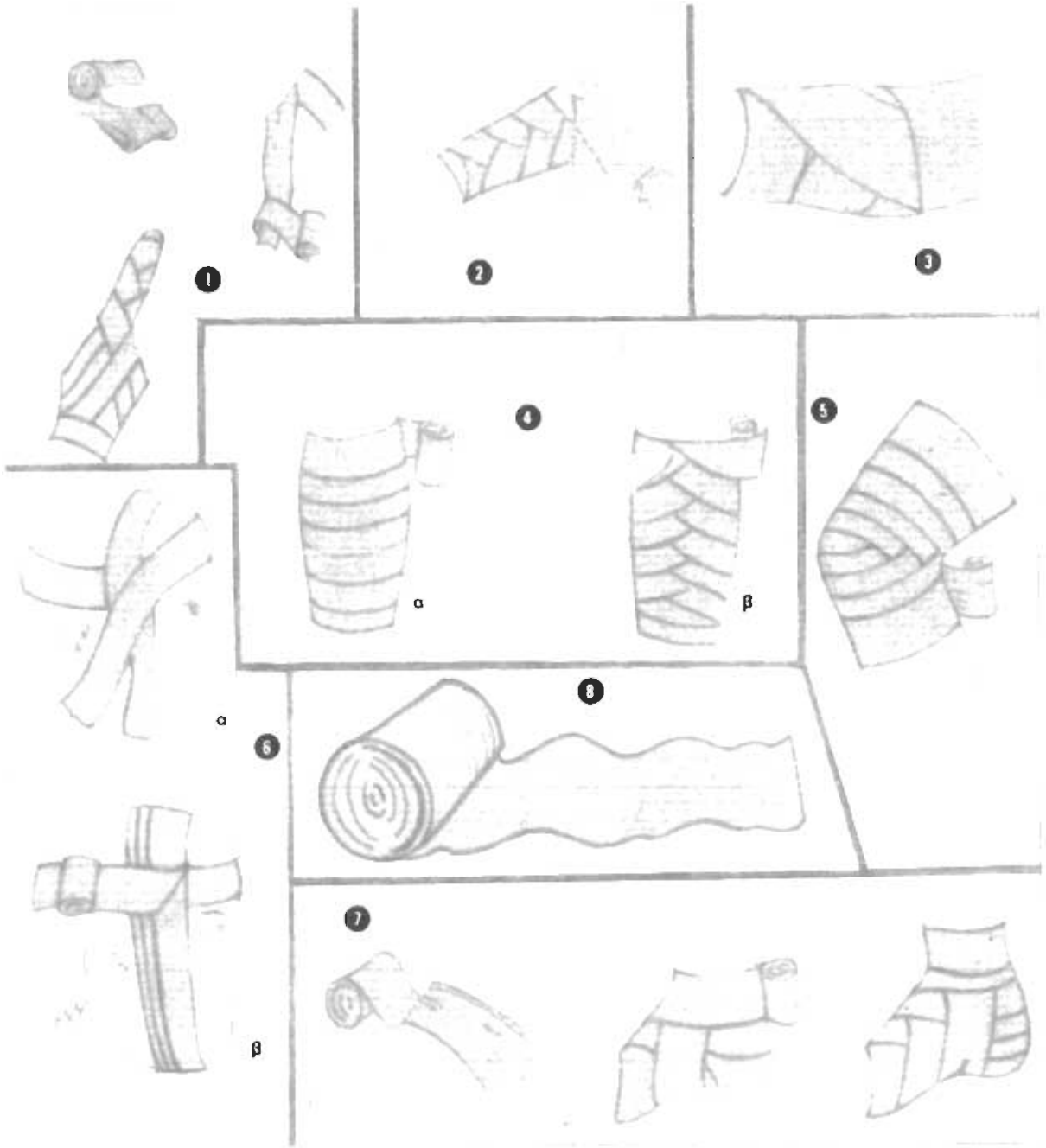
Εικ. 1. Άρρωστος που πονάει



Εικ. 2. Αριθμητική κλίμακα μέτρησης του πόνου

ΕΔΡΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ





Πρωτες βοθηεις

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ



- Πρέπει να διευκολυνθεί η ροή αίματος στην καρδιά και στον εγκέφαλο. Στο μεταξύ ο ασθενής ξαπλώνεται ανάσκελα με το κεφάλι χαμηλωμένο, ενώ τα κάτω άκρα και η λεκάνη πρέπει να ανυψωθούν.

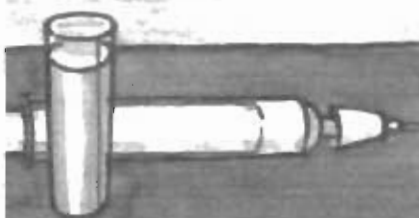


- Να φροντίζουμε να διεγείρουμε τα καρδιοαναπνευστικά κέντρα — αν ο ασθενής διατηρεί τις αισθήσεις του και μπορεί να καταπίνει — με μια γουλιά κονιάκ ή καφέ



και σαν εναλλακτική λύση με μια ένεση (κοραμίνη, κομφορός, αιθέρα, καφεΐνης κτλ.).

- Αν παρουσιαστεί ανάγκη και η κατάσταση του ασθενή επιδεινωθεί, πρέπει να καταφύγουμε



στην τεχνητή αναπνοή, κατά προτίμηση σ' αυτή «στόμα με στόμα», που θεωρείται η πιο αποτελεσματική ή ακόμα σε χορήγηση οξυγόνου.

- Εφόσον η καρδιακή καταπληξία είναι εκδήλωση μιας ασθένειας με κάποια σοβαρότητα, ο γιατρός καλείται πάντα χωρίς καθυστέρηση. Περιμένοντός τον πρέπει να ελέγχεται η κατάσταση της υγείας του ασθενή για να αποφεύγονται οι επιδεινώσεις.

Πρώτες βοήθειες

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ



Η ασθένεια περνάει από μόνη της σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι παρόντες, όσο γίνεται, δεν πρέπει να φοβηθούν. Τα πράγματα που πρέπει να γίνουν είναι λίγα και απλά.

- Να ρίχνουμε λίγο κρύο νερό στον ασθενή όσο διαρκεί η κρίση.

- Αν είναι δυνατό να μάθουμε την αιτία που προκάλεσε την κρίση (διαπληκτισμός, μεγάλη θλίψη, θλιβερή είδηση κτλ.).

- Να συμπεριφερθούμε με ηρεμία και κατανόηση διατηρώντας ταυτόχρονα μια συμπεριφορά αρκετά σταθερή.

- Να του δώσουμε να πει χαμομήλι ή κάποιο ανάλογο ρόφημα, που να συνοδεύεται με ηρεμιστικά και ηυλυτικά.



15/3

Πρώτες βοήθειες
**ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ
ΑΠΟ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ**



Το πρώτο πρόβλημα που δημιουργείται στην περίπτωση υπογλυκαιμίας από ινσουλίνη είναι η ακριβής διάγνωση. Αν ο ασθενής δεν έχασε τις αισθήσεις του μπορεί να πει αν πάσχει από διαβήτη κι αυτό κάνει τα πάντα εύκολα. Αν αντίθετα λιποθύμησε πρέπει να υπολογιστεί η γλυκόζη του αίματος. Αυτό όμως δεν είναι πάντα δυνατό, γι' αυτό θα ήταν χρήσιμο οι διαβητικοί να έχουν πάντα μαζί τους ένα μεντα-

γιόν, για να πληροφορούν αυτούς που σπεύδουν να τους βοηθήσουν. Παίρνοντας τις πρώτες βοήθειες, ο ίδιος ο ασθενής ξέρει από τι πάσχει γι' αυτό γρήγορα θα ψιθυρίσει το φάρμακο που χρειάζεται. Στις ελαφρές περιπτώσεις μπορεί να είναι αρκετό λίγο νερό με ζάχαρη, μια πορτοκαλάδα, μια καραμέλα, λίγη ζάχαρη, γενικά κάτι που να περιέχει ζάχαρη. Είναι καλό επομένως ο ασθενής να έχει πάντα μαζί του μια μικρή ποσότητα ζάχαρης. Αν η υπογλυκαιμία είναι σοβαρή κι αν υπάρχει γιατρός είναι ανάγκη να χορηγηθεί γλυκόζη ενδοφλέβια.

Πρώτες βοήθειες
ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΟΚ



Δεν πρέπει να μετακινηθεί καθόλου ένας τραυματίας σε κατάσταση σοκ χωρίς την παρουσία ειδικευμένου προσωπικού. Η παραμικρή ακατάλληλη κίνηση από μη ειδικούς μπορεί να είναι επικίνδυνη. Αν η μετακίνηση είναι τελείως απαραίτητη πρέπει να παρθούν οι μεγαλύτερες προφυλάξεις για να αποφυγούμε κάθε βίαιη κίνηση. Προσπαθούμε να κάνουμε μίαν αξιολόγηση των βλαβών χωρίς όμως να διακινδυνεύουμε καμιά διάγνωση.



— Ο ασθενής κρατιέται ξαπλωμένος ανάσκελα, με τα πόδια ανυψωμένα. Αν υπάρχει αιμορραγία πρέπει να γίνουν τα πάντα για να σταματήσει.



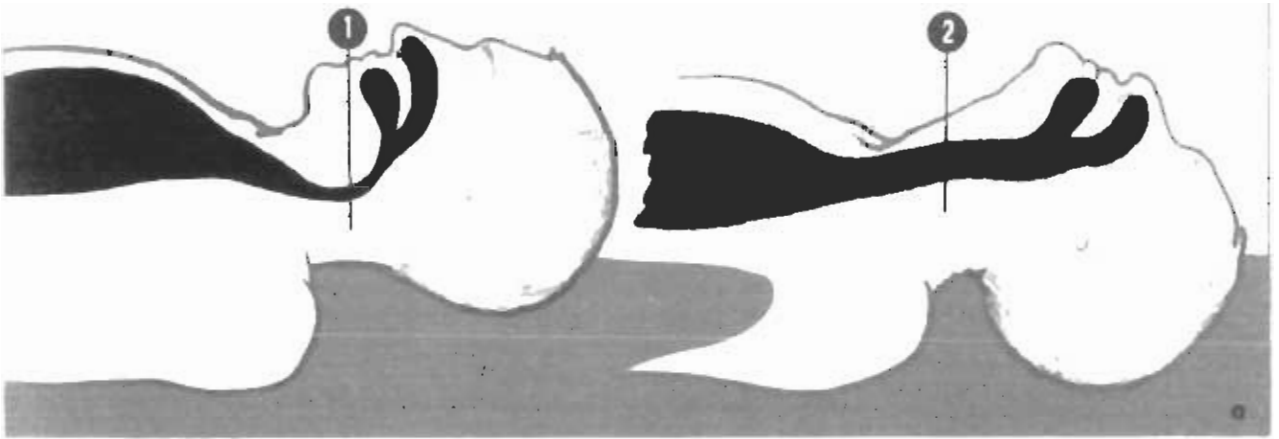
— Πρέπει να ξέρουμε ότι το σοκ επιδεινώνεται με τον πόνο, που πρέπει να ανακουφίζεται. Ο ασθενής παραμένει όσο είναι δυνατό σε απόλυτη ανάπαυση, μακριά από τους περιεργούς, διατηρείται ζεστός χωρίς όμως να ιδρώνει, γιατί σκοπός μας είναι να διατηρηθεί η φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος και όχι να αυξηθεί.



— Να μην του δώσουμε οινοπνευματώδη ποτά με σκοπό να τον διεγείρουν. Συχνά το μόνο που καταφέρνουν είναι να επιδεινώσουν την κατάσταση. Ενδείκνυται, αντίθετα, το τσάι και ο καφές αν και είναι καλύτερο ο χρόνος που χρειάζεται για να ετοιμαστούν να αφιερωθεί στη μεταφορά του ασθενή στο κοντινότερο νοσοκομείο.

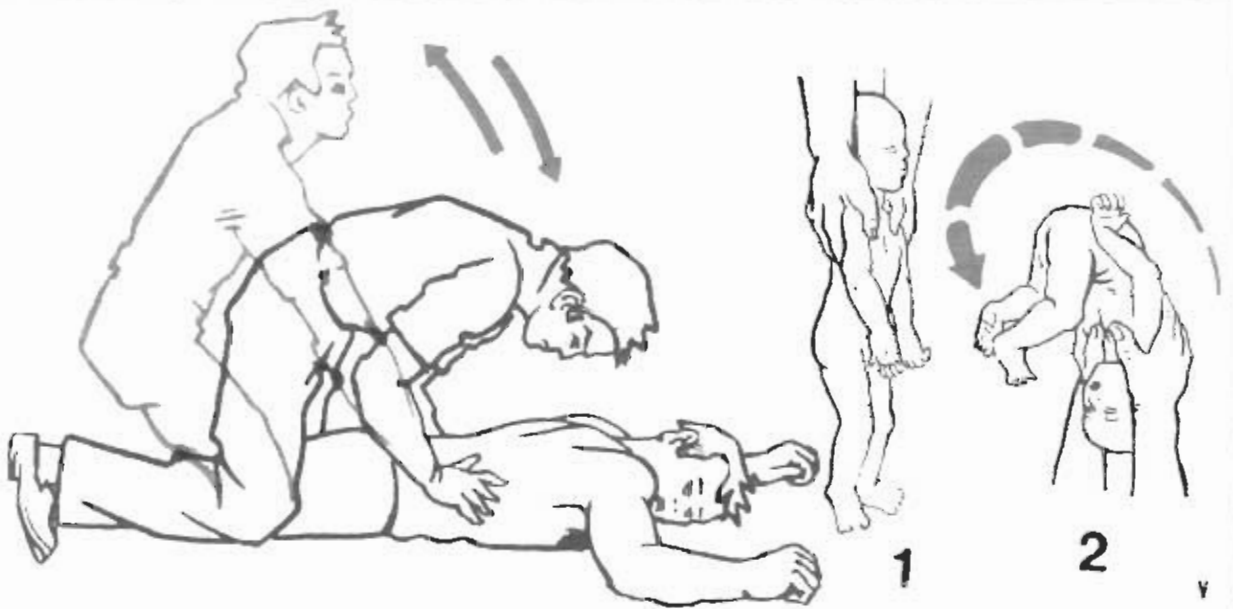
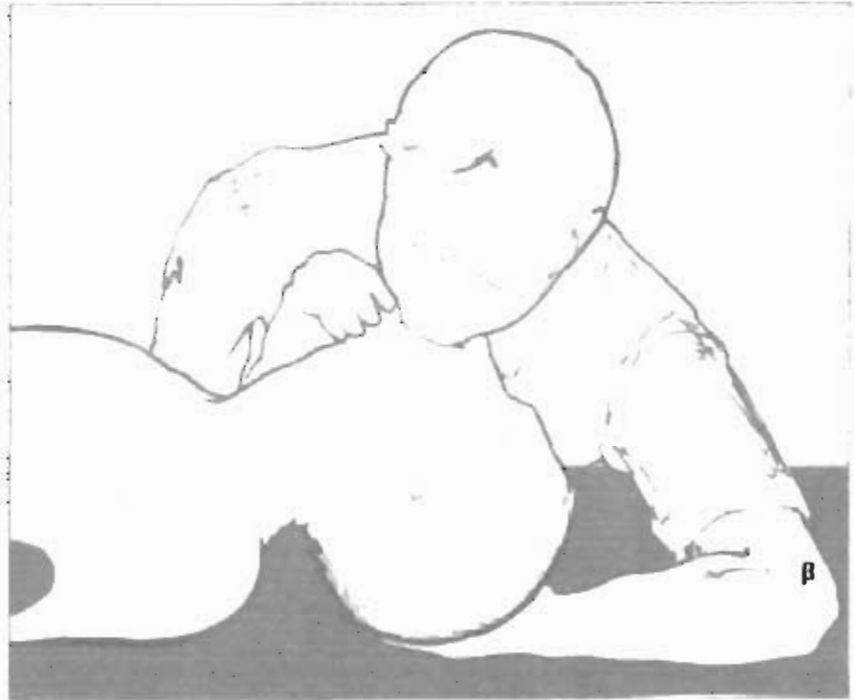


— Υπενθυμίζεται ότι το σοκ μπορεί να εμφανιστεί πολύ χρόνο μετά το τραύμα, ειδικά αν αυτό είναι στο κεφάλι. Ο ασθενής να παρακολουθείται συνέχεια και πάντα σε συνθήκες απόλυτης ηρεμίας.



Ασφύγια Πάνω (α) στο σχεδιάγραμμα αριστερά (1) φαίνεται η μείωση του εύρους των αναπνευστικών οδών (με ρουράκι που γυρίζει) για μειωμένη πρόσφορα αέρα στους πνεύμονες. Στο σχεδιάγραμμα δεξιά (2) οι αναπνευστικές οδοί γίνονται διατετατές με την έκταση του κεφαλίου, με το πηγούνι να «απειθύνεται» προς τα πάνω.

Έδω δίπλα (β) το σχέδιο απεικονίζει τον τρόπο που γίνεται η τεχνητή αναπνοή με το φίλι της Σελής. Φυσάμε ρυθμικά δεκάπεντε φορές περίπου το λεπτό στο στόμα του ασθενή. Για να ευποδίσουμε να βγει ο αέρας από τη μύτη με την εμφύσηση προτείνεται μερικές φορές να κλείνουμε τη μύτη. Κάτω (γ) τεχνητή αναπνοή με τη μέθοδο του Shaeffer. Ο ασθενής λαμβάνεται με την καρδιά και το κεφάλι στο πλάι. Ασκείται ενεργητικά μια πίεση στη στήθα για δυο δευτερόλεπτα (πρώτη φάση με «μπουρά»). Ανασηκώνονται με το τα βραχίονες του ασθενή διευκολύνοντας την εκπνοή. Δεύτερη φάση με «κόκκινα». Στο μωρό (δεξιά) κλείνεται ο θώρακας στη φάση της εισπνοής (1) και αναποδογυρίζεται το μωρό με σκυρμένο το κεφάλι πιέζοντας το θώρακα στη φάση της εκπνοής (2).



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΑ

ΒΙΒΛΙΑ

Αθανάτου Ε., *Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική*, έκδοση Στ', Αθήνα, 2000.

Ακύρου Δ., *Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής*, έκδοση Β', εκδόσεις "Γραφικές τέχνες", Αθήνα, 2002.

Γερμένης Τ., *Μαθήματα πρώτων βοηθειών*, έκδοση 3^η, εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Ανατύπωση, Αθήνα, 1994.

Κούνης Ν., *Νοσολογία II*, σημειώσεις, Πάτρα, 1997.

Λαπατσάκης Π., *Βασική παιδιατρική*, εκδόσεις "Λίτσας", Ανατύπωση, Αθήνα, 1996.

Μαλγαρινού-Κωνσταντινίδου., *Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*, τόμος Α, έκδοση 20^η, εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα, 1997.

Μεταξάς Π. και συνεργάτες, εκδότης, *Θέματα παθολογίας*, τμητικός τόμος Βάλτη, έκδοση 1^η, εκδόσεις 'University Studio Press', Θεσσαλονίκη, 1996.

Μπάλλας., *Χειρουργική*, τόμος Α, ιατρικές εκδόσεις 'Πασχαλίδη', Αθήνα, 1987.

Μπαλτόπουλος., *Περιεχειρητικός έλεγχος- φροντίδα- παρακολούθηση του αναπνευστικού συστήματος*, Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής, εκδόσεις 'University Studio Press', Θεσσαλονίκη, 30 Οκτωβρίου- 3 Νοεμβρίου 1994.

Μπατζολάκη., *Καρδιολογική Νοσηλευτική*, σημειώσεις.

Παπαδάκη Α., *Το χειρουργείο στη βασική νοσηλευτική εκπαίδευση*, εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα, 1992.

Παπαδημητρίου Γ.-Ανδρουλάκης Γ., *Αρχές Γενικής Χειρουργικής*, τόμος Λ, εκδόσεις "Παρισσιάνος", Αθήνα, 1989.

Πετρίδης Α., *Εγχειρίδιο Χειρουργικής*, έκδοση 4^η, εκδόσεις "Ελλην", Αθήνα, 2002..

Σαμαρτζής Μ.- Αγγελάκος Σ., *Κλινικό ηλεκτροκαρδιογράφημα*, Ευγενική προσφορά 'Lanipharin Hellas', Αθήνα, 1997.

Σαχίνη- Καρδάση Α.- Πάνου Μ., *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, τόμος Α, Β, έκδοση Β', επανέκδοση 2000, εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα, 1997.

Σταυρίδου Μ., *Νοσηλευτική Τεχνική Χειρουργείου*, έκδοση Β', εκδόσεις "επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών University studio press", Θεσσαλονίκη, 1983.

Τούτουζας Π., *Η καρδιά*, Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας "ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.", Αθήνα, 1996.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Γαβριηλίδης Γ., *Ιστορική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του πόνου από την αρχαιότητα μέχρι τους νεότερους χρόνους*, περιοδικό Focus, τεύχος 9^ο, έτος 8^ο, εκδόσεις Med-K, Οκτώβριος, 2004.

Κοτρώτσιου Ε.- Αργυρούδης Ε., *Προεγχειρητική ανησυχία- άγχος: ο ρόλος του νοσηλευτή*, στο περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 40, τεύχος 3^ο, Ιούλιος- Σεπτέμβριος, 2001.

Κοτρώτσιου Ε.- Θεοδοσοπούλου Ε., *Η προεγχειρητική προετοιμασία των ασθενών- ιστορική εξέλιξη*, στο περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 40, τεύχος 2^ο, Απρίλιος- Ιούνιος, 2001.

Κοτρώτσιου Ε.- Θεοδοσοπούλου Ε., *Προεγχειρητική ενημέρωση- πληροφόρηση- διδασκαλία του ασθενούς και ο ρόλος του νοσηλευτή*, στο περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 39, τεύχος 4^ο, Οκτώβριος- Δεκέμβριος, 2001.

Κοτρώτσιου Ε.- Λεμονίδου Χ., *Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου*, στο περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 38, τεύχος 4^ο, Οκτώβριος- Δεκέμβριος, 1999.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος., *Ασφυξία*, τόμος 5^{ος}, Κοντέος Θ., νέα έκδοση, εκδοτική 'κόσμος', Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1995.

Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος., *Ειλεός*, τόμος 9^{ος}, Κοντέος Θ., νέα έκδοση, εκδοτική 'κόσμος', Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1995.

Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος., *Επιπλοκή*, τόμος 10^{ος}, Κοντέος Θ., νέα έκδοση, εκδοτική 'κόσμος', Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 1995.

Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος., *Μετεωρισμός*, τόμοι 18^{ος} -26^{ος}, Κοντέος Θ., νέα έκδοση, εκδοτική 'κόσμος', Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1995.

Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος., *Ουρολοίμωξη*, τόμος 21^{ος}, Κοντέος Θ., νέα έκδοση, εκδοτική 'κόσμος', Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 1995.

Εγκυκλοπαίδεια Κόσμος., *Πνευμονία*, τόμος 22^{ος}, Κοντέος Θ., νέα έκδοση, εκδοτική 'κόσμος', Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 1995.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ

BIBΛΙΑ

- Campbell W. - Frisse M.**, *Manual Θεραπευτικής*, μετάφραση 'Μαυρίκος Ν., έκδοση 24^η, εκδόσεις 'Λίτσας', Ανατύπωση, Αθήνα, 1996.
- Eliastam M. - Sternbach G.**, *Manual επείγουσας ιατρικής*, μετάφραση 'Μαυρίκος Ν., έκδοση 4^η, εκδόσεις 'Λίτσας', Αθήνα, 1990.
- Engram B.**, *Νοσηλευτική φροντίδα στη Παθολογία και Χειρουργική*, επιμέλεια 'Καραχάλιος Γ.', εκδόσεις 'Ελλην', Αθήνα, 1997.
- Keir L. - Wise B.**, *Ιατρική βοήθεια και φροντίδα II. Ανατομία και Φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος*, επιμέλεια 'Καραχάλιος Γ.', έκδοση 3^η, εκδόσεις 'Ελλην', Αθήνα, 1996.
- Massachusetts General Hospital.**, *Εντατική Μετεγχειρητική Αγωγή*, επιμέλεια 'Καμβύση - Δέα Σ.', εκδόσεις 'Λίτσας', Αθήνα, 1990.
- Neil G. Martin.**, *Νευροψυχολογία: εγκέφαλος και συμπεριφορά*, μετάφραση 'Μεσσήνης - Αντωνιάδης', εκδόσεις 'Ελλην', Ελλάδα, 2003.
- Ulrich - Canale - Wendell.**, *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, έκδοση 3^η, εκδόσεις 'Ιατρικές', Αθήνα.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

- American college of physicians**, *Ιατρική στον 21^ο αιώνα*, εγκυκλοπαίδεια, μετάφραση 'Πρατσίνης Ν. - Μουτσοπούλου', εκδόσεις 'Δομική', Ελλάδα, 2000.
- Dr. Valeria Bergamaschi e.t.c.**, *Γενική ιατρική και χειρουργική*, εγκυκλοπαίδεια 'Υγεία', μετάφραση 'Γαρουφαλιάς Ν. - Καρκάκη Ε.', τόμος 6^{ος}, εκδόσεις 'Δομική', Ελλάδα, 1990.
- Dr. Valeria Bergamaschi e.t.c.**, *Πρότες βοήθειες*, εγκυκλοπαίδεια 'Υγεία', μετάφραση 'Γαρουφαλιάς Ν. - Καρκάκη Ε.', τόμος 9^{ος}, εκδόσεις 'Δομική', Ελλάδα, 1990.
- Dr. Valeria Bergamaschi e.t.c.**, *Οι άλλες ιατρικές*, εγκυκλοπαίδεια 'Υγεία', μετάφραση 'Γαρουφαλιάς Ν. - Καρκάκη Ε.', τόμος 7^{ος}, εκδόσεις 'Δομική', Ελλάδα, 1990.
- Jordi V.**, *Φρόντισε το σώμα σου*, εγκυκλοπαίδεια, μετάφραση 'Πρατσίνης Ν.', εκδόσεις 'Δομική', Ελλάδα, 2000.

INTERNET

[http// www.greekmedexams.freewebspace.com.](http://www.greekmedexams.freewebspace.com.), *Χειρουργική και Παθολογία.*

