

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΘΕΣΙΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδάστριας: ΚΑΤΣΑΡΟΥ ΑΡΕΤΗΣ

Υπεύθυνος Καθηγητής

ΑΛΕΞ. ΛΑΓΓΟΥΣΗΣ



Επιτροπή Εγκρίσεως
Πτυχιακής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του
πτυχίου Νοσηλευτικής

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	264
----------------------	-----

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	I
ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....	II
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
Οξεία γαστρεντερίτιδα.....	1
Αιτιολογία - Παθογένεια.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	
Κλινική εικόνα.....	4
Διάγνωση.....	5
Μεταβολικές διαταραχές.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	
Γενική αντιμετώπιση οξείας γαστρεντερίτιδας.....	7
Πρόληψη - Προφύλαξη.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	
Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με οξεία γαστρεντερίτιδα.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	
Περιπτώσεις ασθενών με οξεία γαστρεντερίτιδα.....	24
1η περίπτωση.....	24
Εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με οξεία γασ- τρεντερίτιδα εφαρμόζοντας τη μέθοδο της διεργασίας.....	26
2η περίπτωση.....	30
Εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με οξεία γασ- τρεντερίτιδα εφαρμόζοντας τη μέθοδο της διεργασίας.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	
Επίλογος.....	34
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	35

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην εργασία αυτή γίνεται αναφορά στην οξεία γαστρεντερίτιδα στην παιδική ηλικία.

Αναφέρονται και εξετάζονται οι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της νόσου καθώς και η σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου. Επίσης γίνεται αναλυτική αναφορά στη νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με οξεία γαστρεντερίτιδα.

Αναλύοντας τα προβλήματα παιδιού με γαστρεντερίτιδα εξαίρουμε και τονίζουμε τη συμβολή της ιατρικής καθώς και της νοσηλευτικής επιστήμης που σκοπός τους είναι να αποκαταστήσουν τη φυσιολογική λειτουργία του ασθενή.

Κατά την πρακτική μου εξάσκηση στο παιδιατρικό τμήμα του Καραμανδανείου Νοσοκομείου, είχα την ευκαιρία να δω από κοντά περιπτώσεις παιδιών με οξεία γαστρεντερίτιδα και να γνωρίσω τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθώς και της οικογένειας του. Σε δύο τέτοιες περιπτώσεις έχω κάνει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, οι οποίες αναφέρονται αναλυτικά στην παρακάτω ανάλυση του θέματος.

Αφιερώνω αυτή την εργασία στους γονείς μου, που μου συμπαραστάθηκαν καθ' όλη την διάρκεια συγγραφής της εργασίας. Θέλω να ευχαριστήσω τον καθηγητή που ήταν υπεύθυνος για την εργασία μου, παι-
δίατρο Αλέξανδρο Λαγγούση, που βοήθησε δίνοντας μου αρκετή βιβλιογραφία, την καθηγήτρια Μαρία Παπαδημητρίου για τις οδηγίες για τη συγγραφή της νοσηλευτικής διεργασίας και τέλος όλους όσους με βοήθησαν για τη συλλογή στοιχείων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΟΞΕΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ

Η οξεία γαστρεντερίτιδα είναι λοίμωξη του γαστρεντερικού σωλήνα, η οποία εντοπίζεται στο στομάχι και κυρίως το έντερο, λεπτό και παχύ. Είναι συχνή κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία. Όσο πιο μικρή είναι η ηλικία τόσο πιο καθολική είναι η συμμετοχή του πεπτικού συστήματος στη λοίμωξη. Στα μεγαλύτερα παιδιά η λοίμωξη περιορίζεται συχνά μόνο σ' ένα τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα αίτια της οξείας γαστρεντερίτιδος ποικίλουν. Είναι συνάρτηση κυρίως του υγειονομικού επιπέδου και γενικά των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών του πληθυσμού, της εποχής του έτους και της ηλικίας των ασθενών. Στις υπανάπτυκτες χώρες είναι κυρίως μικροβιακές και συχνότερες κατά τους θερινούς μήνες, ενώ σε υγειονομικώς προηγμένες χώρες το ποσοστό των μικροβιακών γαστρεντερίτιδων είναι μικρό και οι εποχικές διακυμάνσεις της συχνότητας λιγότερο ευρείες.

Τα αίτια της μικροβιακής γαστρεντερίτιδος διακρίνονται σε τρεις ομάδες μικροοργανισμών:

α) Τους φυσιολογικώς αναπτυσσόμενους εντός του εντέρου (κολοβακτηρίδια, σιγκέλλες, σαλμονέλλες).

β) Τους φυσιολογικώς μη αναπτυσσόμενους, αλλά που μπορούν να μολύνουν το έντερο (σταφυλοκόκκους, στρεπτοκόκκους).

γ) Τους φυσιολογικώς σαπροφυτικώς διαβιούντας εντός του εν-

τέρου, αλλά που μπορούν να καταστούν παθογόνοι κάτω από ορισμένες συνθήκες (πρωτέα, ψευδομονάδα, μονιλία, εντερόκοκκου, αλκαλιγόνο βακτηρίδιο).

Από τους ιούς το πιο συχνό αίτιο είναι ο ροταϊός (rotavirus), ο οποίος κυρίως προσβάλλει τα βρέφη και τα μικρά παιδιά. Άλλοι παράγοντες υπεύθυνοι για επιδημίες οξείας γαστρεντερίτιδας είναι ο ιός Norwalk, οι εντεροϊοί, κυρίως οι ιοί ECHO (τύποι 11, 14, 17, 18, 19), Coxsackie B-2, του τύπου II της πολιομυελίτιδας, σπανιότερα υπεύθυνοι είναι οι αδενοϊοί.

Η διάρροια, το κυριότερο σύμπτωμα της γαστρεντερίτιδας μπορεί να οφείλεται σε εντεροτοξίνη που παράγεται από τα μικρόβια, σε καταστροφή των επιθηλιακών κυττάρων του εντέρου από είσοδο των παθογόνων μικροοργανισμών σ' αυτά και σε διείσδυση των μικροοργανισμών στον υποβλεννογόνιο χιτώνα του εντέρου. Στην πρώτη περίπτωση κλασσικό παράδειγμα αποτελεί η εντεροτοξίνη που παράγει το δονάκιο της χολέρας. Επίσης εντεροτοξίνη παράγουν και ορισμένα στελέχη κολοβακτηριδίων. Η εντεροτοξίνη συνδέεται στις μικρολάχνες των εντεροκυττάρων και ενεργοποιεί το σύστημα της αδενυλοκυκλάσης (cAMP), προκαλώντας μαζική έκκριση νατρίου και χλωρίου (εκκριτική διάρροια), ενώ τα επιθηλιακά κύτταρα μένουν ανέπαφα. Στη δεύτερη περίπτωση καταστρέφονται τα επιθηλιακά κύτταρα από είσοδο σ' αυτά μικροοργανισμών, όπως σιγγελλών, ορισμένων στελεχών κολοβακτηριδίων ή ροταϊών και έτσι διαταράσσεται η μεταφορά νατρίου και χλωρίου στο έντερο. Επίσης στην περίπτωση αυτή καταστέλλεται και η δραστηριότητα των δισακχαρασών.

Στην τρίτη περίπτωση κλασσικό παράδειγμα αποτελούν οι σαλμονέλλες οι οποίες προκαλούν φλεγμονώδη αντίδραση διεισδύοντας στον υποβλεννογόνιο χιτώνα του τελευταίου τμήματος του λεπτού εντέρου

και του κόλου αφήνοντας ανέπαφα τα επιθηλιακά κύτταρα. Οι σαλμονέλλες στη συνέχεια μπορούν να φθάσουν στη συστηματική κυκλοφορία και να προκαλέσουν εστίες λοιμώξης σε διάφορα μέρη του σώματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος παίρνει πολλές φορές τη μορφή επιδημίας ιδιαίτερα σε τμήματα νεογνών, προώρων και βρεφών γενικά.

Πρόδρομα συμπτώματα, όπως η άρνηση της τροφής και απώλεια βάρους, δυνατόν να προηγούνται της ενάρξεως αληθούς διάρροιας κατά δύο ή περισσότερες μέρες, αλλά πολλές φορές η έναρξη είναι κεραυνοβόλος. Κατά τις περιπτώσεις αυτές το βρέφος εισέρχεται σε κατάσταση βαρειάς εξάντλησης και shock. Οι κενώσεις καθίστανται πράσινες, υδαρείς, κάκοσμες και υπερβολικά συχνές, περιέχοντας τελικά μόνο ελάχιστη ποσότητα κοπρανώδους ουσίας. Σε βαρειες περιπτώσεις οι διάρροϊκές κενώσεις δυνατόν να περιέχουν αίμα συνδεδεμένο με τη παρουσία βλένης και πύου. Στις περιπτώσεις αυτές η μικροσκοπική εξέταση θα καταδείξει την παρουσία ερυθρών αιμοσφαιρίων και πύου.

Το βρέφος αρνείται την τροφή ή εάν τη λάβει την αποβάλλει με έμετο αμέσως, μέχρι σημείου να μη μπορεί να κατακρατηθεί ακόμη και διάλυμα χλωριούχου νατρίου και γλυκόζης. Ιδιαίτερως στα μικρότερα βρέφη ο έμετος δυνατόν να καταστεί "καφεοειδής" λόγω της παρουσίας αλλοιωθέντος αίματος. Το τελευταίο σημείο είναι κακής προγνώσεως.

Η απέκκριση των ούρων είναι ελαττωμένη, δυνατό δε να ανασταλεί πλήρως. Ο σφυγμός καθίσταται ταχύς και ασθενής, το δε βρέφος δυνατόν να εμφανίζει δύσπνοια.

Η θερμοκρασία πιθανόν να είναι υψηλή κατά την έναρξη, η δε νόσος δυνατόν να συνοδεύεται ακόμη και από σπασμούς. Σ.α πολύ

προχωρημένα στάδια η έλλειψη πυρετού δεν αποκλείει τη λοίμωξη, και στα εμφανίζοντα βαρείαν εξαντληση βρέφη η θερμοκρασία δυνατό να βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Λόγω της απώλειας υγρών στις κενώσεις και τους εμέτους, το βρέφος ταχέως αφυδατούται. Αυτό κλινικώς καταδεικνύεται απ' τη ταχεία απώλεια βάρους και απώλεια της ελαστικότητας του δέρματος (σπαργή), το οποίο παρουσιάζεται με πτυχές στις μασχάλες και τη βουβωνική χώρα.

Η πηγή και οι οφθαλμοί εμβυθίζονται, τα δε χείλη και το στόμα καθίστανται ξηρά, σε βαρύτερες περιπτώσεις υπάρχει κυάνωση των χειλιών και των άκρων και τεφρόχρους ωχρότητα του προσώπου.

Άλλα συνηθισμένα συμπτώματα είναι η ανησυχία, τα κοιλιακά άλγη και ο μετεωρισμός της κοιλιάς.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι συνήθως εύκολη. Η αιτιολογική όμως διάγνωση με βάση την κλινική εικόνα είναι δύσκολη. Σε ορισμένες περιπτώσεις βαρείας γαστρεντερίτιδας, ιδιαίτερα στα βρέφη πρέπει να γίνεται καλλιέργεια κόπρανων για να καθοριστεί το είδος του μικροβίου, αν πρόκειται για μικρόβιο και η ευαισθησία του στα αντιβιοτικά. Το καμπυλοβακτηρίδιο βρίσκεται στα κόπρανα με το μικροσκόπιο αντιθέτων φάσεων ή με κατάλληλη καλλιέργεια.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι μεταβολικές διαταραχές οι οποίες προκαλούνται από βαρεία διάρροια συνίστανται σε: (1) απώλεια υγρών και κατ' ακολουθίαν αιμοσυμπύκνωση, (2) απώλεια των συνδεδεμένων βάσεων στις κενώ-

νώσεις με ελάττωση της αλκαλικής εφεδρείας, (3) κατακράτηση των οξίνων προϊόντων του μεταβολισμού, λόγω ανεπαρκούς παραγωγής ούρων, (4) κέτωση λόγω ατελούς καύσεως των λιπών από τό ήπαρ, οργάνου το οποίο στερείται το γλυκογόνο του και τους διαθέσιμους υδρατθανθρακες, (5) άθροιση γαλακτικού οξέως, λόγω της κυκλοφοριακής ανεπάρκειας και της ανοξαιμίας.

Όλα αυτά μαζί έχουν ως αποτέλεσμα κατάσταση οξέωσης, ο βαθμός της οποίας μπορεί να υπολογισθεί απο το pH και το δεσμευμένο διοξειδίο του άνθρακος του αίματος (αλκαλικής εφεδρείας). Κλινικώς η οξέωση εκδηλούται δια δύσπνοιας, αν και αυτή δυνατό να καλύπτεται από ταχύπνοια, η οποία οφείλεται σε άλλα αίτια π.χ. πνευμονία ή αναπνευστική ανεπάρκεια. Εάν απεβάλλονται ούρα, αυτά είναι πυκνά, εντόνως όξινα και περιέχουν χλωριούχα σε μεγάλες ποσότητες. Δυνατόν επίσης να υπάρχουν κετονικά σώματα και λεύκωμα.

Εκτός των αλλοιώσεων οι οποίες προσβάλλουν τα εξωκυττάρια υγρά, έχει παρατηρηθεί ότι σε βαρειές διαρροϊκές καταστάσεις της βρεφικής ηλικίας υπάρχει απώλεια και του ενδοκυτταρίου καλίου, η οποία είναι μεγαλύτερη της αναμενομένης απ' την απώλεια του αζώτου (DARROW, 1946). Σε ορισμένες τουλάχιστον περιπτώσεις η απώλεια αυτή του ενδοκυτταρίου καλίου φαίνεται να είναι αποτέλεσμα αντικαταστάσεως του ενδοκυτταρίου καλίου από νάτριο, να είναι δε πρόσθετος παράγοντας προκλήσεως οξέωσης. Η έλλειψη του καλίου δυνατόν επίσης να οδηγήσει σε καρδιακή εκφύλιση. Πρακτική εφαρμογή των ευρημάτων αυτών γίνεται δια της προσθήκης καλίου στους χορηγούμενους ηλεκτρολύτες κατά τη θεραπεία αναπληρώσεως των απωλειών.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΟΣ

Προς εξακρίβωση του υπευθύνου αιτίου της γαστρεντερίτιδας απαραίτητη είναι η καλλιέργεια των κοπράνων λαμβανομένων δια στείλεού απ' το ορθό, κατά την οξεία φάση της νόσου και πριν την έναρξη αντιμικροβιακής θεραπείας.

Ιδιαίτερη σημασία για την αντιμετώπιση του πάσχοντος έχει η εκτίμηση του βαθμού της τυχόν υφισταμένης αφυδατώσεως, ιδιαίτερα προκειμένου περί βρέφους. Σε βαρείες περιπτώσεις επιβάλλεται προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών και της αλκαλικής παρακαταθηκής στο αίμα. Η παλιότερη υψηλή θνητότης της οξείας γαστρεντερίτιδος οφειλόταν σε πλημελή αντιμετώπιση της αφυδατώσεως και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

Η θεραπεία συνίσταται σε α) καταπολέμηση της αφυδατώσεως και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας, β) διαιτητική αγωγή, γ) φαρμακευτική αγωγή και δ) θεραπεία του shock.

1) Η διόρθωση της αφυδατώσεως είναι ουσιώδης για την εγκαίρως θεραπεία. Στις ηπιώτερες περιπτώσεις όπου δεν συνυπάρχουν έμετοι, μπορούν να καλυφθούν οι φυσιολογικές σε υγρά ανάγκες και να αντικατασταθεί το απολεσθέν από τις κενώσεις υγρό με χορήγηση από το στόμα 10% γλυκόζης σε αλατούχο διάλυμα 9^ο/100. Το μίγμα αυτό πρέπει να χορηγείται σε ωριαία διαστήματα (ακολουθώντας αυξανόμενα σε δώρα), του χορηγουμένου όγκου εξαρτώμενο απ' το βάρος του βρέφους, το βαθμό της ανεκτικότητας και της αφυδατώσεως. Πρόσθετο φυσιολογικό αλατούχο διάλυμα (20-40 ml ανά χιλιόγραμμο σωματικού βάρους) μπορεί να χορηγηθεί σε διηρημένες δόσεις υποδερμώς

στο κοιλιακό τοίχωμα, τις μασχάλες ή τους μηρούς· αλλά μολονότι η μέθοδος αυτή είναι τεχνικώς ευχερής, υπάρχει κίνδυνος αυξήσεως του shock και αντενδείκνυται επί κυκλοφορικής ανεπάρκειας. Σε βαρείες περιπτώσεις ο έμετος είναι πιθανόν να αποκλείει τη χορήγηση υγρών από το στόμα, τα οποία πρέπει να χορηγηθούν δια της ενδοφλεβίου οδού, μέχρις ότου να γίνει ανεκτή χορήγηση από το στόμα. Η μέθοδος εκλογής είναι η βραδεία ενδοφλέβιος ένσταση επί 24 ώρες ή περισσότερο, αναλόγως των αναγκών.

Αναπλήρωση των ηλεκτρολυτών. Αυτή γίνεται εφικτή δια των ενδοφλεβίων χρησιμοποιούμενων υγρών. Επειδή η κυρίως απώλεια, είναι η απώλεια του νατρίου, τη βάση της θεραπείας συνιστά το ισότονο αλατούχο διάλυμα ή το γαλακτικό διάλυμα Ringer του Hartmann. Αυτό μπορεί να χορηγηθεί κατ' αρχάς άκρατο ή σε συνδυασμό με γλυκόζη· για παρατεταμένη χρήση προτιμάται φυσιολογικό αλατούχο διάλυμα μισής περιεκτικότητας έναντι του συνηθισμένου, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος κατακρατήσεως χλωριούχων. Όταν χορηγηθούν 100 ml ή περισσότερο του διαλύματος αυτού, μπορεί να ακολουθήσει η χορήγηση 100 ml διαλύματος Darrow, δηλαδή KCl 2gr, NaCl 3gr, 40 ml μοριακού διαλύματος γαλακτικού νατρίου, 710 ml νερού. Το διάλυμα αυτό χρησιμοποιείται για να αναπληρώσει την απώλεια του ενδοκυτταρίου καλίου, απεδείχθη δε ότι προάγει την ανάληψη. Ακολούθως ή σε συνδυασμό προς τα ανωτέρω πρέπει να χορηγείται πλάσμα, όταν τα λευκώματα του πλάσματος βρίσκονται ελαττωμένα μετά τη διόρθωση της αρχικής αφυδατώσεως.

Διόρθωση της κετώσεως. Η προσθήκη 5 έως 10% γλυκόζης εις το ενδοφλεβίως χορηγούμενο υγρό παρέχει ταχέως αφομοιώσιμη πηγή ή θερμίδων και ανακουφίζει την πείνα και την κέτωση, οι οποίες προκλήθηκαν απ' τη βαρεία διάρροια. Κατά τον ίδιο χρόνο η αύξηση

της γλυκόζης του αίματος αποτελεί ερέθισμα για την έναρξη της διουρήσεως και την αποβολή των κατακρατηθέντων τοξικών προϊόντων.

2. Η διαιτητική αγωγή διακρίνεται σε δύο φάσεις: στην πλήρη διακοπή της σιτίσεως και την επανασίτιση.

Η πλήρης νηστεία ποσοποιεί στην άρση του πεπτικού φόρτου. Την διάρκεια της νηστείας καθορίζουν α) η ηλικία του πάσχοντος και β) η βαρύτητα της νόσου. Σε βρέφη δεν παρατείνεται πέραν των 6-12 ωρών ιδίως αν δεν χορηγούνται ενδοφλεβίως υγρά. Σε μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να παραταθεί επί ένα 24ωρο. Η παράλειψη της πλήρους διακοπής χορηγήσεως υγρών από το στόμα για μερικές ώρες αποτελεί σύνηθες αλλά ανεπίτρεπτο θεραπευτικό σφάλμα.

Κατά την επανασίτιση βαρέως πασχόντων και μάλιστα μικρών βρεφών χορηγείται γάλα αποβουτυρωμένο (2%-12%), αραιωμένο αρχικά μεν εις το 1/3 ή το 1/4, εν συνεχεία δε εις το 1/2 της κανονικής πυκνότητας. Διαφορετικά χορηγείται το ίδιο γάλα με το οποίο τρεφόταν το βρέφος πριν της νοσήσεως, αραιωμένο κατά το 1/3 ή το 1/2.

Η συμπύκνωση του γάλακτος και η ολοκλήρωση του διαιτολογίου εξαρτώνται απ' την ηλικία του πάσχοντος και απ' την εξέλιξη της νόσου. Κατά κανόνα είναι δυνατές εντός 3-5 ημερών. Παράταση του χρόνου πλήρους επανασιτίσεως πέραν της μιας εβδομάδας αποτελεί σχεδόν πάντοτε θεραπευτικό σφάλμα, εξαιρέσει ίσως των ασθενών των οποίων η βαρύτητα της νόσου επέβαλε εισαγωγή στο νοσοκομείο.

3. Φαρμακευτική αγωγή. Αντιμικροβιακά φάρμακα ενδείκνυνται μόνο στις μικροβιακές λοιμώξεις του πεπτικού συστήματος. Στις λογευείς η θεραπεία είναι καθαρά συμπτωματική.

Ιδεώδης θα ήταν η εκλογή του αντιμικροβιακού φαρμάκου βάσει του ελέγχου της ευαισθησίας του απομονωμένου υπευθύνου μικροορ-

γανισμού. Αυτό συνήθως δεν είναι εφικτό και επομένως η φαρμακευτική θεραπεία της οξείας γαστρεντερίτιδας κατ' ανάγκη στηρίζεται σε κλινικά και επιδημιολογικά κριτήρια. Αντιμικροβιακή αγωγή συνήθως συνίσταται σε μικρής ηλικίας βρέφη, σε βαρέως πάσχοντες και όσες φορές επιδημιολογικές έρευνες συνηγορούν υπέρ μικροβιακών λοιμώξεων.

Σε νεογνά και βρέφη, στα οποία συχνότατα είναι κολοβακτηριδιακή η λοίμωξη, συνίσταται η νεομυκίνη (100mg/kg β.σ/24ωρον από το στόμα), η κολιμυκίνη (50.000-100.000 IU/kg β.σ/24ωρον ενδομυϊκώς ή από το στόμα) ή η καναμυκίνη (15mg/kg β.σ/24ωρο ενδομυϊκώς) συνήθως επί 8-10 ημέρες. Σε λοιμώξεις οφειλόμενες σε ψευδομονάδα ή πρωτέα χορηγείται ενδομυϊκώς η καρμπενικιλίνη (Pyopen) με δόση 100-300 mg/kg β.σ/24ωρον σε συνδυασμό με γενταμυκίνη (1-4 mg/kg β.σ/24ωρον).

Σε μεγαλύτερα βρέφη και παιδιά και μάλιστα ελαφρώς πάσχοντα ουδεμία απαιτείται φαρμακευτική αγωγή. Μπορούν να χορηγηθούν δυσαπορρόφητοι σουλφοναμίδες (100-200 mg/kg β.σ/24ωρον) για μερικές μέρες. Επίσης συνιστώνται άλλα δυσαπορρόφητα φάρμακα που έχουν τοπική αντισηπτική δράση, όπως τα βρωμιούχα ή ιωδιούχα παράγωγα της κινολεΐνης ή της κινολιδίνης.

Σε βαρείες σιγκελλώσεις και σαλμονελλώσεις χορηγείται αμπικιλίνη σε δόση 100-150 mg/kg β.σ/24ωρον ενδομυϊκώς. Σε βαρεία σταφυλοκοκκική γαστρεντερίτιδα μπορεί να χορηγηθεί κλοξακιλλίνη σε δόση 25-40 mg/kg β.σ/24ωρον επί 6-8 μέρες ενδομυϊκώς και εις την εκ μονιλίας εντερίτιδα μυκοστατίνη σε δόση 100.000 i.u/kg β.σ/24ωρον από το στόμα.

4. Τέλος το shock πρέπει να καταπολεμείται με θέρμανση, περιορισμό των χειρισμών στο ελάχιστο και χορηγήσεως υγρών. Πάν-

τοτε η υδροχλωρική αδρεναλίνη είναι δραστική, όταν υπάρχει βαρεία καταπληξία. Εάν υπάρχει κυάνωση, πρέπει να διατηρείται το βρέφος υπό συνεχή χορήγηση οξυγόνου.

ΠΡΟΛΗΨΗ - ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Ο θηλασμός είναι πολύτιμη εξασφάλιση έναντι των διαρροϊκών διαταραχών της βρεφικής ηλικίας· αν και τα θηλάζοντα βρέφη δεν είναι πλήρως άνοσα, η συχνότητα όμως της διάρροιας είναι γενικώς μικρότερη σε αυτά παρά στα τεχνητώς διατρεφόμενα εκτός κατά τη διάρκεια της νεογνικής περιόδου. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις κοινότητες με χαμηλό επίπεδο υγιεινής.

Πρόσφατη μελέτη από τη Σκωτία (Br Med J, 6-1-1990) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι συστηματικός θηλασμός τουλάχιστον για 13 εβδομάδες μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες εμφάνισης γαστρεντερίδας στα βρέφη.

Η μελέτη αυτή θεωρείται σημαντική διότι έγινε σε 750 νεογέννητα και η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων συνεχίστηκε σε 618 από αυτά για 2 χρόνια. Η παρακολούθηση των νεογεννητών ήταν μηνιαία για το πρώτο εξάμηνο και μετά τριμηνιαία μέχρι να συμπληρώσουν το δεύτερο έτος της ηλικίας του. Συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι ο μητρικός θηλασμός, έστω και για βραχύ χρονικό διάστημα έχει ευεργετική επίδραση στο νεογέννητο και παίζει σημαντικό ρόλο στην προφύλαξη από γαστρεντερίτιδες.

Όσον αφορά την προφύλαξη, επιβάλλεται η απομόνωση του πάσχοντος και η τήρηση αυστηρών μέτρων καθαριότητας διότι οι κενώσεις του πάσχοντος αποτελούν και την κυριότερη πηγή μόλυνσης.

Προκειμένου για τεχνητώς διατρεφόμενα βρέφη, τα σκεύη σιτίσεως πρέπει να τηρούνται σχολαστικώς καθαρά, να αποφεύγεται δε

η μόλυνση των τροφών από ακάθαρτα χέρια. Αυτό είναι ιδιαίτερα σπουδαίο στα ιδρύματα όπου το προσωπικό το οποίο παρασκευάζει τα γεύματα δεν πρέπει να ασχολείται και με την αλλαγή των σπαργάνων. Όταν χρησιμοποιείται υγρό γάλα, το γεύμα πρέπει να αποστειρώνεται πριν από την χορήγηση. Οι θάλαμοι πρέπει να καθαρίζονται καλά. Σε μερικές περιπτώσεις προς πρόληψη εξαπλώσεως της επιδημίας οξείας μικροβιακής γαστρεντερίτιδος θα απαιτηθεί προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών σε βρέφη νοσηλευόμενα στο νοσοκομείο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου παιδιού βασίζεται στην προσωπική γνωριμία και επικοινωνία μαζί του, στην άμεση παρατήρηση της καταστάσεως και των εκδηλώσεών του καθώς και στην εξασφάλιση πληροφοριών από την οικογένεια.

Η νοσηλεύτρια παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής διάθεσης του άρρωστου παιδιού.

Το αγκάλιασμα, το νανούρισμα, οι λεπτοί χειρισμοί, η κουβεντούλα την ώρα του μπάνιου, του ταΐσματος ή κάποιας άλλης νοσηλευτικής εργασίας όλα είναι ουσιώδη στο να μη νοιώσει το μωρό εγκατάλειψη και μοναξιά. Η επικοινωνία της Νοσηλεύτριας και του Νοσηλευτή με το παιδί, εκτός από τις ώρες της νοσηλείας είναι πολύ αναγκαία. Το παιδί έχει την ευκαιρία να τους δει όχι μόνο σαν πρόσωπα που συνδέονται με στιγμές και πράξεις που προκαλούν πόνο και φόβο, αλλά και σαν ανθρώπους με στοργή και αγάπη που δημιουργούν ευχάριστη ατμόσφαιρα. Στα μεγαλύτερα παιδιά, που έχουν μεγαλύτερες διανοητικές ικανότητες, πρέπει να τα προετοιμάζουμε με ειλικρινή και ξεκάθαρο τρόπο για τις νοσηλευτικές εμπειρίες που πρόκειται να έχει, γιατί έτσι μόνο θα εμπνεύσει στο παιδί εμπιστοσύνη.

Η οξεία γαστρεντερίτιδα είναι μία νόσος που απαιτεί την προσοχή και παρέμβαση της νοσηλεύτριας για την άμεση και πλήρη αντιμετώπιση του προβλήματος.

4.1. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

I. Πηγές πληροφοριών

- α. Άρρωστος
- β. Οικογένεια
- γ. Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του
- δ. Ιατρικά δελτία

II. Ιστορικό υγείας

- α. Παίρνεται ατομικό και οικογενειακό ιστορικό για διαπίστωση τυχόν εμφάνισης οξείας γαστρεντερίτιδας παλιότερα στον άρρωστο ή σε μέλος της οικογένειάς του.
- β. Αναφέρει ο άρρωστος ή η οικογένειά του (όταν πρόκειται για πολύ μικρό παιδί) τον αριθμό των κενώσεων και τη σύνθεσή, αν περιέχει αίμα, πύον ή βλέννη.
- γ. Παίρνονται πληροφορίες για τη διακύμανση της θερμοκρασίας.
- δ. Σημειώνεται ο βαθμός αφυδάτωσης και η τυχόν απώλεια βάρους.

III. Φυσική εκτίμηση

- α. Παρακολουθείται βάρος του σώματος
- β. Παίρνονται τα ζωτικά σημεία, ιδιαίτερα η θερμοκρασία αφού ο πυρετός είναι συνηθισμένο εύρημα
- γ. Η κοιλιακή εξέταση δίνει διάφορα ευρήματα ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης.

IV. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Γενική αίματος
- β. Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών
- γ. Ηλεκτρολύτες (Κ, Να, ουρία)
- δ. Καλλιέργεια ούρων
- ε. Γενική ούρων
- στ. Καλλιέργεια κοπράνων

ζ. Mantoux

η. CRP

4.2. Προβλήματα του αρρώστου

- α. Θρεπτικό ανισοζύγιο (διάρροια)
- β. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός)
- γ. Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια (διάρροια-πυρετός)
- δ. Οξεοβασικά ανισοζύγια (διάρροια, πυρετός)

4.3. Σκοποί της φροντίδας

- α. Απαλλαγή από τη διάρροια
- β. Μείωση θερμοκρασίας σώματος
- γ. Προαγωγή επαρκούς θρέψης
- δ. Πρόληψη εξάρσεων της νόσου

4.4. Παρέμβαση

Η νοσηλευτική φροντίδα του παιδιού με οξεία γαστρεντερίτιδα περιλαμβάνει:

- α. Παρακολούθηση των κενώσεων (αριθμός, σύνθεση-παρουσία βλέννης, πύου ή αίματος - αν έχει σχηματιστεί)
- β. Εφαρμογή νοσηλευτικών δραστηριοτήτων για τη μείωση του πυρετού
- γ. Αντιμετώπιση εμέτων
- δ. Εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής με απόλυτη ακρίβεια όσον αφορά το χρόνο και τη δόση
- ε. Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία αφυδάτωσης και διαταραχής ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- στ. Ενυδάτωση αρρώστου και χορήγηση ανάλογων ηλεκτρολυτών
- ζ. Καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
- η. Ρύθμιση διαιτολογίου
- θ. Πρόληψη μετάδοσης του λοιμογόνου παράγοντα

Στη συνέχεια αναφέρω αναλυτικά τις νοσηλευτικές δραστηριότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων παιδιού με οξεία γαστρεντερίτιδα.

Κατά την εισαγωγή λοιπόν παιδιού με συμπτώματα οξείας γαστρεντερίτιδας επιβάλλεται η απομόνωσή του για την προφύλαξη των άλλων παιδιών από τη μόλυνση, αποφεύγοντας έτσι κάποια επιδημία. Αυτό θα επιτευχθεί λαμβάνοντας τα ακόλουθα μέτρα:

- α. Ατομικό δωμάτιο για τα παιδιά με αυτό το νόσημα
- β. Χρήση προφυλακτικής μπλούζας από τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με το άρρωστο παιδί.
- γ. Πλύσιμο των χεριών κατά την είσοδο και έξοδο από το δωμάτιο.
- δ. Χρήση γαντιών από οποιονδήποτε έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο ή μολυσμένα αντικείμενα.
- ε. Ενημέρωση της οικογένειας του παιδιού για τη σημασία που έχει η διατήρηση υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.

Ένα από τα άμεσα προβλήματα που αφορά περισσότερο τα βρέφη και τα μικρά παιδιά είναι η δημιουργία ερεθισμού ή εκδορών στο δέρμα. Αυτό αντιμετωπίζεται με τοπική καθαριότητα, με αποφυγή υγρασίας και έκθεσης στον αέρα, με εφαρμογή τοπικών ουδέτερων σκευασμάτων σε σκόνη ή αλοιφή. Όταν πρόκειται για νεογνό, τα σπάργανα πρέπει να αλλάζονται συχνά. Εάν το δωμάτιο είναι θερμό να μη σπαργανώνεται το νεογνό, αλλά το σπάργανο πρέπει να τοποθετείται κάτω από τους γλουτούς και τα πόδια και οι γλουτοί του παιδιού να αφήνονται εκτεθειμένοι. Τα σπάργανα καλό είναι πριν σταλούν στο πλυντήριο να εβαπτίζονται σε αντισηπτική διάλυση. Η θέση, επίσης, του μωρού πρέπει να αλάσσεται συχνά.

Να γίνεται καλή περιγραφή των κενώσεων αν είναι ημίρευστες ή υδαρείς, αν περιέχουν βλέννη, αίμα ή πύον, και να γράφεται στο

διάγραμμα καθώς και ο αριθμός αυτών.

Ο πυρετός ένα άλλο πρόβλημα παιδιών με οξεία γαστρεντερίτιδα απαιτεί καλή νοσηλευτική φροντίδα για την αντιμετώπισή του.

Αυτή επιτυγχάνεται με τα εξής:

- α. Γίνεται συχνή και σωστή λήψη της θερμοκρασίας, σωστή καταγραφή στο θερμομετρικό διάγραμμα.
- β. Συστηματική περιποίηση των χειλέων για την αντιμετώπιση της ξηρότητας από τον πυρετό και την πρόληψη δημιουργίας ραγάδων στα χείλη.
- γ. Καλός και συχνός καθαρισμός του δέρματος από τον ιδρώτα και αλλαγή νυχτικού και λευχειμάτων σε περίπτωση μεγάλων επιδρώσεων.
- δ. Σε υψηλό πυρετό κάνουμε λουτρό σε θερμοκρασία του σώματος, αν η κατάσταση του παιδιού το επιτρέπει.
- ε. Τέλος, χορηγούμε αντιπυρετικά κατόπιν εντολής του ιατρού για την αποφυγή σπασμών.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση των εμέτων περιλαμβάνει: - Καλή περιγραφή του έμετου αν είναι υδαρής, τροφώδης, ρουκετοειδής κ.λ.π. για να τύχει καλή ιατρική αντιμετώπιση. Σημείωση στο διάγραμμα του αριθμού των εμέτων.

- Καλή καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας με σκοπό την εξουδετέρωση της κακοσμίας και τη βελτίωση του αισθήματος της γεύσης. Το παιδί αισθάνεται άσχημα μετά από κάθε έμετο και επομένως η καλή πλύση του στόματος του δημιουργεί μια ευχάριστη αίσθηση.
- Η αλλαγή λευχειμάτων και νυχτικού όταν λερώνονται προλαμβάνει δυσάρεστες συνέπειες όπως π.χ. επιμολύνσεις ή ψυχολογική δυσφορία και πέρα απ' αυτό προάγει την ευεξία και επιταχύνει

τη θεραπεία.

- Δίνουμε την κατάλληλη θέση στο παιδί για την προφύλαξη από εισρόφηση για την προστασία από πνευμόνια.

Οι επίμονοι έμετοι και η βαρεία διάρροια μπορούν να οδηγήσουν το παιδί σε κατάσταση shock. Γι' αυτό όταν το παιδί βρίσκεται σε μια κατάσταση πρέπει να το διατηρούμε ζεστό σκεπάζοντάς το με κουβέρτες, να περιορίζουμε τους διάφορους χειρισμούς στο ελάχιστο καθώς και τα χορηγούμενα υγρά. Επίσης ελέγχουμε τη συχνότητα της αναπνοής και το σφυγμό πολύ συχνά. Η σωστή αντιμετώπιση των διαιτητικών αναγκών του αρρώστου παιδιού, απαιτεί συντονισμό των προσπαθειών του ιατρικού, νοσηλευτικού και διαιτολογικού προσωπικού. Η νοσηλεύτρια όμως, είναι συνήθως η πρώτη από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, που επικοινωνεί με το άρρωστο παιδί και στη νοσηλευτική του αξιολόγηση περιλαμβάνει και μια αρχική εκτίμηση των διαιτητικών αναγκών του. Γι' αυτό όσον αφορά τη διατροφή παιδιού με διάρροια, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τις θερμιδικές ανάγκες του παιδιού, να γνωρίζει τη σύνθεση και την καταλληλότητα του γάλακτος με το οποίο πρέπει να σιτιστεί. Να έχει πλήρη γνώση σε ό,τι αφορά τις διάφορες μεταβολικές διαταραχές.

Αναφορικά, στην αρχή δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Η κάλυψη των θερμιδικών, ηλεκτρολυτικών, υδατικών και βιταμινικών αναγκών του αρρώστου γίνεται με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. Με τη βελτίωση της κατάστασης τους αρρώστου επανέρχεται η σίτιση από το στόμα με γάλα αραιωμένο.

Παρακολουθείται το παιδί για συμπτώματα αφυδάτωσης λόγω των πολλών υγρών που αποβάλλει (εμέτους, διάρροιες). Η νοσηλευτική ευθύνη στην αξιολόγηση, την αποκτάσταση και τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών στον οργανισμό του αρρώστου, περιλαμβάνει πρω-

τίστως την ακριβή μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, των ζωτικών σημείων και του βάρους του σώματός του.

Σχετικά με τη μέτρηση των προλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών συνιστάται ακριβής τήρηση ενός πίνακα με στοιχεία ανάλογα της καταστάσεως του αρρώστου. Σημειώνονται πόσα υγρά παίρνει το 24ωρο και πόσα αποβάλλει. Στα αποβαλλόμενα υπολογίζονται οι έμετοι, οι κενώσεις καθώς και οι εφιδρώσεις.

Σχετικά με τα ζωτικά σημεία του αρρώστου, πρέπει να γίνεται διαδοχική και συγκριτική λήψη και μελέτη της οριζόντιας πορείας των ζωτικών σημείων.

Τέλος, αναφορικά με την παρακολούθηση του βάρους του σώματος, τονίζεται ότι το άρρωστο παιδί πρέπει να ζυγίζεται τηρώντας τις οδηγίες που πρέπει να ακολουθούμε για ένα σωστό ζύγισμα. Δηλαδή να ζυγίζεται στην ίδια ζυγαριά, με τα ίδια πάντα ρούχα, κατά προτίμηση το πρωί πριν από το πρόγευμα και αφού ουρήσει.

Την αφυδάτωση τη διακρίνουμε σε:

- α. ισότονη από απώλεια ύδατος - ηλεκτρολυτών σε ίση αναλογία,
- β. υπότονη από απώλεια ηλεκτρολυτών, χωρίς μεγάλη απώλεια ύδατος,
- γ. υπέρτονη από απώλεια κυρίως ύδατος.

Στην ισότονη αφυδάτωση το έλλειμα αναπληρώνεται με διάλυμα NaCl 9‰ και γλυκόζη 5% σε αναλογία 1:1. Το 60% απ' αυτό χορηγείται μαζί με διάλυμα NaHCO_3 4% 6-8 ml/kgr μέσα σε 2-3 ώρες. Το υπόλοιπο 40% του διαλύματος χορηγείται στη συνέχεια σε 5-8 ώρες περίπου.

Στην υπότονη αφυδάτωση, γίνεται έγχυση NaCl 9‰ μέχρι να βελτιωθούν οι διαταραχές της διάρροιας και της κυκλοφορίας.

Στην υπέρτονη αφυδάτωση, το έλλειμα αναπληρώνεται με μείγμα

NaCl 9% και γλυκόζης 5-10⁰/₁₀₀ σε αναλογία 1:5 ή 1:6. Η χορήγηση του ελλείματος γίνεται σε μεγαλύτερο διάστημα (24-28 ώρες). Το κάλιο χορηγείται μετά την αποκατάσταση της διούρησης συνήθως μετά το πρώτο 8ωρο και αργότερα, σαν KCl 10% και σε δόση 2ml/kg βάρους στο σύνολο των υγρών του 24ωρου που παίρνει το παιδί.

Ο υπολογισμός της δόσης με βάση την επιφάνεια του σώματος είναι χρήσιμος για τον έλεγχο της διόρθωσης του νερού και των ηλεκτρολυτών σε παιδί με διαταραχή υγρών και γίνεται με βάση τα εξής:

1. Για συντήρηση χορηγούνται 1500ml/m²/24ωρο.
2. Για διόρθωση μέτριας ελάττωσης του όγκου των εξωκυττάρων υγρών, χορηγούνται 2400ml/m²/24ωρο.
3. Για διόρθωση μεγάλης ελάττωσης του όγκου των εξωκυτταρικών υγρών, χορηγούνται 3000ml/m²/24ωρο.

Όλα αυτά πρέπει να γνωρίζει και να εφαρμόζει ο νοσηλεύτης για να μπορεί να ελέγχει αν είναι σωστή μια εντολή θεραπείας υγρών.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση υγρών η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέχει τα εξής:

α) Τα παρεντερικά υγρά χορηγούνται σύμφωνα με την ιατρική εντολή σε ό,τι αφορά: 1) τον όγκο του διαλύματος, 2) τον τύπο του, 3) το ρυθμό ροής, 4) το χρόνο χορήγησης.

β) Παρακολουθεί το άρρωστο παιδί για συμπτώματα υπερφορτώσεως της κυκλοφορίας (βήχας, δύσπνοια, δυσφορία), να παρακολουθείτε η ροή του υγρού και το σημείο εφαρμογής της βελόνας.

γ) Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για την ενδοφλέβια έγχυση (λάστιχο ορούς, σύριγγα, πεταλούδα κ.λ.π.) πρέπει να είναι αποστειρωμένα για την αποφυγή εμφάνισης αντίδρασης.

Επειδή το χέρι που είναι τοποθετημένος ο ορός μπορεί να ακινητοποιηθεί, εξηγούμε στο παιδί αν καταλαβαίνει ή στους γονείς όταν πρόκειται για μωρό το σκοπό και την ανάγκη αυτού του μέτρου. Έτσι κερδίζετε η εμπιστοσύνη και η συνεργασία του παιδιού. Συστήνουμε στο παιδί και στους γονείς του να προσέχουν όταν μετακινείται μήπως αναδιπλωθεί ο σωλήνας της συσκευής ή πιεσθεί κάτω από το σώμα του. Διότι μπορεί να αλλάξει ή να διακοπεί η ροή του διαλύματος, να αποσυνδεθεί η συσκευή από τη φιάλη, αν ασκηθεί δυνατή έλξη στο σωλήνα.

Κάτι άλλο που χρειάζεται την ιδιαίτερη προσοχή της νοσηλεύτριας είναι η χορήγηση φαρμάκων που αποτελεί μια εξαιρετικά υπεύθυνη και σοβαρή εργασία. Και αυτό γιατί το παιδί δεν έχει γνώση, δεν κάνει διάκριση, δεν μπορεί να θυμηθεί ή να συσχετίσει ενέργειες προσωπικού και δέχεται παθητικά τη φροντίδα του περιβάλλοντος. Όταν το φάρμακο λαμβάνεται από το στόμα πρέπει να προσέχουμε να μην κλαίει το παιδί γιατί υπάρχει κίνδυνος να το εισροφήσει και να πνιγεί. Θα περιμένουμε να ηρεμήσει και να το λάβει μετά. Επιδιώκουμε τη συνεργασία με το παιδί και επαινούμε την προσπάθεια και τη συνεργασία του με αποτέλεσμα να παίρνει τα φάρμακα με ευκολία.

Τελειώνοντας αναφέρω μερικά πράγματα σχετικά με τον παρακλινικό έλεγχο του πεπτικού σωλήνα, που αφορούν και την οξεία γαστροεντερίτιδα.

Η κλινική σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων είναι σημαντική για τη διάγνωση της νόσου και την εφαρμογή της θεραπείας. Αυτό αναμφίβολα, είναι έργο του ιατρού. Η γνώση όμως της κλινικής σημασίας των εργαστηριακών εξετάσεων από την αδελφή την εμπλουτίζει με πολύτιμες πληροφορίες που την κάνουν ικανή:

- Για ασφαλή και ακίνδυνη άσκηση των καθηκόντων της, δηλαδή, την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον άνθρωπο που πάσχει και
- για την εκπλήρωση του πολυδιάστατου ρόλου της, δηλαδή, την πρόληψη, τη θεραπεία, αποκατάσταση υγείας και την ανακούφιση του πάσχοντα ανθρώπου.

Έχοντας υπ' όψη τα παραπάνω αρχίζουμε τη μελέτη μερικών από τις εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται για τη διάγνωση της οξείας γαστρεντερίτιδας.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΟΠΡΑΝΩΝ. Η εξέταση κοπράνων περιορίζεται συνήθως στην αναζήτηση αιμοσφαιρίνης και εντερικών παρασίτων μέσα σ' αυτά. Μπορούν όμως να βγουν πάρα πολλά συμπεράσματα από τη μακροσκοπική εξέταση της κενώσεως, προτού να αποσταλεί στο εργαστήριο για εξέταση. Κατά τη μακροσκοπική εξέταση των κοπράνων παρατηρούνται οι μεταβολές του όγκου, του σχήματος, της συστάσεως, της οσμής, του χρώματος και της παρουσίας ή όχι αίματος, βλέννας και ορατών παρασίτων. Κατά τη μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων σε φυσιολογική κένωση ή σε κένωση μετά από λήψη καθαρτικού, παρατηρούνται σπάνια πυοσφαίρια. Ερυθρά αιμοσφαίρια δεν παρουσιάζονται. Η αύξηση ή η παρουσία των στοιχείων αυτών δηλώνει ελκωτικές αλλοιώσεις στο παχύ έντερο, μικροβιακής φύσεως δυσεντερία κ.λ.π. Η Παρουσία αναλλοίωτων ερυθρών αιμοσφαιρίων στα κόπρανα έχει πάντοτε σαν πηγή προελεύσεως τον κόλπο ή το απευθυσμένο.

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΟΥΡΩΝ. Με αυτή διαπιστώνεται η παρουσία των παθογόνων μικροοργανισμών. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της καλλιέργειας αποτελεί η άσηπτη λήψη των ούρων. Πρέπει να αποφεύγεται, όσο είναι δυνατό, ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως, επειδή εγκυμονεί κινδύνους εγκατάστασης μόλυνσης ή ακόμη και προκλήσεως μικροβιαϊμίας.

Η καταλληλότερη μέθοδος είναι η συγκέντρωση δείγματος ούρων κατά τη διάρκεια της ουρήσεως και κυρίως στη μεση της ουρήσεως. Ο τρόπος αυτός συγκεντρώσεως άσηπτων ούρων προϋποθέτει προσεκτικό πλύσιμο της περιοχής των έξω γεννητικών οργάνων με απλό σαπούνι και νερό (όπως και στην απλή εξέταση των ούρων). Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί ώστε τα ούρα να μην έλθουν σε επαφή με το δέρμα της ακροποσθίας ή των χειλέων του αιδοίου, απ' όπου είναι δυνατό να πάρουν μικρόβια. Εάν μολαταύτα είναι αναγκαίος ο καθη-τηριασμός θα πρέπει να γίνει με άσηπτες συνθήκες. Το δείγμα των ούρων που συγκεντρώθηκε μ' αυτό τον τρόπο αποστέλλεται στο μικρο-βιολογικό εργαστήριο για καλλιέργεια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5ο

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1η Περίπτωση

Η Καραούζου Αικατερίνη 9 χρόνων συνοδευόμενη από τους γονείς της ήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου στις 25-5-90.

Από το απόγευμα της 24-5-90 παραπονέθηκε για έντονη κεφαλαλγία και όλη τη νύχτα είχε πυρετό 39°C. Την επόμενη μέρα παρουσίασε διάρροιες και εμέτους. Όπου να φτάσει στο νοσοκομείο είχε κάνει 9 εμέτους (πρασινοκίτρινους).

Τα κλινικά ευρήματα στα Ε.Ι. ήταν:

Γενική όψη: μέτρια, Γλώσσα: ξερή, Λαιμός: ελαφρά κόκκινος

Κοιλιά: μαλακή, Αναπν. ψίθυροι: Κ.Φ., Καρδιά: Κ.Φ.

Ήπαρ: (-), Σπλην: (-)

Θερμοκρασία: 37°C, Σφύξεις: 80/min

Αρτηριακή Πίεση: 80mmHg/mmHg. Εκτιμάται 5% αφυδάτωση.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που έγιναν έδειξαν:

Γενική αίματος: Ηt 39%, Λευκά 7.300, Τ.Κ.Ε. 40mm

Γενική ούρων: Ε.Β.: 1030, πρσοφαίρια: σπάνια

καλλιέργεια ούρων: αρνητική

Εισήχθε, μετά από τις παραπάνω εξετάσεις, στην παιδιατρική παθολογική με οξεία γαστρεντερίτιδα.

Κατά την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο ακολουθήθηκε η παρακάτω θεραπευτική αγωγή:

Έγινε διακοπή σίτισης, ετέθη ορός (1+3) 1000ml τις πρώτες οχτώ ώρες και (1+4) 1500ml τις 16 επόμενες, στα υγρά του 24ώρου 2amp Kcl. Στις 26-5-90 χορηγήθηκε, παράλληλα με τα υγρά, Ampicil-

line 1,5gr X 4 IV, αφού έγινε Κ/α ούρων. Στις 27-5-90 σταμάτησε την Ampicilline και πήρε sir septrin 160mg X 2 P.O. και Kemisetin 650 mg X IV.

Έναρξη σίτισης (υδροική διαίτα).

Τις επόμενες μέρες ακολουθήθηκε η ίδια αγωγή και βγήκε στις 30-5-90 με πολύ βελτιωμένη κατάσταση, αφού δόθηκαν οδηγίες στη μητέρα όσον αφορά το διαιτολόγιο που πρέπει να ακολουθηθεί.

Εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου παιδιού με οξεία γαστρεντερίτιδα εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p><u>1η μέρα</u></p> <p>Φόβος του παιδιού για το καινούριο περιβάλλον</p>	<p>Να εξοικειωθεί το παιδί με το περιβάλλον και να μην νοιώθει ανασφάλεια.</p>	<p>Προσέγγιση και συζήτηση με το παιδί για τους λόγους που δημιουργούν αυτή τη ψυχολογική κατάσταση</p>	<p>Πλησίασα το παιδί και συζήτησα μαζί του τους λόγους για τους οποίους νοιώθει φόβο και έμαθα ότι δεν είχε τόσο ευχάριστες εμπειρίες από κάποια προηγούμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο. το καθησυχάζω διαβεβαιώνοντάς το ότι δεν υπάρχει λόγος να ανησυχεί ότι όλοι θα το αγαπάμε και θα το φροντίζουμε και πως γρήγορα θα γίνει καλά και θα γυρίσει στο σπίτι του.</p>	<p>Μετά από τη συζήτηση που είχα με το παιδί, διαπίστωνα ότι είχα κερδίσει την εμπιστοσύνη του, ένιωθε περισσότερη ασφάλεια και είχε μειωθεί ο φόβος και η ανησυχία του.</p>
<p>Απορία και αγωνία των γονιών για την κατάσταση του παιδιού του.</p>	<p>Να λυθούν οι απορίες που υπάρχουν στους γονείς και καθησύχασή του με εξηγήσεις σχετικά με αυτή την αρρώστια</p>	<p>Συζήτηση και διαφώτιση των γονέων και καθησύχαση αυτών.</p>	<p>Συζήτησα με τους γονείς σχετικά με την αρρώστια, δηλ. τα συμπτώματα, την εξέλιξη και τη θεραπεία λύνοντας έτσι τις απορίες τους. Τους διαβεβαίωσα ότι σύντομα το παιδί τους θα γίνει καλά και δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος χάρη στην εξέλιξη της επιστήμης.</p>	<p>Δέχθηκαν τις εξηγήσεις ευχάριστα ακούγοντας με προσοχή, ότι τους έλεγα, ρωτώντας παράλληλα για κάτι που δεν καταλάβαιναν. Η αγωγή τους μειώθηκε και με ευχαρίστησαν για την διαφώτιση που τους έγινε.</p>

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Μη αποδοχή φλεβοκέντησης.	Να αποδεχθεί το παιδί την φλεβοκέντηση.	Συζήτηση και εξήγηση του σκοπού της φλεβοκέντησης.	Εξηγώ στο παιδί το σκοπό και την ανάγκη αυτή της ενέργειας που θα έχει σαν αποτέλεσμα την αναπλήρωση των υγρών που έχει χάσει.	Μετά από προσπάθεια και εξηγήσεις και άλλων νοσηλευτών το παιδί αποδέχθηκε να γίνει η φλεβοκέντηση.
Άσχηπος τεχνική φλεβοκέντησης.	Αποφυγή εμφάνισης αντιδράσεως.	Ετοιμασία απαιτούμενου υλικού για την εκτέλεση της φλεβοκέντησης (αντικείμενα για την καθαριότητα του δέρματος, λάστιχου ορού, πεταλούδα κ.λ.π.).	Γίνεται καλή απολύμανση του δέρματος με οινόπνευμα. Ακινητοποιείται η φλέβα με τέντωμα του δέρματος πάνω από το σημείο της πεταλούδας με τα δάχτυλα του αριστερού χεριού. Εκτελείται η φλεβοκέντηση.	Δεν επέφερε κανένα πρόβλημα η φλεβοκέντηση.
Πυρετός - Εφίδρωση	Να μειωθεί ο πυρετός	Εφαρμογή μέτρων κατά του πυρετού και ανακούφιση και από την εφίδρωση.	- Παρακολούθηση της θερμοκρασίας κάθε τρεις ώρες. - Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων (κομπρέσες). - Καλός καθαρισμός του δέρματος από τον ιδρώτα και αλλαγή νυχτικού και λευχειμάτων.	Ακόμα και μετά την εφαρμογή των επιθεμάτων ο πυρετός συνεχίζει καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.
Έμετοι	Αντιμετώπιση εμέτων ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.	Σταματάει η σίτιση από το στόμα, αρχίζει η χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.	Σταμάτησε να παίρνει οτιδήποτε από το στόμα. Ετέθη ορρός (1+3) 1000 ml τις πρώτες οχτώ ώρες και (1+4) 1500ml τις επόμενες 16 ώρες.	Οι εμετοι σταμάτησαν μετά την εφαρμογή αυτών των μέτρων.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
	Να μην αισθάνεται άσχημα το παιδί λόγω των συνεχιζόμενων εμέτων.	Ανακούφιση και περιποίηση του παιδιού μετά από κάθε έμετο. Κατάλληλη θέση για την προφύλαξη από εισρόφηση.	-Καλή καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας με σκοπό την εξουδετέρωση της κακοσμίας. -Αλλαγή λευχειμάτων και νυχτικού όταν λερώνεται. -Τοποθετείται σε ύπτια θέση με το κεφάλι λυγρισμένο στο πλάι.	-Βελτιώνεται το αίσθημα της γεύσης με την πλύση του στόματος. -Αισθάνεται πιο όμορφα το παιδί με καθαρό ιματισμό. -Δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα εισρόφησης.
Διάρροια	Να σταματήσουν οι διάρροιες.	Χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της διάρροιας.	Προσέχουμε και καταγράφουμε τον αριθμό, το χρώμα, οσμή των κενώσεων, καθώς και τη σύσταση. Χορηγούμε ενδοφλεβίως ampicilline 1,5gr.	Οι διάρροιες συνεχίζονται.
Γλώσσα ξερή (αφυδάτωση)	Αντιμετώπιση αφυδάτωσης.	Χορήγηση υγρών για την αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Την πρώτη μέρα χορηγήθηκαν: τις πρώτες 8 ώρες (1+3) 1000ml και τις επόμενες 16 ώρες (1+4) 1500ml. Τις επόμενες μέρες συνεχίστηκε με (1+4) 1500ml/24ωρο.	Η γλώσσα υγρή-έλλειψη σημείων αφυδάτωσης.
<u>2η μέρα</u> Πυρετός	Αντιμετώπιση του πυρετού.	Αφού δεν υπήρχε αποτέλεσμα την πρώτη μέρα, συνεχίστηκε η εφαρμογή άλλων μέτρων.	Έγινε λουτρό σε θερμοκρασία χαμηλότερη της θερμοκρασίας του σώματος.	Η θερμοκρασία παρουσίαζε διακυμάνσεις, αλλά τις επόμενες μέρες ο πυρετός μειώθηκε.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Διάρροια	Να σταματήσουν οι διάρροιες.	Φαρμακευτική αγωγή.	Σταμάτησε την ampicilline και άρχισε να παίρνει: sir septrin 160mgX2 και kemacetm 650X4.	Οι διάρροιες σταμάτησαν την επόμενη μέρα. Η γενική κατάσταση καλή.
Έξοδος (6η μέρα)	Συστάσεις και οδηγίες για την παρατήρηση φροντίδα στο σπίτι.	Πλήρη ενημέρωση.	Δόθηκαν οδηγίες για φάρμακα που θα συνεχιστούν και το διαιτολόγιο που θα ακολουθηθεί. Έγινε ενημέρωση για την έγκαιρη πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων.	Δέχθηκαν οι γονείς τις συστάσεις ευχάριστα, κάνοντας ερωτήσεις σε ότι είχαν απορία. Ευχαρίστησαν το νοσηλευτικό προσωπικό και έφυγαν.

2η περίπτωση

Ο Κανελλόπουλος Νικόλαος 6 χρονών ήρθε στις 6/8/90 στα Ε.Ι. του "Καραμανδανείου Παιδιατρικού Νοσοκομείου Πατρών" συνοδευόμενος από τους γονείς του.

Παρουσίασε πριν από 8 ώρες υψηλό πυρετό και στη συνέχεια είχε εμέτους και διάρροιες (υδαρείς και προσμείξεις βλέννης), επίσης ήταν πολύ ανήσυχο.

Κατά την κλινική εξέταση βρέθηκαν:

Θερμοκρασία: 39°C, Σφύξεις: 130/min, Α.Π. = 100mmHg/60mmHg

Όψη: ωχρή, γλώσσα ξηρή

Αναπν. ψίθυροι = ΚΦ, Καρδιά = ΚΦ

Οι εργαστηριακές εκετάσεις έδειξαν:

Γενική αίματος: Ητ: 36, Λευκα: 9000/mm³, Πολυμορφοπύρρηνα: 84,

Ραβδοπύρρηνα: 5, Λεμφοκύτταρα: 12, Μεγ. μονοπύρρηνα: 4

Γενική ούρων: Ε.Β.: 1012, πυοσαίρια: σπάνια

Μετά τις παραπάνω εξετάσεις κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή του παιδιού στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου. Ακολουθήθηκε η εξής θεραπευτική αγωγή:

Ετέθη ορρός (1+3) 250cc την πρώτη ώρα, (1+3) 650cc τις επόμενες επτά ώρες και τις επόμενες 16 ώρες (1+4) 900cc με εμπλουτισμό 2 cc ΚcI. Παράλληλα χορηγήθηκε Ampicilline 1gr X 4 I.V.

Την επομένη μέρα ετέθη ορρός (1+4) 1000cc με έναρξη χορηγήσεως υγρών από το στόμα. Ο πυρετός μειώθηκε.

Μετά δύο μέρες παραμονής στο νοσοκομείο εξήλθε. Η κατάσταση βελτιωμένη, χωρίς συμπτώματα. Συνεχίζεται η Ampicilline 500gr X X 3 από το στόμα για επτά μέρες. Δόθηκαν οδηγίες όσον αφορά το διαιτολόγιο που θα πρέπει να ακολουθηθεί.

Εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου παιδιού με οξεία γαστρεντερίτιδα εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Άγχος και αγωνία για το ξένο προς αυτό περιβάλλον.	Να εξαλειφθεί το άγχος του και να νοιώσει ότι βρίσκεται σε οικείο περιβάλλον.	Προσέγγιση και προσανατολισμός του παιδιού στη νοσηλευτική μονάδα.	Αυτοσυστήθηκα στο παιδί, ρώτησα για το χαϊδευτικό του όνομα και το σύστημα με άλλα παιδιά της ηλικίας του. Του εξηγώ τους λόγους για τους οποίους έπρεπε να έρθει σ' αυτό το χώρο που λέγεται "Νοσοκομείο".	Δείχνοντας αυτό το ενδιαφέρον προς το παιδί, αποτέλεσμα ήταν να ηρεμήσει, και αυτό και οι γονείς του που ήταν το ίδιο ανήσυχoi και έτσι να κερδηθεί και η εμπιστοσύνη από το παιδί.
Μη αποδοχή της φλεβοκέντησης.	Να αποδεχθεί το παιδί την φλεβοκέντηση.	Συζήτηση με το παιδί και εξήγηση για το τί πρόκειται να του γίνει.	Πλησιάζω το παιδί με χαμόγελο και του δείχνω ένα-ένα τα αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν εξηγώντας του πολύ απλά τη χρήση του καθενος, καθώς και γιατί πρέπει να εφαρμοσθεί αυτό το μέτρο.	Το παιδί έδειξε ενδιαφέρον και συμπάθεια γιατί μάθαινε κάτι καινούριο, που ήταν μεν λίγο επώδυνο και στιγμιαίο, αλλά πάρα πολύ χρήσιμο και αναγκαίο. αποδέχθηκε τελικά και έγινε η φλεβοκέντηση.
Πυρετός	Να μειωθεί ο πυρετός	Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση του πυρετού.	-Παρακολούθηση της θερμοκρασίας κάθε τρεις ώρες. -Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. - Λουτρό.	Μετά την εφαρμογή των μέτρων αυτών, ο πυρετός άρχισε να υποχωρεί και την επόμενη μέρα η θερμοκρασία κυμαινόταν σε φυσιολογικά επίπεδα.
Έμετοι	Αναπλήρωση των υγρών και ηλεκτρολυτων.	Σταματάει η σίτιση από το στόμα, αρχίζει η χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.	Εξηγούμε στους γονείς και το παιδί, ότι δεν πρέπει να παίρνει τίποτα από το στόμα. Ετέθη ορρός	Οι έμετοι μετά την εφαρμογή αυτών των μέτρων σταμάτησαν, και την επόμενη μέρα άρχισε να παίρνει υγρά από το στόμα.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Διάρροια	Να σταματήσουν οι διάρροιες	Παρακολούθηση κενώσ. Χορήγηση φαρμάκων. Επανασίτιση τη 2η μέρα με ελαφρά τροφή.	(1+3) 250cc των πρώ- τη ώρα (1+3) 650cc τις επόμενες επτά ώρες, και (1+4) 900cc με εμπλουτι- σμό 2cc Kcl τις επό- μενες 16 ώρες. Την επομένη μέρα ετέθη ορρός (1+4) 1000cc το 24ωρο.	Ο αριθμός των διάρροιων μειώθηκε και την επόμενη μέρα σταμάτησαν τελείως. Η γενική κατάσταση αρκετά καλή. Το παιδί αποδέχθηκε με χαρά την επανασίτισή του.
Γλώσσα ξηρή	Αντιμετώπιση αφυδάτωσης.	Χορήγηση υγρών για την αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Χορηγούνται: την 1η ώρα (1+3) 250cc, τις επόμενες 7 ώρες (1+3) 650cc και τις επόμενες 16 ώρες (1+4) 900cc με εμπλούτιση Kcl. Τις επόμενες μέρες συνεχίστηκε η χορήγηση υγρών με (1+4) 1000cc. Βρέχουμε τα χείλη με νερό σε πορ-κοτον για την ανακούφιση του παιδιού.	Έλλειψη σημείων αφυδάτωσης - Αποκατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών. Γλώσσα υγρή.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έξοδος (3η μέρα).	Πλήρη ενημέρωση των γονέων για την κατάσταση του παιδιού. Αποχαιρετισμός με το παιδί.	Συστάσεις και οδηγίες για την περαιτέρω φροντίδα στο σπίτι.	Δόθηκαν οδηγίες για τα φάρμακα που θα συνηχιστούν. Θα παίρνει ampicilline 500mg X 3 από το στόμα για επτά μέρες ακόμα. Μπορεί να τρώει κοτόπουλο, μπιφτέκι, λαδόσουπα, για τις πρώτες μέρες. Έγινε ενημέρωση για την έγκαιρη πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων.	Δέχθηκαν οι γονείς τις συστάσεις ευχάριστα, ρωτώντας σε ότι δεν καταλάβαιναν. Μαζί με το παιδί ευχαρίστησαν το νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα που προσέφερε και έφυγαν από το νοσοκομείο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6ο

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας την εξέταση της γαστρεντερίτιδας από ιατρική και νοσηλευτική θεώρηση, θεωρώ απαραίτητο να επισημάνω ότι το ποσοστό της γαστρεντερίτιδας σήμερα, χάρη στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη σωστή θεραπεία καθώς και τη σωστή ενημέρωση, έχει μειωθεί αρκετά τόσο σε συχνότητα όσο και σε βαθμό κινδύνου.

Η Παιδιατρική Νοσηλευτική αποτελεί ειδικότητα της Νοσηλευτικής, γι' αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σπουδαίος, αφού το αντικείμενό του είναι ευαίσθητο, είναι το παιδί. Και ειδικά στο παιδί με οξεία γαστρεντερίτιδα είναι πολύ σπουδαίος ο ρόλος του νοσηλευτή γιατί απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις καθώς και ανάλογη πείρα στην νοσηλεία του.

Ο νοσηλευτής-τρια, πέρα από την προσφορά του στο παιδί, καθήκον έχει να διαφωτίσει και να ενημερώσει την οικογένειά του σχετικά με την κατάστασή του και την εξέλιξη.

Τηρώντας όλα τα παραπάνω πετυχαίνεται η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με οξεία γαστρεντερίτιδα, που επιφέρει την ίαση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανάτου Κ. Ελευθερία: Κλινική Νοσηλευτική, επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Αδελφ. Ευνίκη, Αθήνα 1989.
- John W. Graefand Thomas E. Cone: Manual Παιδιατρικής Θεραπευτικής, Μετάφραση Η.Δ. Δελλαγραμματίκας, Επίτομος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983.
- Κασίμος Χρ.: Πρακτική Θεραπευτική Παιδιατρική, Επίτομος, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Θεσ/νίκη Οκτώβριος 1983.
- Κόγια Ι.Α.: "Ο μητρικός θηλασμός προφυλάσσει από τις γαστρεντερίτιδες", ιατρικός τύπος, Αρ. φύλλου 7, σελ. 10, Αθήνα 9 Μαρτίου 1990.
- Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ.: Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β, Μέρος 2ο, Έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ.: Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α, Έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1986.
- Ματσανιώτη Ν.: Παιδιατρική, Τόμος Β, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1973.
- Ραγιά Α.: Βασική νοσηλευτική, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Αδελφότητας Ευνίκη, Αθήνα 1987.

