

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ: ΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ
ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Κος ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ Ν.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΚΑΡΑΝΤΖΙΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΜΠΕΛΕΓΡΙΝΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	4
Abstract.....	6
Πρόλογος	8
Κεφάλαιο 1	9
1.1 Τι είναι η εντατική θεραπεία;	9
1.2 Τι είναι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ);	10
1.3 Κριτήρια λειτουργίας της ΜΕΘ	12
1.3.α. Κριτήρια εισόδου των ασθενών στη ΜΕΘ.....	12
1.3.β. Κριτήρια εξόδου των ασθενών από τη ΜΕΘ	13
1.4. Στελέχωση της ΜΕΘ	14
1.4.α. Ιατρικό Προσωπικό	16
1.4.β. Νοσηλευτικό Προσωπικό	17
1.4.γ. Λοιπό Προσωπικό.....	18
1.5. Ηθικά Διλήμματα στη ΜΕΘ.....	18
Κεφάλαιο 2	21
2.1 Έμφραγμα Μυοκαρδίου	21
2.2. Καρδιακή Ανακοπή- Αναζωογόνηση.....	28
2.3 Απινίδωση.....	32
2.4 Καρδιογενές Shock.....	34
2.5 Καρδιοχειρουργικοί ασθενείς.....	38
Κεφάλαιο 3	49
3.1 Οξύ Πνευμονικό Οίδημα	49
3.2 Πνευμονική Εμβολή (Π.Ε.)	52
3.3 Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας των ενηλίκων	60
Κεφάλαιο 4	63
4.1 Ασθενείς με λοιμώξεις του Νευρικού Συστήματος.....	63
4.2 Μυκητιασικές λοιμώξεις στη ΜΕΘ.....	66

Κεφάλαιο 5	74
5.1 Δηλητηρίαση από αλκοόλ	74
5.2 Δηλητηρίαση από φυτοφάρμακα.....	85
Κεφάλαιο 6	89
6.1 Κωματώδης άρρωστος.....	89
6.2 Νεφρική ανεπάρκεια στη ΜΕΘ.....	95
6.3 Πολυτραυματίας	100
6.3.α Κακώσεις κεφαλής	106
6.3.β Κακώσεις θώρακα	109
6.3.γ Κακώσεις άκρων.....	109
Κεφάλαιο 7	112
7.1 Νοσηλευτική Διεργασία	112
7.2 Πρώτη περίπτωση.....	113
7.3 Δεύτερη περίπτωση	118
Βιβλιογραφία	122

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα στο οποίο αναφέρεται η πτυχιακή εργασία είναι η νοσηλευτική φροντίδα των βαρέως πασχόντων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. (ΜΕΘ)

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται ο γενικός ορισμός της εντατικής θεραπείας και ειδικότερα της ΜΕΘ, από την αρχή εμφάνισής της με σκοπό την αντιμετώπιση απειλητικών για τον άνθρωπο τραυμάτων και νοσημάτων. Παρουσιάζονται τα κριτήρια λειτουργίας της ΜΕΘ καθώς της εισόδου και εξόδου των ασθενών με βάση το βαθμό βαρύτητας ως ασθενείς υψηλής, μεσαίας, χαμηλής προτεραιότητας. Γίνεται αναφορά στους όρους στελέχωσης της ΜΕΘ για την ανάθεση του έργου σε κατάλληλο τόσο ιατρικό, όσο νοσηλευτικό αλλά και λοιπό προσωπικό. Το κεφάλαιο κλείνει με προβληματισμούς και διλήμματα ηθικού περιεχομένου όσο αναφορά την αντιμετώπιση ποικίλων ασθενειών με μεμονωμένη, ιδιάζουσα σημασία.

Στη συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση καρδιακών παθήσεων ως προς την κατάσταση και τα προβλήματα του αρρώστου με ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της νοσηλευτικής παρέμβασης. Ειδικότερα επισημαίνονται παθήσεις όπως το έμφραγμα μυοκαρδίου, η καρδιακή ανακοπή και το καρδιογενές σοκ. Αξίζει να σημειωθεί και η περίπτωση των ασθενών που έχουν υποστεί καρδιακή χειρουργική με προβλήματα επιπλοκών όπως: αιμορραγία, πυρετός, αρρυθμίες, νεφρική ανεπάρκεια κ.α.

Έπειτα, στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται με τον ανάλογο τρόπο παρουσίαση παθήσεων που αφορούν στο αναπνευστικό σύστημα, με διεξοδική προβολή του έργου της νοσηλευτικής φροντίδας. Ενδεικτικά

αναφέρουμε το οξύ πνευμονικό οίδημα, την πνευμονική εμβολή και το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ενηλίκων.

Συνακόλουθα στο τέταρτο κεφάλαιο η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στη μέριμνα ασθενών που αντιμετωπίζουν λοιμώξεις του νευρικού συστήματος και μυκητιασικές λοιμώξεις.

Στο πέμπτο κεφάλαιο που ακολουθεί, προβάλλεται ως εξίσου σημαντική η συμβολή της νοσηλευτικής παρέμβασης στη θεραπεία των βλαβερών επιπτώσεων που προκαλούνται από δηλητηριάσεις με αλκοόλ ή φυτοφάρμακα.

Στο προτελευταίο κεφάλαιο έξι γίνεται λόγος για τη νοσηλευτική υποστήριξη στον κωματώδη άρρωστο και στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια. Επιπρόσθετα, παρατίθεται ο ουσιαστικός ρόλος της ΜΕΘ στην αντιμετώπιση ενός πολυτραυματία.

Η εργασία ολοκληρώνεται με το έβδομο κεφάλαιο στο οποίο γίνεται αναλυτική παρουσίαση δυο περιστατικών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ, μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας.

ABSTRACT

The question to which the thesis is the nursing care of seriously ill in intensive care. (ICU)

Initially, the first chapter describes the general definition of critical care and especially the ICU, the appearance of authority to deal with the man threatening injuries and diseases. We present the criteria for the operation of the ICU and entry and exit of patients using a gravity patients as high, medium, low priority. Refer to the terms of the ICU staff for the award as an appropriate medical as well as nursing staff. The chapter ends with problems and dilemmas of moral content as a reference against various diseases with a single, particular importance.

Then in the second chapter presents heart disease in the state and problems of the patient with a particular emphasis on the importance of nursing intervention. Specifically identified conditions such as myocardial infarction, cardiac arrest and cardiogenic shock. It is worth noting the case for patients who have undergone cardiac surgery with visual complications such as bleeding, fever, arrhythmias, renal failure etc.

Then, in the third chapter with a similar presentation conditions on the respiratory system, comprehensive view of the work of nursing care. Examples include acute pulmonary edema, pulmonary embolism and adult respiratory distress syndrome.

Subsequently in the fourth chapter focuses on nursing care of patients experiencing nervous system infections and fungal infections.

In the fifth chapter that follows, presented as equally important contribution of nursing intervention in the treatment of harmful effects caused by poisoning with alcohol or pesticides.

In the penultimate chapter six talks about nursing support in the comatose patient and in cases of patients suffering from renal failure. Additionally, given the essential role of ICU in a blunt trauma treatment.

The paper concludes with the seventh chapter which made a detailed presentation of two cases admitted to the ICU through the nursing process.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Ιατρική αποτελεί επιστήμη που έχει ως αντικείμενο την διατήρηση της υγείας και την καταπολέμηση των ασθενειών του ανθρώπου.

Στα πλαίσια, λοιπόν, αυτού του ανθρωπιστικού περιεχομένου της ιατρικής εντάσσεται και ο κλάδος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Στις σελίδες που ακολουθούν θα γίνει μια εκτεταμένη παρουσίαση της λειτουργίας του συγκεκριμένου κλάδου όσο αναφορά τις μεθόδους εφαρμογής και τους στόχους στους οποίους αποσκοπεί .

Είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στη συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα ο οποίος μαζί με την τεχνική υποστήριξη αποτελεί αναπόσπαστο και απαραίτητο μέρος όλης της λειτουργίας της ΜΕΘ.

Ο λόγος γίνεται συγκεκριμένα για την νοσηλευτική φροντίδα και μέριμνα. Η περιγραφή του ρόλου των νοσηλευτών με την ειδική κατάρτιση και γνώση του αντικειμένου, μαζί βέβαια με την κυρίαρχη συμβολή του ιατρικού προσωπικού είναι καλό να προβληθεί αναλυτικότερα και αποσκοπείται στην συνέχεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Τί είναι η εντατική θεραπεία;



Η εντατική θεραπεία (Intensive care medicine or critical care medicine) είναι κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται κατ'εξοχήν με την αντιμετώπιση ασθενών με οξεία απειλητικά νοσήματα για τη ζωή, μέσα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Περιλαμβάνει επίσης την ανάνηψη και μεταφορά βαρέως πασχόντων ή πολυτραυματιών, είτε από κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου, είτε από έξω.

Η εντατική θεραπεία υποστηρίζει τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή νόσο με στόχο την αποκατάσταση της πρωτοπαθούς διαταραχής και την μελλοντική βελτίωση του επιπέδου ζωής. Βασίζεται σε τέσσερα αλληλοσυμπληρούμενα χαρακτηριστικά: Την κλινική πράξη, τον έλεγχο (monitoring) των ζωτικών λειτουργιών αλλά και των αποτελεσμάτων της κλινικής πράξης, την έρευνα ως παραγωγό της κλινικής πράξης και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση. (Καρμπαμάκης 2007)

1.2 Τι είναι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας; (ΜΕΘ)

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - ΜΕΘ (Intensive Care Unit - ICU) είναι ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα του νοσοκομείου, αφιερωμένο στην αντιμετώπιση ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, βαρείες κακώσεις ή επιπλοκές.

Η ιστορική εξέλιξη των ΜΕΘ σχετίζεται με την ανάπτυξη των αιθουσών μετεγχειρητικής ανάνηψης ή με την εμφάνιση της επιδημίας πολιομυελίτιδας στις αρχές του 1950, όταν η χρήση της μηχανικής αναπνοής είχε σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της θνησιμότητας. Όμως, η εντατική θεραπεία δεν περιορίζεται στη μετεγχειρητική ανάνηψη ή τη χρήση των αναπνευστήρων. Τη δεκαετία 1960-70 αναπτύχθηκαν οι μονάδες εμφραγμάτων για την αντιμετώπιση των αρρυθμολογικών επιπλοκών των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου. Στη δεκαετία 1970-80 οι Gram(-) λοιμώξεις, η σήψη και η σηπτική καταπληξία και η βαρύτητα των εκδηλώσεών τους άρχισαν να αναγνωρίζονται. Στο διάστημα 1980-90 το ενδιαφέρον της εντατικής θεραπείας στράφηκε στην παθοφυσιολογική αντιμετώπιση του συνδρόμου της πολλαπλής οργανικής ανεπάρκειας. Σήμερα, η εντατική θεραπεία είναι ξεχωριστή ειδικότητα με ευρύ φάσμα νοσημάτων τα οποία έχουν ως κοινό

παρονομαστή τη μεγάλη βαρύτητα, τις επιπλοκές και την απειλή της ζωής.

Ορθά η ΜΕΘ χαρακτηρίζεται ως το νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο για να υποδηλωθεί η μεγάλη σπουδαιότητά της όσον αφορά το φάσμα και τη βαρύτητα των νοσημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει.

Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας νοσηλεύονται οι ασθενείς, που χρειάζονται στενή παρακολούθηση και συνεχή θεραπεία, λόγω του ότι μια ή και περισσότερες ζωτικές λειτουργίες τους απειλούνται από μια νόσο ή από τα αποτελέσματα μιας χειρουργικής επέμβασης ή εξαιτίας κάποιας άλλης θεραπείας. Οι ασθενείς, που έχουν ήδη ανεπάρκεια σε μια ζωτική τους λειτουργία –καρδιαγγειακής, αναπνευστικής, νεφρικής, μεταβολικής ή και εγκεφαλικής- αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο η ανεπάρκεια αυτή να γενικευθεί. (www.disabled.gr)

Συγκεκριμένα, στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας νοσηλεύονται πολυτραυματίες, από ατυχήματα -τροχαία ή εργατικά- που μπορεί να έχουν τραυματισμούς στο κεφάλι, στο θώρακα, στην κοιλιά ή και πολλαπλά κατάγματα. Ασθενείς, που έχουν υποστεί μια βαριά χειρουργική επέμβαση, είτε στον εγκέφαλο, είτε στους πνεύμονες, είτε στην καρδιά, είτε στην κοιλιακή χώρα. Ασθενείς, που εμφανίζουν έμφραγμα ή ασθενείς που πάσχουν από κάποιο καρδιακό νόσημα. Επίσης, νοσηλεύονται ασθενείς που εμφανίζουν έμφραγμα ή ασθενείς, που πάσχουν από βαριάς μορφής πνευμονία ή άλλη λοίμωξη, η οποία τους έχει οδηγήσει σε αναπνευστική ή κυκλοφορική ανεπάρκεια. Όλοι αυτοί οι ασθενείς έχουν ένα σημαντικό κοινό σημείο: Παρά τη βαριά κατάσταση, στην οποία βρίσκονται, έχουν πιθανότητα να επιζήσουν.

(Χατζηγεωργίου 2009)

1.3 Κριτήρια λειτουργίας της ΜΕΘ

Οι ασθενείς νοσηλεύονται στη ΜΕΘ όταν πρόκειται να ωφεληθούν από την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών είτε ως προς την επιβίωσή τους είτε ως προς την βελτίωση του επιπέδου ζωής τους. Το περιβάλλον της ΜΕΘ δε θεωρείται χώρος νοσηλείας ασθενών με μη αναστρέψιμη πρωτοπαθή νόσο, η οποία οδηγεί στο θάνατο μέσω μη αναστρέψιμης έκπτωσης των ζωτικών λειτουργιών. Κατά την παραμονή των ασθενών στη ΜΕΘ την ευθύνη τους αναλαμβάνουν αποκλειστικά οι ιατροί της που θεωρούνται και οι θεράποντες ιατροί.

1.3α. Κριτήρια εισόδου ασθενών

Για την εισαγωγή τηρείται προτεραιότητα ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς.

Υψηλή προτεραιότητα έχει ο ασθενής με ανάγκη υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών. Μεσαία ο ασθενής με ανάγκη ελέγχου ζωτικών λειτουργιών. Χαμηλή ο ασθενής με ανάγκη μετεγχειρητικής ανάνηψης ή με αναμενόμενη μη ικανοποιητική έκβαση.

- Ασθενής υψηλής προτεραιότητας.

Βαρέως πάσχον, ταχέα εξελισσόμενος ή ασταθής ασθενής με ανάγκη υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών. Όπως μηχανική υποστήριξη της αναπνοής ή αιμοδυναμική υποστήριξη με αγγειοδραστικά και ινότροπα φάρμακα.

- Ασθενής μεσαίας προτεραιότητας.

Ασθενής με έκπτωση ζωτικών λειτουργιών μετά από οξεία διαταραχή ή μείζονα χειρουργική επέμβαση, με ανάγκη ελέγχου ζωτικών λειτουργιών για την περίπτωση υποστήριξής τους σε περίπτωση περαιτέρω επιδείνωσης.

- Ασθενής χαμηλής προτεραιότητα.

Ασθενής χωρίς ανάγκη υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών αλλά με ανάγκη ελέγχου για μικρό διάστημα στα πλαίσια της μετεγχειρητικής ανάνηψης εκτός των δυνατοτήτων του αναισθησιολογικού τμήματος, ή ασθενής με οξεία διαταραχή δυνητικά αντιμετωπίσιμη αλλά σε πλαίσια χρόνιας διαταραχής η οποία επιβαρύνει την έκβαση.

Γι' αυτό το λόγο είναι επιθυμητή η γνώση δεικτών βαρύτητας και έκβασης από τον ιατρό του τμήματος. Τον ασθενή κατά την είσοδό του τον συνοδεύει ο ιατρός του τμήματος έχοντας και τον φάκελο του ασθενούς.

1.3β. Κριτήρια εξόδου των ασθενών από τη ΜΕΘ

- Ασθενής υψηλής προτεραιότητας.

Ασθενής με σταθεροποιημένες τις ζωτικές λειτουργίες χωρίς την ανάγκη ελέγχου ή υποστήριξης. Ασθενής στον οποίο η υποστήριξη έχει αποτύχει και η περαιτέρω υποστήριξη δεν αναμένεται να βελτιώσει σημαντικά την έκβαση. Στους ασθενείς αυτούς δεν απαιτείται έλεγχος των ζωτικών λειτουργιών πέρα από αυτόν που υφίσταται ο γενικός πληθυσμός των ασθενών που νοσηλεύεται στο τμήμα διακομιδής.

- Ασθενής μεσαίας προτεραιότητας.

Ασθενής χωρίς υποστήριξη στον οποίο δεν προβλέπεται αιφνίδια μεταβολή και επομένως ανάγκη υποστήριξης εκ νέου. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται πιο συστηματικός έλεγχος των ζωτικών λειτουργιών ή εντατικότερη νοσηλεία στο τμήμα διακομιδής.

- Ασθενής χαμηλής προτεραιότητας.

Ασθενής χωρίς την ανάγκη επεμβατικού ελέγχου αλλά υπό μη επεμβατικό έλεγχο και ενδεχόμενα υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών οι οποίοι αναμένεται να ωφεληθούν μετά από μακροχρόνια αντιμετώπιση. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η συνέχιση της μη επεμβατικής υποστήριξης ή ελέγχου ζωτικών λειτουργιών στο τμήμα διακομιδής. (Καρμπαμάκης 2006)

1.4 Στελέχωση της ΜΕΘ

Πρέπει να λειτουργεί ως ανεξάρτητο τμήμα του νοσοκομείου, να είναι στελεχωμένη με εξειδικευμένο προσωπικό και να έχει τη δυνατότητα εκτίμησης, παρακολούθησης και θεραπείας βαριά πασχόντων ασθενών με πρόσβαση σε εξειδικευμένη και ορθολογιστική θεραπεία. Το προσωπικό αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές και άλλους επιστήμονες, τεχνικούς και λοιπό προσωπικό σε επαρκή αριθμό. Η ΜΕΘ πρέπει να έχει γιατρό διευθυντή, υπεύθυνο για την ιατρική φροντίδα, την οργάνωση και λειτουργία της ΜΕΘ και προϊστάμενο νοσηλευτή, υπεύθυνο για όλες τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες. (Καρμπαμάκης 2006)

Ο αριθμός των κρεβατιών κυμαίνεται σε 4-10% του συνολικού αριθμού. Η ΜΕΘ επιβάλλεται να βρίσκεται πλησίον των σχετικά κρίσιμων περιοχών του νοσοκομείου όπως επείγοντα ιατρεία, χειρουργεία. Επίσης, προβλέπεται να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε ακτινολογικά εργαστήρια και αξονικό τομογράφο. Η ΜΕΘ πρέπει να διαθέτει ευρυχωρία ώστε να επιτυγχάνεται εύκολη πρόσβαση στον ασθενή.

Ο χώρος για κάθε κρεβάτι πρέπει να είναι 5-10 τ.μ. και η ύπαρξη ορισμένων δωματίων των 10-15 τ.μ. είναι αναγκαία για περιπτώσεις μεταδοτικών λοιμώξεων. Η περιοχή των ασθενών πρέπει να εκτείνεται σε ανοικτή μεγάλη επιφάνεια με φυσικό φως, κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό με σωστή αρχιτεκτονική ώστε να διευκολύνεται η νοσηλευτική παρακολούθηση.

Κάθε κρεβάτι είναι εξοπλισμένο με αναπνευστήρες, καρδιοσκόπια (μόνιτορς), συσκευές αναρρόφησης, 2 παροχές πεπιεσμένου αέρα και 3 οξυγόνου, αρκετές πρίζες, μηχανισμούς και θέσεις ανάρτησης μηχανικών συσκευών με τέτοιο τρόπο ώστε να μην παρακωλύεται η νοσηλεία. Άλλα τμήματα της ΜΕΘ περιλαμβάνουν χώρους εργαστηρίου, βιβλιοθήκης, ανάπαυσης, συλλογής ακαθάρτων ειδών κ.ά.

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι εξοπλισμένες και με ειδικές συσκευές έγχυσης φαρμάκων, αλλά και με μηχανήματα που χρησιμεύουν στην εξειδικευμένη μέτρηση όλων των βασικών λειτουργιών του οργανισμού. (Χατζηγεωργίου 2009)

Οι ώρες επισκεπτηρίου είναι καθημερινά το πρωί από τις 12.30 έως τις 13.00 και το απόγευμα από τις 18.00 έως 18.30. Συνιστάται η παραμονή των επισκεπτών να μην υπερβαίνει τη μισή ώρα. Για την είσοδο στον θάλαμο των ασθενών της μονάδας απαιτείται η κάλυψη των ενδυμάτων με ειδικές στολές και ποδονάρια αντίστοιχα ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μεταφοράς μικροβίων στους

νοσηλευόμενους. Αυτά θα παρέχονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Για τον ίδιο λόγο δεν επιτρέπεται η επίσκεψη στη Μονάδα, ατόμων με δυνητικά μεταδιδόμενη λοίμωξη, ενώ επιβάλλεται το πλύσιμο των χεριών πριν από την επαφή με τον νοσηλευόμενο.

Έχει αποδειχθεί ότι τα μέτρα αυτά ελαττώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης μικροβίων στη Μονάδα και προφυλάσσουν έτσι όχι μόνο τον ασθενή αλλά και τους επόμενους που θα νοσηλευτούν. Επιτρέπεται το επισκεπτήριο με στόχο την ενίσχυση της ψυχολογίας των ασθενών με απαραίτητη όμως προϋπόθεση το σεβασμό της νοσηλείας τους, χωρίς να παρεμποδίζεται το έργο των ιατρών και των νοσηλευτών. Εάν οι ώρες επισκεπτηρίου δεν διευκολύνουν τους συγγενείς των ασθενών τότε μπορούν να έρθουν σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Στο θάλαμο του ασθενούς επιτρέπονται μόνο 2 επισκέπτες την φορά, ενώ παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών δεν επιτρέπονται στη Μονάδα. Επίσης απαγορεύεται η μεταφορά τροφίμων στον νοσηλευόμενο. (www.asklepieon.gr)

1.4α. Ιατρικό προσωπικό

Το ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ έχει την πλήρη και αποκλειστική ευθύνη των ασθενών. Ο θεράπων είναι υπεύθυνος για τη φαρμακευτική αγωγή και τις ιατρικές πράξεις που εκτελούνται. Οι άλλοι ιατροί ονομάζονται σύμβουλοι. Ο σύμβουλος ιατρός έχει την ευθύνη για τις πράξεις που εκτελούνται στον ασθενή εντός ή εκτός της ΜΕΘ. Το ιατρικό προσωπικό αναλαμβάνει την ενημέρωση των συγγενών του ασθενή, καθορίζει τα κριτήρια εισόδου και εξόδου των πασχόντων. Συμμετέχει στην επίσκεψη, σε συζητήσεις για την πορεία των ασθενών και αναλαμβάνει την εκπαίδευση των εκπαιδευομένων μέσα από οργανωμένες δραστηριότητες.

1.4β. Νοσηλευτικό προσωπικό.



Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στη ΜΕΘ. Παρακολουθεί και καταγράφει τα Ζωτικά Σημεία (Ζ.Σ.) των ασθενών, εκτελεί τις ιατρικές οδηγίες, είναι υπεύθυνο για το απόθεμα των φαρμάκων και του υλικού που χρησιμοποιείται. Η εκπαίδευση του νέου προσωπικού γίνεται από τον έμπειρο νοσηλευτή μέσω διαφόρων δραστηριοτήτων. Η αναλογία των νοσηλευτών πρέπει να είναι ανά κλίνη, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν τον αριθμό των κλινών, την εμπειρία των νοσηλευτών και το επίπεδο παρακολούθησης και νοσηλείας των πασχόντων.

Η σταθερή σχέση νοσηλευτών ανά κλίνη βοηθά στη διατήρηση επιπέδου της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ το αντίθετο ενέχει τον κίνδυνο αύξησης του χρόνου της νοσηλείας μείωση των νοσηλευόμενων ασθενών και ενδεχόμενα αύξηση της θνητότητας. Σε αυτή την περίπτωση μείωση του προσωπικού σημαίνει και μείωση των ενεργών κλινών αντίστοιχα.

1.4γ. Λοιπό προσωπικό

Πρέπει να υπάρχει ειδική ομάδα καθαρισμού για τη Μ.Ε.Θ. εξοικειωμένη με τα πρωτόκολλα πρόληψης των λοιμώξεων, της ξεχωριστής συλλογής των μολυσματικών και αιχμηρών αντικειμένων και με γνώση των ιδιαιτεροτήτων της ασφαλούς, τόσο για τους ίδιους, όσο και για τις συσκευές, φροντίδας των ιατρικών μηχανημάτων.

Ουσιαστική συμβολή στο έργο της ΜΕΘ έχουν οι βοηθοί θαλάμου και οι τραυματιοφορείς, οι οποίοι είναι επιθυμητό να είναι αποκλειστικής απασχόλησης στο χώρο.

Τέλος κρίνεται αναγκαία η ετοιμότητα 24ωρης υποστήριξης και συντήρησης του ιατρικού εξοπλισμού, καθώς και η 24ωρη ετοιμότητα του αιματολογικού και βιοχημικού εργαστηρίου της αιμοδοσίας. (Βάκαλος 2006)

1.5 Ηθικά διλήμματα στη Μ.Ε.Θ.

Η πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία 20 χρόνια στην υποστήριξη βαρέως πασχόντων, η παράλληλη βελτίωση της τεχνολογικής υποδομής και η επέκταση των Μ.Ε.Θ. (Μονάδων Εντατικής Θεραπείας) σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία συνέβαλε σημαντικά στην καλύτερευση της ποιότητας και του εύρους των προσφερομένων υπηρεσιών, καθώς και στη μείωση της θνητότητας. Η επέκταση των δυνατοτήτων της Μ.Ε.Θ. δημιούργησε όμως και ζητήματα ηθικής και δεοντολογικής φύσεως, που παλαιότερα δεν μας απασχολούσαν: την υποστήριξη ασθενών σε τελικό στάδιο χρόνιας νόσου, την υποστήριξη των υπερηλίκων, τον εγκεφαλικό θάνατο.

Μια χρόνια ασθένεια, μετά τη διαδρομή του πλήρους κύκλου της, μπορεί να φτάσει να απειλήσει τη ζωή των αρρώστων μας. Η καρδιακή

ανεπάρκεια, τα κακοήθη νοσήματα, οι μεγάλες δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος, θα γίνουν κάποτε δυνητικό αίτιο θανάτου. Θα γίνει εισαγωγή στη Μ.Ε.Θ. τέτοιων αρρώστων, που για χρόνια δίνουν τη μάχη τους να κρατηθούν στη ζωή; Μήπως η Μ.Ε.Θ. θα παρατείνει για μικρό χρονικό διάστημα την επιβίωσή τους, χωρίς άλλο όφελος; Ποιος θα επωμιστεί τον ψυχολογικό φόρτο ή το οικονομικό κόστος μιας νοσηλείας που μπορεί τελικά να είναι ανέλπιδη;

Η απόφασή μας πρέπει να βασίζεται σε εξατομικευμένη συναγωγή συμπερασμάτων, που αρχικά θα στηρίζονται στα ιατρικά δεδομένα της ασθένειας:

1. Αν έχουν εξαντληθεί οι ιατρικές δυνατότητες στην αντιμετώπιση της νόσου, συμβατικές ή επιθετικές. Παραδείγματος χάριν, μια ριζική εγχείρηση, η χρήση προχωρημένων συσκευών υποβοήθησης κλπ.
2. Αν υπάρχει πιθανότητα υποστροφής μιας οξείας επιδείνωσης σε έδαφος μιας χρόνιας νόσου. Παραδείγματος χάριν, η θεραπεία μιας πνευμονίας σε ανοσοκατασταλμένο από τη χημειοθεραπεία ασθενή.
3. Αν υπάρχει προσδοκία για ποιοτική επιβίωση, αν δηλαδή ο ασθενής μετά την προσφορά υπηρεσιών στη Μ.Ε.Θ. και με αποκατεστημένο - υποτίθεται - το οξύ πρόβλημα θα έχει περιθώρια να ζήσει αξιοπρεπώς, χωρίς εξαρτήσεις από μηχανήματα ή μακρόχρονη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ., που θα συντηρούν μόνο σε αξιοθρήνητη μορφή έναν ασθενή χωρίς προοπτική. Το προσδόκιμο της επιβίωσης θα καθοριστεί από το θεράποντα γιατρό με βάση την ιατρική του εμπειρία και τις στοιχειοθετημένες με αποδείξεις γνώσεις του (evidence based medicine). Εδώ η συνεργασία μεταξύ θεράποντος και γιατρών Μ.Ε.Θ. είναι προϋπόθεση για να γίνει σαφής ο στόχος της νοσηλείας και να καθοριστεί ένα στοιχειώδες σχέδιο δράσης.

Τα ιατρικά δεδομένα όμως δεν αρκούν. Η εισαγωγή ενός αρρώστου τελικού σταδίου στη Μ.Ε.Θ. δεν θα πρέπει να γίνεται χωρίς

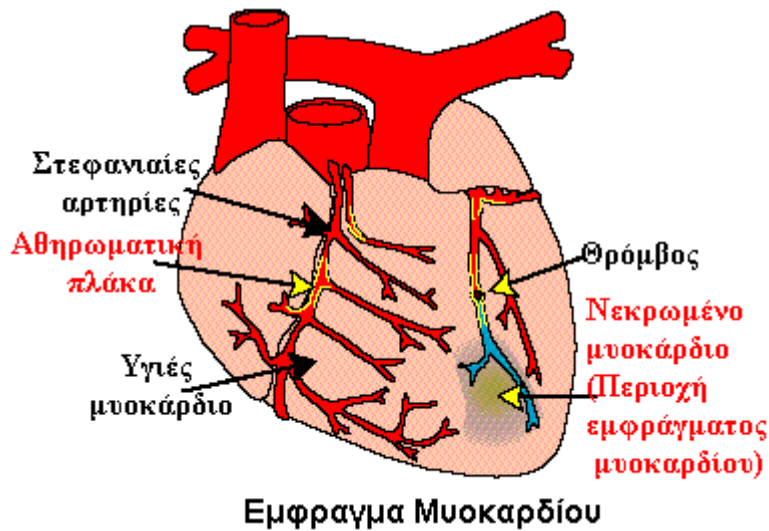
λεπτομερή συζήτηση με τον ίδιο - στο μέτρο του δυνατού - και με το συγγενικό του περιβάλλον. Συχνά δεν υπάρχει πλήρης εικόνα της διαδρομής μιας νόσου, είτε λόγω κακής ενημερώσεως είτε λόγω μη αποδοχής, ηθελημένης ή αθέλητης, του γεγονότος του επικείμενου θανάτου. Αν και ο ασθενής <<δικαιούται να μην ξέρει>> , δεν υπάρχουν περιθώρια άγνοιας για την οικογένεια. Πριν την εισαγωγή στη Μ.Ε.Θ. θα πρέπει να γίνουν σαφή από τον θεράποντα ιατρό αν δεν έχουν γίνει από πριν συγκεκριμένα θέματα όπως: το προσδόκιμο της επιβίωσης, η εξάντληση ή μη των ιατρικών δυνατοτήτων και οι πραγματικές και όχι οι επιθυμητές εξελίξεις.

Δε θα πρέπει να γίνουν παρανοήσεις για τη δυνατότητα της Μ.Ε.Θ. σε τέτοιους αρρώστους. Αντίθετα θα πρέπει να επεξηγούνται το πεπερασμένο της ιατρικής προσπάθειας και το εύκολο της παραφθοράς της σε ματαιοπονία. Επίσης δε θα πρέπει να δημιουργηθεί η εντύπωση ότι η Μ.Ε.Θ. είναι ο χώρος όπου εισάγονται όσοι πρόκειται να εγκαταλείψουν τη ζωή. Η εισαγωγή στη Μ.Ε.Θ. δεν είναι η δυνατότητα να μη συμμετέχουν οι συγγενείς στο γεγονός του θανάτου του δικού τους ανθρώπου, σαν να είναι κάτι που πρέπει να απωθηθεί ή να μη μας αγγίξει σαν ανθρώπινες υπάρξεις. Η σαφής εικόνα των δεδομένων αυτών θα ισορροπήσει τις προσδοκίες στον άξονα του εφικτού, θα δώσει χρόνο προετοιμασίας, θα κάνει αποδεκτό το θάνατο σαν φυσικό όριο.

Η εμπειρία έχει δείξει ότι η επαρκής ενημέρωση ασθενών και συγγενών κάνει λιγότερο δύσκολη την απόφαση. Αν η ατμόσφαιρα επικοινωνίας και ειλικρίνειας μεταξύ γιατρών και οικογένειας συναντήσει την έντιμη αναγνώριση των ιατρικών δυνατοτήτων, τότε η απόφασή μας θα είναι προς όφελος του ασθενούς, της οικογένειας και της ιατρικής ομάδας.(Ιωαννίδης 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ



Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι ισχαιμική νέκρωση μιας εντοπισμένης περιοχής του μυοκαρδίου, που οφείλεται σε απότομη απόφραξη κλάδου της στεφανιαίας αρτηρίας εξαιτίας σχηματισμού θρόμβου ή υπενδοθηλιακής αιμορραγίας σε σημείο αθηρωματικής στένωσης.

Ο πόνος του εμφράγματος μπορεί να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια ανάπαυσης (ακόμα και ύπνου) ή δραστηριότητας. Είναι όμοιος με εκείνον της στηθάγχης όσον αφορά την εντόπιση και την ακτινοβολία. Είναι όμως πιο έντονος, δεν υποχωρεί με την ανάπαυση και την λήψη αγγειοδιασταλτικών και αυξάνεται σε ένταση γρήγορα ή κατά κύματα μέχρι το μέγιστο σημείο. Διαρκεί για ώρες, αν δεν αντιμετωπιστεί με την χορήγηση ναρκωτικών.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1) Ιστορικό υγείας

- Ηλικία
- Φύλο (ως την ηλικία των 50 χρονών οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες).
- Επάγγελμα (όσοι εργάζονται σε περιβάλλον με πολύ στρες είναι πιο επιρρεπείς).
- Υποκειμενικά συμπτώματα όπως τα περιγράφει ο άρρωστος.
- Περιγραφές του επεισοδίου από μέλη της οικογένειας ή άλλους παρόντες.
- Μέτρα που τυχόν ελήφθησαν μέχρι την προσέλευση στο νοσοκομείο.
- Φάρμακα που τυχόν λαμβάνει ο άρρωστος.
- Προηγούμενα εμφράγματα ή στηθάγχη (από ιατρικά δελτία)

2) Φυσική εκτίμηση

Η φυσική εκτίμηση μπορεί να δείξει:

- Υπόταση με ταχυκαρδία και κυάνωση, που είναι σημεία αξιοσημείωτης μείωσης του κατά λεπτού όγκου αίματος και shock.
- Φυσήματα που έχουν σχέση με ανεπάρκεια μιτροειδούς.
- Καρδιακούς ήχους μειωμένους σε ένταση, ιδιαίτερα στα πρόσθια εμφράγματα.
- Χαμηλό πυρετό

Προβλήματα του αρρώστου

1. Ελλιπής οξυγόνωση ιστών (ανεπαρκείς λειτουργία καρδιάς)
2. Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο (δύσπνοια, μειωμένη νεφρική λειτουργία)
3. Οξεοβασικό ανισοζύγιο (υποξία ιστών, οξύ πνευμονικό οίδημα, μειωμένη νεφρική λειτουργία)
4. Μείωση δραστηριοτήτων (πλήρης θεραπευτική ανάπαυση)
5. Μείωση άνεσης (πόνος)
6. Προβλήματα απέκκρισης (δυσκοιλιότητα εξαιτίας μειωμένης δραστηριότητας)
7. Μείωση ασφάλειας (κίνδυνοι επιπλοκών)
8. Άγχος που σχετίζεται με φόβο θανάτου, στρες και αβεβαιότητα
9. Κίνδυνος κατάθλιψης που σχετίζεται με μείωση αυτοεκτίμησης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- 1) Εισαγωγή του αρρώστου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και σύνδεσή του με μόνιτορ. Φλεβοκέντηση για εξασφάλιση φλεβικής γραμμής και έναρξη βραδείας ενδοφλέβιας χορήγησης
- 2) Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου μέσω του μόνιτορ για έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών, ειδικά έκτακτων συστολών που προμηνύουν κοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή μαρμαρυγή.
 - Έτοιμη λιδοκαΐνη
 - Ετοιμασία αρρώστου για διαφλεβική βηματοδότηση, αν χρειαστεί.

- 3) Συνεχής εκτίμηση περιφερικής αιματικής άρδευσης των ιστών
- Μέτρηση συχνότητας κορυφαίου και κερκιδικού σφυγμού
 - Εκτίμηση συχνότητας και βάθους αναπνοών, Οι συχνές και επιπόλαιες αναπνοές μπορεί να δείχνουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική εμβολή
 - Εκτίμηση θερμοκρασίας και χρώμα δέρματος
 - Εκτίμηση για μεταβολές στη διανοητική κατάσταση του αρρώστου (απάθεια, σύγχυση, ανησυχία)
 - Μέτρηση ποσού ούρων (30 ml/ώρα)
- 4) Προετοιμασία αρρώστου για θρομβολυτική θεραπεία, αν γίνει, και φροντίδα κατά την διάρκειά της.
- Εξήγηση της θεραπείας στον άρρωστο και παροχή πληροφοριών για όλη την διαδικασία
 - Παρακολούθηση καρδιακού ρυθμού στο μόνιτορ κατά την διάρκεια της θεραπείας, ώστε να διαπιστώνεται έγκαιρα και να αντιμετωπίζεται κάθε αρρυθμία που μπορεί να προκληθεί εξαιτίας επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου.
 - Παρακολούθηση χρόνου προθρομβίνης για πρόληψη συστηματικής αιμορραγίας , αν χορηγείται στρεπτοκινάση.
 - Ο άρρωστος σε πλήρη θεραπευτική ανάπαυση για μείωση του έργου της καρδιάς στο κατώτερο δυνατό επίπεδο.
 - Χορήγηση οξυγόνου με ρινική κάνουλα ή μάσκα . Μπορεί να ελαττώσει την συχνότητα εμφάνισης

αρρυθμιών, γιατί καθιστά το μυοκάρδιο λιγότερο διεγέρσιμο, με μείωση της υποξίας του. Ακόμα για τον ίδιο λόγο μειώνει και τον πόνο.

- Απαλλαγή του αρρώστου από πόνο και αγωνία α) χορήγηση αναλγητικών (μορφίνη ή μεπεριδίνη) σύμφωνα με ιατρική οδηγία, β) μέτρηση Α.Π , σφυγμού και συχνότητας αναπνοής πριν από την χορήγηση ναρκωτικών. Μειώνουν την πίεση και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη σοκ και αρρυθμιών, γ) συζήτηση με τον άρρωστο για το περιβάλλον της Μονάδας και για το τι προβλέπεται για τις επόμενες μέρες. Έτσι μειώνεται η αγωνία και ο άρρωστος βοηθείται να κινητοποιήσει τις δικές του πηγές για διαπραγμάτευση με την όλη κατάσταση.
- Δίαιτα ανάλογη με την κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος του αρρώστου

α) Υγρή, που προχωρεί προς την ελαφρά, υποθερμιδική, για μείωση του έργου της καρδιάς, τις πρώτες ημέρες,

β) Μείωση νατρίου, αν υπάρχουν σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

- Εξατομίκευση δραστηριότητας,

α) χρήση αντιεμβολικών καλτσών,

β) έναρξη παθητικών ασκήσεων για αποφυγή θρόμβωσης,

γ) παρακολούθηση σφυγμού και απόκρισης του αρρώστου κατά και μετά την άσκηση,

δ) αποφυγή απότομης προσπάθειας,

ε) βαθμιαία αύξηση φυσικής δραστηριότητας για να φτάσει σε επίπεδο απαραίτητο για αυτοφροντίδα, όταν επιστρέψει στο σπίτι.

- Σχεδιασμός, οργάνωση και εφαρμογή προγράμματος διδασκαλίας του αρρώστου,

α) πληροφόρηση αρρώστου για το τι έχει συμβεί στην καρδιά του,

β) επιβαλλόμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής του αρρώστου,

γ) δοκιμασία κόπωσης πρέπει να γίνει μετά την πλήρη επούλωση του μυοκαρδίου, για να προσδιοριστεί ο βαθμός της λειτουργικής απώλειας και να σχεδιαστεί πρόγραμμα αποκατάστασης του αρρώστου,

δ) πρόγραμμα άσκησης για βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργικής ικανότητας.

ε) οι φυσικοί περιορισμοί είναι συνήθως μόνο παροδικοί. Συνήθως ακολουθούνται οι πιο κάτω κατευθυντήριες γραμμές, ώσπου να επαναξιολογηθεί ο άρρωστος μετά την πλήρη μυοκαρδιακή επούλωση

1. Βάδιση καθημερινή, με πολύ αργή αύξηση απόστασης και χρόνου.
2. Αποφυγή κάθε ενέργειας που εντείνει τους μυς (ισομετρικές ασκήσεις, ανύψωση, σπρώξιμο, ώθηση βαριών αντικειμένων.
3. Ανάπαυση μετά το γεύμα και πριν από άσκηση.
4. Κατανομή των δραστηριοτήτων μέσα σε όλη τη μέρα, για εναλλαγή τους με ανάπαυση.(σταμάτημα αμέσως μόλις αισθανθεί κόπωση, αποφυγή βιασύνης)
5. Αποφυγή εργασίας με τους βραχίονες πάνω από το επίπεδο των ώμων.
6. Βράχυνση ωρών εργασίας, όταν πρωτοεπιστρέψει στη δουλειά του.

- Το διαιτολόγιο:

α. Τρία ως τέσσερα μικρά, ίσης ποσότητας γεύματα την ημέρα.

β. Αποφυγή βιασύνης στη λήψη του γεύματος.

γ. Περιορισμός καφέ.

δ. Προσκόλληση στο διαιτολόγιο που καταρτίστηκε γι' αυτόν (με τις τροποποιήσεις σε θερμίδες, λίπη και νάτριο).

- Διδασκαλία αρρώστου να ειδοποιεί το γιατρό, όταν παρουσιάζονται τα πιο κάτω συμπτώματα:

α) Αίσθημα πίεσης ή πόνος στο θώρακα, που δεν υποχωρεί δεκαπέντε λεπτά μετά την λήψη νιτρογλυκερίνης.

β) Βράχυνση αναπνοής

γ) Ασυνήθης κόπωση

δ) Οίδημα κάτω άκρων

ε) Λιποθυμία

στ) Βραδυκαρδία ή ταχυκαρδία (Σαχίνη και συν. 2006)

2.2 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ – ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ



Καρδιακή ανακοπή είναι η κλινική κατάσταση που προκαλείται λόγω αδυναμίας της καρδιάς να προωθήσει το αίμα μέσα στα αγγεία εξαιτίας είτε διακοπής των συστολών (ασυστολία) , είτε μαρμαρυγής των κοιλιών. Την καρδιακή ανακοπή ακολουθεί και αναπνευστική ανακοπή.

Τα αίτια της καρδιακής ανακοπής μπορεί να είναι:

1. Από το αναπνευστικό: ασφυξία, ανοξία, υπερκαπνία
2. Από το κυκλοφορικό : άμεσος μηχανικός ή ηλεκτρικός ερεθισμός της καρδιάς, ελάττωση του ΚΛΟΑ, αναιμία
3. Μεταβολικά: υπερκαλιαιμία, υποκαλιαιμία, οξέωση
4. Φαρμακολογικά: μεγάλη δόση αναισθητικών, ασύμβατα φάρμακα, μεγάλη δόση αδρεναλίνης, δαχτυλίτιδας, χλωριούχου ασβεστίου, υδραργυρικών διουρητικών ενδοφλέβια.
5. Νευροψυχολογικά: αυξημένα σπλαχνο-σπλαχνικά αντανακλαστικά του παρασυμπαθητικού, φόβος, διέγερση, εκνευρισμός, ανησυχία, συγκινησιακές καταστάσεις

Τα κύρια διαγνωστικά σημεία της καρδιακής ανακοπής είναι η απουσία σφύξεων των μεγάλων αγγείων, η αδυναμία λήψης ΑΠ και η διαστολή της κόρης.

Ένας έμπειρος αναισθησιολόγος ή νοσηλευτής μπορεί να σημειώσει ορισμένα προειδοποιητικά σημεία επικείμενης καρδιακής ανακοπής: κυάνωση, ωχρότητα, ελάττωση πίεσης, βραδυκαρδία ή άλλη αρρυθμία, συχνός, νηματοειδής σφυγμός, απώλεια συνείδησης.

Ο κύριος σκοπός της ανάνηψης είναι:

1. Ο εφοδιασμός των ιστών με αίμα που περιέχει επαρκή ποσότητα οξυγόνου και η απομάκρυνση του διοξειδίου του άνθρακα.
2. Η επαναλειτουργία της καρδιάς.

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση συνδυάζει προσπάθειες κλειστών ή ανοικτών καρδιακών μαλάξεων με τεχνητή αναπνοή.

Η τεχνητή αναπνοή, που σημαίνει τεχνητή εισαγωγή αέρα ή οξυγόνου στους πνεύμονες του αρρώστου, γίνεται ή με τον εκπνεόμενο

αέρα αυτού που εκτελεί την αναζωογόνηση (στόμα με στόμα, στόμα με μύτη, στόμα με τραχειοστόμιο) ή με αναισθησιολογικό ασκό και μάσκα.

Ο άρρωστος τοποθετείται σε οριζόντια θέση πάνω σε ανένδοτη επιφάνεια, απελευθερώνονται οι αεραγωγοί με έκταση της κεφαλής και αφαίρεση ξένων σωμάτων και εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα και το λαιμό. Κλείνονται οι ρώθωνες του αρρώστου, αν ο θώρακας δεν εκπτύσσεται, ωθείται όλος ο εκπνεόμενος αέρας μέσα στους αεραγωγούς του.

Τελευταία χρησιμοποιείται ειδικός διπλός αεραγωγός σχήματος S. Η αποτελεσματικότερη βέβαια, τεχνητή, στόμα με στόμα, αναπνοή γίνεται μέσω ενδοτραχειακού σωλήνα, που όμως πρέπει να επιχειρείται από έμπειρο υγειονομικό προσωπικό, για να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος.

Η τεχνητή αναπνοή γίνεται με ρυθμό 15/min στους ενήλικες και 20/ min στα παιδιά.

Βοηθητικές συσκευές για τεχνητή αναπνοή είναι:

- Αυτοπληρούμενοι ασκοί συνδεδεμένοι με αναισθησιολογική μάσκα μέσω βαλβίδας μιας κατεύθυνσης . Το περιεχόμενο του ασκού προωθείται προς τη μάσκα με συμπίεση, ενώ ο ίδιος ξαναγεμίζει (αυτόματα) με ατμοσφαιρικό αέρα ή O₂ .

Τέτοιες συσκευές είναι:

- α. Η συσκευή Ambu
- β. Ειδικοί ασκοί-φουσητήρες.

Για την χρησιμοποίησή τους ο άρρωστος πρέπει να φέρει ενδοτραχειακό σωλήνα με cuff.

Η μάλαξη με κλειστό θώρακα δεν χρειάζεται ειδικές συσκευές ή δεξιοτεχνία. Είναι η ρυθμική σύνθλιψη της καρδιάς ανάμεσα στο στήθος και τη σπονδυλική στήλη. Γίνεται με συμπίεση του θώρακα ως εξής:

Ενήλικες: με τις δύο παλάμες, την μια πάνω στην άλλη, τοποθετημένες στο κατώτερο 1/3 του στέρνου και ρυθμό 60-70/min.

Παιδιά κάτω των 10 ετών: με τη μια παλάμη, με ρυθμό 80/min

Βρέφη: με δύο δάκτυλα ή αντίχειρες, με ρυθμό 100/min

Κριτήρια αποτελεσματικής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι : συστολή των κορών, ΑΠ πάνω από 50 mmHg, ψηλαφητός καρωτιδικός σφυγμός, βελτίωση χρώματος αρρώστου.

Για την επαναλειτουργία της καρδιάς, εφόσον η καρδιακή ανακοπή είναι διάρκειας πάνω από 2min και οφείλεται σε ασυστολία, χορηγείται, ενώ γίνεται η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, διάλυμα, διττανθρακικού νατρίου για διόρθωση οξέωσης και υπερκαλιαιμίας. Η γαλακτική μεταβολική οξέωση (εξαιτίας αναερόβιας γλυκόλυσης) και η επακόλουθη υπερκαλιαιμία (το κάλιο βγαίνει έξω από το κύτταρο) εμποδίζουν την λειτουργία του μυοκαρδίου.

Αν δεν επαναλειτουργήσει η καρδιά με τα παραπάνω μέτρα, γίνονται τα ακόλουθα:

1. Χορήγηση 5 ml διαλύματος χλωριούχου ασβεστίου 10%, ενδοκαρδιακά.
2. Αν ο καρδιακός μυς μείνει ανενεργός και χαλαρός, χορήγηση διαλύματος αδρεναλίνης:
 - α. 1:1000, 0,5 ml, ενδοφλέβια
 - β. 1:10000, 5ml, ενδοκαρδιακά
 - γ. παιδιά 1:10000, 0,3-2ml, ενδοκαρδιακά (0,1 ml/kg)
3. Αν η καρδιά εξακολουθεί να είναι αδρανής, γίνεται ηλεκτρική διέγερση του μυοκαρδίου με βηματοδότη.

Αν η ανακοπή είναι αποτέλεσμα κοιλιακής μαρμαρυγής, μετά την διόρθωση του p H και της υπερκαλιαιμίας διενεργείται απινίδωση και στη συνέχεια διενεργούνται τα παραπάνω 1, 2, 3. (Σαχίνη και συν. 2006)

2.3 ΑΠΙΝΙΔΩΣΗ



Γίνεται με ειδικό μηχάνημα τον απινιδωτή. Με τον απινιδωτή χορηγείται ελεγχόμενη ηλεκτρική εκκένωση. Με αυτήν, όλες οι μυϊκές ίνες συστέλλονται ταυτόχρονα και στη συνέχεια αρχίζει να συστέλλεται και η καρδιά ρυθμικά, ή μένει σε ασυστολία (παύλα), οπότε εφαρμόζεται η αγωγή της ασυστολίας όπως χορήγηση αδρεναλίνης, γλυκονικό ή χλωριούχο ασβέστιο κ.α.

Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν πάντοτε έτοιμο τον απινιδωτή σε τέτοιες περιπτώσεις. Δηλαδή να είναι συνδεδεμένος με το ρεύμα (εκτός αν εργάζεται με μπαταρίες), να είναι φορτισμένος και τακτοποιημένα καλώδια. Να γίνει επάλειψη της επιφάνειας των πλακών των ηλεκτροδίων με αγωγό αλοιφή. Αν δεν υπάρχει αλοιφή ειδική, καλύπτονται οι πλάκες των ηλεκτροδίων με γάζα εμποτισμένη σε αλατούχο νερό καλά στυμμένη για την προστασία του δέρματος του αρρώστου από εγκαύματα. Ο ένας πόλος του ηλεκτροδίου τοποθετείται στην κορυφή της καρδιάς κάτω από την θηλή του αριστερού μαστού και ο άλλος προς τα δεξιά του ανώτερου τμήματος του στέρνου. Αυτό ισχύει στην εξωτερική απινίδωση. Σήμερα η νεότερη τεχνολογία δίνει την δυνατότητα εσωτερικής εμφύτευσης απινιδωτή σε ειδικές περιπτώσεις, μετά από θωρακοτομή.

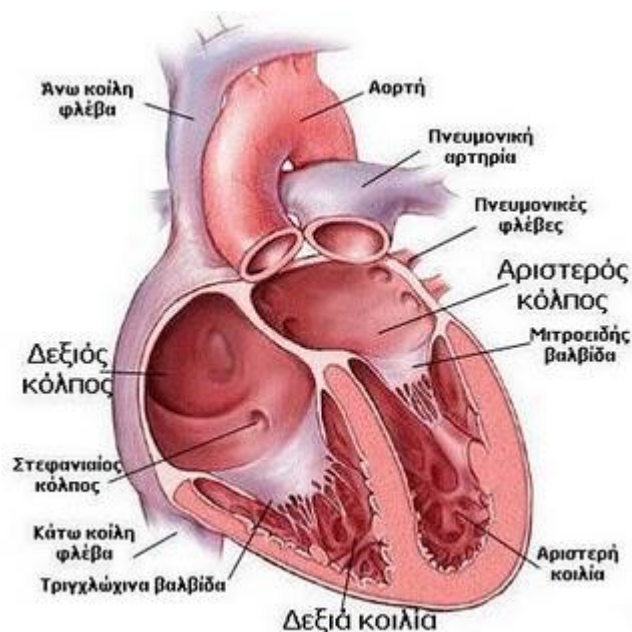
Κατά την εκτέλεση της απινίδωσης, πρέπει να γίνεται ηλεκτρική απομόνωση του αρρώστου, αυτού που κάνει την απινίδωση και όλων των παρευρισκομένων. Κανένας δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο ή το κρεβάτι του. Αποσυνδέονται O_2 , monitor, στηθοσκόπιο κ.α. Η διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος ρυθμίζεται από τον χειριστή να πέσει ακριβώς λίγο πριν το R ή S κύμα, διότι διαφορετικά μπορεί να επιδεινώσει την μαρμαρυγή.

Μετά την απινίδωση γίνεται έλεγχος του παλμού της καρωτίδας, επανασύνδεση του ΗΚΓου, monitor και O_2 . Έλεγχος καρδιακού παλμού. Καθαρίζεται ο θώρακας από την αλοιφή. (Δουβαρά και συν. 2005)

Ακόμα :

1. αν έγινε ανοικτή μάλαξη, χορήγηση χημειοθεραπευτικών, προφυλακτικά.
2. ατροπίνη, για αντανεκλαστική παρασυμπαθητική επιβράδυνση ή
3. ισοπροτερενόλη, όταν η βραδυκαρδία δεν αποκρίνεται στην ατροπίνη
4. λανατοσίδη ενδοφλέβια σε δόση ίση με το μισό εκείνης του δακτυλισμού
5. συνέχιση χορήγησης οξυγόνου ως την αποκατάσταση φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας
6. ρύθμιση ΑΠ με χορήγηση αγγειοσυσπαστικών και υδροκορτιζόνης, εφόσον η υπόταση είναι μεγάλου βαθμού
7. αναπλήρωση αίματος αν υπάρχει απώλεια
8. χορήγηση διεγερτικών του αναπνευστικού κέντρου (Σαχίνη και συν. 2006)

2.4ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΕΣ SHOCK



Το καρδιογενές shock είναι το τελικό στάδιο της αριστερής κοιλιακής δυσλειτουργίας . Συμβαίνει όταν η αριστερή κοιλία υποστεί εκτεταμένη βλάβη εξαιτίας οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ο καρδιακός μυς χάνει τη συσταλτική του δύναμη και ο κατά λεπτό όγκος αίματος μειώνεται σε μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα τη μείωση της αιματικής άρδευσης των ζωτικών οργάνων (εγκέφαλος, καρδιά, νεφροί), των οποίων τα κύτταρα εκφυλίζονται και νεκρώνονται. Το καρδιογενές shock ευθύνεται για την πλειοψηφία των θανάτων αρρώστων με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Φυσική εκτίμηση

α. Χαμηλή συστολική ΑΠ, < 90 mmHg

- β. Ολιγουρία, από τη μειωμένη νεφρική αιματική ροή ($< 20\text{ml/ώρα}$), ή ανουρία
- γ. Σφυγμός συχνός και νηματοειδής
- δ. Άκρα ψυχρά και κολλώδη, λόγω αγγειοσύσπασης
- ε. Ωχρότητα ή κυάνωση
- στ. Διανοητική απάθεια, λήθαργος, σύγχυση, από τη μειωμένη εγκεφαλική αιματική άρδευση.

2. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- β. Αέρια αρτηριακού αίματος
- γ. Πιέσεις πνευμονικής αρτηρίας

Προβλήματα του αρρώστου

1. Υποξαιμία και μεγάλου βαθμού υποξία (αύξηση παράκαμψης στους πνεύμονες, μειωμένη αιματική άρδευση στους ιστούς).
2. Κίνδυνος καταστροφής ζωτικών οργάνων (εγκεφάλου).
3. Κίνδυνος μετάπτωσης σε μη ανατάξιμη φάση, αν δεν γίνει η σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Αν η κεντρική φλεβική πίεση (ΚΦΠ) και η πνευμονική τριχοειδική πίεση ενσφήνωσης (ΠΤΠΕ) είναι χαμηλές, χορήγηση υγρών:

100 – 200 ml 5% D/W σε περίοδο 10min. Μέτρηση της ΚΦΠ ή της ΠΤΠΕ πριν, αμέσως μετά και 10 min μετά την έγχυση και προσεκτική ακρόαση των πνευμόνων.

Αν η ΚΦΠ δεν ανέβει στα 15 cmH₂ O και πάνω ή η μέση ΠΤΠΕ δεν είναι 18 mmHg και πάνω ή ο άρρωστος δεν παρουσιάζει πνευμονική συμφόρηση προσεκτική συνέχιση χορήγησης υγρών σε μια προσπάθεια ανόδου της ΑΠ.

2. Αν η ΑΠ δεν αποκριθεί στην αύξηση του όγκου του αίματος, χρησιμοποίηση άλλων μέσων. Αν επιδιώκεται, επιπλέον, αγγειοσύσπαση, χορηγούνται αγγειοσυσπαστικά για διατήρηση της ΑΠ στα 90 – 100 mmHg ή σε επίπεδο που διατηρεί διούρηση.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι:

α. Μεταραμινόλη: διεγείρει τους α-αδρενεργικούς υποδοχείς. Δίνεται συνήθως με σταθερή έγχυση σε 250- 1000 ml 5% D/W .

β. Λεβαρτερενόλη: έχει ινότροπες και αγγειοσυσπαστικές ιδιότητες. Δίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση μέσω καθετήρα με μπαλόνι, σε δόση 4-12 mg σε 1000ml 5% D/W. Η διήθηση των ιστών με λεβαρτερενόλη οδηγεί σε νέκρωσή τους. Αντιμετώπιση με άμεση ένεση 5-10 mg φαιτολαμίνης, αραιωμένης σε 10- 15 ml ισότονου διαλύματος χλωριούχου νατρίου.

3. Αν πιστεύετε ότι το shock οφείλεται σε μεγάλο βαθμού σύσπαση των προτριχοειδικών αρτηριδίων, χρησιμοποίηση αγγειοδιασταλτικών για βελτίωση της αιματικής άρδευσης των ιστών σε περιπτώσεις

shock που δεν ανταποκρίνεται στην αντικατάσταση υγρών και η ΚΦΠ ή η μέση ΠΤΠΕ είναι ψηλή.

Τα μέσα αυτά είναι :

α. Ισοπροτερενόλη

- Διεγείρει τους β- υποδοχείς
- Προκαλεί αξιοσημείωτη αγγειοδιαστολή στους σκελετικούς μυς και μικρότερη στους νεφρούς και τα σπλάχνα.
- Αυξάνει το ρυθμό λειτουργίας της καρδιάς
- Βοηθά αρρώστους με shock που έχουν πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό, ενώ ετοιμάζεται ο βηματοδότης. Επειδή αυξάνει τη μυοκαρδική κατανάλωση O_2 , δεν είναι, πιθανά, το αρχικό φάρμακο εκλογής για άλλα είδη shock.
- Η συνήθης δόση είναι 2mg σε 500ml 5% D/W. Δίνεται με συνεχή ενδοφλέβια έγχυση.

β. Δοπαμίνη

- Προκαλεί διαστολή νεφρικών, σπλαγχνικών, στεφανιαίων και εγκεφαλικών αγγείων
- Σε ψηλές δόσεις προκαλεί σύσπαση των υπόλοιπων συστηματικών αρτηριών δρώντας στους α- αδρενεργικούς υποδοχείς
- Έχει ινότροπη δράση.
- Δίνεται σε δόση 200 mg σε 250- 500 ml 5% D/W και χορηγείται με ρυθμό 2- 5 mg/ kg/ min για έναρξη. Η δόση μπορεί να διπλασιαστεί αν χρειαστεί.

4. Δακτυλιδισμός, που είναι χρήσιμος σε καρδιογενές shock, όταν η ΚΦΠ ή η ΠΤΠΕ είναι ψηλές. Διγοξίνη 0,5 – 1 mg ενδοφλεβίως είναι η σωστή δόση για αρρώστους που δεν υποβάλλονται σε θεραπεία με δακτυλίδα.

5. Χορήγηση διττανθρακικού νατρίου για διόρθωση μεταβολικής (γαλακτικής) οξέωσης.

6. Εισαγωγή μόνιμου καθετήρα κύστης και μέτρηση ούρων κάθε 1 ώρα.
7. Μέτρηση άμεσης κεντρικής ΑΠ.
8. Συχνός προσδιορισμός αερίων αρτηριακού αίματος.
9. Διατήρηση του αρρώστου ζεστού σε οριζοντιωμένη θέση. (Σαχίνη και συν 2006)

2.5 ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.



Τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει ένας καρδιοχειρουργικός ασθενής στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο είναι αρκετά και πολλές φορές σοβαρά. Για τον λόγο αυτό οι ασθενείς αυτοί νοσηλεύονται σε ειδικά εξοπλισμένες μονάδες εντατικής θεραπείας οι οποίες εξασφαλίζουν την ασφαλή μεταφορά τους και συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών.

Προβλήματα

1. Μείωση της ικανότητάς του για κάλυψη των αναγκών του σε οξυγόνο (χορήγηση γενικής αναισθησίας, παρουσία θωρακικής τομής, πόνος και χρήση αναλγητικών και απώλεια αίματος).

Η χρήση των μηχανημάτων εξωσωματικής κυκλοφορίας προκαλεί ένα μετεγχειρητικό σύνδρομο που ονομάζεται αντλιακός πνεύμονας. Οι παθολογικές μεταβολές που παρατηρούνται περιλαμβάνουν :

α) Μείωση της ενδοτικότητας του πνεύμονα.

β) Μείωση της διάχυσης του οξυγόνου.

γ) Διαμεσοκυττάριο οίδημα και φλεγμονή.

Πιστεύεται ότι το σύνδρομο αυτό προκαλείται ή εξαιτίας της απώλειας του ενεργού φωσφολιπιδίου ή εξαιτίας εναπόθεσης μικροεμβολών στο πνευμονικό τριχοειδικό σύστημα, που και τα δύο είναι δευτεροπαθή από την καρδιοπνευμονική παράκαμψη.

Η απώλεια αίματος, που αναφέρεται ως τελευταίος παράγοντας, που μειώνει την ικανότητα του αρρώστου για κάλυψη των αναγκών του σε οξυγόνο οφείλεται :

α) στην αιμοαραίωση

β) στην χρησιμοποίηση μεγάλων ποσοτήτων συντηρημένου αίματος με κιτρικό οξύ και δεξτρόζη. Το κιτρικό οξύ δεσμεύει το ασβέστιο και επομένως αυξάνει το χρόνο πήξης.

γ) στα μικρά αγγεία που δεν απολινώθηκαν κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (αδυναμία του αρρώστου να καλύψει τις ίδιες τις ανάγκες του, πιθανός μετεγχειρητικός ειλεός και γαστρική διάταση).

3. Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο (διαταραχές δευτεροπαθείς από την χρησιμοποίηση της αντλίας, νάρκωση και χειρουργικό stress, προεγχειρητική χρήση διουρητικών, αιμόλυση και απελευθέρωση μεγάλων ποσοτήτων καλίου στο πλάσμα του αίματος της μετάγγισης, ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας με επακόλουθο ολιγουρία).

4. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός, υποξία ιστών).

5. Κίνδυνοι από κακή λειτουργία του εγκεφάλου (υποξία, ανεπάρκεια αριστερούς κοιλίας ,πλημμελής λειτουργία νεφρών, οξεοβασικές διαταραχές).

6. Προβλήματα απέκκρισης (μη λήψη τροφής από το στόμα, κατάκλιση, χρήση καθετήρων κύστης).

7. Μείωση άνεσης (πόνος τομής, συχνές ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις, και περιβαλλοντικοί παράγοντες).

8. Κίνδυνοι επιπλοκών φαρμακευτική ή άλλη αγωγή, χειρουργική επέμβαση ή ίδια η οντότητα της νόσου.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Πρόληψη ή αντιμετώπιση κάθε κατάστασης που μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια (αναπνευστική λοίμωξη, ατελεκτασία ή ανεπαρκής πνευμονική λειτουργία). Επίσης, πρόληψη ή αντιμετώπιση κάθε άλλης κατάστασης (μειωμένος όγκος αίματος, κακή λειτουργία καρδιάς) που μπορεί να προκαλέσει υποξία ιστών.

α) Χρησιμοποίηση αναπνευστήρα όγκου στον οποίο η πυκνότητα του εισπνεόμενου μείγματος σε οξυγόνο είναι 100%. Η αναπνευστική υποστήριξη χρησιμοποιείται στην αρχή για 24 ώρες, με σκοπό την εξασφάλιση αεραγωγού σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής, την μείωση του έργου της καρδιάς και την διατήρηση επαρκούς αερισμού.

β) Ακρόαση θώρακα για αναπνευστικούς ήχους (πνευμοθώρακας, συμφόρηση, ατελεκτασία).

γ) Παρατήρηση του θώρακα για αμφοτερόπλευρη έκπτυξη.

δ) Ακτινογραφία θώρακα, αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση και κατόπιν καθημερινά, για αξιολόγηση της έκπτυξης των πνευμόνων και ανίχνευση της ατελεκτασίας.

ε) Επαρκής κατευνασμός του αρρώστου, ώστε να μπορέσει να δεχτεί τον ενδοτραχειακό σωλήνα και να διαπραγματευτεί με τον μηχανικό αερισμό.

στ) Χρησιμοποίηση φυσικοθεραπείας θώρακα για αρρώστους με πνευμονική συμφόρηση, για πρόληψη κατακράτησης εκκρίσεων και ατελεκτασίας.

ζ) Προσεκτική αναρρόφηση τραχειοβρογχικών εκκρίσεων.

η) Περιορισμός υγρών τις πρώτες μέρες για αποφυγή πνευμονικής συμφόρησης.

θ) Προσεκτική χορήγηση αναλγητικών και παρακολούθηση απόκρισης σ' αυτά.

ι) εξασφάλιση επαρκούς όγκου αίματος και επιπέδων αιμοσφαιρίνης με προσεκτική παρακολούθηση τυχόν απώλειας αίματος και ακριβούς αντικατάστασής του, ml προς ml.

* Κ.Φ.Π

* Αρτηριακή πίεση

* Σφυγμός

* Όγκος αποβαλλόμενων ούρων

ια) παρακολούθηση καρδιαγγειακής κατάστασης, για εκτίμηση αποτελεσματικότητας της καρδιακής λειτουργίας. Σειρά προσδιορισμών πίεσης αρτηριακού αίματος, συχνότητας καρδιακού παλμού, κεντρικής φλεβικής πίεσης, πίεσης αριστερού κόλπου ή πνευμονικής τριχοειδικής πίεσης ενσφήνωσης για εκτίμηση του τελοδιαστολικού όγκου της αριστερής κοιλίας και του όγκου παλμού. Συσχέτισή τους με την κλινική κατάσταση του αρρώστου και αναγραφή.

- η αρτηριακή πίεση είναι μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους που παρακολουθούνται
- λαμβάνεται άμεσα η μέση κεντρική αρτηριακή πίεση
- είναι 10 - 20mmHg υψηλότερη από την έμμεση

- προσοχή στις τιμές της διαστολικής πίεσης σε αρρώστους με αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας.
- ιβ) ακρόαση καρδιάς για σημεία καρδιακού επιπωματισμού, περικαρδιακής τριβής.
- ιγ) έλεγχος περιφερικών σφυγμών (ποδικός, κνημιαίος, κερκιδικός) για περαιτέρω έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας.
- ιδ) παρακολούθηση Η.Κ.Γ, στο καρδιοσκόπιο για ανίχνευση καρδιακών αρρυθμιών.
- πρώιμες κοιλιακές συστολές συμβαίνουν πιο συχνά μετά από αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας και μετά από στεφανιαία παράκαμψη.
 - Αρρυθμίες επίσης συμβαίνουν εξαιτίας ισχαιμίας, υποξίας, μεταβολών του ορού του αίματος, οξεοβασικών διαταραχών, δηλητηρίασης με δακτυλίτιδα και μυοκαρδικής ανεπάρκειας.
- ιε) μέτρηση όγκου ούρων κάθε μισή ή μία ώρα.
- ιστ) έλεγχος ούλων, χειλιών, νυχιών, λοβίων αυτιών και άκρων για κυάνωση.

1. Εκτίμηση θερμοκρασίας, υγρασίας, και ελαστικότητας δέρματος.

2. Διατήρηση ή διόρθωση ανισοζυγίου θρεπτικού, υδατοηλεκτρολυτικού και οξεοβασικού. Προαγωγή απέκκρισης ούρων.

α) προσεκτική χορήγηση ΕΦ υγρών για αποφυγή υπογκαιμίας και υπερφόρτωσης

β) ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για έλεγχο του ισοζυγίου τους και εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σε υγρά. Στα προσλαμβανόμενα συμπεριλαμβάνονται και τα διαλύματα έκπλυσης αρτηριακών ή φλεβικών γραμμών.

γ) εκτίμηση κατάστασης υδάτωσης αρρώστου με μέτρηση βάρους σώματος, επιπέδου ηλεκτρολυτών και αιματοκρίτη και με αξιολόγηση διόγκωσης φλεβών τραχήλου, οιδήματος ιστών, μεγέθους ήπατος και αναπνευστικών ήχων.

δ) μέτρηση και καταγραφή ούρων κάθε μισή ή μία ώρα. Η απέκκριση ούρων πρέπει να διατηρείται σταθερή για να προληφθεί υπερφόρτωση και συλλογή προϊόντων ιστικής αποσύνθεσης στα εσπειραμένα σωληνάκια, που έχει σχέση με το μηχάνημα εξωσωματικής κυκλοφορίας. Χορήγηση Lasix και ειδοποίηση γιατρού για ποσό ούρων κάτω των 20ml/ώρα.

ε) μέτρηση υγρού παροχέτευσης θώρακα (δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 200ml την ώρα για τις πρώτες 4-6 ώρες).

στ) προσοχή σε κλινικά σημεία που δείχνουν διαταραχή νερού, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας, που μπορεί να συμβούν από την χρησιμοποίηση εξωσωματικής κυκλοφορίας.

- υποκαλιαμία που μπορεί να προκληθεί εξαιτίας λήψης διουρητικών, εμετών, ρινογαστρικής αναρρόφησης, λήψης κορτικοστεροειδών. Τα αποτελέσματα υποκαλιαμίας είναι αρρυθμίες, δηλητηρίαση με δακτυλίτιδα, μεταβολική αλκάλωση και καρδιακή ανακοπή. Αντιμετώπιση με αναπλήρωση σύμφωνα με την οδηγία.
- Υπερκαλιαμία που μπορεί να προκληθεί από την αυξημένη πρόσληψη, ρήξη ερυθρών αιμοσφαιρίων στην αντλία, οξέωση, οξεία νεφρική ανεπάρκεια, ιστική νέκρωση, επινεφριδική ανεπάρκεια και μειωμένη αποβολή από το νεφρό. Τα αποτελέσματά της είναι διανοητική σύγχυση, ανησυχία, ναυτία, αδυναμία, παραισθήσεις στα άκρα και ανακοπή. Αντιμετώπιση με χορήγηση ιοντο-ανταλλακτικές ριτίνες, ενδοφλέβια διαλύματα διττανθρακικού νατρίου ή ινσουλίνης με γλυκόζη.

- Υπονατριαιμία που μπορεί να οφείλεται σε μείωση του νατρίου ή αύξηση του νερού των εξωκυττάρων υγρών. Εκδηλώνεται με αίσθημα αδυναμίας, κόπωσης, σύγχυσης, σπασμούς και κώμα.
- Υπασβεστιαμία που μπορεί να οφείλεται σε μαζική μετάγγιση αίματος. Οι εκδηλώσεις της είναι αιμοδία και μυρμηκίαση δακτύλων, αυτιών και μύτης, σπασμοί, μυϊκές κράμπες και τετανία.
- Από τις οξεοβασικές διαταραχές ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει μεταβολική οξέωση, χορήγηση διττανθρακικού νατρίου, σύμφωνα με την οδηγία.

3. Προαγωγή καλής λειτουργίας του εγκεφάλου. Η πολύωρη χρησιμοποίηση της εξωσωματικής κυκλοφορίας μπορεί να προκαλέσει βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος.

α) παρακολούθηση για συμπτώματα εγκεφαλικής υποξίας, όπως ανησυχία, πονοκέφαλος, σύγχυση, δύσπνοια, υπόταση, κυάνωση.

β) εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου κάθε ώρα:

- * επίπεδο αποκριτικότητας σε ερεθίσματα.
- * μέγεθος κόρης και αντίδρασης στο φως.
- * κίνηση άκρων. Δύναμη σύλληψης χεριού.

γ) θεραπεία σπασμών.

4. Πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Αιμορραγία

Η εξωσωματική κυκλοφορία, η συστηματική χορήγηση ηπαρίνης και οι μεταγγίσεις αίματος, προκαλούν σοβαρές και επικίνδυνες διαταραχές στον πηκτικό μηχανισμό του αίματος. Η ινοδύλυση αποτελεί ασυνήθη αιτία αιμορραγίας, χαρακτηρίζεται από χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων και

χαμηλό επίπεδο ινοδωγόνου στο πλάσμα. Αρκετά συχνά η μετεγχειρητική αιμορραγία οφείλεται σε επαναδραστηριοποίηση της ηπαρίνης. Εκτός όμως από τις παραπάνω αιτίες αιμορραγίας υπάρχουν και οι χειρουργικές αιμορραγίες που προέρχονται από το χειρουργικό τραύμα. Συνήθης πηγές των αιμορραγιών αυτών είναι η αορτοτομή, οι κολποτομές και οι αναστομώσεις, κεντρικές και περιφερικές των μοσχευμάτων στις εγχειρήσεις επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου ή τα σύρματα συρραφής του στέρνου. Η αιμορραγία γίνεται αντιληπτή από την απώλεια αίματος από τους σωλήνες παροχέτευσης του μεσοθωράκιου ή και της υπεζοκοτικής κοιλότητας. Η αντιμετώπιση της αιμορραγίας γίνεται αρχικά με την χορήγηση αίματος, την διόρθωση των διαταραχών του πηκτικού μηχανισμού καθώς και της οξεοβασικής ισορροπίας.

✚ Καρδιακός επιπωματισμός

Ο επιπωματισμός της καρδιάς στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, οφείλεται συνήθως στην παρουσία πηγμάτων αίματος μέσα στην περικαρδιακή κοιλότητα. Κύριες κλινικές εκδηλώσεις είναι η αύξηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης, η εμφάνιση ταχυκαρδίας και περιφερικής αγγειοσύσπασης και η προοδευτική εγκατάσταση συνδρόμου χαμηλής καρδιακής παροχής, η πτώση της παραγωγής των ούρων και η επιδείνωση των αερίων του αίματος.

✚ Σύνολο χαμηλής καρδιακής παροχής

Ο όρος σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής χαρακτηρίζεται από καρδιακό δείκτη χαμηλότερο από 21 l/min/m , υπόταση και οξέωση.

✚ Αρρυθμίες

Ασθενείς με στεφανιαία νόσο παρουσιάζουν συχνά έκτοπες κοιλιακές συστολές και κοιλιακή ταχυκαρδία, ενώ σε παράκαμψη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, ιδίως μετά από ενδαρτηρεκτομή, παρατηρείται κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Ασθενείς με αντικατάσταση της μιτροειδούς βαλβίδας παρουσιάζουν συχνά υπερκοιλιακές αρρυθμίες, ενώ οι ασθενείς με βαριά στένωση της αορτικής βαλβίδας και απασβέστωση του αορτικού δακτυλίου εμφανίζουν αρκετά συχνά παροδικό ή σπανιότερα μόνιμο κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση μιας αρρυθμίας, αποτελούν η διόρθωση τυχόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ιδιαίτερα του καλίου και της οξεοβασικής ισορροπίας, καθώς και η βελτίωση της οξυγόνωσης του αίματος.

✚ Καρδιακή ανακοπή

Η καρδιακή ανακοπή μπορεί να οφείλεται σε καρδιακή ασυστολία ή κοιλιακή μαρμαρυγή. Οι κυριότερες αιτίες της καρδιακής ανακοπής μετά από εγχειρήσεις ανοικτής καρδιάς είναι η θρόμβωση στεφανιαίας αρτηρίας, η ανοξία, τα φάρμακα, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών.

✚ Αναπνευστική ανεπάρκεια

Η υπερβολική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ιδιαίτερα αίματος, θεωρείται η συχνότερη αιτία της διαταραχής αυτής. Άλλες αιτίες θεωρούνται η ανεπαρκής αναρρόφηση των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων και η πρόκληση ατελεκτασίας και πνευμονικής λοίμωξης, η εμφάνιση μικροεμβολών και λιγότερο συχνά ο πνευμοθώρακας και ο αιμοθώρακας, ο οποίος δεν παροχετεύεται επαρκώς. Η κλινική εικόνα της οξείας

αναπνευστικής ανεπάρκειας χαρακτηρίζεται από υποξία, κυάνωση, υπερκαπνία, υπόταση και δύσπνοια.

✚ Νεφρική ανεπάρκεια

Συνήθεις αιτίες που προκαλούν βλάβη του νεφρικού παρεγχύματος είναι η ανεπαρκής άρδευση των νεφρών κατά την διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας, η εμφάνιση συνδρόμου χαμηλής καρδιακής παροχής, η βαριά αιμόλυση μετά από παρατεταμένη εξωσωματική κυκλοφορία και η μετάγγιση ασύμβατου αίματος και διάφορα φάρμακα.

✚ Επιπλοκές από το πεπτικό σύστημα

Η ηπατική δυσλειτουργία αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή και παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς με βαλβιδοπάθειες και προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια. Λιγότερο συχνές επιπλοκές είναι ο παραλυτικός ειλεός, η γαστρική διάταση, η παγκρεατίτιδα, η αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σωλήνα, η νέκρωση του εντέρου και η μη λιθιακή χολοκυστίτιδα.

Σε επιβαρυσμένους ασθενείς ειδικά με προηγούμενο ιστορικό έλκους είναι δυνατόν να εμφανισθούν stress – έλκη που συνοδεύονται από αιμορραγία του γαστρεντερικού σωλήνα ή σπάνια από διάτρηση.

✚ Επιπλοκές από το κεντρικό νευρικό σύστημα

Η πιο συχνή αιτία βλάβης από το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι η εμβολή με αέρα που δημιουργείται από την ελλιπή απομάκρυνσή του από τις αριστερές καρδιακές κοιλότητες και την ανιούσα αορτή. Μια άλλη αιτία εγκεφαλικών βλαβών είναι οι εμβολές από τεμάχια ασβεστίου που παρατηρούνται σε ασθενείς με επασβεστωμένη αορτική ή μιτροειδή βαλβίδα.

Συνήθως κλινική εκδήλωση της εγκεφαλικής βλάβης είναι η εμφάνιση σπασμών, ενώ η νευρολογική εξέταση δίνει ευρήματα ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης.

Πυρετός

Σχεδόν πάντα μετά από εγχειρίσεις καρδιάς με εξωσωματική κυκλοφορία παρατηρείται πυρετός, που μπορεί να φθάσει τους 38-39 βαθμούς και η διάρκεια του οποίου συνήθως είναι 24 ώρες μπορεί όμως να διαρκέσει και 3 μέρες. (Μπαμπαγινέ 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ

Οξύ πνευμονικό οίδημα είναι η παρουσία περίσσειας υγρού στους πνεύμονες, είτε στα διαμεσοκυττάρια διαστήματα είτε μέσα στις κυψελίδες. Συνήθως είναι αποτέλεσμα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας και αποτελεί επείγον περιστατικό.

Γενικά, αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν οξύ πνευμονικό οίδημα είναι:

1. Παθήσεις της καρδιάς: οξεία κοιλιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα μυοκαρδίου, αορτική στένωση, μεγάλη στένωση μιτροειδούς βαλβίδας, υπέρταση και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
2. Κυκλοφορική υπερφόρτωση (μεταγγίσεις, εγχύσεις)
3. Υπερευαισθησία σε φάρμακα (αλλεργίες, δηλητηριάσεις)
4. Πνευμονικές βλάβες (εισπνοή καπνού, πνευμονική εμβολή ή εμφρακτό)
5. Βλάβες κεντρικού νευρικού συστήματος (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τραύμα εγκεφάλου)
6. Λοιμώξεις και πυρετός.

Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι:

1. Βήχας και ανησυχία κατά τη διάρκεια ύπνου
2. Μεγάλου βαθμού δύσπνοια και ορθόπνοια
3. Βήχας με αφρώδη και αιμόφυρτα πτύελα
4. Μεγάλου βαθμού αγωνία και πανικός
5. Θορυβώδης αναπνοή με εισπνευστικούς και εκπνευστικούς συριγμούς και φυσαλιδώδεις ήχους

6. Δέρμα γαιώδες, άκρα ψυχρά, νύχια κυανωτικά, μεγάλου βαθμού εφίδρωση
7. Διανοητική σύγχυση
8. Ταχυκαρδία

Διαγνωστικές εξετάσεις:

1. Ακτινογραφία θώρακα
2. Ηχοκαρδιογράφημα (σε υποψία βαλβιδοπάθειας)
3. Μέτρηση πνευμονικής τριχοειδικής πίεσης ενσφήνωσης με καθετήρα Swan-Ganz (διαφοροποιεί αιτιολογία πνευμονικού οιδήματος: καρδιογενές ή μεταβολή κυψελιδο-τριχοειδικής μεμβράνης)
4. Καλλιέργειες αίματος (σε υποψία λοίμωξης)
5. Καρδιακά ένζυμα (σε υποψία εμφράγματος μυοκαρδίου).

Προβλήματα του αρρώστου

1. Υποξαιμία
2. Αιμοδυναμικό ανισοζύγιο
3. Άγχος, πανικός.

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Μείωση όγκου αίματος που επιστρέφει στη δεξιά κοιλία με:
 - α. Τοποθέτηση αρρώστου σε ψηλή ανάρροπη θέση με κρεμασμένα άκρα, για να ευνοηθεί η συγκέντρωση αίματος στη περιφέρεια του σώματος από τη δύναμη βαρύτητας, ώστε να μειωθεί ο όγκος φλεβικού αίματος που επιστρέφει στην καρδιά.
 - β. Κυκλικές περισφίξεις άκρων για παγίδευση φλεβικού αίματος σε αυτά

2. Αύξηση όγκου παλμού της αριστερής κοιλίας με ενδοφλέβια χορήγηση δακτυλίτιδας ταχείας δράσης.

3. Μείωση όγκου κυκλοφορούμενου αίματος με:

α. Χορήγηση διουρητικών ταχείας δράσης. Τα διουρητικά που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι:

- Lasix: 40-120 mg, ενδοφλέβια
- Edecrin: 50 mg, ενδοφλέβια

Συνήθως, όταν χρησιμοποιούνται αυτά τα διουρητικά, συνδυάζονται με χορήγηση καλίου.

- Εισαγωγή μόνιμου καθετήρα αν ο άρρωστος βρίσκεται σε κατάσταση σοκ ή επικείμενου σοκ
- Παρακολούθηση αρρώστου για πτώση ΑΠ, αύξηση καρδιακού ρυθμού και μείωση ούρων (ενδείξεις υπογκαιμίας)

β. Φλεβοτομή για αφαίρεση αίματος (300-500 ml)

Γίνεται όταν το οξύ πνευμονικό οίδημα οφείλεται σε υπερφόρτωση του κυκλοφορικού μετά από μεταγγίσεις ή ενδοφλέβιες εγχύσεις.

4. Αμινοφυλλίνη, που προκαλεί:

- Χαλάρωση βρογχόσπασμου
- Αύξηση νεφρικής αιματικής ροής
- Μείωση πνευμονικής αρτηριακής πίεσης
- Μείωση περιφερικής φλεβικής πίεσης και περιφερικής αντίστασης.

Δίνεται πολύ αργά ενδοφλέβια, γιατί μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες και αιφνίδιο θάνατο, αν χορηγηθεί γρήγορα.

Χορήγηση οξυγόνου με συσκευή αναπνοής διαλείπουσας θετικής πίεσης, μέσω μάσκας, σε υψηλή συγκέντρωση και εφυγρασμένο με 30% αιθυλική αλκοόλη, που είναι αποφουσαλιδοποιητική.

5. Χορήγηση μορφίνης σε μικρές τιτλοποιημένες διαλείπουσες δόσεις (ενδοφλέβια) ώσπου να μειωθεί η δύσπνοια. Η μορφίνη μειώνει

την αγωνία και τον πανικό και κατά συνέπεια το αναπνευστικό έργο.

α. Δεν χορηγείται αν το πνευμονικό οίδημα οφείλεται σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή όταν υπάρχει χρόνια πνευμονική νόσος ή καρδιογενές σοκ.

β. Προσεκτική παρακολούθηση αναπνευστικής λειτουργίας και ΑΠ (προκαλεί υπόταση).

γ. Έτοιμα για χρήση ανταγωνιστικά της μορφίνης (Nacran, Nalin)

7. Εκτίμηση νεφρικής και ηλεκτρολυτικής κατάστασης του αρρώστου.

8. Χορήγηση των ανάλογων φαρμάκων για μεγάλο βαθμού και επίμονη υπέρταση.

9. Παραμονή με τον άρρωστο και ενθάρρυνσή του

10. Διδασκαλία αρρώστου στην περίοδο ανάρρωσής του για πρόληψη υποτροπής

α. Ενημέρωση για προειδοποιητικά συμπτώματα

β. Ενέργειες που πρέπει να ακολουθηθούν, αν εμφανίσει υγρό βήχα.

γ. Ανάγκη συμμόρφωσης με το διαιτητικό και φαρμακευτικό θεραπευτικό σχήμα.

δ. Ύπνος σε ανάρροπη θέση

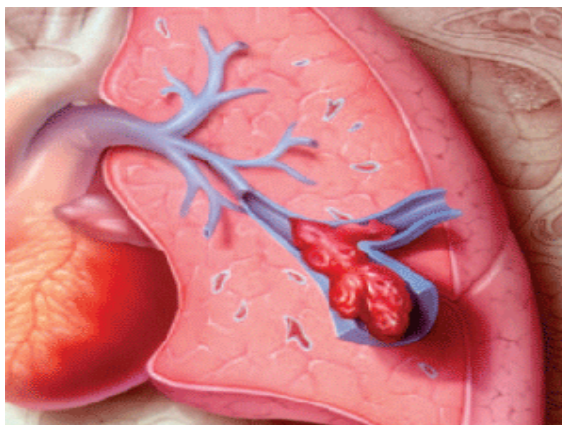
ε. Αποφυγή υπερβολικής και απότομης φυσικής προσπάθειας

στ. Καθημερινή ζύγιση

ζ. Θεραπεία όλων των λοιμώξεων με αντιβίωση

11. Αναφορά στο σχέδιο διδασκαλίας του αρρώστου με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.(Σαχίνη και συν. 2006)

3.2 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ (Π.Ε)



Πνευμονική εμβολή είναι η απόφραξη ενός ή περισσοτέρων κλάδων της πνευμονικής αρτηρίας.

Πνευμονικά έμβολα είναι, είναι, γενικά τεμάχια θρόμβων που προέρχονται από το φλεβικό σύστημα, συχνότερα από φλέβες των κάτω άκρων και της πυελικής περιοχής ή από τη δεξιά καρδιά. Άλλο υλικό που μπορεί να προκαλέσει (Π.Ε.) είναι αμνιακό υγρό, αέρας, μυελός των οστών και λίπος.

Η απόφραξη δημιουργεί μια περιοχή του πνεύμονα που αερίζεται αλλά δεν αρδεύεται από αίμα, αυξάνοντας έτσι το νεκρό χώρο. Η πίεση στην πνευμονική αρτηρία αυξάνεται και με τη σειρά της προκαλεί μια αύξηση στον όγκο και την πίεση του αίματος των φλεβών.

Ο όγκος του αίματος του αριστερού κόλπου μειώνεται, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου παλμού που οδηγεί σε σοκ. Μπορεί να απελευθερωθεί σεροτονίνη από τα αιμοπετάλια που προκαλεί υπέρταση.

Καταστάσεις που συνδέονται με θρομβοεμβολή είναι: τραύματα στα κάτω άκρα, μακροχρόνια παραμονή στο κρεβάτι, χειρουργικές επεμβάσεις, ψύχος, παχυσαρκία, κίρσοι, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκυμοσύνη, χορήγηση υψηλών

δόσεων οιστρογόνων και παρατεταμένη καθιστή ή όρθια θέση.(Σαχίνη και συν. 2004)

Συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής.

Ανησυχία

Φόβος

Θωρακικός πόνος

Δύσπνοια

Ανακοπή

Κυάνωση

Πυρετός

Εφίδρωση

Ταχυκαρδία

Ταχύπνοια (Μπαλτόπουλος 2000)

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

Ηλικία: η συχνότητα αυξάνεται με την ηλικία

Φύλο: συμβαίνει και στα δύο φύλα

Επάγγελμα: απαιτεί μακροχρόνιο κάθισμα, με μικρή αλλαγή θέσης

Συνήθειες: διαιτητικές, αλκοόλ, κάπνισμα, φάρμακα

Τρόπος ζωής: μειωμένες δραστηριότητες

Προηγούμενο ιστορικό εμβολών, ιστορικό άλλων προβλημάτων υγείας. Παίρνει ο άρρωστος αντιπηκτικά, κάνει χρήση αντισυλληπτικών;

Παράπονα για δυσκολία στην αναπνοή

Πρόσφατο ιστορικό χειρουργικής επέμβασης.

2. Φυσική εκτίμηση

Γενική εμφάνιση: (χλωμός, κυανωτικός άρρωστος)

Εμφάνιση φλεβών του λαιμού, ειδικά κατά την εισπνοή

Αναπνευστικοί ήχοι: μειωμένοι, μπορεί να ακούγονται ήχοι τριβής μαζί με ρόγχους και εντοπισμένους συριγμούς. Ασθμάνουσα αναπνοή.

Καρδιακές μεταβολές: ανεπάρκεια, ταχυκαρδία

Δέρμα υγρό και κρύο στην αφή, ειδικά αν υπάρχει σοκ.

Ο άρρωστος συνήθως είναι τρομαγμένος και αγχώδης.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις.

Ακτινογραφία θώρακα.

Σπινθηρογράφημα πνεύμονα για να εντοπιστεί η απόφραξη.

Αγγειογραφία: οριστική διάγνωση.

Υπερηχογράφημα για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Φλεβογραφία.

ΗΚΓ για εκτίμηση καρδιακών μεταβολών, δευτεροπαθώς από την πνευμονική εμβολή, όπως: δεξιά κοιλιακή τάση, ταχυκαρδία, έκτακτες κοιλιακές συστολές, κολπική μαρμαρυγή.

Αέρια αίματος, τα ευρήματα δείχνουν υποξία, υποκαπνία, αναπνευστική αλκάλωση.(Α. Σαχίνη και συν. 2004)

Άλλες εξετάσεις είναι: 1. Γενική αίματος, 2. Ηλεκτρολύτες, 3. Γλυκόζη, 4. Ουρία- κρεατινίνη, 5. Χρόνος προθρομβίνης (PT) ενεργός χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης (αPTT). Εάν υπάρχουν ενδείξεις θρομβόλυσης είναι απαραίτητος επίσης ο χρόνος θρομβίνης, ο χρόνος ροής και το ινωδογόνο. 6. Δοκιμασία κύησης (σε γυναίκες που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία). 7. Γενική ούρων.(Μπαλτόπουλος 2000)

Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στη διακίνηση O_2 (πόνος Στο θώρακα, βράχυνση αναπνοής, υπόταση).
2. Ενεργειακό ανισοζύγιο (υποξία, υπόταση, ταχυκαρδία, πυρετός)
3. Μείωση άνεσης (βήχας, ανησυχία, αγωνία, πόνος)
4. Περιορισμός δραστηριοτήτων
5. Απώλεια υγρών (εφίδρωση, αιμόπτυση)
6. Διανοητική σύγχυση (δευτεροπαθής από την εγκεφαλική υποξία)
7. Άγχος.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Οξεία φάση

α. Διατήρηση ενδοφλέβιας γραμμής για χορήγηση φαρμάκων

- Αντιπηκτικά: ηπαρίνη, κουμαρίνη (εμποδίζουν την ανάπτυξη θρόμβου, αλλά δεν έχουν θρομβολυτική δράση)
Προσοχή στις αντενδείξεις, όπως εσωτερική αιμορραγία, ενδοκρανιακές βλάβες που προδιαθέτουν σε αιμορραγία και κακοήθεις υπέρταση, βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα, οξεία νεφρική ανεπάρκεια, οξεία ηπατική ανεπάρκεια και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. (Μπαλτόπουλος 2000)
- Αναλγητικά και κατευναστικά για μείωση άγχους
- Καρδιοτονωτικά
- Διουρητικά

β. Θεραπευτική ανάπαυση σε θέση Fowler για διευκόλυνση αναπνοής

- γ. Χορήγηση O₂, βοήθεια για διασωλήνωση και σύνδεση με μηχανικό αναπνευστήρα, αν χρειάζεται
- δ. Παρακολούθηση Ζ.Σ., αέριων αίματος, ΗΚΓ και αναπνευστικών ήχων
- ε. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης του ασθενούς για απαλλαγή από το άγχος.

2. Υποξεία φάση

- α. Εξασφάλιση ελαστικών καλτσών
- β. Ενθάρρυνση λήψης μεγάλης ποσότητας υγρών. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- γ. Διατήρηση θεραπευτικής ανάπαυσης, βαθμιαία αύξηση δραστηριοτήτων
- δ. Ασκήσεις πλήρους τροχιάς.
- ε. Φροντίδα δέρματος
- στ. Έλεγχος ποσότητας, χρώματος και σύστασης πτυέλων
- ζ. Υγιεινή στόματος
- η. Αποφυγή δυσκοιλιότητας
- θ. Προσαρμογή της αντιπηκτικής θεραπείας, για διατήρηση της πηκτικότητας μέσα στα θεραπευτικά όρια.
 - Έλεγχος χρόνου πήξης, ροής και προθρομβίνης, ανάλογα
 - Έτοιμα για περίπτωση ανάγκης αντίδοτα (βιταμίνη Κ για κουμαρίνη και θειική πρωταμίνη για ηπαρίνη)
 - Προσοχή για τραυματισμούς κατά το ξύρισμα, το βούρτσισμα των δοντιών, το φύσημα μύτης, τις ενέσεις και παρακολούθηση ούρων, κοπράνων, εμέτων για αίμα.

ι. Διδασκαλία του αρρώστου για:

- Φάρμακα: σκοπός, δόση, συχνότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Προληπτικά μέτρα υγιεινής
- Αναφορά κάθε λιποθυμίας, ζάλης, αίσθησης αδυναμίας, έντονου πονοκεφάλου, μεγάλης μηνορραγίας.

3. Παρακολούθηση μετά την έξοδο.

Διδασκαλία του αρρώστου πώς να βήχει αποτελεσματικά.

Ο αποτελεσματικός βήχας απαιτεί μια κίνηση κλίσης προς τα εμπρός και δε μπορεί, επομένως να γίνει όταν ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος.

Ο άρρωστος διδάσκεται πρώτα να πάρει θέση βήχα, δηλ. καθιστή με το κεφάλι σε κάμψη, τους ώμους χαλαρωμένους και ελαφρά προς τα εμπρός και τα πόδια υποστηριγμένα. Στην αγκαλιά του αρρώστου μπορεί να τοποθετηθεί μαξιλάρι, που θα χρησιμεύσει στην ανύψωση του διαφράγματος.

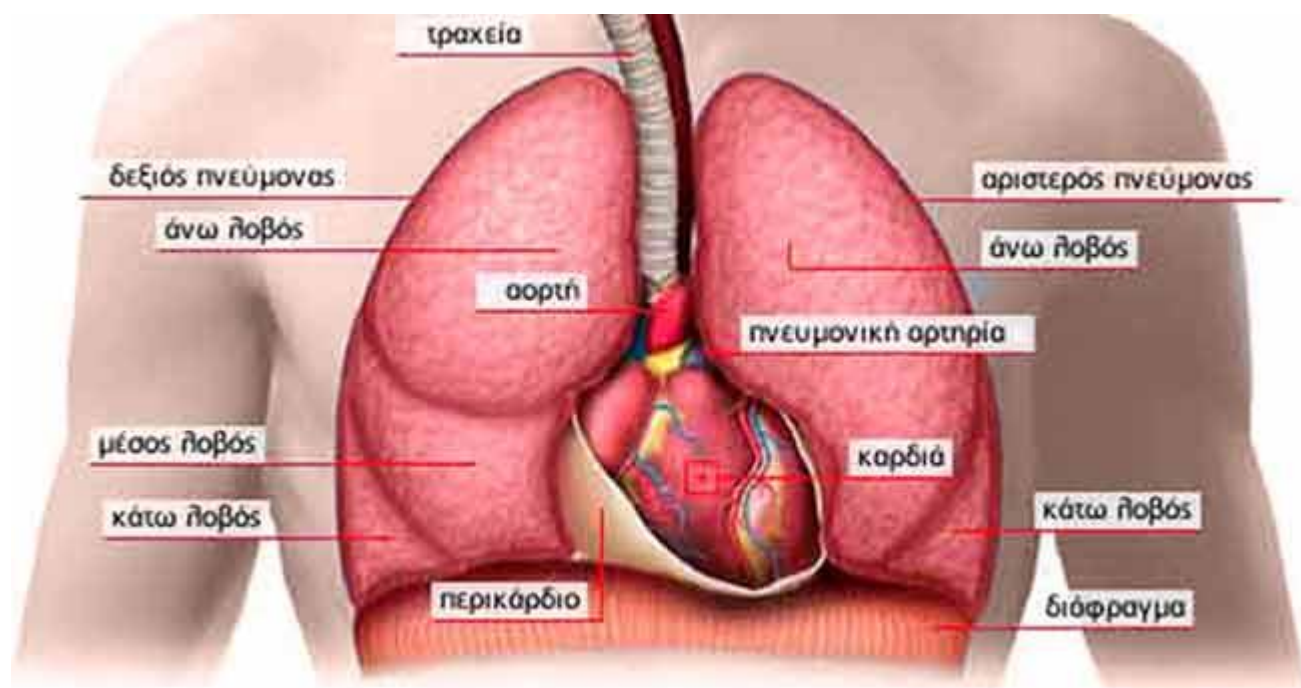
Στη συνέχεια, ρίχνοντας το κεφάλι αργά, γέρνει προς τα εμπρός, ενώ βγάζει τον αέρα από το στόμα με σουρωμένα χείλη, για να δημιουργήσει θετική πίεση πάνω από τους κλειστούς αεραγωγούς και να τους ανοίξει.

Κατόπιν σε θέση καθιστή, εισπνέει αργά. Με τον τρόπο αυτό αυξάνει τον αερισμό των βάσεων των πνευμόνων. Η γρήγορη ασθμαίνουσα αναπνοή δεν αερίζει τις περιοχές του πνεύμονα που οι αεραγωγοί τους είναι γεμάτοι με βλέννα, αλλά κατευθύνεται στον άνω θώρακα και στις περιοχές μικρής αντίστασης του κατώτερου θώρακα.

Για την εξώθηση των βλεννωδών μαζών έξω από τους αεραγωγούς, είναι απαραίτητο να υπάρχει πίσω από αυτούς στήλη αέρα.

Μετά τρεις ή τέσσερις επαναλήψεις αυτής της διαδικασίας ο άρρωστος, μπορεί να αισθάνεται τις βλέννες που έχουν κινητοποιηθεί από τους απομακρυσμένους κλάδους. Ωστόσο, του λέγεται να κρατήσει το βήχα μέχρις ότου μερικές επιπρόσθετες επαναλήψεις θα ανεβάσουν περισσότερες εκκρίσεις στους μεγάλους βρόγχους. Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος να βήξει, πρέπει πρώτα να πάρει μια άνετη βαθιά κοιλιακή αναπνοή (να αισθανθεί τους κοιλιακούς μυς να σπρώχνουν το μαξιλάρι προς τα έξω) και τότε σκύβει προς τα εμπρός για να παραγάγει ένα μαλακό, σταδιακό και διακεκομμένο βήχα, δημιουργώντας μια εκπνευστική δύναμη ικανή να διατηρήσει τη μέγιστη δυνατή εκπνευστική ροή χωρίς να συμπέσουν οι αεραγωγοί. (Σαχίνη και συν. 2004).

3.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (Σ.Α.Δ.Ε)



Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων αποτελεί μια συνεχώς αυξανόμενη σε συχνότητα μορφή αναπνευστικής ανεπάρκειας που εμφανίζεται σε ένα υψηλό ποσοστό νοσοκομειακών ασθενών.

Κλινικές καταστάσεις που σχετίζονται με την εμφάνιση του Σ.Α.Δ.Ε είναι το τραύμα, λοιμώξεις, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, εισρόφηση, πνιγμός, εισπνοή αερίων, shock.

Το κύριο παθοφυσιολογικό γεγονός του συνδρόμου είναι η ύπαρξη οιδήματος που δεν οφείλεται σε αύξηση της υδροστατικής πίεσης ή της διαπερατότητας, αλλά σε βλάβη του κυψελιδο-τριχοειδικού δικτύου. Αυτό είναι διαφορετικό από το πνευμονικό οίδημα που προκαλείται δευτεροπαθώς λόγω αύξησης των φλεβικών πιέσεων των πνευμόνων, περισσότερο τυπικό της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Η θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 50-60% συνήθως λόγω πολυσυστηματικής οργανικής ανεπάρκειας, που οφείλεται σε δευτεροπαθή λοίμωξη και προοδευτική αναπνευστική ανεπάρκεια. Μερικοί ασθενείς χρειάζονται παρατεταμένη υποστήριξη της αναπνοής με αποτέλεσμα την ανάπτυξη χρόνιας νόσου των πνευμόνων. Από την παρακολούθηση των επιζώντων όμως φαίνεται ότι παραμένουν λίγες επιπλοκές.

Κλινική εικόνα

Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας τύπου ενήλικος, χαρακτηρίζεται από ταχύπνοια, κυάνωση και εισολκές, λόγω οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας 6-48 ώρες μετά από μια αιφνίδια και εκτεταμένη ιστική βλάβη. Αν και ο ρυθμός εξέλιξης και η βαρύτητα της νόσου ποικίλουν, οι πρώιμες ακτινογραφίες θώρακα συχνά εμφανίζονται φυσιολογικές. Παρ' όλα αυτά όμως, η διαδοχική λήψη ακτινογραφιών θα αποκαλύψει την ύπαρξη περιοχών κυψελιδικών διηθήσεων, αεροβρογχογραμμάτων και απώλειας του πνευμονικού όγκου. Η ελάττωση των αναπνευστικών ήχων και η ύπαρξη υγρών ρόγχων, αποτελεί το χαρακτηριστικό εύρημα της ακρόασης των πνευμόνων. Αν και αρχικά η υποξαιμία απαντά στη συμπληρωματική χορήγηση του οξυγόνου, συχνά ανθίσταται στη θεραπευτική αγωγή λόγω βαριάς διαταραχής της αιμάτωσης, που απαιτεί μηχανικό αερισμό με υψηλή μέση τιμή πιέσεων. Φυσιολογικά η διατασιμότητα των πνευμόνων είναι μικρή και η πίεση της πνευμονικής αρτηρίας είναι φυσιολογική.

Νοσηλευτική φροντίδα

1. συχνή μέτρηση των αερίων του αρτηριακού αίματος από τον ενδοτραχειακό καθετήρα και συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.

2. εκτίμηση της οξυγόνωσης με την βοήθεια παλμικού οξύμετρου.
3. εκτίμηση της ενυδάτωσης του ασθενούς με την τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα Foley.
4. χορήγηση παραγωγών αίματος, υγρών, φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
5. προσδιορισμός καρδιακής παροχής, μέτρηση πιέσεων πνευμονικής αρτηρίας, μερική τάση και τον κορεσμό του οξυγόνου του φλεβικού αίματος.
6. μηχανική υποστήριξη της αναπνοής με αναπνευστήρα όγκου στους οποίους εφαρμόζεται μέση αναπνευστική πίεση και ανώτερη τελοεκπνευστική πίεση υψηλού επιπέδου για την διόρθωση της υποξαιμίας. (Μπαμπαγινέ 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



1. Βακτηριακές λοιμώξεις

Τα βακτηρίδια μπορεί να μπουν στο νευρικό σύστημα με άμεση διείσδυση από μια φλεγμονώδη εστία των οστών του κρανίου ή των σπονδύλων, όπως στους αρρώστους με διαπύηση στο μέσο ους ή στους παραρρίνιους κόλπους ή οστεομυελίτιδα ενός σπονδύλου. Η εξάπλωση αυτή μπορεί να διευκολυνθεί από κακώσεις που δημιουργούν διαμπερές τραύμα ή από κάταγμα του κρανιακού θόλου με ρήξη της προσκολλημένης σκληρής μήνιγγας. Εναλλακτικοί δρόμοι είναι το αρτηριακό σύστημα ή οι άφθονες αναστομώσεις των σπονδυλικών φλεβών, από όπου η λοίμωξη μπορεί να εξαπλωθεί άμεσα από το θώρακα και την κοιλιακή χώρα στην κρανιακή κοιλότητα.

α. Μηνιγγίτιδα

Οι περισσότερες περιπτώσεις οφείλονται σε πυογόνο λοίμωξη ή φυματίωση. Τραυματική ή άσηπτη μηνιγγίτιδα μπορεί να προέλθει από ενδοκρανιακή αιμορραγία.

- Πυώδης μηνιγγίτιδα: οφείλεται στα εξής είδη βακτηριδίων Χρυσίζων σταφυλόκοκκος και στρεπτόκοκκους της ομάδας Α. Για τη νεογνική μηνιγγίτιδα η Escherichia Coli και οι στρεπτόκοκκοι της ομάδας Β. **Τα συμπτώματα** είναι πυρετός, διαταραχές ομιλίας και κινητικότητας, αργός σφυγμός, δυσκολία στην κάμψη του κεφαλιού προς τα εμπρός. **Η διάγνωση** γίνεται μέσω της εργαστηριακής εξέτασης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού ΕΝΥ που εμφανίζεται θολό και με ακτινογραφία εγκεφάλου. **Θεραπεία**: Χορηγείται αμπικιλίνη ενδοφλεβίως και επανεξετάζεται το ΕΝΥ.
- Φυματιώδης μηνιγγίτιδα : είναι μια χρόνια λοιμώδης νόσος που προκαλείται από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. **Τα συμπτώματα** είναι ανορεξία, κακουχία, έμετοι, πυρετός που σταδιακά αυξάνεται και δυνατός πονοκέφαλος. **Η διάγνωση** γίνεται πάλι μέσω της εξέτασης του ΕΝΥ, μόνο που είναι διαυγές, το λεύκωμα είναι αυξημένο και το σάκχαρο ελαττωμένο, ενώ παρατηρούνται λεμφοκύτταρα κατά μέτριο βαθμό αυξημένα. **Θεραπεία**: Χορηγείται ισονιαζίδη, εθαμβουτόλη και στρεπτομυκίνη για 3 μήνες και μειώνεται προοδευτικά.

β. Εγκεφαλικό απόστημα

Πρόκειται για πυώδη συλλογή στο εγκεφαλικό παρέγχυμα και οφείλεται σε στρεπτόκοκκο ή σταφυλόκοκκο, Gram αρνητικά βακτηρίδια ή σε αναερόβια. Χωρίζεται σε α) μετατραυματικό απόστημα αν οφείλεται μετά από ένα κάταγμα του κρανίου. β) ύστερα από φλεγμονή ωτορινολαρυγγικού προβλήματος π.χ. μέση πυώδη ωτίτιδα που οδηγεί σε απόστημα κροταφικού λοβού και γ) μεταστατικό απόστημα που οφείλεται σε μια πνευμονική εστία, βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα.

Τα συμπτώματα είναι: κεφαλαλγία, μεταβολές του επιπέδου συνείδησης, μικρή πυρετική κίνηση.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται είναι: Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), σπινθηρογράφημα, τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία.

Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση κεφαλοσπορίνης τρίτης γενιάς, την ολική εξαίρεση του αποστήματος και τη χειρουργική θεραπεία της παρακείμενης φλεγμονής αιτίας του αποστήματος π.χ. μαστοειδίτιδα που δρα ως μόνιμη πηγή της εγκεφαλικής λοίμωξης.

2. Ιογενείς λοιμώξεις

Οι ιοί προσβάλλουν το Νευρικό Σύστημα (Ν.Σ) δευτερογενώς ως επιπλοκή μιας ήπιας ή και υποκλινικής συστηματικής ιογενούς λοίμωξης. Το κριτήριο που χαρακτηρίζει μια τέτοια λοίμωξη επείγουσα είναι ο χρόνος εγκατάστασής της.

α. Οξεία ιογενής εγκεφαλίτιδα. Ο όρος εγκεφαλίτιδα αποδίδει την προσβολή του εγκεφαλικού παρεγχύματος από τον λοιμώδη παράγοντα και η κλινική εικόνα που προκύπτει αντανακλά ακριβώς αυτή την προσβολή. Παρατηρούνται δυο μορφές της νόσου η επιδημική και η σποραδική. Η επιδημική αφορά τις χώρες της Β. Αμερικής που προκαλείται από δήγματα εντόμων, όσον αφορά τη σποραδική μορφή της ο ιός του απλού έρπη και ο ιός της λύσσας αφορούν τις ανεπτυγμένες χώρες. **Συμπτώματα:** διαταραχή της συνείδησης, κεφαλαλγία, πυρετός, ενδέχεται να συνυπάρχουν αυχενική δυσκαμψία, διαταραχές κινητικότητας (ημιπληγία, τετραπληγία) ή αφασικές διαταραχές (δυσχέρεια στην κατανόηση του προφορικού λόγου. **Διάγνωση:** Στην εργαστηριακή εξέταση του ΕΝΥ διαπιστώνεται ο συνδυασμός: αύξηση

του αριθμού των λευκοκυττάρων, φυσιολογικό ή μόλις αυξημένο λεύκωμα και φυσιολογικό σάκχαρο. Το ΗΕΓ εμφανίζεται διάχυτα βραδύ και ανώμαλο και γίνεται αξονική και μαγνητική τομογραφία.

β. Οξεία ιογενής μηνιγγίτιδα. Η οξεία μηνιγγίτιδα κατά την οποία προεξάρχει η προσβολή των μηνίγγων και απουσιάζει ή ελάχιστα συμμετέχει το παρέγχυμα, είναι η συχνότερη μορφή ιογενούς λοιμώξεως του Κ.Ν.Σ. **Συμπτώματα:** κεφαλαλγία ινιακής και μετωπιαίας εντοπίσεως και πυρετός. Συνυπάρχει δυσκαμψία αυχένα, εμέτοι, κακουχία και ναυτία. **Διάγνωση:** Στην εξέταση του ΕΝΥ βρίσκεται μεγάλη αύξηση του αριθμού των λεμφοκυττάρων. Ήπια αύξηση του λευκώματος και φυσιολογικό σάκχαρο.

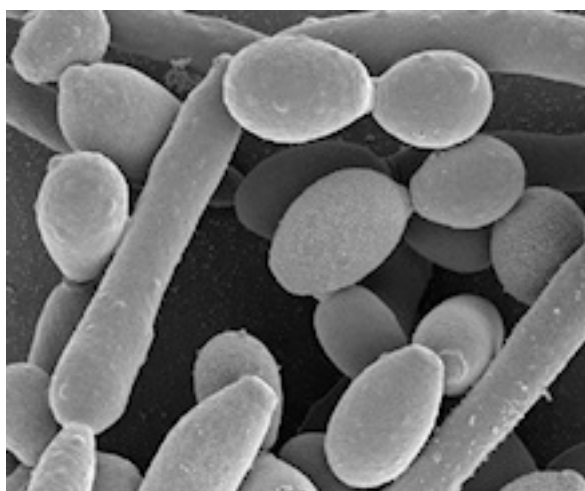
γ. Οξεία μυελίτιδα. Χαρακτηρίζεται από μυϊκή αδυναμία και υπαισθησία που αφορά τα μέρη του σώματος που βρίσκονται κάτω από τη φλεγμονή. **Συμπτώματα:** Συνήθως εκδηλώνεται ως παραπάρεση ή τετραπάρεση και τα συμπτώματα ποικίλουν από την ήπια πάρεση μέχρι την πλήρη παράλυση. Συνυπάρχει πόνος που εντοπίζεται στην ράχη. **Διάγνωση:** Όπως και στη μηνιγγίτιδα, έτσι και στην μυελίτιδα υπάρχει αύξηση του επιπέδου λευκώματος, αύξηση κυττάρων. Για την απόκλιση άλλων ασθενειών χρησιμοποιείται και η μαγνητική τομογραφία νωτιαίου μυελού. (Μπαγιωνέτα 1997)

4.2 ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Η επίπτωση των μυκητιασικών λοιμώξεων στους ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αυξήθηκε δραματικά τις δύο τελευταίες δεκαετίες λόγω της ευρείας χρήσης των νέων επεμβατικών τεχνικών παρακολούθησης (monitoring)/ανάληψης και του αυξημένου

αριθμού ανοσοκατασταλαμένων ασθενών (κακοήθεις νόσοι, μεταμοσχεύσεις, AIDS, χημειοθεραπεία) που χρήζουν εντατικής θεραπείας και νοσηλείας. (Καραμπίνης και συν. 2002) Οι μύκητες που προσβάλλουν συχνότερα το ΚΝΣ είναι: α. η κάντιντα, β. ο κρυπτόκοκκος και γ. ο ασπέργιλλος. (Μπαγιωνέτα 1997)

A. Κάντιντα



Τα είδη *Candida* αποτελούν τμήμα της χλωρίδας του γαστρεντερικού συστήματος και του ρινοφάρυγγα στα υγιή άτομα. Η παθογένεση των λοιμώξεων αρχίζει κυρίως από τις επιθηλιακές επιφάνειες με τη διαδικασία της προσκόλλησης (adherence) στα επιθηλιακά κύτταρα και της διείσδυσης (invasion) των μυκήτων στην κυκλοφορία του αίματος με αποτέλεσμα την έναρξη φλεγμονώδους διεργασίας. Οι διαδικασίες αυτές ευνοούνται από την καταστολή και τις μεταβολές στην άμυνα του οργανισμού. Η βαρύτητα της υποκείμενης νόσου, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι βαριές κακώσεις, τα σοβαρά εγκαύματα, η ευρεία χρήση των αντιβιοτικών, η κακή θρέψη, η παρατεταμένη υπόταση, η ισχαιμία, οι βλάβες από επανάρδευση, η θεραπεία με κορτικοειδή, η χημειοθεραπεία και η ιατρογενής καταστολή ευνοούν την ανάπτυξη των ειδών *Candida*,

την προσκόλληση αυτών στα επιθηλιακά κύτταρα και τη διείσδυση στην κυκλοφορία του αίματος.

Οι λοιμώξεις από είδη *Candida* είναι κυρίως ενδογενούς προέλευσης και ακολουθούν συνήθως προηγούμενο αποικισμό όπως έχει αποδειχθεί με τις μοριακές τεχνικές ταυτοποίησης και διάγνωσης οι οποίες ανίχνευσαν και ταυτοποίησαν στον ίδιο ασθενή το ίδιο στέλεχος μύκητα που προηγούμενα είχε προκαλέσει αποικισμό και εν συνεχεία λοίμωξη¹⁵. Παρόλα αυτά αναφέρεται από ορισμένες μελέτες ότι είναι πιθανή και η οριζόντια μετάδοση των λοιμώξεων από τα χέρια του προσωπικού που εμπλέκεται στη θεραπεία και νοσηλεία των ασθενών της ΜΕΘ. (Καραμπίνης και συν. 2002)

Στη **διάγνωση** της νόσου οδηγεί η επισήμανση του συνδυασμού μηνιγγοεγκεφαλικών συμπτωμάτων και η παρουσία εξωτερικής εντοπίσεως της καντιντιάσεως. Οι καλλιέργειες του ΕΝΥ είναι συνήθως αρνητικές, παρατηρούνται επιληπτικές κρίσεις ή και κλινική εικόνα υδροκεφάλου.

Η **θεραπεία** περιλαμβάνει τη χορήγηση ενδοφλεβίως αμφοτερικίνης Β, φθορουκυτοκίνης ή φθοριοκοναζόλης από του στόματος.

B. Κρυπτόκοκκος

Η κοκκιομυκητίαση είναι ενδημική νόσος των δυτικών περιοχών της Β. Αμερικής. Η μετάδοσή της γίνεται με την εισπνοή μολυσμένου αέρα. Συνήθως προσβάλλει τους πνεύμονες, αλλά είναι δυνατόν να προσβάλλει και το ΚΝΣ και να προκαλέσει υποξεία μηνιγγίτιδα. Ο κοκκιοειδής μύκητας απομονώνεται στο ΕΝΥ. Παρά την εντατική και μακρά θεραπεία που περιλαμβάνει πλην της ενδοφλεβίου χορηγήσεως αμφοτερικίνης Β και την χρόνια ενδοκοιλιακή έγχυση του φαρμάκου δια

μέσο καθετήρος εντός της πλάγιας κοιλίας μόνο το ήμισυ των ασθενών επιβιώνει. (Μπαγιωνέτα 1997)

Γ. Ασπεργίλλος



Τα είδη *Aspergillus* προσβάλλουν κυρίως τους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγων για την εμφάνιση λοιμώξεων από είδη *Aspergillus* είναι η ουδετεροπενία (<1000 πολυμορφοπύρηνα λευκοκύτταρα/mm³) και ο κίνδυνος είναι ευθέως ανάλογος με τη διάρκεια αυτής. Η ασπεργίλλωση μεταδίδεται εξωγενώς από την εισπνοή των σπορίων του *Aspergillus* τα οποία ευδοκιμούν στο χώμα, σε υγρό περιβάλλον και σε χαλασμένα λαχανικά. Οι κυριότερες αμυντικές λειτουργίες του οργανισμού απέναντι στα είδη *Aspergillus* είναι τα πολυμορφοπύρηνα λευκοκύτταρα (PMNs) τα οποία καταστρέφουν τα κονίδια του μύκητα. Η χρήση των κορτικοειδών, η χημειοθεραπεία και η ουδετεροπενία αναστέλλουν την κινητοποίηση των PMNs γύρω από τα κονίδια του μύκητα με αποτέλεσμα να μη καταστρέφονται οι μυκηλιακές υφές που σχηματίζονται. Η κλινική εμφάνιση των λοιμώξεων από είδη *Aspergillus* είναι κυρίως από το αναπνευστικό σύστημα με εκδηλώσεις πνευμονίας. Η πρωτοπαθής βλάβη προκαλεί τοπική διείσδυση του μύκητα στο πνευμονικό ιστό και

ακόλουθη πιθανή προσβολή άλλων μη-ομολόγων οργάνων. Ο μολυσμένος αέρας στη ΜΕΘ αποτελεί κυρία πηγή μετάδοσης των λοιμώξεων από είδη *Aspergillus* και η έκθεση των ασθενών σχετίζεται με κατασκευαστικά έργα στο χώρο του νοσοκομείου, με μολυσμένα συστήματα και συνδέσεις των αναπνευστήρων, με υγρό περιβάλλον και με την ύπαρξη χαλασμένων φυτών.

Τα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζονται οι λοιμώξεις αυτές περιλαμβάνουν τον επίμονο πυρετό, το θωρακικό άλγος και τα ακτινολογικά ευρήματα (κοιλότητες στα άνω πνευμονικά πεδία). **Η θεραπεία** που ακολουθείται είναι η ίδια με τα δυο προηγούμενα είδη μύκητα. (Καραμπίνης και συν. 2002)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Το άτομο που έχει υποστεί εγκεφαλική βλάβη οφειλόμενη σε λοίμωξη παρουσιάζει ποικίλου βαθμού απώλεια συνείδησης. Η διαταραχή της συνείδησης είναι ο πιο ευαίσθητος δείκτης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας. Διακρίνεται σε θόλωση (ασθενής σε υπνηλία, αφυπνίζεται εύκολα μετά από ερέθισμα), προκώμα (ασθενής σε υπνηλία, δύσκολη και παροδική αφύπνιση μετά από έντονο ερέθισμα) και κώμα.

Τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν είναι:

- **Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού:** Η διατήρηση ανοικτού αεραγωγού αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα σε ασθενή με απώλεια συνείδησης. Απόφραξη των αεραγωγών συμβαίνει λόγω εκκρίσεων και από λαρυγγόσπασμο, πρώτη προτεραιότητα είναι η εισαγωγή ρινοτραχειακού ή στοματοτραχειακού σωλήνα. Σε περιπτώσεις αδύνατης εισαγωγής ενδοτραχειακού σωλήνα, γίνεται τραχειοτομή. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την αναπνευστική κατάσταση του αρρώστου και την αξιολογεί. Η αναρρόφηση των

εκκρίσεων πρέπει να γίνεται συχνά και αλλαγή της θέσης του ασθενούς ανά 2ωρο, προς αποφυγή πνευμονικών επιπλοκών.

- **Συνεχής παρακολούθηση και καταγραφή των Ζωτικών Σημείων:** Η παρακολούθηση των Ζ.Σ., τις αντιδράσεις των κορών και του επιπέδου συνείδησης είναι ουσιώδεις για την αντιμετώπιση των διαταραχών του ΚΝΣ. Τα διαστήματα καταγραφής ποικίλουν από 15 λεπτά μέχρι 2 ώρες. Λόγω αυξημένης πυρετικής κίνησης.
- **Επαρκής θρέψη και ενυδάτωση:** Η χορήγηση υγρών και θερμίδων γίνεται παρεντερικώς. Για τη σίτιση του αρρώστου στη ΜΕΘ πέρα από τη χορήγηση ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως, γίνεται και χορήγηση θρεπτικών συστατικών με τη μορφή ισοζυγισμένης φόρμουλας μέσω ρινογαστρικού σωλήνα ή κεντρικής φλέβας. Απαραίτητη είναι λοιπόν η μέτρηση των προσβαλλόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών ώστε να διατηρηθεί το ισοζύγιο σε αρνητικά επίπεδα. Η μέτρηση γίνεται δυνατή με την τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστεως. Η επαρκής αναπλήρωση υγρών είναι ουσιώδης προς αποφυγή αφυδάτωσης, σπασμών και κώματος.
- **Επαρκής απέκκριση:** Επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα. Από την πλευρά της καλής λειτουργίας του εντέρου χορηγούνται ηπακτικά, για την επαρκή κένωση του λόγω της συνεχούς κατάκλισης και καταστολής.
- **Χορήγηση φαρμάκων:** Σε άτομα που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ γίνεται συνδυασμός σχήματος φαρμακοθεραπείας ανάλογα με την κατάσταση. Σε καταστάσεις οιδήματος και φλεγμονής χορηγούνται κορτικοστεροειδή, όπως και ωσμωτικά διουρητικά (mannitol), διουρητικά και υπέρτονα διαλύματα γλυκόζης σε παρουσία εγκεφαλικού οιδήματος. Χορήγηση αντισπασμωδικών για την

πρόληψη επιληπτικών κρίσεων και χορήγηση βαρβιτουρικών για πρόκληση βαθέως κώματος.

- **Διατήρηση της ευκαμψίας και της λειτουργικότητας των άκρων:** Εκτός από την καθημερινή αναπνευστική γυμναστική εκτελούνται ήπιες παθητικές ασκήσεις άκρων για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων και του μυϊκού τόνου. Ειδικά για τις παλάμες ενισχύεται η συλληπτική δραστηριότητά τους, ενώ στα κάτω άκρα γίνονται ασκήσεις για την πρόληψη της ιπποποδίας.
- **Πυρετική κίνηση:** συχνή μέτρηση και καταγραφή της θερμοκρασίας, χορήγηση αντιπυρετικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων και χορήγηση υγρών για την πρόληψη της αφυδάτωσης. Τα κλινοσκεπάσματα μπορεί να είναι ελαφρά και η θερμοκρασία του δωματίου δροσερή. Επίσης σημαντική είναι η συχνή παρακολούθηση για πιθανή εμφάνιση πυρετικών σπασμών.
- **Έμετοι:** Οι έμετοι είναι συχνό σύμπτωμα, ενώ μετά την εισαγωγή του ρινογαστρικού σωλήνα παύει να εμφανίζεται εφόσον βέβαια γίνεται παροχέτευση των γαστρικών υγρών και πλύσεις,
- **Κεφαλαλγίες:** Είναι σύνηθες σύμπτωμα των λοιμώξεων του νευρικού σύστημα και μάλιστα πριν την κωματώδη κατάσταση, ενώ η φαρμακευτική αγωγή είναι ανακουφιστική
- **Παροχή υγιεινής φροντίδας:** Η λήψη μέτρων καθημερινής φροντίδας για καθαριότητα και διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας του ατόμου που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ. Απαραίτητη λοιπόν η καθημερινή φροντίδα περιέχει συχνή αλλαγή θέσης, λουτρό καθαριότητας, ενστάλαξη τεχνητών δακρύων και τόνωση της κυκλοφορίας του αίματος με συχνό μασάζ και επαλείψεις με

ειδικές λοσιόν του δέρματος για ενυδάτωση. Επιβάλλεται τέλος η καθημερινή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας, αφού χρήζει ιδιαίτερης σημασίας μετά την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα. (Μπαγιωνέτα 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ



ΓΕΝΙΚΑ

Για να ορίσουμε τι είναι δηλητηρίαση από αλκοόλ, αρκεί να πούμε ότι για ένα ενήλικο άτομο 300 – 400 ml καθαρής αλκοόλης (δηλαδή 600 – 800 ml ουίσκι είναι θανατηφόρα αν ληφθούν σε λιγότερο από 1 ώρα.

ΤΥΠΟΙ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ

1. ελαφρά

Συμπτώματα : ζάλη, ελαφρά εξασθένηση της όρασης, ελαφρά μυϊκή αταξία, ελάττωση του χρόνου αντίδρασης.

2. μέτρια

Συμπτώματα : εξασθένηση της οράσεως, σύγχυση, μυϊκή ελάττωση του χρόνου αντίδρασης, αστάθεια λόγου.

3. βαριά

Συμπτώματα : έντονη μυϊκή αταξία, ασαφής ή διπλή όραση, υπνηλία. Πολλές φορές συμβαίνει σοβαρή υπογλυκαιμία, απόκλιση οφθαλμών, εκτεταμένη ακαμψία των άκρων, μονόπλευρο ή αμφοτερόπλευρο σημείο Babinski, σπασμοί, τρόμος και υποθερμία. Σε αυτό το σημείο μπορούν να συμβούν θάνατοι.

4. κώμα

Συμπτώματα : απώλεια των αισθήσεων, επιβράδυνση της αναπνοής, ελάττωση των αντανακλαστικών, απώλεια συνείδησης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κλινική εξέταση

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που θα μας βοηθήσουν στην διάγνωση είναι τα εξής :

- α) διαταραχές από το Κ.Ν.Σ (ληθαργική κατάσταση, κώμα, μύση)
- β) διαταραχές από το γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, τάση προς εμετό και διάρροιες)
- γ) χαρακτηριστική απόπνοια ή χαρακτηριστική οσμή των εμεσμάτων
- δ) διαταραχές της θερμοκρασίας (υποθερμία)

Διαγνωστικές εξετάσεις

Για την επιβεβαίωση της δηλητηρίασης από αλκοόλ πρέπει να γίνεται ποιοτικός και ποσοτικός προσδιορισμός της ουσίας σε τοξικολογικό εργαστήριο. Για τον ποιοτικό έλεγχο υπάρχουν τα ανοσολογικά tests που βασίζονται στην αντίδραση αντιγόνου – αντισώματος και ανιχνεύουν την αλκοόλη στον ορό και στα ούρα, ενώ η ποσοτική ανίχνευση της αλκοόλης γίνεται με την μέθοδο της αεριοχρωματογραφίας. Βεβαίως εκτός από την ανίχνευση της ουσίας που προκάλεσε τη δηλητηρίαση πρέπει να γίνεται και γενικός εργαστηριακός έλεγχος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών

A) αντικειμενικός σκοπός

Ρύθμιση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών

B) νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Τοποθέτηση κεντρικού καθετήρα
- Συχνή μέτρηση και καταγραφή της Κ.Φ.Π για την διαπίστωση τυχόν ελλείμματος στον όγκο των υγρών.
- Τήρηση του ισοζυγίου υγρών με καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών κάθε 1 ώρα, ανά 8ωρο και στο τέλος κάθε 24ωρου νοσηλείας.

- Τοποθέτηση Foley ουροκαθετήρα με άσηπτη τεχνική για την καταγραφή ωριαίας μέτρησης των ούρων.
- Παρακολούθηση του ασθενούς για εμφάνιση συμπτωμάτων υπογκαιμίας.
- Λήψη αίματος για εργαστηριακό προσδιορισμό των τιμών των ηλεκτρολυτών και άμεση διόρθωση των αποκλίσεων με χορήγηση κατάλληλων διαλυμάτων.

Αιμοδυναμικές διαταραχές

A) αντικειμενικός σκοπός

Είναι η πρόωμη αναγνώριση των αιμοδυναμικών διαταραχών

B) νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Συχνή μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης με αιματηρή ή μη μέθοδο.
- Εφαρμογή πλήρους και συνεχούς monitoring της καρδιακής λειτουργίας.
- Συνεχή καταγραφή της θερμοκρασίας του αρρώστου.
- Μέτρηση της Hb και του Ht διότι μας επιτρέπουν αυτές οι μετρήσεις την παρακολούθηση της ιστικής οξυγόνωσης.
- Μέτρηση Κ.Φ.Π.
- Μέτρηση καρδιακής παροχής.

- Μέτρηση της πίεσης του δεξιού κόλπου και της κοιλίας, της πνευμονικής αρτηρίας και της πίεσης ενσφήνωσης με την χρήση του καθετήρα Swan – Ganz.

Αναπνευστικές διαταραχές

Η εισρόφηση είναι ένα από τα κυριότερα αίτια αναπνευστικής ανεπάρκειας, η οποία χρίζει μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής του ασθενούς.

A) αντικειμενικός σκοπός

Είναι η πρόληψη αναπνευστικών διαταραχών.

B) νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ✚ Λήψη, ανάλυση και καταγραφή των αερίων αίματος, τα οποία θα μας βοηθήσουν στον έλεγχο της επάρκειας του αερισμού.
- ✚ Λήψη α/α θώρακος, η οποία μας δίνει πληροφορίες σχετικά με τον ικανοποιητικό αερισμό των πνευμόνων, τη θέση του ενδοτραχειακού σωλήνα και την ύπαρξη ή όχι λοιμώξεων.
- ✚ Μέτρηση της πίεσης του cuff κάθε 8 ώρες για την πρόληψη ισχαιμίας, νέκρωσης της τραχείας και εισροφήσεως.
- ✚ Απομάκρυνση των εκκρίσεων και διατήρηση της βατότητας του ενδοτραχειακού σωλήνα με αναρρόφηση.
- ✚ Εκτέλεση φυσιοθεραπείας και συχνές αλλαγές θέσεως για την αποφυγή λοιμώξεων.

- ✚ Εκτίμηση και καταγραφή του ποσού, της ποιότητας και του χρώματος των βρογχικών εκκρίσεων.
- ✚ Λήψη κατασταλτικών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες σε ασθενείς με ελεγχόμενο αερισμό.
- ✚ Επαγρύπνηση, άμεση παρέμβαση και έλεγχο κάθε φορά που τίθενται οι προειδοποιητές των αναπνευστήρων σε λειτουργία (alarms).
- ✚ Τοποθέτηση ελεγχμένου set διασωλήνωσης και Ambu σε χώρο εύκολα προσβάσιμο για κάθε ασθενή ξεχωριστά.

Λοιμώξεις

A) αντικειμενικός σκοπός

Πρόληψη λοιμώξεων

B) νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ✚ Το πλύσιμο των χεριών επιβάλλεται αφού έχει αποδειχθεί ότι μειώνεται έτσι η μετάδοση των μικροβίων.
- ✚ Αλλάζουμε γάντια από τις πιο μολυσματικές περιοχές στις πιο καθαρές περιοχές ακόμη και αν η περιποίηση αφορά τον ίδιο τον ασθενή.
- ✚ Η καθημερινή ατομική καθαριότητα του ασθενούς και η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας προλαμβάνουν τις λοιμώξεις.
- ✚ Η αλλαγή θέσης και η αναπνευστική φυσιοθεραπεία προλαμβάνουν τις αναπνευστικές λοιμώξεις.

- ✚ Πραγματοποιούμε τις αναρροφήσεις με αποστειρωμένα γάντια.
- ✚ Τηρούμε αυστηρά τους κανόνες ασηψίας – αντισηψίας, απολύμανσης και ιδιαίτερα κατά την τοποθέτηση καθετήρων (ενδοφλέβιας έγχυσης, ουροκαθετήρων, κεντρικών καθετήρων).
- ✚ Αφαιρούμε κάθε καθετήρα σε υποψία λοίμωξης και αναλαμβάνουμε τις ανάλογες καλλιέργειες.
- ✚ Αναγράφουμε σε ειδικό έντυπο την ημερομηνία τοποθέτησης του καθετήρα και φροντίζουμε την αλλαγή του στο καθορισμένο χρονικό διάστημα.
- ✚ Ελέγχουμε καθημερινά το σημείο εισαγωγής κάθε ενδοφλέβιου καθετήρα για ύπαρξη τυχόν σημείου λοίμωξης.
- ✚ Οι συσκευές ορού πρέπει να αλλάζονται κάθε 48 ώρες για απλή χορήγηση υγρών, ενώ κάθε 24 ώρες για υγρά που περιέχουν λίπος.
- ✚ Τα solu – set πρέπει να αλλάζονται κάθε 48 ώρες και πάντα να αναγράφεται η ημερομηνία τοποθέτησής τους.

Θρέψη

Λόγω των πλύσεων του στομάχου τις πρώτες μέρες είναι δυνατή η χορήγηση εντερικής διατροφής. Γι' αυτό το λόγο αρχίζουμε με παρεντερική διατροφή και συνεχίζουμε όταν είναι δυνατό με εντερική.

A) αντικειμενικός σκοπός

Η σωστή και επαρκής θρέψη του ασθενούς.

B1) Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την παρεντερική διατροφή.

Τοποθέτηση κεντρικού καθετήρα με άσηπτη τεχνική.

- ✚ Προετοιμασία του σάκου της παρεντερικής διατροφής με άσηπτη τεχνική.
- ✚ Χορήγηση της παρεντερικής διατροφής μέσω αντλίας έγχυσης για την εξασφάλιση σταθερού ποσού έγχυσης.
- ✚ Η αλλαγή του σάκου και της συσκευής έγχυσης γίνεται κάθε 24 ώρες για την αποφυγή του κινδύνου ανάπτυξης μικροοργανισμών.
- ✚ Παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα για τυχόν εμφάνιση υπέρ ή υπογλυκαιμίας.
- ✚ Συχνός αιματολογικός έλεγχος του ασθενούς για την διαπίστωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών και ηπατικής δυσλειτουργίας.
- ✚ Παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων (ρίγος, κεφαλαλγία, ζάλη) οι οποίες υποχωρούν όταν μειωθεί ο ρυθμός χορήγησης της παρεντερικής σίτισης.

B2) νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την διεντερική σίτιση.

- ✚ Η επιβεβαίωση της θέσης του ρινογαστρικού καθετήρα πρέπει να γίνεται σε κάθε σίτιση με την εισαγωγή αέρα μέσω του καθετήρα και ακρόασης με το στηθοσκόπιο ή με αναρρόφηση γαστρικού περιεχομένου.

- ✚ Λαμβάνουμε συχνά ηλεκτρολύτες με σκοπό την ανεύρεση παθολογικών τιμών και την αποκατάστασή τους.
- ✚ Χορήγηση της εντερικής διατροφής μέσω αντλίας έγχυσης για την εξασφάλιση σταθερού ποσού έγχυσης και την αποφυγή διάρροιας που οφείλεται σε ταχύ ρυθμό έγχυσης.
- ✚ Το υλικό που εισάγουμε στον ασκό πρέπει να παραμένει πάνω από 8 ώρες, ενώ όλο το σύστημα πρέπει να αλλάζει κάθε 24 ώρες.
- ✚ Για την διαπίστωση εισρόφησης λαμβάνεται δείγμα τραχειοβρογχικών εκκρίσεων στο οποίο ανιχνεύεται η ύπαρξη σακχάρου.
- ✚ Ο νοσηλευτής οφείλει πριν την αποσωλήνωση ή την αλλαγή κλινοσκεπασμάτων να ανοίγει τον ρινογαστρικό καθετήρα για να παροχετευτεί το περιεχόμενο του στομάχου και έτσι να μειωθεί ο κίνδυνος εισρόφησης.
- ✚ Ο νοσηλευτής πριν από κάθε σίτιση διενεργεί τον έλεγχο υπολείμματος κατά τον οποίο μετρά και καταγράφει την ποιότητα και την ποσότητα του γαστρικού περιεχομένου.
- ✚ Ο νοσηλευτής ξεπλένει μετά από κάθε σίτιση τον καθετήρα με νερό και ανθρακούχα διαλύματα ώστε να προλάβει την δημιουργία πηγμάτων ή και να λύσει αυτά όταν αποφράσουν τον καθετήρα.
- ✚ Διενεργείται έλεγχος σακχάρου κάθε 4 – 6 ώρες για την πρόληψη υπο-, υπεργλυκαιμίας.

Κατακλίσεις

A) αντικειμενικός σκοπός

Είναι η πρόληψη αυτού του σοβαρού προβλήματος

B) νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ✚ Αλλαγή της θέσης του ασθενούς κάθε 2 ώρες.
- ✚ Διατήρηση της καλής υγιεινής του δέρματος.
- ✚ Χρησιμοποίηση προστατευτικών μέσων όπως είναι το στρώμα αέρα.
- ✚ Συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πιέζονται για τυχόν εμφάνιση ερυθρότητας και προαγωγή της κυκλοφορίας με massage.
- ✚ Διατήρηση των λευχειμάτων του αρρώστου πάντα στεγνών, καθαρών, χωρίς πτυχές και ξένα σώματα.

Αιμοδιήθηση

Η αιμοδιήθηση είναι μια νεότερη μέθοδος παραλλαγής της αιμοκάθαρσης που χρησιμοποιείται στην θεραπεία της δηλητηρίασης από αιθανόλη. Με την αιμοδιήθηση επιτυγχάνουμε την αποβολή της αλκοόλης από τον οργανισμό.

Οι ενδείξεις για την εφαρμογή της αιμοδιήθησης είναι α) δηλητηρίαση κατά την οποία εμφανίζεται βαριά νευρολογική εικόνα πχ κώμα και β) υψηλής συγκέντρωσης της αιθανόλης στο αίμα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ✚ Πριν την έναρξη της αιμοδιήθησης ο νοσηλευτής λαμβάνει εργαστηριακές εξετάσεις για τον προσδιορισμό της αιθανόλης, της ουρίας, της κρεατινίνης, των ηλεκτρολυτών, του σακχάρου, του χρόνου προθρομβίνης και καταγράφει τα αποτελέσματα.
- ✚ Η τοποθέτηση του καθετήρα διπλού αυλού στον υποκλείδιο, σφαγίτιδα ή μηριαία φλέβα γίνεται από τον γιατρό με την βοήθεια του νοσηλευτή τηρώντας όλα τα μέτρα ασηψίας και αντισηψίας
- ✚ Εφαρμογή πλήρους και συνεχούς monitoring της καρδιακής λειτουργίας για την πρόληψη αναγνώριση αρρυθμιών.
- ✚ Συχνή μέτρηση και καταγραφή της Α.Π. της Κ.Φ.Π. και της πνευμονικής για την πρόληψη επεισοδίου υπότασης.
- ✚ Τήρηση νοσηλευτικού δελτίου για την καταγραφή του ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- ✚ Χορήγηση διαλύματος ηπαρίνης άμεσα με την σύνδεση του φίλτρου στην κυκλοφορία του ασθενούς, για την πρόληψη δημιουργίας θρόμβου και την εξασφάλιση ικανοποιητικής ροής.
- ✚ Αναπλήρωση του όγκου των υγρών που χάνει ο ασθενής με διαλύματα ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες.
- ✚ Προσδιορισμό των ηλεκτρολυτών του αρρώστου σε περίπτωση που εμφανίσει τρόμο και αρρυθμίες (υποκαλιαιμία). (Μπαμπαγινέ 2004)

5.2 ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΦΥΤΟΦΑΡΜΑΚΑ



Συμπτώματα

- § Διαταραχή συνείδησης
- § Διαταραχή οξυγόνωσης ή αερισμού
- § Σημαντικές διαταραχές των ζωτικών σημείων
- § Ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή ανώμαλος καρδιακός ρυθμός

Τα βασικά στάδια της θεραπείας της δηλητηρίασης είναι:

- § Παρακολούθηση και υποστηρικτική αγωγή
- § Ελαχιστοποίηση της απορρόφησης με κάθαρση του γαστρεντερικού σωλήνα
- § Χορήγηση αντίδοτου

- § Τροποποίηση της κατανομής ή του μεταβολισμού με την αιμοδιήθηση
- § Υποβοήθηση της απομάκρυνσης με αύξηση της διούρησης και τροποποίηση του Ph των ούρων.
- § Ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε περιπτώσεις παιδιών και αυτοχειρών.

Η αντιμετώπιση της δηλητηρίασης αρχικά εστιάζεται στην απομάκρυνση του φαρμάκου με πλύσεις στομάχου, χορήγηση ενεργού άνθρακα και κένωση εντέρου με πρόκληση διάρροιας. Χορήγηση οξυγόνου γίνεται μόνο σε πτώση της μερικής πίεσης αυτού στο αρτηριακό αίμα κάτω από 70mmHg. Η υποστηρικτική αγωγή αφορά την αναπνευστική, ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- § Συχνή παρακολούθηση του τραχειοσωλήνα, συχνές αναρροφήσεις για απομάκρυνση των εκκρίσεων.
- § Έλεγχος των πιέσεων του αεροθαλάμου, αλλαγή λευκοπλάστη ακινητοποίησης του σωλήνα για συγκράτηση στη θέση του και πρόληψη εμφάνισης έλκων στα χείλη.
- § Αιμοδυναμικός έλεγχος
- § Χορήγηση αντιόξινων και αναστολέων των H₂ υποδοχέων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία για να προληφθεί αιμορραγία του γαστρεντερικού.

- § Υποστήριξη της διατροφής με σκευάσματα εντερικής διατροφής και παρεντερικής διατροφής.
- § Έλεγχος της ωριαίας διούρησης, της ωσμωτικότητας και συχνές μετρήσεις ουρίας – κρεατινίνης.
- § Παρακολούθηση της νευρολογικής κατάστασης του ασθενούς για εκτίμηση της επικοινωνίας, την συνεργασία του ασθενούς και τον προσδιορισμό της έναρξης του κώματος.
- § Πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών
 1. προβλήματα στις αεροφόρους οδούς
 2. αρρυθμίες
 3. εισρόφηση
 4. διάτρηση εντέρου
 5. εγκεφαλικό οίδημα
 6. ηλεκτρολυτικές διαταραχές
 7. υπερθερμία ή υποθερμία
 8. αιματέμεση
 9. υπόταση
 - 10.υποαερισμό
 11. υποξυγοναιμία
 12. ειλεό
 13. κάκωση

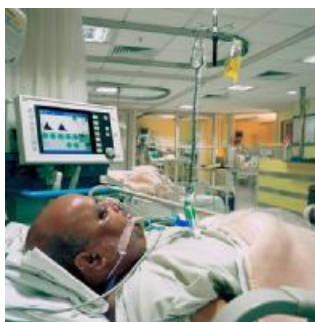
14. πνευμονικό οίδημα

15.σπασμοί

16. Shock (Μπαμπαγινέ 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΚΩΜΑΤΩΔΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ



Απώλεια συνείδησης είναι μια κατάσταση στην οποία υπάρχει καταστολή της εγκεφαλικής λειτουργίας, που κυμαίνεται από λήθαργο ως κώμα. Κώμα είναι η κλινική κατάσταση απώλειας συνείδησης, στην οποία ο άρρωστος δεν έχει αντίληψη του εαυτού του και του περιβάλλοντος.

Οι αιτίες του κώματος μπορεί να είναι νευρολογικές (κρανιοεγκεφαλική κάκωση, εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο), τοξικολογικές (υπέρβαση δόσης φαρμάκου, δηλητηρίαση με αλκοόλ) ή μεταβολικές (ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, διαβητική κετοξέωση, υπογλυκαιμία).

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που βοηθούν στην εξακρίβωση της αιτίας του κώματος περιλαμβάνουν δοκιμασίες για γλυκόζη αίματος, ηλεκτρολύτες, αμμωνία ορού, άζωτο ουρίας, αίματος, οσμωτικότητα, ασβέστιο, χρόνο προθρομβίνης, κετονικά σώματα ορού και αέρια αίματος.

Υπάρχουν δυο κύρια κλινικά προβλήματα, όσον αφορά των κωματώδη άρρωστο:

1. Η νόσος ή το τραύμα που προκάλεσε την απώλεια συνείδησης.

2. Η απειλή από την κωματώδη κατάσταση.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

1. Αποκρίσεις σε εντολές ή επώδυνο ερέθισμα:
 - α. Άνοιγμα οφθαλμών
 - β. Λεκτικές αποκρίσεις
 - γ. Κινητικές αντιδράσεις
2. Αντίδραση της κόρης στο φώς: μέγεθος ομοιομορφία, κίνηση οφθαλμού.
3. Αντανακλαστικά κατάποσης.
4. Πρότυπα αναπνοής.
5. Δυσκαμψία αυχένα.
6. Κεφάλι (για τραύμα), στόμα, μύτη, αυτιά για αίμα και ENY.
7. Καρδιά, πνεύμονες, κοιλιά.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Ελλιπής οξυγόνωση ιστών
2. Ανισοζύγιο υγρών-ηλεκτρολυτών
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο
4. Μείωση ασφάλειας.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

Εγκατάσταση και διατήρηση επαρκούς αεραγωγού

1. Τοποθέτηση αρρώστου σε τριών τετάρτων πρηνή ή ημιπρηνή θέση, με το πρόσωπο ελεύθερο από αποφράξεις. Η θέση αυτή

εμποδίζει τη γλώσσα να αποφράξει τον αεραγωγό και προάγει την ανταλλαγή οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα.

2. Εισαγωγή στοματικού αεραγωγού. Μέτρο για συγκράτηση παράλυτης γλώσσας.
3. Ετοιμασία για ενδοτραχειακή διασωλήνωση, αν το επιτρέπει η κατάσταση του αρρώστου.
4. Διατήρηση αεραγωγού ελεύθερου από εκκρίσεις με αποτελεσματική αναρρόφηση. Εξαιτίας απουσίας αντανακλαστικών του βήχα.
5. Μπορεί να είναι απαραίτητη η τραχειοστομία, αν υπάρχουν σημεία ανεπαρκούς αναπνευστικής ανταλλαγής ή αν προβλέπεται ότι ο άρρωστος θα χρειαστεί μηχανικό αερισμό.

Εκτίμηση επιπέδου αντίδρασης.

Συνεχής εκτίμηση του αρρώστου με χρησιμοποίηση της Κλίμακας Κώματος της Γλασκώβης. Η κατάσταση του μπορεί να επιδεινωθεί από διάφορες κλινικές αιτίες. (Σαχίνη και συν. 2004).

Η κλίμακα Γλασκώβης είναι από το 3 μέχρι το 15 όπου χαρακτηρίζει τον πλήρους συνείδησης άρρωστο. Έτσι 4 βαθμοί χαρακτηρίζουν το αυτόματο άνοιγμα των οφθαλμών. 2: απάντηση σε πόνο, ομιλία χωρίς συνέπεια 3: απάντηση σε ομιλία, συνομιλία αδύναμη 1: καμιά απάντηση – αντίδραση 6: κινητικά αντανακλαστικά με αντοχή 5: απάντηση σε κάθε ερέθισμα Η χρήση αυτής της κλίμακας μας βοηθάει πολύ περισσότερο από το να χρησιμοποιούμε τους όρους «συγχυτικός» ή «ληθαργικός» άρρωστος. (www.doctorfall.gr).

Αξιολόγηση των Ζωτικών Σημείων(Z.Σ.).

1. Αναφορά των Ζ.Σ, αν υπάρχει σημαντική απόκλιση της αρτηριακής πίεσης από τις βασικές τιμές ή αστάθεια σφυγμού και αναπνευστικού κύκλου.
2. Λήψη αρτηριακής πίεσης (Α.Π), σφυγμού, αναπνοής και θερμοκρασίας σε τακτά χρονικά διαστήματα, μέχρι να σταθεροποιηθούν.

Διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικού και θρεπτικού ισοζυγίου.

1. Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.
2. Έναρξη ρινογαστρικής σίτισης για βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης του αρρώστου.
 - α. Αναρρόφηση του στομάχου πριν την έναρξη κάθε σίτισης. Μπορεί να είναι απαραίτητη η επανεισαγωγή του υγρού του στομάχου, αν αυτό είναι πάνω από 50 ml, για την πρόληψη απώλειας ηλεκτρολυτών και υγρού και επειδή μπορεί να αναπτύξει ο ασθενής ειλεό.
 - β. Το μίγμα πρέπει να αυξάνεται βαθμιαία μέχρι σε κάθε σίτιση να χορηγούνται 400- 500 ml.
 - γ. Χορήγηση 2.000- 2.500 ml με βάση την κατάσταση του αρρώστου.
 - δ. Αρρωστοί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση πρέπει να παίρνουν μόνο 1.500 ml. Επίσης χρειάζονται δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνη λόγω αύξησης του κυτταρικού μεταβολισμού τους.

Παροχή νοσηλευτικής υποστήριξης.

1. Η ανησυχία είναι συχνή στον κωματώδη άρρωστο και μπορεί να οφείλεται σε ανοξία εγκεφάλου, κάκωση εγκεφάλου, μερικά αποφραγμένο αεραγωγό ή διατεταμένη ουροδόχο κύστη.
 - α. Έχετε επαρκή φωτισμό στο δωμάτιο για την πρόληψη τυχόν ψευδαισθήσεων καθώς ο άρρωστος ανακτά τη συνείδησή του.
 - β. Καλύψτε με μαξιλάρι τους προφυλακτήρες προς αποφυγή κάκωσης του αρρώστου.
 - γ. Αποφεύγετε την καταστολή του αρρώστου αν είναι δυνατόν και τον περιορισμό.
 - δ. Αγγίζετε τον άρρωστο όσο πιο απαλά γίνεται.
 - ε. Μιλάτε ήρεμα, αποκαλώντας τον με το όνομά του.
2. Διατήρηση καθαρού, ξηρού και ελεύθερου από πίεση του δέρματος. Επειδή είναι επιρρεπείς σε ανάπτυξη κατακλίσεων.
3. Κοπή των νυχιών του αρρώστου για την πρόληψη εκδορών του δέρματος.
4. Εκτέλεση ασκήσεων των άκρων, επειδή στον άρρωστο συμβαίνουν πρώιμα παραμορφώσεις, λόγω συσπάσεων.
5. Γύρισμα του αρρώστου από πλάι σε πλάι. Βοηθά στην πρόληψη κατακλίσεων και στη διατήρηση καθαρών πνευμόνων, με κινητοποίηση των εκκρίσεων.
6. Παρακολούθηση του αρρώστου για ένδειξη υπερδιατεταμένης ουροδόχου κύστης.
 - α. Χρησιμοποιείται εξωτερικό χαρακτήρα με προφυλακτικό κάλυμμα για άνδρες αρρώστους. Λόγω κινδύνου ουρολοίμωξης καλό είναι να αποφεύγεται ο μόνιμος καθετήρας.
 - β. Αποστολή σε τακτά χρονικά διαστήματα, δειγμάτων ούρων για καλλιέργεια.

7. Προστασία οφθαλμών από ερεθισμούς. (Αφαίρεση φακών επαφής, πλύσιμο των ματιών με αποστειρωμένο διάλυμα μετά από ιατρικές οδηγίες.)

8. Προστασία του αρρώστου κατά τη διάρκεια κρίσεων σπασμών. Άρρωστοι με κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι δυνητικοί υποψήφιοι για κρίσεις σπασμών.

α. Προστασία του αρρώστου κατά τη διάρκεια των σπασμών.

β. Παρακολούθηση του αρρώστου και καταγραφή των παρατηρήσεων μας κατά τη διάρκεια της κρίσης.

γ. Αφαίρεση τεχνητών οδοντοστοιχιών. Φροντίζετε τακτικά το στόμα του ασθενή.

δ. Χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία.

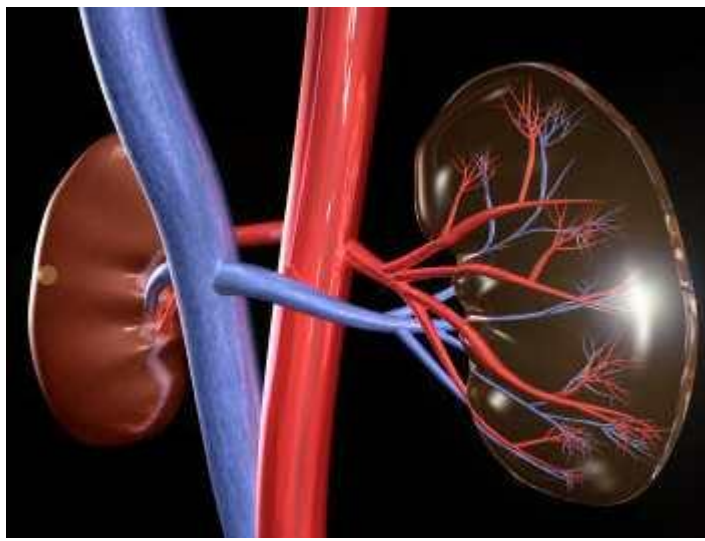
9. Προαγωγή αισθητηριακής διέγερσης.

α. Εξασφάλιση περιβαλλοντικής διέγερσης και κοινωνικής επαφής:

- Απευθύνετε συζήτηση στον ασθενή. Ενθάρρυνση οικογένειας του ασθενή να του μιλάει.
- Διεγείρετε τον ασθενή. Αγγίζετέ τον, διεγείρετε τις αισθήσεις του.

β. Εξηγήστε στον άρρωστο τι συνέβη κατά τη διάρκεια του κόματος. Επιτρέψτε του να ρωτήσει και να μιλήσει για την εμπειρία του. Αυτό θα τον βοηθήσει στην αντιμετώπιση του άγχους, στην κινητοποίηση της ψυχολογικής άμυνας και στην ψυχολογική του ανάρρωση. (Σαχίνη και συν. 2004)

6.2 ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΗ ΜΕΘ



ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (Ο.Ν.Α)

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Ο.Ν.Α.) είναι η με απότομο τρόπο και μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα αναστολή της νεφρικής λειτουργίας. Αυτή διακρίνεται σε τρεις μεγάλες ομάδες, οι οποίες διαφέρουν μεταξύ τους, τόσο κατά την αιτιολογία, όσο και κατά τη θεραπευτική αγωγή.

1. Οξεία προνεφρική ανεπάρκεια ή λειτουργική ανεπάρκεια

Μείωση του κατά λεπτό όγκου αίματος με ή χωρίς οξεία περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια εξαιτίας:

- Απώλεια αίματος και πλάσματος
- Απώλεια ύδατος και ηλεκτρολυτών και άλλα.

2. Οξεία μετανεφρική ανεπάρκεια

Οφείλεται σε:

- Απόφραξη των αθροιστικών σωληναρίων
- Απόφραξη κατώτερης αποχετευτικής οδού (ουρητήρες) και άλλα.

3. Οξεία ενδονεφρική ανεπάρκεια

Οφείλεται σε:

- Αμφοτερόπλευρη απόφραξη των μεγάλων νεφρικών αγγείων.
- Βλάβη των ενδονεφρικών αρτηριών και των σπειραμάτων και άλλα.

Η έννοια της Ο.Ν.Α. είναι στενά συνυφασμένη με την ανουρία ή ολιγουρία καθώς και με την έννοια της ουραιμίας και μάλιστα στην οξεία της μορφή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι η οξεία προνεφρική λειτουργία χαρακτηρίζεται από το ότι τα αίτια που την προκαλούν βρίσκονται μπροστά από τους νεφρούς και επομένως, δεν προϋποθέτει αναγκαστική νεφρική βλάβη. Όταν το αίτιο αντιμετωπιστεί, τότε η νεφρική λειτουργία επανέρχεται πλήρως π.χ. ανάταξη καταπληξίας, αντιμετώπιση αιμορραγίας, διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών κ.α.

Η οξεία μετανεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από πλήρη ανουρία εξαιτίας οξείας αναπτυσσόμενης αποφράξεως της αποχετευτικής μοίρας του ουροποιητικού συστήματος, ενώ στην προνεφρική και ενδονεφρική μορφή παρατηρείται ολιγουρία και σπάνια ανουρία. Επομένως, η αποκατάσταση της διουρήσεως στην οξεία μετανεφρική ανουρία επιτυγχάνεται με την απομάκρυνση του αιτίου που την προκαλεί π.χ. αφαίρεση λίθου κλπ.

Η οξεία ενδονεφρική ανεπάρκεια αποτελεί την κυριότερη και συχνότερη μορφή οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και μάλιστα η οξεία σωληναριακή νέκρωση. Χαμηλό ειδικό βάρος των ούρων, ολιγουρία,

αύξηση της ουρίας του αίματος και ατομικό ιστορικό του αρρώστου, που ενισχύει την ύπαρξη νεφροπάθειας, βάζουν τη σφραγίδα της διαγνώσεως με πολλές πιθανότητες. Παρακάτω θα αναλύσουμε τα προβλήματα των αρρώστων αυτών και πώς αντιμετωπίζονται.

1. Περιορισμός δραστηριότητας του αρρώστου. Ενθάρρυνση του αρρώστου να είναι στο κρεβάτι μέχρι να βελτιωθούν η κλινική του εικόνα και τα εργαστηριακά του ευρήματα. Εξήγηση στον άρρωστο της σπουδαιότητας να μείνει στο κρεβάτι για μείωση του μεταβολικού ρυθμού. Η δραστηριότητα μπορεί να αυξηθεί καθώς βελτιώνεται η νεφρική λειτουργία (διουρητική φάση).
2. Διαταραχή νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας. Σχολαστική μέτρηση και εκτίμηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών κυρίως: Στο στάδιο της ανουρίας όπου το ποσό των προσλαμβανόμενων υγρών δεν υπερβαίνει τα 500 κ. εκ. το 24ωρο. Ηλεκτρολύτες δεν χορηγούνται καθόλου, επειδή δεν αποβάλλονται ούρα. Στο ολιγουρικό στάδιο που διαρκεί 12 – 14 ημέρες και συνοδεύεται από πολυουρία όπου το ποσό των ούρων ανέρχεται σε 2.000 – 2.500 κ. εκ. το 24ωρο με χαμηλό ειδικό βάρος (E.B.). Η αύξηση του E.B των ούρων είναι δυνατό κριτήριο της ανατάξεως της συμπτωκωτικής ικανότητας των νεφρών, άρα και της αποκατάστασης της νεφρικής ανεπάρκειας. Μέτρηση ποσού ούρων και συχνότητας ουρήσεων, κυρίως στην ανουρική και ολιγουρική φάση. Ακριβής τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Μέτρηση βάρους κάθε μέρα στον ίδιο ζυγό με τα ίδια ρούχα και την ίδια ώρα. Εξέταση ούρων για E.B. Παρακολούθηση για σημεία υπερκαλιαιμίας, κυρίως στο στάδιο ανουρίας, όπως: βαθιές

οξεωτικές αναπνοές, νευροψυχικές διαταραχές από υπερβολική χορήγηση ή κατακράτηση νερού, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια από υπερβολική χορήγηση νερού και NaCl ή κατακράτηση νερού., ανορεξία, απάθεια, σπασμοί, διαταραχές καρδιακού ρυθμού κλπ. Λήψη μέτρων για αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας που μπορεί να τηρηθούν στο πολυουρικό στάδιο. Τήρηση ιατρικών οδηγιών. Κατάργηση NaCl στο ανουρικό στάδιο, επειδή οι νεφροί δεν αποβάλλουν ούρα. Η χορήγηση NaCl γίνεται σε σπάνιες περιπτώσεις (μεγάλες απώλειες υγρών από ιδρώτα και εμετούς) και είναι θέμα ιατρικό.

3. Διαταραχές στις φυσιολογικές τιμές των Ζ.Σ. Μέτρηση και εκτίμηση των ζωτικών σημείων κάθε 4 ώρες στην οξεία φάση και αργότερα 2-3 φορές το 24ωρο. Μεταβολές στις φυσιολογικές τιμές πιθανόν να προαναγγέλλουν επερχόμενες επιπλοκές.
4. Διαιτητικοί περιορισμοί. Το διαιτολόγιο του αρρώστου να είναι πτωχό σε λεύκωμα, κάλιο, NaCl, στη φάση της ανουρίας και ολιγουρίας. Εμπλουτισμός διαιτολογίου με υδατάνθρακες για πρόληψη κετονικών σωμάτων του καταβολισμού των πρωτεϊνών.
5. Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος. Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης αρρώστου- νοσηλευτή. Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εκφράσει τους φόβους του, τις ανησυχίες του, αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας, ερωτηματικά και απορίες σχετικές με την πορεία της αρρώστιας και γενικά τη συναισθηματική και ψυχική του διέγερση ή ένταση. Φυσική και ψυχολογική ετοιμασία για τις διαγνωστικές εξετάσεις. Εξασφάλιση εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Έμπρακτη έκφραση και εκδήλωση κατανόησης των αναγκών του, έκδηλη αγάπη και προστασία. Προφυλακτικά μέτρα για σπασμούς και σύγχυση (ουραιμικοί σπασμοί, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια). Χρησιμοποίηση προφυλακτών. Μείωση θορύβων στο ελάχιστο και διατήρηση ήρεμης ατμόσφαιρας.

6. Υγιεινή φροντίδα σώματος. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας. Φροντίδα δέρματος και κυρίως σε περιοχές που πιέζεται για πρόληψη κατακλίσεων. Καθημερινό λουτρό καθαριότητας με χλιαρό νερό. Συχνή αλλαγή θέσης του αρρώστου και εντριβές συμβάλλουν πολύ στην αποφυγή δημιουργίας κατακλίσεων, επειδή αυτοί οι ασθενείς είναι επιρρεπείς στο σχηματισμό κακώσεων του δέρματος. Ενθάρρυνση του για ενεργητικές κινήσεις και χρησιμοποίηση παθητικών κινήσεων.
7. Πρόληψη επιπλοκών. Έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων υπερτασικής εγκεφαλοπάθειας (σύγχυση, διέγερση κλπ) Έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων υπερκαλιαιμίας (διαταραχές καρδιακού ρυθμού, καρδιακή ανακοπή, βραδύπνοια, σπασμοί κλπ). Έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων ουραιμίας (απόπνοια σάπιου μήλου, ξηρό δέρμα, αποπροσανατολισμός). Παρακολούθηση για σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (αναπνευστική δυσχέρεια, κυανωτική χροιά δέρματος, κλπ). Παρακολούθηση για σημεία Ο.Ν.Α. ως συνέπεια της ολιγουρίας ή ανουρίας. Εύστοχες παρατηρήσεις και έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού.

Ποτέ να μη λησμονεί το νοσηλευτικό προσωπικό ότι ο νεφρός έχει τεράστια ικανότητα αποκατάστασης λειτουργικής βλάβης του. Αυτό

υπονοεί ότι αντικείμενο της όλης νοσηλευτικής φροντίδας αυτών των ασθενών είναι η άρση των αιτιών της βλάβης και αμέσως μετά η διατήρησή τους σε φυσιολογική κατά το δυνατό κατάσταση, ώστε το νεφρικό κύτταρο να μπορέσει να αναλάβει την αρχική του λειτουργική αποστολή. (Μαλγαρινού και συν. 2005)

6.3 ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ

Τι είναι ο πολυτραυματίας;

Πολυτραυματίας θεωρείται ο ασθενής που έχει υποστεί κάκωση σε περισσότερες από μια σωματικές κοιλότητες (κεφαλή- θώρακας- κοιλιά), ή κάκωση σε μια σωματική κοιλότητα και κάταγμα πυέλου, ή κάκωση σε μια σωματική κοιλότητα και κάταγμα σε δυο μακρά οστά. (Π. Αγγουριδάκης 2009)

6.3.α Κακώσεις κεφαλής

Οι κακώσεις κεφαλής περιλαμβάνουν τραύμα στο τριχωτό, στο κρανίο και στον εγκέφαλο. Είναι από τις πιο συχνές και πιο βαριές νευρολογικές ανωμαλίες και σε μεγάλο ποσοστό οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. Τουλάχιστον οι μισοί από τους αρρώστους με βαριά κάκωση της κεφαλής έχουν και βαριές κακώσεις σε άλλα μέρη του σώματος. Οι κακώσεις αυτές ευθύνονται για την πρόκληση υπογκαιμικού σοκ.

Μερικές από τις μεταβλητές που επηρεάζουν την έκταση της κάκωσης στο κεφάλι είναι:

1. Η θέση και κατεύθυνση της σύγκρουσης
2. Ο ρυθμός μεταφοράς ενέργειας
3. Η επιφάνεια μεταφοράς ενέργειας

4. Η θέση της κεφαλής τη στιγμή της σύγκρουσης.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- I. Πόνος επίμονος ή εντοπισμένος.
- II. Αιμορραγία από τη μύτη, το φάρυγγα ή τα αυτιά.
- III. Ωτόρροια και ρινόρροια
- IV. Διαταραχές συνείδησης
- V. Σύγχυση
- VI. Ανωμαλίες κόρης
- VII. Απότομη εμφάνιση ελλειμμάτων
- VIII. Μεταβολές στα ζωτικά σημεία
- IX. Οπτική και ακουστική διαταραχή
- X. Πονοκέφαλος
- XI. Ίλιγγος
- XII. Κινητικές ανωμαλίες
- XIII. Σπασμοί

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας
 - A. Χρόνος που συνέβη η κάκωση
 - B. Αιτία που προκάλεσε την κάκωση
 - Γ. Διεύθυνση και δύναμη σύγκρουσης
 - Δ. Απώλεια συνείδησης, διάρκεια, δυνατότητα να ξυπνήσει ο άρρωστος.

2. Φυσική εκτίμηση

A. Εκτίμηση επιπέδου συνείδησης

B. Ζωτικά Σημεία: βραδύς σφυγμός, ψηλή συστολική, χαμηλή διαστολική πίεση, είναι σημεία ενδοκρανιακής υπέρτασης. Με την αύξηση της εγκεφαλικής συμπίεσης, αυξάνει η συχνότητα του σφυγμού και της αναπνοής και η ΑΠ μπορεί να παρουσιάσει πτώση. Η ταχεία άνοδος της θερμοκρασίας του σώματος θεωρείται δυσμενής, γιατί επιδεινώνει την εγκεφαλική υποξία με αύξηση του μεταβολισμού. Η ταχυκαρδία και πτώση της ΑΠ μπορεί επίσης να δείχνουν αιμορραγία σε κάποιο άλλο σημείο του οργανισμού.

Γ. Κινητική λειτουργία: Αυτόματες κινήσεις, ζήτηση από τον ασθενή να σηκώσει ή να κατεβάσει τα άκρα του, ικανότητα αρρώστου να μιλήσει, ύπαρξη σπασμών.

Δ. Σημεία από τα μάτια: Αυτόνομο άνοιγμα, εκτίμηση μεγέθους κορών και αντίδρασής τους στο φως, κίνηση βολβών.

E. Εκτίμηση επιπλοκών: Σημεία συστηματικών λοιμώξεων (πνευμονία, ουρολοίμωξη, σηψαιμία, ωτόρροια, ρινόρροια ENY, ανοσμία.

Στ. Σημεία οργανικών ψυχοκοινωνικών ελλειμμάτων: παρορμητικότητα, συγκινησιακή αστάθεια ή ανεξέλεγκτες επιθετικές συμπεριφορές.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις:

- Κρανιακή αξονική τομογραφία
- Μαγνητική αντηχητική απεικόνιση

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Διατήρηση αεραγωγού

- Ø Ο κωματώδης άρρωστος διατηρείται σε θέση που διευκολύνει την παροχέτευση στοματικών εκκρίσεων, με το επάνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο 30° για μείωση της ενδοκρανιακής φλεβικής πίεσης.
- Ø Χρησιμοποιούνται αποτελεσματικές διαδικασίες αναρρόφησης, χορηγείται οξυγόνο πριν και κατά τη διάρκεια της αναρρόφησης, για αποφυγή έστω και παροξιδικής υποξίας του εγκεφάλου.
- Ø Ο άρρωστος προστατεύεται από εισρόφηση και αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Ø Παρακολουθούνται τα αέρια του αρτηριακού αίματος για εκτίμηση επάρκειας αερισμού. (Ο στόχος είναι να διατηρηθούν τα αέρια του αίματος μέσα σε φυσιολογικά όρια, για να εξασφαλιστεί επαρκής εγκεφαλική ροή).

2. Υδατοηλεκτρική ισορροπία. Η εγκεφαλική κάκωση μπορεί να προκαλέσει μεταβολικές και ορμονικές διαταραχές. Η παρακολούθηση των επιπέδων ηλεκτρολυτών του ορού είναι σημαντική, ιδιαίτερα σε αρρώστους που παίρνουν οσμωτικά διουρητικά και σε εκείνους με παθολογική έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης (υπο ή υπερέκκριση, που μπορεί να προκαλέσει άποιο διαβήτη ή υπονατριαιμία, αντίστοιχα).

- Ø Εκτελούνται διαδοχικές εξετάσεις ηλεκτρολυτών και οσμωτικότητας αίματος και ούρων.
- Ø Παρακολουθούνται οι τιμές της γλυκόζης και οξονικών σωμάτων ούρων.
- Ø Μετρώνται και αναγράφονται καθημερινά, βάρος σώματος και προσλαμβανόμενα-αποβαλλόμενα υγρά.

- Ø Χορηγούνται υγρά με βάση την ιατρική οδηγία, με βραδύ ρυθμό. Ο άρρωστος μπορεί να διατηρείται ελαφρά αφυδατωμένος, για μείωση του όγκου του εξωκυττάριου υγρού και του εγκεφαλικού οιδήματος.
- 3. Επαρκής θρέψη. Η κάκωση κεφαλής και τα κορτικοστεροειδή που χορηγούνται στον ασθενή αυξάνουν τον καταβολισμό.
 - Ø Γίνεται τεχνητή διατροφή αμέσως μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενούς, εκτός αν υπάρχει ρινόρροια.
 - Ø Χορηγούνται μικρά γεύματα για πρόληψη εμετών και διάρροιας. Προλαμβάνονται διάταση και παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου με ανύψωση του επάνω μέρους του κρεβατιού και γαστρική αναρρόφηση του στομάχου, πριν από κάθε γεύμα.
- 4. Πρόληψη κάκωσης. Καθώς ο άρρωστος εξέρχεται από το κώμα, υπάρχει μια περίοδος υπνηλίας και λήθαργου, η οποία ακολουθείται από ανησυχία. Η ανησυχία μπορεί να οφείλεται σε υποξία, πυρετό, πόνο, γεμάτη κύστη ή σε ενόχληση από μόνιμο καθετήρα, ενδοφλέβιες γραμμές, περιορισμούς και επανειλημμένους νευρολογικούς ελέγχους. Μπορεί να είναι ενδεικτική βλάβης του εγκεφάλου ή σημείο ότι ο κωματώδης άρρωστος ξαναποκτά συνείδηση. (Ένας βαθμός ανησυχίας είναι ευεργετικός, επειδή εξασκούνται οι πνεύμονες και τα άκρα).
 - Ø Εξασφαλίζεται επαρκής αεραγωγός. Προλαβαίνεται διάταση κύστης. Εξετάζονται επίδεσμοι, μόνιμος καθετήρας, γύψος, ενδοφλέβιες γραμμές, για πρόκληση ενόχλησης στον άρρωστο.
 - Ø Για προστασία του αρρώστου από αυτοκάκωση και από αφαίρεση-μετακίνηση σωλήνων από το σώμα του, χρησιμοποιούνται καλυμμένοι με μαξιλάρια προφυλακτήρες και τα χέρια του αρρώστου καλύπτονται με γάντια χωρίς δάχτυλα.
 - Ø Η ανησυχία δεν αντιμετωπίζεται με χορήγηση ναρκωτικών.

- Ø Τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα διατηρούνται στο ελάχιστο με ήσυχο δωμάτιο, περιορισμό επισκεπτών, ήρεμη ομιλία και παροχή συχνών προσανατολιστικών πληροφοριών στον άρρωστο.
- Ø Ο επαρκής φωτισμός μπορεί να προλάβει οπτικές παραισθήσεις.
- Ø Οι κύκλοι ύπνος-αφύπνιση του αρρώστου δεν πρέπει να διαταράσσονται.
- Ø Το δέρμα πρέπει να επαλείφεται με μαλακτική λοσιόν, για πρόληψη ερεθισμού.

5. Εκπαίδευση αρρώστου και οικογένειας.

- Ø Γίνονται συνεντεύξεις με μέλη της οικογένειας για παροχή σωστών και ειλικρινών πληροφοριών και για ενθάρρυνση τους να θέτουν σαφώς καθορισμένους, αμοιβαίους, μακροπρόθεσμους στόχους.
- Ø Βοηθούνται τα μέλη της οικογένειας με συμβουλευτική, για διαπραγμάτευση με τα αφόρητα αισθήματα απώλειας και ανικανότητας και καθοδηγούνται στην αγωγή παθολογικών συμπεριφορών.
- Ø Ομάδες υποστήριξης είναι διαθέσιμες για να οργανώνουν συζητήσεις για τα κοινά προβλήματα.
- Ø Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να συνεχίσει το πρόγραμμα αποκατάστασης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ίσως για 3 ή περισσότερα χρόνια. Ο πονοκέφαλος μπορεί να είναι ο πιο αξιόπιστος οδηγός ανάρρωσης.
- Ø Για απαλλαγή από δυσχέρεια στο κεφάλι, ο άρρωστος συμβουλεύεται να χρησιμοποιεί και δεύτερο μαξιλάρι τη νύχτα.
- Ø Επειδή συχνά συμβαίνουν μετατραυματικοί σπασμοί, ο άρρωστος μπορεί να παίρνει αντισπασμωδικά για ένα ή δυο χρόνια μετά την κάκωση. Διδασκαλία αρρώστου για την τακτική και σωστή λήψη τους.

Ø Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να επιστρέψει προοδευτικά σε κανονικές δραστηριότητες. (Σαχίνη και συν. 2004).

6.3.β Κακώσεις θώρακα

Οι κακώσεις θώρακα συμβαίνουν σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα, όταν ο οδηγός ωθείται βίαια πάνω στο τιμόνι, με αποτέλεσμα όχι μόνο κάταγμα οστών του θωρακικού κλωβού αλλά και πνευμονικές και καρδιακές κακώσεις, που μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο.

Πνευμοθώρακας

Είναι η συλλογή αέρα μέσα στη θωρακική κοιλότητα. Προκαλείται ή από ρήξη του πνευμονικού παρεγχύματος και διαφυγή αέρα από αυτό ή από τραύματα του θωρακικού τοιχώματος. Ο πνεύμονας του ημιθωρακίου με τον πνευμοθώρακα συμπιέζεται και συμπίπτει.

Ο πνευμοθώρακας μπορεί να είναι ανοικτός ή υπό τάση. Στον ανοικτό, ο αέρας μπαίνοβγαίνει ελεύθερα στο θώρακα κατά τη διάρκεια των αναπνευστικών κινήσεων. Κατά την είσοδο του στο θώρακα δημιουργεί ήχο εισρόφησης. Εκτός από το ότι συμπίπτει το πνευμονικό παρέγχυμα, τα όργανα του μεσοπνευμόνιου χώρου μετατοπίζονται προς το υγιές ημιθωράκιο κατά την εισπνοή και προς το πάσχον κατά την εκπνοή. Η κατάσταση ονομάζεται *περυγισμός* του μεσοθωρακίου και δημιουργεί μεγάλα κυκλοφορικά προβλήματα.

Στον υπό τάση πνευμοθώρακα, ο αέρας που εισέρχεται σε κάθε εισπνοή παγιδεύεται στη θωρακική κοιλότητα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία τάσης μέσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα και τη μόνιμη παρεκτόπιση του μεσοθωρακίου προς το υγιές μεσοθωράκιο.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

- α. Προηγούμενο πρόβλημα πνευμοθώρακα
- β. Επάγγελμα, ηλικία
- γ. Τρόπος ζωής
- δ. Περιγραφή των παραγόντων που οδήγησαν στο ατύχημα

2. Φυσική εκτίμηση

α. Επισκόπηση και παρατήρηση

Επίπεδο συνείδησης

Χρώμα βλεννογόνων, νυχιών

Εξέταση για τραύματα εισόδου, εξόδου

Σημείωση ποσότητας και σύστασης των πτύελων

Εξέταση θώρακα για μετατόπιση μεσοθωρακίου

β. Ψηλάφηση και επίκρουση

Λήψη όλων των σφυγμών και σύγκριση της συχνότητας και του μεγέθους τους

Αξιολόγηση της διάταξης του θώρακα και περιοχών υπεραντήχησης ή αμβλύτητας

Καθορισμός ορίων καρδιάς και σημείο μέγιστου παλμού

γ. Ακρόαση

Αξιολόγηση αναπνευστικών ήχων

Εκτίμηση καρδιακών ήχων

Λήψη ΑΠ από άνω και κάτω άκρα.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- Ακτινογραφία θώρακα
- Λήψη αερίων αίματος
- Εξετάσεις αίματος
- ΗΚΓ

Προβλήματα του αρρώστου

1. Αναπνευστική δυσλειτουργία εξαιτίας θωρακικού τραύματος
2. Διαταραχή μεταβολισμού (ενεργειακό ανισοζύγιο)
3. Διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών
4. Έλλειψη άνεσης
5. Άγχος, φόβος

Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Συνεχής εκτίμηση ΖΣ, αναπνευστικών ήχων, θωρακικής έκπτυξης και αερίων αίματος.
2. Τοποθέτηση σε θέση Fowler για διευκόλυνση παροχέτευσης και μείωσης του έργου αναπνοής.
3. Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος και διατήρηση του αρρώστου στεγνού και ζεστού.
4. Χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών
5. Αποφυγή απότομων κινήσεων
6. Βοήθεια για βήχα και βαθιές αναπνοές
7. Διδασκαλία του αρρώστου για:
 - ✓ Φροντίδα περιοχής θωρακοστομίας
 - ✓ Αναφορά σημείων λοίμωξης ανώτερης αναπνευστικής οδού

- ✓ Εκτέλεση ασκήσεων βήχα και βαθιών αναπνοών
- ✓ Αποφυγή επαφής με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις ανώτερης αναπνευστικής οδού
- ✓ Διατήρηση καλά ισοζυγισμένης διαίτας με επαρκείς ποσότητες υγρών
- ✓ Ισορροπία μεταξύ δραστηριότητας και άσκησης
- ✓ Αποφυγή έντονης άσκησης
- ✓ Αποφυγή καπνίσματος
- ✓ Σπουδαιότητα συνέχισης παρακολούθησης του από το γιατρό.
(Σαχίνη και συν. 2004)

6.3.γ Κακώσεις άκρων

Κατάγματα άκρων

Κάταγμα είναι κάθε λύση συνέχειας του οστού. Το κάταγμα συνοδεύεται από δευτεροπαθείς βλαπτικές επιδράσεις στις παρακείμενες δομές και στον οργανισμό του αρρώστου ως σύνολο. Συνήθως προκαλεί ένα βαθμό ακινησίας, ταξινομείται ανάλογα με τη φύση ρήξης και μπορεί να είναι ανοικτό ή κλειστό.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

α. Για συμπτώματα:

Χρόνος εμφάνισης

Διάρκεια

Επιδείνωση

Μείωση έντασης

- β. Σχόλια και διερμηνείες του ίδιου του αρρώστου
- γ. Βαθμός επακόλουθης ανικανότητας
- δ. Σημείωση βαθμού βλάβης
- ε. Σημείωση τρόπου πρόκλησης της βλάβης
- στ. Σημείωση τυχόν αλλεργιών σε φάρμακα, ειδικότερα σε αναλγητικά και αντιβιοτικά.

2. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

- Ø Παραμόρφωση
- Ø Πόνος
- Ø Απώλεια λειτουργικότητας, παρά φύση κίνησης
- Ø Οίδημα και μεταβολή στο χρώμα
- Ø Αποκάλυψη οστού
- Ø Βλάβη των παρακείμενων δομών με ρήξη και αιμορραγία
- Ø Μεταβολή ή απώλεια αισθητικότητας, π.χ. Κάταγμα του βραχιόνιου οστού ή της ωλένης έχει ως αποτέλεσμα τη μεταβολή της αισθητικότητας των δαχτύλων
- Ø Μείωση μεγέθους ή απουσίας σφυγμού περιφερικά από τη βλάβη. Το πάσχον σκέλος πιο ψυχρό από το υγιές.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- I. Ακτινογραφία
- II. Γενική αίματος και λευκοκυτταρικός τύπος. Για όλα τα πολλαπλά κατάγματα, αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτης.

Προβλήματα του αρρώστου

- Ø Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου
- Ø Μείωση δραστηριοτήτων
- Ø Μείωση άνεσης
- Ø Κίνδυνοι επιπλοκών
- Ø Πόνος, αγωνία
- Ø Αλλαγή σωματικού ειδώλου (παροδική)
- Ø Μακροχρονιότητα θεραπείας και αποκατάστασης.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Έλεγχος αιμορραγίας με εξάσκηση πίεσης ή με χρησιμοποίηση απορροφητικών αποστειρωμένων γαζών και υπολογισμός της απώλειας αίματος
2. Εφαρμογή έλξης με τα χέρια και επανατοποθέτηση στην ανατομική θέση, αν είναι δυνατή.
3. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων γύρω από την πάσχουσα περιοχή
4. Αν σχεδιάζεται χειρουργική παρέμβαση τίποτε από το στόμα.
5. Παρακολούθησης αντικατάστασης υγρών, αν ο ασθενής έχει πολλαπλά κατάγματα.
6. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού, αν συνυπάρχουν εμφανή κατάγματα προσώπου ή υπάρχει υποψία παρουσίας τους. (Σαχίνη και συν. 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Η νοσηλευτική διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Τα στάδια είναι:

1. Αξιολόγηση του ατόμου/ αρρώστου (νοσηλευτική διάγνωση)
2. Αντικειμενικός σκοπός
3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
4. Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας
5. Εκτίμηση αποτελέσματος. (Κυριακίδου 2005).

Περίπτωση 1^η

Ιστορικό:

Ασθενής άνδρας ηλικίας 48 ετών, αγρότης, προσεκομίσθει στο νοσοκομείο, ύστερα από εισπνοή μεγάλης δόσης φυτοφάρμακου. Ο ασθενής παρουσίασε ζαλάδες, κεφαλαλγία, ναυτία, διάρροιες, βραδυκαρδία, δύσπνοια και υποθερμία. Στα εξωτερικά. ιατρεία εξασφαλίστηκε φλεβική γραμμή, ετέθει ορός Ringer's 1000ml, χορηγήθηκε O₂

Ατομικό αναμνηστικό:

Δεν αναφέρονται παθολογικά προβλήματα. Χρόνιος καπνιστής.

Νοσηλεία:

Ορός Ringer's 1000 ml και N/S 1000 ml.

Χορήγηση αντιόξινων και αναστολέων των H₂ υποδοχέων για να προληφθεί αιμορραγία του γαστρεντερικού.

Αντιδιαρροϊκά φάρμακα – sir Imodium 10cc πρωί – βράδυ

Παρεντερική σίτιση

Χορήγηση O₂

Εργαστηριακός έλεγχος:

Εξετάσεις αίματος

Βιοχημικός έλεγχος

Γενική ούρων

ΗΚΓ

Πορεία νόσου:

Ο ασθενής εξήλθε από τη ΜΕΘ και μεταφέρθηκε στην παθολογική κλινική όπου και συνεχίστηκε η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
- επηρεασμένη αναπνευστική λειτουργία	-εξασφάλιση καλής οξυγόνωσης	-τοποθέτηση μάσκας για την παροχή O ₂ . - ετοιμασία του αρρώστου για ενδοτραχειακή ή διασωλήνωση	- τοποθετήθηκε μάσκα για διευκόλυνση της αναπνευστικής λειτουργίας - τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ημιπρηνή στάση -διατήρηση καθαρού στομίου αεραγωγού και συχνές αναρροφήσεις των εκκρίσεων	-αρκετά καλή αναπνευστική λειτουργία

- διάρροιες, κίνδυνος αφυδάτω σης	-μείωση διαρροιών -διατήρηση ισοζυγίου υγρών- ηλεκτρολυτών -εξασφάλιση καθαριότητας και άνεσης του ασθενή	-χορήγηση αντιδιαρροϊκ ού φαρμάκου -χορήγηση εμπλουτισμέ νων ορών για ενυδάτωση και διατήρηση ηλεκτρολυτώ ν	-χορήγηση sir Imodium 10cc πρωί – βράδυ -έλεγχος και μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτ ών -αυστηρή καθαριότητ α και περιποίηση	-μείωση του αριθμού των κενώσεων -το ισοζύγιο σταθεροποιείτ αι
- βραδυκαρ δία	-αντιμετώπιση βραδυκαρδίας	-εξασφάλιση φλεβικής γραμμής -χορήγηση O2 -χορήγηση ατροπίνης -συχνή λήψη ζωτικών σημείων -ΗΚΓ	- εξασφάλιση φλεβικής γραμμής - χορηγήθηκε O2 -χορήγηση ατροπίνης - παρακολού θηση ζωτικών σημείων - παρακολού θηση ασθενή με ΗΚΓ	-Οι σφυγμοί επανήλθαν στο φυσιολογικό 65σφ/min
- υποθερμί α	-επαναφορά θερμοκρασίας του σώματος στο φυσιολογικό	-συχνή λήψη θερμοκρασί ας -ζέσταμα σώματος με τοποθέτηση κουβέρτας -ζεστές	-έγινε συχνή λήψη θερμοκρασί ας και γενικότερα όλων των ζωτικών σημείων	-ο ασθενής νιώθει καλύτερα και η θερμοκρασία του σώματος επανήλθε στο φυσιολογικό

		κομπρέσες στις βουβωνικές περιοχές	- τοποθετήθηκαν κουβέρτα και κομπρέσες	
-αίσθημα δίψας	-πρόληψη αφυδάτωσης -διατήρηση ισοζυγίου μεταξύ αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών	-χορήγηση φυσιολογικών ορών -τοποθέτηση καθετήρα για ακριβή μέτρηση των ούρων	- χορηγήθηκαν N/S 1000 ml / 12ωρο -βρέξιμο των χειλιών του ασθενούς με βρεγμένες γάζες -3ωρη μέτρηση και καταγραφή των ούρων -συχνές μετρήσεις ουρίας και κρεατινίνης	-μείωση αισθήματος δίψας -συνέχιση μέτρησης αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών
-ανησυχία	-πρόληψη κακώσεων του ασθενούς	-τοποθέτηση προφυλακτικών στο κρεβάτι	-κάλυψη των προφυλακτικών με μαξιλάρι για την αποφυγή κακώσεων -επαρκής φωτισμός στο δωμάτιο	-ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος και ήρεμος
- ανεπαρκής θρέψη	-πρόληψη διαταραχής θρεπτικού ισοζυγίου	-τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα	-έναρξη ρινογαστρικής σίτισης, αφού	-σταθερό θρεπτικό ισοζύγιο

			πρώτα αναρροφήθηκε γαστρικό υγρό λιγότερο από 50 ml για την πρόληψη ειλεού.	
--	--	--	---	--

-κίνδυνος κατακλίσεων και θρομβοφλεβίτιδας λόγω ακινησίας του ασθενούς	- πρόληψη αυτών	-χορήγηση αντιπηκτικών -περιποίηση δέρματος	-χορηγήθηκε αντιπηκτική αγωγή μετά από ιατρική οδηγία -συχνή αλλαγή θέσης του ασθενούς από πλάι σε πλάι -επάλειψη με ειδική λοσιόν του δέρματος του ασθενούς για ενυδάτωση και διατήρηση της ελαστικότητας του -παθητικές ασκήσεις	-δέρμα ενυδατωμένο -αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας
--	-----------------	--	---	---

Περίπτωση 2^η

Ιστορικό:

Γυναίκα ηλικίας 19 ετών μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μετά από τροχαίο ατύχημα με δίκυκλο, με άριστο επίπεδο συνείδησης. Έγινε αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας λόγω έντονου πόνου, η οποία ανέδειξε κακώσεις του ήπατος με στοιχεία αιμορραγίας και ρήξη δεξιού νεφρού. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου επεβλήθη σε αφαίρεση τμήματος του ήπατος και νεφρεκτομή δεξιά. Μετά την χειρουργική επέμβαση η ασθενής μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ.

Ατομικό αναμνηστικό:

Δεν αναφέρονται παθολογικά προβλήματα.

Νοσηλεία:

Μετάγγιση με 5 μονάδες συμπυκνωμένα ερυθρά.

Ορός Ringer's 1000 ml και N/s 1000 ml.

Χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής και αναλγητικών.

Εργαστηριακός έλεγχος:

Γενική αίματος

Αέρια αίματος

Βιοχημικός έλεγχος

Γενική ούρων

CT άνω και κάτω κοιλίας

α/α θώρακος

Πορεία νόσου:

Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου επεβλήθη σε αφαίρεση τμήματος του ήπατος και νεφρεκτομή δεξιά. Μετά την χειρουργική επέμβαση η ασθενής μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ, όπου και της προσφέρθηκε η απαραίτητη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα. Ύστερα από 10 μέρες μεταφέρθηκε στη χειρουργική κλινική όπου και παρέμεινε μέχρις ότου να αναρρώσει πλήρως και να εξέλθει από το χώρο του νοσοκομείου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>Αντικειμενικοί σκοποί</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</u>
-πυρετός	-μείωση του πυρετού -διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	-χορήγηση αντιπυρετικών -διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών -καλλιέργεια αίματος κρύες κομπρέσες στην περιοχή της κεφαλής -συχνός	- χορηγήθηκαν αντιπυρετικά -προστέθηκε N/S για ενυδάτωση -έγινε καλλιέργεια αίματος και συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας του ασθενή	-ο πυρετός έπεσε στους 37 βαθμούς κελσίου. - αναμένονται τα αποτελέσματα της καλλιέργειας αίματος

		έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος		
-πόνος στην κοιλιακή χώρα	-η ανακούφιση από τον πόνο	-χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες - παρακολούθηση ασθενή μετά την χορήγηση των αναλγητικών - ανακουφιστική θέση	- χορηγήθηκαν αναλγητικά ύστερα από ιατρική εντολή -καταγραφή ζωτικών σημείων, του αναλγητικού αποτελέσματος, των παρενεργειών και επιπλοκών -τοποθέτηση ασθενούς σε εμβρυική θέση για την ανακούφιση από τον πόνο	- ο πόνος πέρασε και ο ασθενής βρίσκεται σε απόλυτη ηρεμία -τα αναλγητικά δεν δημιούργησαν καμία επιπλοκή στην ασθενή
-δύσπνοια	-ανακούφιση από τη δύσπνοια	-ανακούφιση από την δύσπνοια -χορήγηση O2 -μηχανική υποστήριξη -συχνή λήψη ζωτικών σημείων	-χορηγήθηκε O2 με μάσκα -έγινε στοματοτραχειακή διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής -συχνή λήψη των Ζωτικών Σημείων	-η δύσπνοια μειώθηκε

<p>-εμέτοι</p>	<p>-διατήρηση ισοζυγίου ηλεκτρολυτών - έλεγχος αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών</p>	<p>-πρόληψη αφυδάτωσης -χορήγηση K σε N/S -τοποθέτηση σωλήνα Levin</p>	<p>- χορηγήθηκαν οροί για ενυδάτωση και εμπλουτισμένοι με ηλεκτρολύτες (K & N) για τη διατήρηση του ισοζυγίου -έγιναν πλύσεις του Levin για να διατηρείται καθαρό το στόμιό του</p>	<p>-οι εμετοί μειώθηκαν με αποτέλεσμα να μην διαταραχθεί το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών -αφαίρεση Levin</p>
<p>- αιμορραγία</p>	<p>-παύση της αιμορραγίας</p>	<p>-ακινησία -έλεγχος παροχέτευσης του τραύματος</p>	<p>-μείωση της ανησυχίας της ασθενούς και σύσταση ώστε να παραμένει ακίνητη - τοποθετήθηκε καθετήρας κύστης -συχνές αλλαγές των γαζών του τραύματος με άσηπτη τεχνική για την αποφυγή μόλυνσης</p>	<p>-η αιμορραγία σταμάτησε και ύστερα από λίγες μέρες αφαιρέθηκε η παροχέτευση από το γιατρό</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ø Δουβάρα Κ., Θεοδοροπούλου Δ., 2005, Νοσηλευτική Φροντίδα και Παρακολούθηση Ασθενούς μετά το Έμφραγμα στη ΜΕΘ, Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας.
- Ø Καρμπαμάκης Η., Φυσικοθεραπεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης.
- Ø Κυριακίδου Ε., Θ., 2005, Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Η Τάβιθα, Αθήνα.
- Ø Μαλαγρινού Μ. Α., Κωνσταντινίδου Σ. Φ., 2005, Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Εκδόσεις Η Τάβιθα, τόμος Β΄ Μέρος 1^ο, Αθήνα.
- Ø Μπαγιωνέτα Σ., 1997, Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Λοιμώξεων του Νευρικού Συστήματος σε Ασθενείς που Νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας.
- Ø Μπαλτόπουλος Γ., Ι., 2000, Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Ø Μπαμπαγινέ Ζ., 2004, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Βαρέως Πάσχοντες Ασθενείς, Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας.

- Ø Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., 2004, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts, τόμος 1^{ος}, Αθήνα.
- Ø Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., 2004, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts, τόμος 3^{ος}, Αθήνα.
- Ø Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., 2004, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts, τόμος 2^{ος}, Αθήνα.

Ηλεκτρονική

- Ø Αγγουριδάκης Π., Επίκουρος Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Βασικές Αρχές Διαλογής – Αρχικής Αξιολόγησης και Αντιμετώπισης στα ΤΕΠ, www.anaesthesiology.gr, 14/11/2009.
- Ø Βάκαλος Α., Αναισθησιολόγος – Εντατικολόγος, Στελέχωση της ΜΕΘ, www.hosp-xanthi.gr, 2006.
- Ø Ιωαννίδης Γ., Εντατικολόγος – Αναισθησιολόγος, Ηθικά Διλήμματα στη ΜΕΘ, www.klinikiagiosloykas.gr, 1/7/2007.
- Ø Καραμπίνης Α., Δημόπουλος Γ., Μυκητιασικές Λοιμώξεις στη ΜΕΘ, www.pneumon.org, 2002.

Ø Χατζηγεωργίου Τ., Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, www.icu.gr, 2009.

Ø www.aslepieon.gr.

Ø www.disabled.gr.

Ø www.doctorfall.gr, 10/12/2008.