

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική Φροντίδα
ασθενούς με σκολίωση.

Πτυχιακή Εργασία

σπουδάστριάς

Κασούμη Βασιλικής

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή) _____

Ονοματεπώνυμο κα Αζεβιζάτος
Ονοματεπώνυμο κα Γεωργιάδου

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

Ονοματεπώνυμο

- 1) _____ υπογραφή
2) _____
3) _____

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα _____ (ημερομηνία)



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

422

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική Φροντίδα
ασθενούς με σκολίωση.

Πτυχιακή Εργασία

σπουδάστριάς

Κασούμη Βασιλικής

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή) _____

Όνοματεπώνυμο

Όνοματεπώνυμο

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

Όνοματεπώνυμο

1)	_____	_____	υπογραφή
2)	_____	_____	
3)	_____	_____	

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα _____ (ημερομηνία)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

- A. Ορισμός - Τύποι σκολιώσεως

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- A. Ανατομικά στοιχεία Σ.Σ.
- B. Φυσιολογία μυοσκελετικού συστήματος

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- A. Αιτιολογία - Παθολογία
- B. Συχνότητα - Συμπτωματολογία
- Γ. Διάγνωση
- Δ. Θεραπεία

Β ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (νοσηλευτική φροντίδα)

- A. Μη χειρουργική φροντίδα
- B. Νοσηλεία παιδιού με κηδεμόνα - νάρθηκες
- Γ. Νοσηλεία χειρουργικού παιδιού
πρό την εγχείρηση
μετά την εγχείρηση
- Δ. Νοσηλεία παιδιού με "έλξη"
- Ε. Νοσηλεία παιδιού με "γύψο"
- Ζ. Ψυχική υγιεινή του παιδιού
- Η. Εκπαίδευση του παιδιού προς αποκατάσταση
- Ι. Ερευνες - Προοπτική - νέοι ορίζοντες σχετικά με τη σκολίωση στον Ελλαδικό χώρο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (νοσηλευτική διεργασία)

- A. Α Περίπτωση
- B. Β Περίπτωση

Παρελθόν

Η σύγχρονη θεωρία της σκολίωσης άρχισε το 1911 με τον Hibbs απ' τη Νέα Υόρκη ο οποίος έκανε τη πρώτη πετυχημένη σπονδυλοδεσία. Ο Risser συνείσφερε πολλά -γύρω απ' τη σκολίωση- αλλά ιδιαίτερα τον διορθωτικό στηθόδεσμο (Localiter Cast). Ο Blount-Schmitt στα 1941 έδωσαν τον στηθόδεσμο Milwaukee που ήταν η πρώτη μη χειρουργική επιτυχής μέθοδος θεραπείας. Και η συμβολή του Moe ήταν μεγάλη. Χρησιμοποίησε την αρθροδεσία των αρθρικών αποφύσεων, κάνοντας έτσι πιο τέλεια την σπονδυλοδεσία.

Ο Harrington έκανε τη πρώτη επιτυχή μέθοδο εσωτερικής συγκρατήσεως και ο Hodgson μας έδωσε τη πρόσθια σπονδυλοδεσία. Τέλος ο Luque μας έδωσε ένα καινούργιο σύστημα εσωτερικής συγκρατήσεως με αποτέλεσμα ένα τέλειο σύστημα σταθεροποίησης.

Το παρόν

Μη χειρουργική θεραπεία

Η σύγχρονη (τάση της τέχνης) είναι η χρήση σπονδυλοδεσίας σε ελαφρές καμπύλες που δεν απαιτούν χειρουργική θεραπεία π.χ. σε καμπύλες 25° - 45° στ' ανεπτυγμένα παιδιά.

Οι θωρακικές - καμπύλες, θεραπεύονται καλύτερα με Milwaukee σπονδυλοδεσία ενώ οι οσφυϊκές και θωρακοοσφυϊκές με χαμηλή σπονδυλοδεσία. Η θεραπεία της θωρακικής καμπύλης ωστόσο με σπονδυλοδεσία, δεν είναι ακόμα με επιτυχία.

Ελαφρά μη προχωρημένες καμπύλες δεν χρειάζονται ιδιαίτερο τύπο θεραπείας.

Στην άλλη άκρη του φάσματος της πάθησης είναι οι κακοήθεις ανεπτυγμένες ιδιοπαθείς καμπύλες που δεν απαντούν σε κάποιο τύπο μη χειρουργικής θεραπείας.

Η αποτυχία του Milwaukee στηθόδεσμου να ελέγξει αυτές τις καμπύλες δεν πρέπει να θεωρηθεί καθοριστική. Περίπου 20% των περιπτώσεων ανήκουν σ' αυτή τη κατηγορία.

Ακόμα είναι η κατηγορία - των καμπύλων - που απαντά ικανοποιητικά με ηλεκτρική διέγερση.

Οσφυϊκές καμπύλες απαντούν συχνά πολύ καλά στην οσφυϊκή σπονδυλοδεσία. Οι οσφυϊκές σπονδυλοδεσίες είναι εύκολες για τα παιδιά και είναι η συνηθισμένη επιλογή θεραπείας στις αναπτυγμένες οσφυϊκές καμπύλες.

Χειρουργική θεραπεία

Είναι η θεραπεία επιλογής σε καμπύλες $> 45^\circ$ και σε καμπύλες που δεν απαντούν σε σπονδυλοδεσία και χρησιμεύουν σ' αυτή Harrington (ράβδοι) απ' τη μεριά του κοίλου ή επακολουθεί σπονδυλοδεσία και ακινητοποίηση των αγκτήρων του Dwyer από τη πλευρά του κυρτού.

Το μέλλον

Το μέλλον μπορεί να είναι καλύτερο για να καταλάβουμε την αιτιολογία της ιδιοπαθούς σκολίωσης και ένα καλύτερο σύστημα μη-χειρουργικής θεραπείας.

Πιθανότατα, αυτό, να είναι στη περιοχή της ηλεκτρικής διέγερσης.

Η εγχειρητική τεχνολογία θα επιτρέψει την αποφυγή εφαρμογής μετεγχειρητικού γύψου ή στηθόδεσμου ενώ παραλύσεις θ' αποφεύγονται με τη χρησιμοποίηση διεγχειρητικής ηλεκτρονικών συσκευών (monitoring).

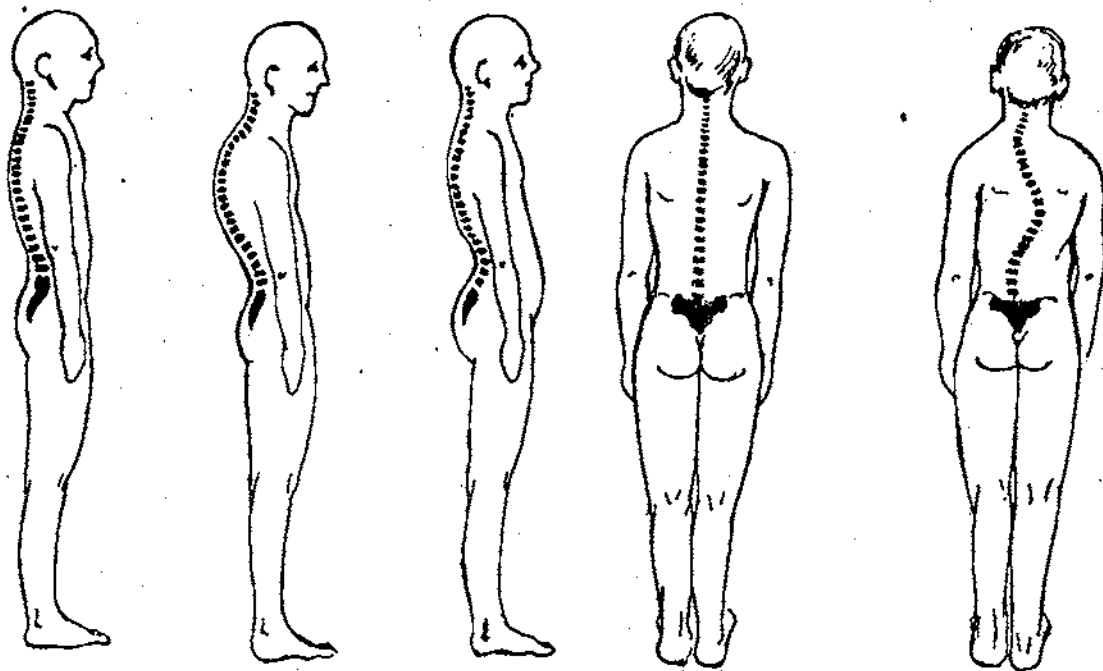
Οποσδήποτε όμως ο αριθμός των εγχειρήσεων θα ελαττωθεί με τη γενίκευση των εξετάσεων των παιδιών για σκολίωση στα σχολεία (school screening).

ΟΡΙΣΜΟΣ

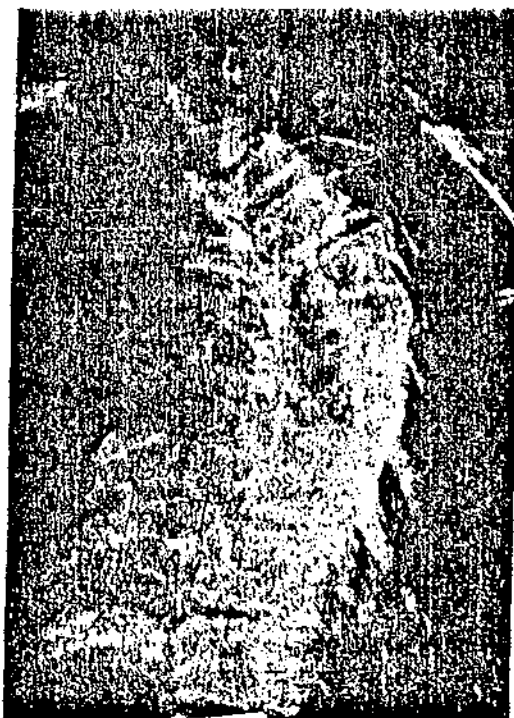
Με τον ορο σκολίωση ορίζεται η πλάγια απόκλιση ή κύρτωση της Σ.Σ., στο κατά μέτωπο επίπεδο. Στο πλάγιο επίπεδο, η Σ.Σ. εμφανίζει φυσιολογικά κυρτώματα. Δύο απ' αυτά στρέφουν το κυρτό προς τα εμπρός (αυχενική και οσφυϊκή μοίρα) και δύο στρέφουν το κυρτό προς τα πίσω (θωρακική και ιεροκοκκυγική μοίρα).

Η αύξηση των κυρτωμάτων αυτών πέραν του φυσιολογικού χαρακτηρίζει παραμορφώσεις της Σ.Σ. όπως σκολίωση-κυφωσολορδωση.

Οι σκολιώσεις διακρίνονται σε λειτουργική και οργανική.



Εικ. 29-1. ΕΠΑΝΩ ΑΡΙΣΤΕΡΑ. (Α) Φυσιολογική σπονδυλική στήλη από το πλάι. (Β) Κύφωση (αύξηση του θωρακικού κυρτώματος). (Γ) Λόρδωση (αύξηση του οσφυϊκού κυρτώματος). ΕΠΑΝΩ ΔΕΞΙΑ. (Α) Φυσιολογική σπονδυλική στήλη στο κατά μέτωπο επίπεδο. (Β) Σκολίωση. ΚΑΤΩ. Ή πλάγια απόκλιση της σπονδυλικής στήλης οφείλεται σε στρόφη των σπονδύλων και των πλευρών.



1) Λειτουργικές: Χαρακτηριστικό τους είναι η διατήρηση της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής των σπονδύλων και η έλλειψη στροφής. Οι καμπύλες είναι κινητές και προσωρινά διορθώσιμες απ' τους ίδιους τους αρρώστους ή το γιατρό. Όταν λείπει η αιτία που τις προκαλεί η Σ.Σ. αποκαθίσταται πλήρως, εφόσον δεν έχουν δημιουργηθεί μόνιμες αλλοιώσεις.

Διακρίνονται σε :

α) αντισταθμιστική ---> Οφείλεται σε ανισοσκελεία και φαίνεται σε όρθια στάση, ενώ εξαφανίζεται σε καθιστή.

β) ανταλγική ---> Παρατηρείται κυρίως σε κρίσεις δισκοκήλης είναι αποτέλεσμα προσπάθειας του οργανισμού να ελατώσει την πίεση του δίσκου πάνω στην αντίστοιχη ρίζα.

γ) στατική ---> Οφείλεται σε κακή στάση. Εξαλείφεται όταν η Σ.Σ. κάμπτεται προς τα μπρος, σε αντίθεση προς τις οργανικές που φαίνονται περισσότερο στην κάμψη.

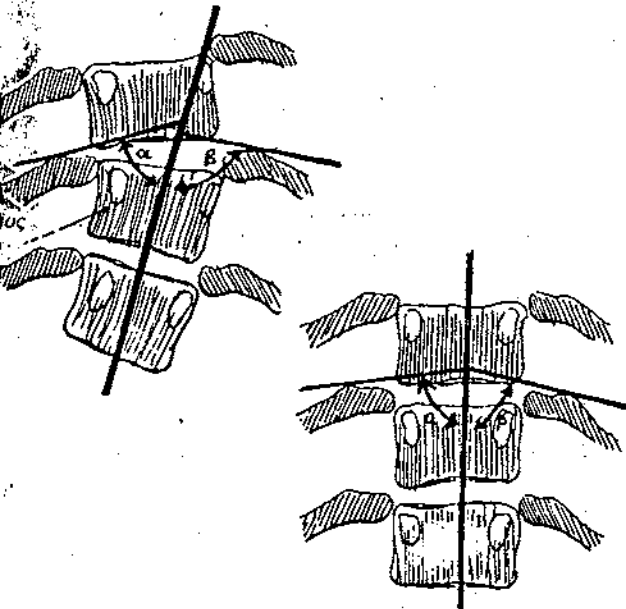
2) Οργανικές : Χαρακτηριστικό τους είναι η στροφή των σπονδύλων καθώς και η δυσκαμψία του κυρτώματος που δε διορθώνεται πλήρως με τη κλίση του κορμιού προς το κυρτό. Η στροφή των θωρακικών σπονδύλων προκαλεί παρεκτόπιση των πλευρών και ασυμμετρία των ημιθωρακίων. Επί πλέον εμφανίζουν ένα πρωτοπαθές κύρτωμα, σπάνια δύο, και ένα ή συνηθέστερα δύο δευτεροπαθή ή αντισταθμιστικά τα οποία στην αρχή διορθώνονται αργότερα όχι.

Τα αντισταθμιστικά κυρτώματα, αναπτύσσονται πάνω και κάτω απ' τα οργανικά σαν προσπάθεια του οργανισμού να διατηρήσει την ευθυγράμμιση του σώματος.

Στις οργανικές σκολιώσεις ανήκουν :

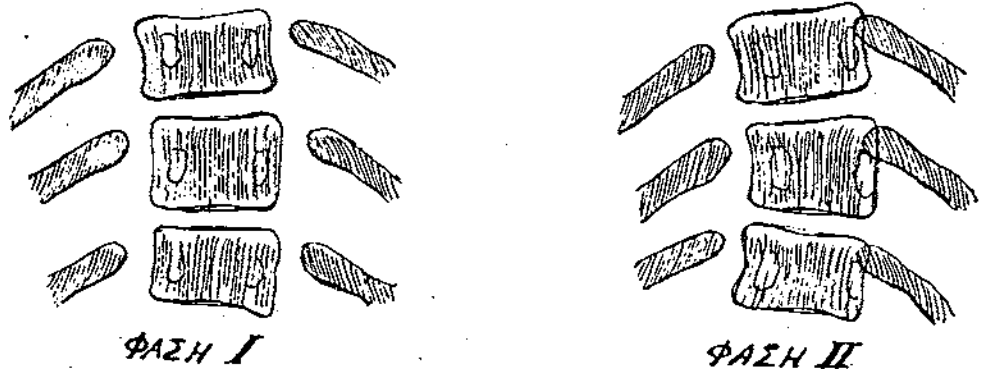
- α) Η συγγενής ----> Οφείλεται σε ανωμαλίες της Σ.Σ. όπως ο συγγενής ημισπόνδυλος, η συνοστέωση σπονδύλων απ' τη μια πλευρά κλπ. Είναι μέτριας βαρύτητας, σπάνια όμως μπορεί να εξελιχθεί σε βαριάς μορφής σκολίωση.
- β) Η παραλυτική ----> Είναι αποτέλεσμα διαταραχής της ισορροπίας των μυών του κορμού από παράλυση που αφορά τη μια πλευρά ή είναι μεγαλύτερη σ' αυτή. Εδώ ανήκουν η σκολίωση από πολιομυελίτιδα, εγκεφαλική παράλυση και μυϊκή δυστροφία.
- γ) Σκολίωση από νευροϊνωμάτωση ----> Ο μηχανισμός δημιουργίας της σκολίωσης στη πάθηση αυτή, δεν έχει διευκρινισθεί. Κλινικό γνώρισμα της πάθησης, είναι οι καφεοειδείς κηλίδες (cafe au lait) στο δέρμα.
- δ) Ιδιοπαθής σκολίωση ---> Είναι η πιο συχνή μορφή σκολίωσης και αποτελεί το 80-85% όλων των μορφών της. Είναι συχνότερη στα κορίτσια σε αναλογία 7:1. Δημιουργείται κατά τη περίοδο της σκελετικής ανάπτυξης και ανάλογα με τη χρονική περίοδο που εμφανίζεται διακρίνεται σε :
- δ_α) νηπιακή
 - δ_β) παιδική
 - δ_γ) εφηβική
 - δ_δ) των ενηλίκων

δ_α νηπιακή ----->



Εμφανίζεται από της γέννησης μέχρι της ηλικίας των τριών ετών. Η πλειονότητα των παιδιών (90%) με νηπιακή σκολίωση έστω και χωρίς θεραπεία, επανέρχεται στο φυσιολογικό. Αντίθετα ένα μικρό ποσοστό επιδεινώνεται ταχέως και η πρόγνωση είναι βαρεία. Το 1972 η Mehta περιέγραψε προγνωστικά σημεία με βάση τα οποία μπορεί να προβλεφθεί αν η νηπιακή σκολίωση θα επανέλθει στο φυσιολογικό ή θα επιδεινωθεί. Τα σημεία αυτά είναι :

Εικ. 29-2. (Α) Στη φυσιολογική σπονδυλική στήλη ή πλευροσπονδυλική γωνία είναι ίδια και από τις δύο πλευρές του σπονδύλου. (Β) Στη νηπιακή σκολίωση ή πλευροσπονδυλική γωνία (μετρούμενη στον κορυφαίο σπόνδυλο) είναι μεγαλύτερη από την πλευρά του κυρτού.



Εικ. 29-3. Η Mehta παρατήρησε ότι στη φυσιολογική σπονδυλική στήλη, όσο και στην ατύχητη μορφή νηπιακής σκολιώσεως, οι κεφαλές των πλευρών βρίσκονται σε απόσταση από την άνω γωνία του σπονδυλικού σώματος (φάση I). Στην επιδεινούμενη μορφή νηπιακής σκολιώσεως (που η Mehta ονόμασε φάση II) η κεφαλή της πλευράς από το κυρτό της σκολιώσεως επικαλύπτει την άνω γωνία του σώματος.

I. Η διαφορά της πλευροσπονδυλικής γωνίας

Σε παιδιά με νηπιακή σκολίωση η Π.Σ. γωνία, μετρούμενη στο κορυφαίο σπόνδυλο είναι πιο μεγάλη προς τη πλευρά του κυρτού απ' αυτή του κοίλου του κυρτήματος. Όταν η διαφορά μεταξύ των

Δύο Π.Σ. γωνιών είναι μεγαλύτερη από 20° πρόκειται συνήθως περί επιδεινούμενης μορφής. Πιο αξιόπιστη γίνεται η μέθοδος αν η διαφορά της Π.Σ. γωνίας μετρηθεί ξανά μετά 3 μήνες. Αν βρεθεί ίδια ή μικρότερη, πρόκειται περί αιτιώμενης μορφής ενώ αν βρεθεί μεγαλύτερη πρόκειται περί επιδεινούμενης μορφής.

II. Η θέση της κεφαλής της πλευράς στις φάσεις I και II.

Κατά την αρχική φάση της σκολίωσης που η Metha ονομάζει φάση I η κεφαλή της πλευράς φαίνεται ακτινογραφικά σε απόσταση και από τις δύο πλευρές του σώματος του σπονδύλου. Καθώς αυξάνει το κύρτωμα, η κεφαλή της πλευράς που βρίσκεται στο κυρτό του κυρτού φαίνεται ακτινογραφικά να επικαλύπτει την άνω

γωνία του σπονδυλικού σώματος. Η ακτινολογική αυτή απεικόνιση της κεφαλής της πλευράς ονομάζεται φάση II και δεν ανευρίσκεται στις αυτοιώμενες μορφές της νηπιακής σκολίωσης.

III. Η πλαγιοκεφαλία.

IV. Το θωρακικό κύρτωμα

(Το 95% των περιπτώσεων το κύρτωμα είναι θώρακα).

V. Το κυρτό αριστερά

(Πάνω από 70-75% των κυρτωμάτων, το κυρτό στρέφεται αριστερά).

VI. Η σχέση αγοριών-κοριτσιών είναι 3:2

IIIX Υπαρξη συγγενών ανωμαλιών εκτός Σ.Σ.

π.χ. βουβονοκλήλη, συγγενής καρδιοπάθεια κ.λ.π.

δ_β) παιδική --->

Εμφανίζεται απ' την ηλικία των 3 χρόνων μέχρι την έναρξη της ήβης. Συνήθως ανακαλύπτεται στην ηλικία των 6 ετών χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν είναι δυνατόν ν' αναπτύσσεται νωρίτερα.

δ_γ) εφηβική --->

Παρουσιάζεται κατά τη περίοδο που μεσολαβεί απ' την έναρξη της ήβης μέχρι τη πλήρη σκελετική ωρίμανση.

δ_δ) Των ενηλίκων --->

Η σκολίωση που υφίσταται κατά τη διάρκεια της ζωής του ενήλικου μετά την πλήρη σκελετική ωρίμανση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ κ ΕΜΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΤΗΣ Σ.Σ.

Το σύμπλεγμα της Σ.Σ. έχει σαν προορισμό τη στήριξη του κορμού και την προστασία των ευγενών οργάνων που περικλείει (μήνιγγες, νωτιαίος μυελός) με ταυτόχρονη εξασφάλιση της κινητικότητας της Σ.Σ..

Η Σ.Σ. εμφανίζει 5 μοίρες :

- α) αυχενική
- β) θωρακική
- γ) οσφυϊκή
- δ) ιερά κ
- ε) κοκκυγική.

Κάθε μία απ' τις οποίες αποτελείται από διαφορετικό αριθμό κυλινδροειδών οστών των σπονδύλων.

Ανάλογα που βρίσκονται, διακρίνουμε τους :

γνήσιους (7 αυχενικούς, 12 θωρακικούς και 5 οσφυϊκούς και ιερούς αντίστοιχα) και τους νόθους (3-4 κοκκυγικούς που συνεστοούνται και αποτελούν το ιερόν οστούν.

Σε κάθε γνήσιο σπόνδυλο διακρίνουμε :

- α) Το σώμα, ένα παχύ μέρος
- β) Το τόξο, πίσω απ' αυτό
- γ) Τις αποφύσεις
- δ) Το σπονδυλικό τμήμα, μεταξύ σώματος και τόξου.

Απ'αυτά το τόξο βρίσκεται όπισθεν του σώματος και εμφανίζει ένα πρόσθιο στενότερο μέρος τον αυχένα, το πέταλο και την άνω-κάτω σπονδυλική εντομή.

Οι εντομές αυτές ενώνονται με παρακείμενα όμοια τμήματα, τα μεσοσπονδύλια, απ' τα οποία εξέρχονται τα νωτιαία νεύρα.

Τοπογραφικά (σ'εγκάρσιο επίπεδο) ο σπόνδυλος με τα μαλακά μέρη που προσφύονται σ'αυτόν, διαιρείται σε πρόσθιο και οπίσθιο τμήμα, με νοητή εγκάρσια γραμμή που περνά κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του οπίσθιου επιμήκους συνδέσμου. Έργο των πρόσθιων τμημάτων των σπονδύλων είναι η μεταφορά συμπιεστικών φορτίων ενώ τα οπίσθια εκπληρούν διπλό σκοπό, δηλαδή α) μεταφέρουν φορτία β) καθορίζουν το είδος κίνησης μεταξύ παρακείμενων σπονδύλων, πράγμα που επιτυγχάνεται με το προσανατολισμό και το σχήμα των αρθρικών και ακανθωδών αποφύσεων των σπονδύλων.

Λειτουργικός πυρήνας της Σ.Σ. είναι η κινητική η μηχανική μονάδα (motion segment) που αποτελείται από ένα μεσοσπονδύλιο δίσκο και δύο παρακείμενους σπονδύλους μαζί με τα μαλακά μέρη που προσφύονται σ'αυτούς.

Αν και το εύρος κίνησης κάθε κινητικής μονάδας, είναι περιορισμένο, εν τούτοις η κινητικότητα της Σ.Σ. είναι ικανοποιητική. Ιδιαίτερα περιοριστικά στοιχεία κινητικότητας είναι ο δακτυλιοειδής σύνδεσμος του δίσκου και οι αρθρικές - ακανθώδεις αποφύσεις των σπονδύλων.

Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος αποτελείται από τον ινώδη δακτύλιο και τον πηκτοειδή πυρήνα. Έχει συμπεριφορά γλοιοελαστική και συμβάλει :

- α) στη μεταφορά και ανακατανομή φορτίων
- β) στη σταθερότητα των ανατομικών στοιχείων της κινητικής μονάδας.

Οι μύες που συμβάλλουν στη κίνηση της Σ.Σ. είτε άμεσα (προσφύονται σ'αυτή) είτε έμμεσα (πχ κοιλιακοί) διακρίνονται σε :

- α) καμπήρες β) πλάγιους καμπήρες, γ) εκτεινόντες & δ) στροφείς.

Η αιμάτωση της Σ.Σ. γίνεται :

α) από μεσοσπονδύλιες αρτηρίες που διέρχονται από τα μεσοσπονδύλια τμήματα. &

β) από Segmental artiries.

Η φλεβική αποχέτευση, εξασφαλίζεται με τρία φλεβικά πλέγματα

α) ενδοστικό

β) εσωτερικό φλεβικό πλέγμα

γ) εξωτερικό φλεβικό πλέγμα, τα οποία επικοινωνούν μεταξύ τους καθώς και με ομοειδή φλεβικά πλέγματα των σπλάχνων.

Τέλος, ο νωτιαίος μυελός περιβάλλεται από ένα πλούσιο αγγειακό δίκτυο στον οποίο ξεχωρίζουν η πρόσθια και οι οπίσθιες νωτιαίες αρτηρίες.

Με βάση τα παραπάνω ανατομικά στοιχεία, γίνεται προσπάθεια να κατανοήσουμε τη δομή της Σ.Σ. και κατά συνέπεια να τονιστεί ότι η παραμόρφωσή της επιδρά και έχει δυσάρεστες συνέπειες σε ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος, όπως η καρδιά ή ο νωτιαίος μυελός, ο εγκέφαλος κλπ.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ

Η ακριβής αιτιολογία της πάθησης δεν είναι γνωστή. Η συχέτιση με βαριές σχολικές τσάντες ή κακή στάση στο γράψιμο, δεν έχει βάση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι στην εμφάνισή της, παίζουν ρόλο παράγοντες κληρονομικοί, ορμονικοί, μηχανικοί καθώς και διατροφής. Σήμερα δεν υπάρχει πλέον αμφιβολία ότι σε 30% περίπου των περιπτώσεων ιδιοπαθούς σκολίωσης υπάρχει κληρονομική επιβάρυνση. Από τελευταίες έρευνες που έγιναν, προκύπτουν ενδείξεις ότι στα ψηλά και αδύνατα παιδιά καθώς και σ'αυτά με ξανθά μαλλιά και γαλανά μάτια, σκολίωση εμφανίζεται πιο συχνά. Μετά την εξάλειψη της πολυομυελίτιδας απ'τις αναπτυγμένες χώρες ο μεγαλύτερος αριθμός σκολίωσης ανήκει στο λεγόμενο "διδωπαθή" τύπο. Στις περιπτώσεις αυτές η παραμόρφωση γίνεται αντιληπτή απ'το παιδί ή το περιβάλλον του, συνήθως στην ηλικία 11 ή 12 ετών.

Η σκολίωση βέβαια δεν παρουσιάζεται ξαφνικά στην ηλικία αυτή αλλά είναι το αποτέλεσμα ενός παθολογικού μηχανισμού που εργάζεται αθόρυβα αλλά σταθερά, πολύ πριν την εκδήλωσή της, πιθανότατα απ'την έναρξη της βάδισης ή ακόμα νωρίτερα.

Ο James (1976) αναφέρει ότι "η σκολίωση δεν είναι πάθηση, αλλά παραμόρφωση της Σ.Σ., που προκαλείται από τη δράση διαφόρων βλαπτικών παραγόντων, για τους οποίους όμως δεν ξέρουμε σχεδόν τίποτα".

Ο γνωστός ερευνητής και φιλόσοφος της Ιατρικής Arthur Steindler (1955) θεωρώντας τη παθολογική μηχανική της σκολίωσης στο βιβλίο του "Κινησιολογία του ανθρώπινου σώματος" γράφει "είναι πράγματι λυπηρό που η γνώση μας για τα αίτια της σκολίωσης δεν ξεπέρασαν το στάδιο των παρατηρήσεων. Εκείνο όμως που γνωρίζουμε είναι ότι μηχανικοί παράγοντες, εργάζονται σ'όλες τις περιπτώσεις, συμβάλλοντας στην εμφάνιση της παραμόρφωσης.

Αναγνωρίζουμε ότι αυτοί οι παράγοντες είναι γενικοί, αλλά μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις για σχεδόν άγνωστους λόγους, υπάρχει μια προδιάθεση παραμόρφωσης, υπό την επίδραση των μηχανικών αυτών παραγόντων".

Αντιστέφοντας το συλλογισμό του Steindler θα μπορούσαμε να πούμε ότι η πλειονότητα των σπονδυλικών στηλών, λόγω επάρκειας ή φυσιολογικής αντίστασης στις δυνάμεις παραμόρφωσης δεν παρουσιάζουν σκολίωση.

Τι σημαίνει όμως ανεπάρκεια της Σ.Σ.:

Η διατήρηση της σωστής όρθιας στάσης του ανθρώπου και κατά συνέπεια της σωστής στάσης της Σ.Σ. ρυθμίζονται από ένα σύστημα αντανακλαστικών, που είναι γνωστά ως αντανακλαστικά στάσης (Postural reflexes). Τα αντανακλαστικά αυτά που περιγράφηκαν για πρώτη φορά απ' τον Magnus (1924) και μελετήθηκαν απ' τον Carpenter (1963), Kohen (1968) και άλλους ερευνητές, αρχίζουν απ' το λαβύρινθο, τα μάτια και τους ιδιουποδοχείς του σώματος και καταλήγουν στα κέντρα του μυϊκού τόνου, (στο επίπεδο της γέφυρας του δικτύοτου σχηματισμού), στο εγκεφαλικό στέλεχος, όπου βρίσκονται και τα κέντρα των κινήσεων των ματιών. Αυτά τα κέντρα, συνδεδεμένα με άλλα που βρίσκονται σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, ρυθμίζουν το μυϊκό τόνο και τη στάση του σώματος δια μέσου του δικτυονωτιαίου δερματίου και του εσω επιμήκους δερματίου. Η όρθια στάση ελέγχεται επομένως από ένα σύστημα κλειστού κυκλώματος, που είναι γνωστό και ως κυβερνητικό σύστημα και οποιαδήποτε διαταραχή της λειτουργίας του, επηρεάζει το μηχανισμό ανατροφοδοτήσεως με αποτέλεσμα την ανικανότητα της διορθώσεως στατικών παρεκλίσεων.

Υπάρχει ακόμα η άποψη ότι η ιδιοπαθής σκολίωση είναι αποτέλεσμα μίας ασύμμετρης μυϊκής αδυναμίας ή υποτονίας που μπορεί να οφείλεται σε ελαφρά μη εξελικτική μυοπάθεια (Yarom και συν. 1982, Tronte J. και συν. 1979, 1983, Sahgal και συν. 1983) ή σε βλάβη της κινητικής ή αισθητικής νεύρωσης των παρασπονδυλικών μυών (Taffis και συν. 1979, Pincott και συν. 1984). Δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί αν οι τύποι των ωευρομυϊκών βλαβών που αναφέρθηκαν αποτελούν την αιτία της σκολίωσης ή απλά μια απ' τις ανωμαλίες που τη συνοδεύουν.

Η R.Wynne - Danes (1968) πιστεύει ότι η αιτιολογία της σκολίωσης είναι πολλαπλή (Multi factorial) και δίδει ιδιαίτερη έμφαση στο γενετικό στοιχείο. Αναλύοντας 113 περιπτώσεις ιδιοπαθούς σκολίωσης, παρατηρεί ότι σε 15 απ' αυτές η παραμόρφωση συνοδεύονταν από πνευματική καθυστέρηση ή επιληψία. Το στοιχείο αυτό βέβαια δεν έχει αξιοποιηθεί ή σχολιαστεί, μέχρι σήμερα. Σε μελέτη 1000 περίπου πνευματικά καθυστερημένων παιδιών σχολικής ηλικίας, στη περιοχή Αθηνών (Δρετάκης και συν. 1978) βρέθηκε ότι η συχνότητα της σκολίωσης ήταν 3 περίπου φορές και της κύφωσης 6 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με φυσιολογικά παιδιά της ίδιας ηλικιακής δομής. Το στοιχείο αυτό, που είναι μοναδικό στη βιβλιογραφία, ενισχύει τη ωευρολογική (κεντρική ή εγκεφαλική) αιτιολογία της σκολίωσης και της κύφωσης.

Πολύ ενδιαφέρουσα, είναι η σχετική εργασία του J.M. Blatt και συν. με τίτλο "Impaired Calcium Pump activity - a Scoliosis" που παρουσιάστηκε στο συνέδριο του Dubrovnik τον Οκτώβριο του 1983.

Οι παραπάνω ερευνητές βρήκαν αυξημένη συγκέντρωση ασβεστίου στο μεσοκυττάριο χώρο των μυών ασθενών με ιδιοπαθή σκολίωση, σε σχέση με μη σκολιωτικούς. Όπως διαπίστωσαν, η διαταραχή αυτή οφείλετο

στη χαμηλή δραστηριότητα του ενζύμου (α^2 + ATRASE στους μύς των σκολιωτικών σε σχέση με τη δραστηριότητα του ίδιου ενζύμου στους μύς μη σκολιωτικών).

Παρά τη μεγάλη πρόοδο σ' όλους τους τομείς ακόμα πολλά προβλήματα που πρέπει να λυθούν και πολλή δουλειά περιμένει τους ερευνητές για να δοθεί απάντηση σε ερωτήματα όπως :

- Γιατί προσβάλλονται συχνότερα τα κορίτσια;
- Γιατί ένας αριθμός ελαφρών ή μέτριων καμπύλων αποκαθίστανται χωρίς θεραπεία;
- Γιατί ένα μικρότερο ποσοστό καμπύλων εξελίσσονται σταθερά, παρά την έγκαιρη και σωστή συντηρητική θεραπεία;
- Τι σημαίνει κληρονομικότητα στη σκολίωση; Τι κληρονομείται;
- Υπάρχει κάποια μεταβολική, ορμονική, ενζυμική, ή άλλη διαταραχή που απορυθμίζει τα κέντρα που ελέγχουν το μυϊκό τόνο και τα αντανακλαστικά στάσης;

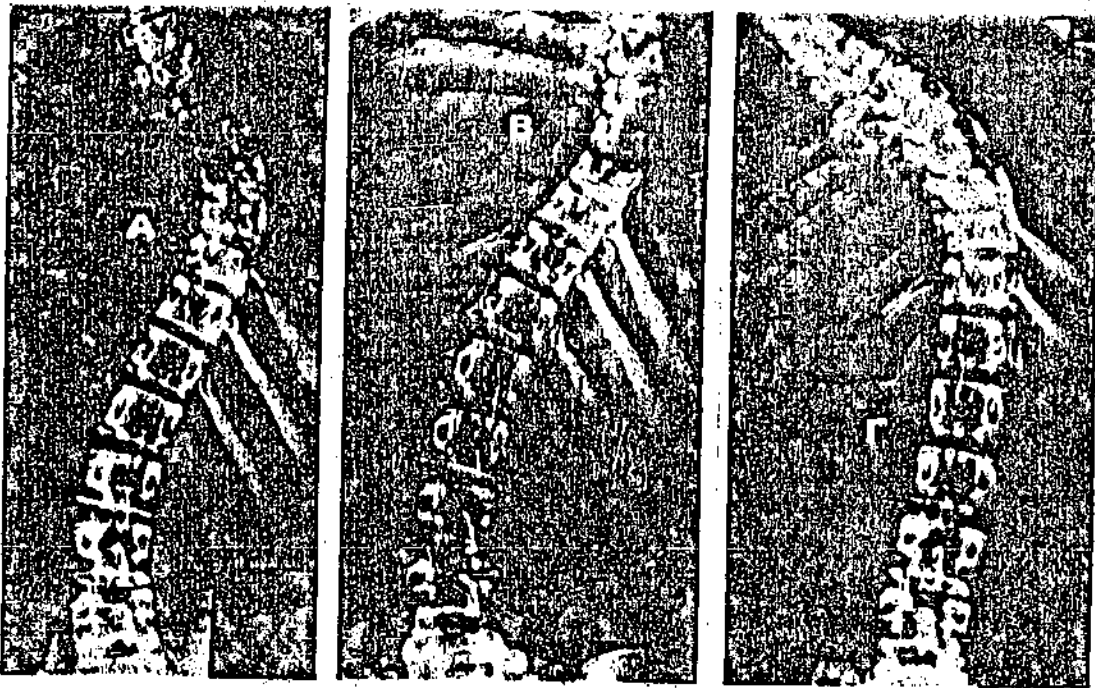
Η απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα καθώς και άλλα πολλά θα δοθεί ύστερα από συνδισασμένες έρευνες που γίνονται από τώρα σε ορισμένα κέντρα και στα οποία συμμετέχουν ορθοπεδικοί, νευροανατόμοι, νευροφυσιολόγοι, βιοφυσικοί, ψευροακτινολόγοι, κλπ και όσοι άλλοι χρειάζονται στη πορεία αυτής της μεγάλης προσπάθειας για τη κατανόηση του παθογενετικού μηχανισμού της ιδιοπαθούς σκολίωσης.

ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΥΡΤΩΜΑΤΩΝ

Στη Σ.Σ. του ασθενούς με σκολίωση δυνατόν να υπάρχουν περισσότερα από ένα κυρτώματα:

Όργανικό ----> καλείται το κύρτωμα το οποίο είναι δύσκαμπτο και δε διορθώνεται πλήρως κατά τον ακτινογραφικό έλεγχο στη δεξιά και αριστερή θέση.

Αντισταθμιστικό ----> καλείται το κύρτωμα που αναπτύσσεται πάνω ή κάτω απ' το οργάνικό και βοηθάει στη διατήρηση της ευθυγραμμίσεως του σώματος. το αντισταθμιστικό είναι δυνατόν με τη παροδο του χρόνου ν' αποκτήσει χαρακτήρες οργάνικου.

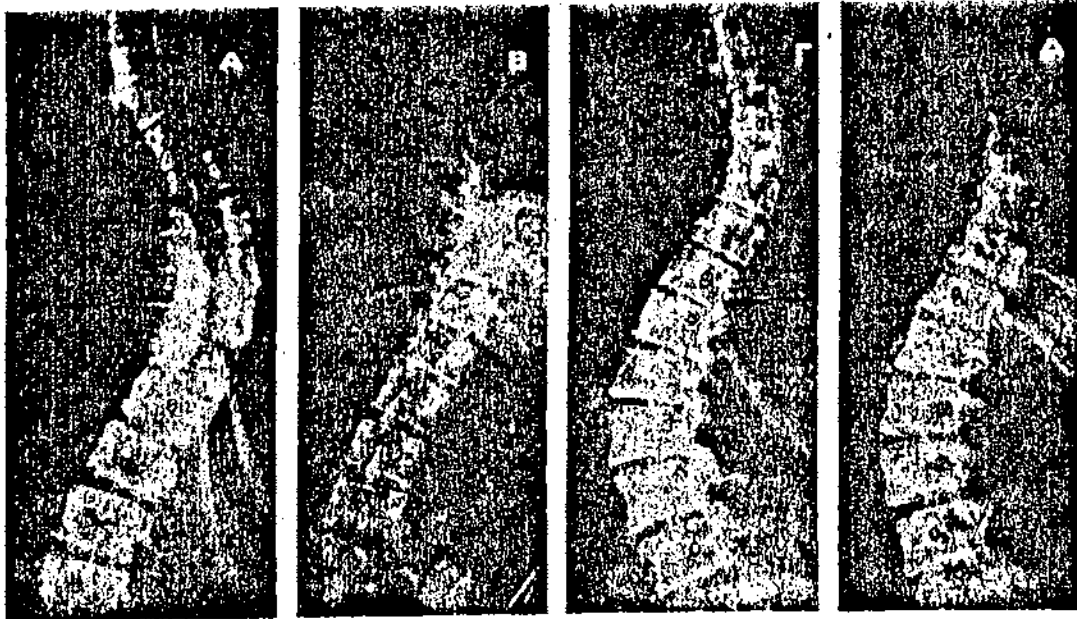


Εικ. 29-4. Ίδιοπαθής σκολίωση. Το όργανικό κύρτωμα (το όποιον εδώ αφορά στη θωρακική μοίρα) είναι δύσκαμπτο και δεν διορθώνεται πλήρως στη δεξιά πλάγια κλίση (B). Το αντισταθμιστικό κύρτωμα, που δεν έχει χαρακτήρες οργάνικου, εϋθειάζεται πλήρως κατά την πλάγια κλίση του κορμού αριστερά (Γ).

Τα κυρτώματα, παίρνουν την ονομασία τους, ανάλογα με τη μοίρα της Σ.Σ. στην οποία στρέφουν το κυρτό τους πχ ως δεξιό θωρακικό νοείται κύρτωμα της θωρακικής μοίρας με το κυρτό δεξιά. Κυρτώματα είναι δυνατόν ν'αναπτύχθουν σ'όλο το μήκος της Σ.Σ.

Τα πλέον χαρακτηριστικά είναι :

- 1) Δεξιό θωρακικό : Είναι το πιο συνηθισμένο. Εκτείνεται από τους $\theta_{5,6}$ σπονδύλους μέχρι $\theta_{11,12}$. Έχει τη τάση να γίνει πολύ γρήγορα δύσκαμπτο και συνοδεύεται από μεγάλη στροφή των σπονδύλων και υβο των πλευρών. Από αισθητικής πλευράς προκαλεί τη χειρότερη παραμόρφωση.
- 2) Θωρακοοσφυϊκό κύρτωμα : Είναι το επόμενο από άποψη συχνότητας. Εκτείνεται απ'τους $\theta_{5,6}$ σπονδύλους μέχρι $\theta_{1,2}$. Είναι μακρό κύρτωμα και παραμένει αρκετό χρόνο εύκαμπτο. Είναι δυνατόν να στρέφεται είτε δεξιά είτε αριστερά. Από αισθητικής πλευράς δεν προκαλεί, τόσο μεγάλη παραμόρφωση, όσο το θωρακικό. Επειδή όμως δεν αντισταθμίζεται πάντοτε ικανοποιητικά προκαλεί διατάραξη της ισορροπίας και ευθυγραμμίσεως του σώματος.
- 3) Οσφυϊκό κύρτωμα : Εκτείνεται από $\theta_{11,12}$ μέχρι $\theta_{4,5}$. Συνήθως στρέφει το κυρτό προς τα αριστερά. Δε προκαλεί πολύ σοβαρή παραμόρφωση από αισθητικής πλευράς, αλλά με τη πάροδο του χρόνου γίνεται δύσκαμπτο και κατά την ενήλικη ιδίως στα παχύσαρκα άτομα, προκαλεί πόνο συνέπεια αρθριτικών αλλοιώσεων.



Εικ. 29-5. Οι χαρακτηριστικότερες μορφές κυρτωμάτων είναι (Α) Θωρακικό, (Β) Θωρακο-σφυϊκό, (Γ) Όσφυϊκό και (Δ) Διπλό οργανικό.

4) Διπλό οργανικό : Συνίσταται από δύο κυρτώματα, τα οποία αναπτύσσονται ταυτόχρονα και έχουν χαρακτηριστικές οργανικών απ' την αρχή. Από πλευράς αισθητικής η παραμόρφωση δεν είναι μεγάλη, λόγω της συμμετρικότητας των κυρτωμάτων. Επειδή το ένα αντισταθμίζει το άλλο δε δημιουργεί πρόβλημα ισορροπίας του κορμού.

Γενικά όσο νωρίτερα εμφανίζεται το κύρτωμα τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση. Το θωρακικό και το διπλό οργανικό κύρτωμα επιδεινώνονται σαφώς περισσότερο από το σφυϊκό και το θωρακικό

οσφυϊκό. Κυρτώματα κάτω από 40ο κατά τη μέση ή το τέλος της εφηβείας καθόλου ή ελάχιστα επιδεινώνονται. Αντίθετα, κυρτώματα πάνω από 60ο συνεχίζουν να επιδεινώνονται και κατά την ενήλικη ζωή. Κυρτώματα 10 - 30ο που υπάρχουν πριν από την έναρξη της έμμηνης ρύσεως επιδεινώνονται σε περισσότερο από 50% των περιπτώσεων ενώ μετά την έναρξη της σε 10 - 15%.

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΥΡΤΩΜΑΤΟΣ

Η μέτρηση της γωνίας τωνκυρτωμάτων αποτελεί τη βάση για να παρακολουθήσουμε πως εξελίσσεται μια σκολίωση και ποιό είναι το αποτέλεσμα μιας θεραπευτικής αγωγής. Από τις υπάρχουσες μεθόδους για τη μέτρηση του σκολιωτικού κυρτώματος η μέθοδος Cobb θεωρείται η πιο αξιόπιστη. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη μέτρηση είναι ο καθορισμός σε κάθε κύρτωμα του άνω και κάτω ακραίου σπονδύλου.

α) Άνω ακραίος σπόνδυλος

Βρίσκεται στο άνω άκρο του κυρτώματος και δεν έχει στροφή. Η στροφή του σπονδυλικού σώματος φαίνεται στη προσθιοπίσθια ακτινογραφία από την ασύμμετρη θέση της ακανθώδους απόφυσης και από το ασύμμετρο σχήμα των ωοειδών τρημάτων που απεικονίζουν τους αυχένες του σπονδυλικού σώματος δεξιά και αριστερά απ'την ακανθώδη απόφυση και τα ωοειδή τρήματα απεικονίζονται συμμετρικά πάνω στο σώμα του σπονδύλου. Έτσι, άνω ακραίος σπόνδυλος θεωρείται αυτός του οποίου η άνω επιφάνεια κλίνει περισσότερο προς το κοίλο του κυρτώματος.

β) Κάτω ακραίος σπόνδυλος

Έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με τον άνω αλλά ανάστροφα. Βρίσκεται στο κατώτερο μέρος του κυρτώματος. Το μεσοσπονδύλιο διάστημα που σχηματίζεται απ'τη κάτω επιφάνειά του είναι

συμμετρικό ή ευρύτερο προς το κοίλο του κυρτώματος. Έτσι κάτω ακραίος θεωρείται αυτός του οποίου η κάτω επιφάνεια κλείνει περισσότερο προς το κοίλο του κυρτώματος.

Σύμφωνα λοιπόν με τη μέθοδο Cobb, φέρνουμε μια ευθεία που εφάπτεται στην άνω επιφάνεια του άνω ακραίου σπονδύλου και μια άλλη που εφάπτεται στην κάτω επιφάνεια του κάτω ακραίου. Η γωνία που σχηματίζουν οι κάθετες πάνω στις προηγούμενες γραμμές δίνει σε μοίρες τη γωνία του κυρτώματος (γωνία σκολίωσης).

ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ - ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΥΡΤΩΜΑΤΩΝ

Το μέγεθος της καμπύλης με τη μέθοδο Cobb όπως περιγράφηκε πιο πάνω, όχι μόνο είναι ένα αξιόλογο προγνωστικό στοιχείο αλλά χρησιμεύει και στη μέτρηση της σταθερότητας, αύξησως ή βελτιώσεως της σκολίωσης.

Σε γενικές στατιστικές τα σκολιωτικά παιδιά διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες :

- A. Με ελάχιστες καμπύλες κάτω από 10°
- B. Με μικρές καμπύλες από $10^\circ - 19^\circ$
- Γ. Με μεσαίες καμπύλες από $20^\circ - 35^\circ$
- Δ. Με μεγάλες καμπύλες από $40^\circ - 60^\circ$
- Ε. Με πολύ μεγάλες καμπύλες πάνω από 60° .

Σαν χειροτέρευση της καμπύλης εννοούμε αύξηση απ' την ελάχιστη και μικρή στη μεσαία κατηγορία. Από κεί και πέρα στη χειροτέρευση λογαριάζεται η αύξηση από 5° και άνω.

Οι καμπύλες $5^\circ - 9^\circ$ είναι σταθερές στα 99% και πλέον των περιπτώσεων.

Η Εταιρεία Ερεύνης της Σκολίωσης (S.R.S.) καθόρισε τις 20° σαν το κατώτατο όριο καμπύλης σε κλινική σημασία. Μέχρι τις 30° θεωρούνται καλοήθεις αν και το 50% απ' αυτές χειροτερεύουν. Αν παραμείνουν κάτω από 30° θεωρούνται σταθερές εφ' όρου ζωής.

Πρόγνωση ως προς την εξέλιξη της σκολίωσης δεν είναι δυνατόν να γίνει. Γεγονός είναι ότι η σκολίωση εξελίσσεται σ' όλη τη διάρκεια της σκελετικής αύξησης δηλαδή έχρι τα 16 περίπου χρόνια στα κορίτσια και 18 στ' αγόρια. Ειδικά στα κορίτσια όσο νωρίτερα αρχίζει η περίοδος, τόσο νωρίτερα ωριμάζει ο σκελετός και επομένως σταματά η επιδείνωση της σκολίωσης.

Η παραμόρφωση δεν αυξάνεται με σταθερό ρυθμό σε συνάρτηση με την ηλικία. Υπάρχουν περίοδοι που αυξάνεται και άλλες που μένει αμετάβλητη. Συνήθως χειροτερεύει κατά τη περίοδο της έντονης αύξησης του σκελετού. Όσο χαμηλότερα είναι το πρωτοπαθές κύρτωμα, τόσο καλύτερη είναι η εξέλιξη. Έτσι η οσφυϊκή σκολίωση έχει γενικά καλύτερη πρόγνωση από τη θωρακική. Η σύγκλειση των επιφύσεων των λαγονίων, οι οποίες προχωρούν από την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα προς την οπίσθια, καθορίζει κατά κανόνα το σταμάτημα της εξέλιξης της σκολίωσης.

Μετά την ωρίμανση του σκελετού είναι δυνατή η επιδείνωση κατά 2-3 μοίρες μεγάλων σχετικά σκολιώσεων στις γυναίκες κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι σκολιωτικοί αρρωστοί παρακολουθούνται υποχρεωτικά κάθε τρεις μήνες, αλλά και συχνότερα σε περιόδους ταχείας αύξησης του σκελετού.

Γενικά η σκολίωση εκτός από την σπονδυλαθρίτιδα, στην οποία οδηγεί σε μεγάλη ηλικία, είναι και πρόβλημα αισθητικής, διότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων παραπονείται για τη παραμόρφωση του σώματος. Για γωνίες πάνω από 50° είναι επι πλέον και πρόβλημα καρδιοαναπνευστικό, ενώ για γωνίες μεγαλύτερες από 80° υπάρχει πρόβλημα κινδύνου παραπληγίας, αλλά και ορίου ζωής.

Συμπτώματα

- α) Παραμόρφωση του κορμού.
- β) Με τη πάροδο του χρόνου, εμφανίζεται άλγος που εντοπίζεται στη κορυφή του πρωτοπαθούς κυρτώματος, ή διάχυτη ραχιαλγία που οφείλεται στο μυικό κάματο.
- γ) Προέχει ο ώμος και η λαγόνιος ακρολοφία.
- δ) Οστεοαρθριτικές αλλοιώσεις, που αναπτύσσονται κατά τη 3η και 4η δεκαετία και εκδηλώνονται με πόνο. Συχνότερη εντόπιση της σπονδυλοαρθρίτιδας, είναι η οσφυική μοίρα της σπονδυλικής στήλης.
- ε) Ριζιτικά ενοχλήματα, απότοκα της οστεοαρθρίτιδας των σπονδύλων.

Διάγνωση

Η ορθοπεδική φροντίδα του σκολιωτικού παιδιού είναι συνήθως μακροχρόνια και μπορεί στη πορεία της να περιβάλλει τη χρήση ορθοπεδικών κηδεμόνων ή γύψων καθώς και μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις. Για το λόγο αυτό η λεπτομερής κλινική αξιολόγηση κάθε περίπτωσης είναι ουσιαστική. Ο ορθοπεδικός απ' την πρώτη επαφή με τους ενδιαφερόμενους με υπομονή - ευγένεια και ανθρωπισμό πρέπει να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης που είναι απαραίτητο. αφ' ενός μεν να μετριάσει τη συναισθηματική φόρτιση που έχει παιδί - γονής αφ' ετέρου να κατανοήσει την πάθηση, πιθανόν την αιτιολογία της και τον τρόπο θεραπείας.

Απαιτείται η λήψη λεπτομερούς ιστορικού του παιδιού, από την ενδομήτρια ακόμη ζωή του, καθώς και το ιστορικό της οικογένειας που μπορεί να δώσουν καθοριστικές πληροφορίες για τα αίτια της πάθησης και εξέλιξης της. Η σχολαστική φυσική εξέταση του παιδιού

στη πρώτη του προσέλευση στο ιατρείο είναι επιτακτική. Η καταγραφή και παρακολούθηση όλων των δεδομένων της σωματικής ανάπτυξης του παιδιού και ειδικά κατά τη διάρκεια της εφηβίας του, δίνουν χρήσιμες πληροφορίες για την εξέλιξη και πρόγνωση της κάθε περίπτωσης. Η μελέτη και αξιολόγηση των ακτινολογών και άλλων εργαστηριακών δεδομένων αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στη τελική διάγνωση και τον καθορισμό της στρατηγικής για την αντιμετώπιση της πάθησης.

Η σκολίωση όπως τονίστηκε είναι μια σύνθετη παραμόρφωση της Σ.Σ. που δημιουργείται και στα τρία επίπεδα κατά μέτωπο, πλάγιο και οριζόντιο.

Η face ακτινογραφία μας βοηθά να καθορίσουμε το μέγεθος της σπονδυλικής στροφής καθώς και τη παραμόρφωση στο οριζόντιο επίπεδο.

Όπως αναφέρει ο καθηγητής Dickson η πλάγια ακτινογραφία, πολλά υπόσχεται για την αξιολόγηση της παραμόρφωσης, στο profil επίπεδο.

Για πλήρη ακτινολογικό έλεγχο στη σκολίωση, χρειάζεται ακτινογραφία που να περιλαμβάνει ολόκληρη τη Σπονδυλική Στήλη, απ' την αυχενική μέχρι και την ιεροκοκυγική μοίρα.

Πρόσφατα ο έλεγχος της Σπονδυλικής παραμόρφωσης γινόταν με διάφορες ακτινογραφίες.

- face σε όρθια θέση
- face σε κατακεκλιμένη θέση
- face σε κάμψη δεξιά και αριστερά
- profil σε όρθια θέση.

Με τα τελευταία δεδομένα για ακτινοπροστασία περιοριζόμαστε εκτός ορισμένων εξαιρέσεων στη μελέτη της face σε όρθια θέση.

Σ'αυτές γίνεται :

- Επισκόπηση (γενική ιδέα)
- Επιβεβαίωση όρθιας θέσης, έκταση, ακτινογραφία.
- Καθορισμός καμπυλών, μεγέθους, μορφής, κορυφαίος, ακραίος.
- Είδος καμπύλης
- Σφηνοειδείς δίσκοι και σπόνδυλοι
- Αριθμός σπονδύλων καμπύλης
- Σπονδυλική στροφή
- Σκελετική ωρίμανση (επιφασιακές πλάκες, Ris ser)
- Καθορισμός είδους Σκολιώσεως (ιδιοπαθής, συγγενική κλπ)
- Μέτρηση Cobb - Σημεία Merha

Το κύριο ακρινολογικό διαγνωστικό πρόβλημα εντοπίζεται κυρίως στις πλέον ινητικές μοίρες της Σ.σ. ηλαδή στην αυχενική και οσφυϊκή μοίρα όπου ο προσανατολισμός των οπισθίων αρθρώσεων είναι σε τελείως διαφορετικά επίπεδα, πράγμα που χρειάζεται ακτινογραφία σε ειδικές θέσεις για την απεικόνισή τους.

Τέλος οι αξονικές τομογραφίες και το μυελογράφημα, βοηθούν καθοριστικά κυρίως στην απεικόνιση του σπονδυλικού σωλήνα, καθώς και στην σκιαγράφηση των μαλακών μορίων της περιοχής.

Εκτός βέβαια απ'τον ακτινολογικό έλεγχο εκείνο που προηγείται είναι η φυσική εξέταση του ατόμου.

α) Ενδιαφέρει η εξέταση της συμμετρικότητας της ράχως πάνω απ'τη λεκάνη. Σημειώνουμε τις ακανθώδεις αποφύσεις με δερμογράφο. Με νήμα στάθμης που τοποθετείται αμέσως κάτω από το ινιακό όγκωμα, διαπιστώνουμε τη συμμετρία του κορμου, όταν το νήμα διέρχεται απ'τη γλουτιαία σχισμή. Η θέση της λεκάνης, διαπιστώνεται με τη συμμετρία του τριγώνου του Michaellis.

β) Όταν ο άρρωστος θέτει σε πρόσθια κάμψη το κορμό διαπιστώνεται η στροφική παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης και τότε γίνεται η ακριβής μέτρηση του σπονδυλοπλευρικού ύβου. Σε πρωκτική θέση διαπιστώνεται η ελάττωση της παραμόρφωσης. Τέλος, μετρούμε τα κάτω άκρα και το ύψος του πάσχοντα σε όρθια θέση και αναζητούμε σημεία γενικευμένης νόσου, όπως πχ καφεοειδείς κηλίδες για νευροινωμάτωση, τοπική υπερτριχωση για μυελοδυσπλασία, μυικές παραλύσεις για πολιομυελίτιδα κ.α.

Δ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

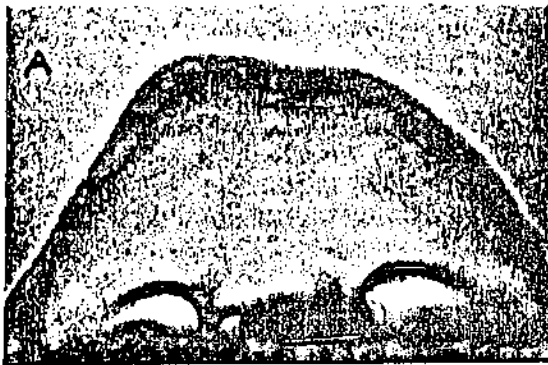
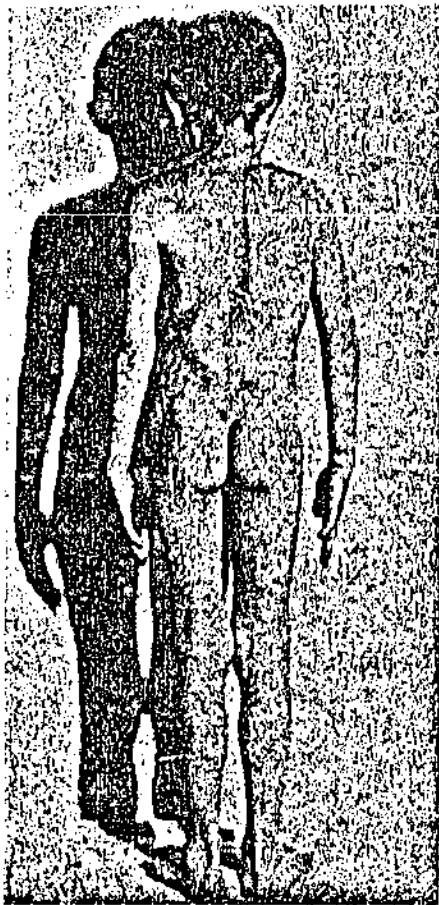
Η θεραπεία της σκολιώσεως διακρίνεται σε :

- I. Προληπτική
- II. Συντηρητική
- III. Χειρουργική
- IIV. Μέθοδος της ηλεκτρικής διέγερσης

I. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ

Ο τομέας της πρόληψης είναι αυτός που σύμφωνα με τη γνώμη πολλών επιστημόνων θα βοηθήσει σημαντικά στο να μειωθεί το μεγάλο ποσοστό σκολιωτικών παιδιών που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια και αυτός στον οποίο θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα.

Με τον καθορισμό κοινών "Standards" από όλες τις ενδιαφερόμενες πλευρές Πολιτεία - Πολίτες - Σχολείο - Οικογένεια πρέπει να γενικευτεί το λεγόμενο "school - screening" κορίτσια και αγόρια ηλικίας 8 -14 ετών πρέπει να υποβάλλονται μία φορά το χρόνο στο σχολείο τους στο test της επκύψεως. Μ'αυτό το είδος της εξέτασης - απλή επίκυψη με τα ισχία σε κάμψη 90° - είναι εύκολο στον εξετάζοντα, που δε χρειάζεται να είναι γιατρός, να αποκαλύψει ακόμη και μικρού βαθμού παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης.



Εικ. 29-7. Η σπουδαιότητα του test επικύφως είναι ότι μπορεί να αποκαλύψει άκμή και μικρού βαθμού παραμορφώσεις (Α). Ένώ σε μεγάλους ύψους προσδιορίζει ακριβέστερα το μέγεθος τους (Β).

Αν το test της επικύψεως αποδείξει θετικό, υπάρχει δηλαδή έστω και μικρού βαθμού παραμόρφωση, το παιδί κατευθύνεται σε ειδικό Ορθοπεδικό Κέντρο, όπου υπάρχει μονάδα σκολιώσεως. Εφόσον η σκολίωση δεν υπερβαίνει τις 20° η θεραπεία συνίσταται σε περιοδική παρακολούθηση ανά 4-6 μήνες και κινησιοθεραπεία. Οι ασκήσεις δεν αναστέλλουν την εξέλιξη της σκολίωσης. Η σταθεροποίηση περιπτώσεων που στο παρελθόν αποδόθηκε στις ασκήσεις, ξέρουμε σήμερα ότι οφείλεται στη φύση της πάθησης, που σε σημαντικό ποσοστό σταματά για άγνωστους λόγους να εξελίσσεται (αυτοαναστολή). Παρόλα αυτά οι ασκήσεις είναι σωστό να γίνονται, ακόμη και όταν το παιδί φοράει μηχανήματα. Διότι βελτιώνουν τη κινητικότητα της Σ.Σ. και βοηθούν στην καλύτερη ανάπτυξη του μυϊκού συστήματος.

Επίσης οι φωτογραφικές μέθοδοι ή οπτικές επιφανειακές μετρήσεις (φωτογραμετρία, τεχνική Moirée) συνεχώς βελτιωμένες υιοθετούνται σε μεγάλη κλίμακα και χρησιμοποιούνται στις προληπτικές εξετάσεις για την αποφυγή των κινδύνων της ακτινοβολίας που είναι ιδιαίτερα μεγάλοι στα κορίτσια.

Ηδη το Commac του Biomedical Engineering της EOK (1984) υιοθέτησε πρόταση ομάδας ερευνητών του Πανεπιστημίου του Munster για προώθηση του θέματος στα τρέχοντα ερευνητικά προγράμματα και αναμένεται η οργάνωση Workshops και άλλων εκδηλώσεων.

Στην Ελλάδα γίνεται η σχετική προετοιμασία για την εφαρμογή της τεχνικής Moirée και άλλων φωτογραφικών μεθόδων από τη μονάδα έρευνας για τη σκολίωση του Ασκληπείου Βούλας. Στο στάδιο της μελέτης βρίσκεται η εφαρμογή και άλλων μεθόδων, όπως η έγχρωμη θερμογραφία και η υπέρηχογραφία.

II. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συντηρητική αγωγή ακολουθείται όταν η σκολίωση είναι 20° μέχρι 40° και ο ασθενής είναι κάτω των 14-15 ετών. Στις περιπτώσεις αυτές εφαρμόζονται ειδικοί νάρθηκες - μηχανήματα, τα οποία ασκούν πλαγιο - πλάγιες διορθωτικές πιέσεις πάνω στη Σ.Σ. και στηρίζονται στην αρχή διορθωσης κυρτής ράβδου με την εφαρμογή πιέσεων σε τρία σημεία.

Προκειμένου για θωρακικές ή υψηλές θωρακο-οσφυϊκές σκολιώσεις (με κορυφαίο σπόνδυλο πάνω από τον Θ_B) χρησιμοποιείται ο νάρθηκας Milwaukee με τα πρόσθετα μαξιλαράκια πίεσης (lateral pads) με τα οποία ασκούνται οι διορθωτικές δυνάμεις. Με το νάρθηκα αυτό ασκείται συγχρόνως σε μικρό βαθμό έλξη.

Αν η σκολίωση είναι χαμηλή θωρακο-οσφυϊκή (κορυφαίος σπόνδυλος κάτω από τον Θ_B) ή οσφυϊκή, τελευταία χρησιμοποιείται ο νάρθηκας Boston, που στηρίζεται στην ίδια βασική αρχή διορθωσης της σκολίωσης με εφαρμογή δυνάμεων σε τρία σημεία.

Τα σκολιωτικά παιδιά φοράνε το μηχάνημα 23 ώρες το 24ώρο και το βγάζουν μόνο για μπάνιο μέχρι τη σκελετική ωριμανση, δηλαδή μέχρι τα 16 περίπου για τα κορίτσια και τα 18 για τα αγόρια.

Με τη μακροχρόνια σωστή εφαρμογή αυτών των μηχανημάτων ένα ποσοστό σκολιώσεων (μικρή ηλικία, μικρή γωνία, σχετικά εύκαμπτη Σ.Σ.) διορθώνεται σημαντικά, ενώ στο υπόλοιπο, με μεγαλύτερη γωνία σκολιώσεως και δύσκαμπτη Σ.Σ., η σκολίωση συνήως διατηρείται σταθερή ή σπάνια επιδεινώνεται.

Μετά την ηλικία των 14 ετών για τα κορίτσια και 16 για τα αγόρια που οι πιθανότητες επιδείνωσης ελατώνονται κατά πολύ η απόφαση για την εφαρμογή ή όχι μηχανηματος για σκολίωση $20^\circ - 40^\circ$ θα εξαρτηθεί από το βαθμό ωριμανσης του σκελετού. Το τελευταίο θα κριθεί από τον έλεγχο των λαγονίων επιφύσεων και επι πλέον στις

γυναίκες και από το χρόνο εμφάνισης της περιόδου. Όσο νωρίτερα παρουσιάσθηκε για πρώτη φορά η περίοδος, τόσο λιγότερες πιθανότητες επιδείνωσης υπάρχουν μετά την ηλικία των 14 χρόνων. Συνήθως η επιδείνωση σταματά 3 χρόνια μετά την έναρξη της περιόδου.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι οι νάρθηκες Boston και Milwaukee σ'ένα σημαντικό ποσοστό βελτιώνουν τη σκολίωση. Μετά την αφαίρεσή τους συνήθως χάνεται ένα μέρος της διόρθωσης - σπάνια ολόκληρη η παραμόρφωση - αλλά και τότε το κέρδος είναι σημαντικό, διότι έχει προληφθεί η επιδείνωση. Οι σχετικά εύκαμπτες σκολιώσεις χάνουν περισσότερο από τις δύσκαμπτες.

Τέλος, οι ασθενείς παράλληλα διδάσκονται να κάνουν ασκήσεις με σκοπό τη βελτίωση της στάσεως, την ενίσχυση των μυών και την αύξηση της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης.

III. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Όταν η γωνία σκολιώσεως είναι μεγαλύτερη από 40° έως 50° και ιδιαίτερα αν η Σ.Σ. είναι δύσκαμπτη η σκολίωση εξελίσσεται με ταχύ ρυθμό, τότε η αντιμετώπιση είναι χειρουργική.

Στόχος της χειρουργικής επέμβασης στη σκολίωση είναι η επαναφορά της Σ.Σ. στη φυσιολογική της θέση, πρέπει δηλαδή να εξαλειφθεί η πλάγια κλίση και κυρίως η στροφή των σπονδύλων.

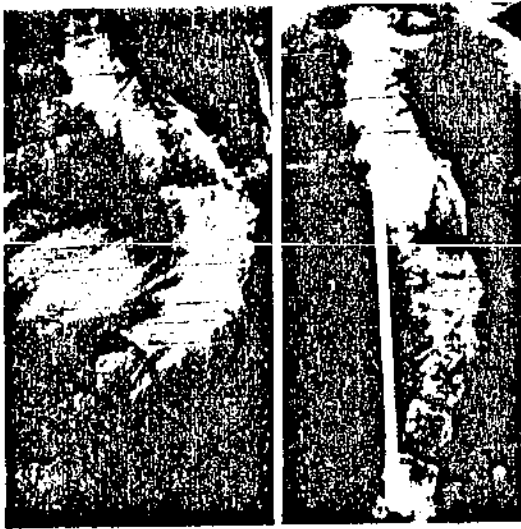
Η χειρουργική επέμβαση αποβλέπει στη :

- Διόρθωση
- Συγκράτηση της διόρθωσης
- Αποφυγή μεγάλων παραμορφώσεων και βελτίωση της αισθητικής εμφάνισης.
- Πρόληψη καρδιοαναπνευστικών και νευρολογικών προβλημάτων.

Οι συχνότερα εφαρμοζόμενες χειρουργικές τεχνικές είναι :

A. Οπίσθιες Σπονδυλοδεσίες

- Harrington (διατακτική - συμπιεστική)



*Εικ. 30-40 Χειρουργική αντιμετώπιση
σκολίωσης με ράβδο Harrington.*

- Luque
- Συνδιασμος των δύο
- Cortel - Camille

B. Πρόσθιες Σπονδυλοδεσίες

- Απλή χωρίς υλικά
- Dwyer, με υλικά Zielke

Γ. Συνδιασμός Πρόσθιας και Οπίσθιας με ή χωρίς υλικά.

Από τις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιούνται η εγχείριση Harrington με τη χρήση των διορθωτικών μεταλλικών ραβδών έτυχε γενικής αποδοχής.

Πολύ καλά αποτελέσματα δίνει εντούτοις και η μέθοδος Luque (Luque rods and wiring) που χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Κατά τη μέθοδο αυτή τοποθετούνται δύο ισχυρές μεταλλικές ράβδοι στις δύο πλευρές των ακανθωδών αποφύσεων προς τις οποίες συνδέονται και συγκρατούνται σταθερά με σύρμα κάθε πέταλο χωριστά των σπονδύλων του κυρτώματος.

Με το τρόπο αυτό επιτυγχάνεται όχι μόνο ελάττωση της γωνίας του κυρτώματος αλλά και της στροφής των σπονδύλων. Συγχρόνως γίνονται οπίσθια σπονδυλοδεσία (αρθρόδεση όλων των οπίσθιων αρθρώσεων) με εφαρμογή λαγονίων μοσχευμάτων, ή μοσχευμάτων από τράπεζα οστών.

III. ΜΕΘΟΔΟΣ ΗΛΕΚΤΙΚΗΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ

Παράλληλα με την πρώτη εφαρμογή των γνωστών ορθωτικών μηχανημάτων, άρχισε να χρησιμοποιείται συστηματικά απ' το 1977 και η μέθοδος θεραπείας που βασίζεται στην ηλεκτρική διέγερση των παρασπονδυλικών μυών, στο κυρτό της παραμόρφωσης, γνωστή ως *elecrrostimulation*.

Πρωτοπόροι της μεθόδου αυτής είναι οι Bobechko W.P., McColloug C. κλπ. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί η συμβολή της Γιουγκοσλαβικής σχολής με κύριους εκπροσώπους : Trontelj J., Giregonc M., και Fecah F. 1980.

Πρώτος ο Bobechko, χρησιμοποιώντας διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των παρασπονδυλικών μυών σε κουνέλια, κατόρθωσε να δημιουργήσει οργανικές καμπύλες μέχρι 40° ύστερα από ηλεκτρική μυική διέγερση έξι εβδομάδων.

Ο ίδιος ερευνητής, λίγο αργότερα, μελέτησε σε πειραματόζωα την ομώνυμη μέθοδο εμφύτευσης του ηλεκτρικού διεγερτήρα στους παρασπονδυλικούς μύς και αργότερα την εφάρμοσε με επιτυχία σε σκολιωτικούς ασθενείς. Η μέθοδος αυτή είναι γνωστή ως Electro-spinal-instrumentation. Το μηχάνημά του κατασκευάστηκε απ' την εταιρία Medtronic με τη συνεργασία του Bobechko, αποτελείται από δύο μέρη : 1) τον πομπό, που εκπέμπει ειδικής συχνότητας ραδιοκύματα και εργάζεται με μπαταρία 9 Volt 2) Τον δέκτη που μαζί με 3 ηλεκτρόδια εμφυτεύεται στους ασθενείς. Οι μηχανισμοί του δέκτη περιέχονται σ' ένα μικρό δίσκο διαμέτρου 4 και πάχους 1

εκ. Με τον πομπό συνδέεται ένα καλώδιο που απολήγει στην αντένα. Η αντένα τοποθετείται κάθε βράδυ στην περιοχή που έχει εμφυτευθεί ο δέκτης και σταθεροποιείται με ειδικό συγκολλητικό χαρτί στο δέρμα.

Ο εμφυτευμένος δέκτης δέχεται τα κύματα από τον εξωτερικό πομπό και τα μετατρέπει σε ενέργεια επαρκή για την πρόκληση της απαιτούμενης μυϊκής διέγερσης. Τα τρία ηλεκτρόδια εμφυτεύονται -υπο ακτινολογικό έλεγχο - στο οστικό ύψος μέσα στους παρασπονδυλικούς μύς (στο κυρτό της παραμόρφωσης) και ο δέκτης εμφυτεύεται σε κοίτη που δημιουργείται λίγο πιο κάτω από τη 12η πλευρά. Η επέμβαση γίνεται υπο γενική αναισθησία χωρίς τη χρήση μυοχαλαρωτικών.

Οι Bobechko και Ascari αναφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στο 85% περίπου των περιπτώσεων, στις μικρότερες των 40° καμπύλες, ενώ στις μεγαλύτερες των 40° καμπύλες, το ποσοστό επιτυχίας ήταν μόνο 50%.

Παράλληλα με τη μέθοδο του Bobechko, αναπτύχθηκε και χρησιμοποιείται ευρύτατα η μέθοδος της εξωτερικής ή επιφανειακής ηλεκτρικής διέγερσης των παρασπονδυλικών μυών, του Neuton McCollough, γνωστή ως Electro - spinal orthosis.

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο, στη μέθοδο αυτή μπορούν να υποβληθούν μόνο ασθενείς με καμπύλες 20° - 40° που έχουν ένα τουλάχιστον ακόμα έτος οστικής αύξησης. Ειδικότερα στους ασθενείς με καμπύλες 20° - 29° αποτελεί προϋπόθεση η αύξηση της παραμόρφωσης κατά 5° τουλάχιστον, στη διάρκεια ενός έτους, πριν από την έναρξη της θεραπείας.

Η ηλεκτρική διέγερση μεταφέρεται σε συρμάτινη χορδή από το μηχάνημα παραγωγής στα ηλεκτρόδια που εφαρμόζονται στην επιφάνεια του δέρματος (στο κυρτό της παραμόρφωσης) που έχει επιλεγεί

ύστερα από ακτινογραφικό έλεγχο. Η θεραπεία διαρκεί 8 ώρες το 24ώρο - εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια του βραδυνού ύπνου - και το παιδί είναι ελεύθερο για κάθε δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά σε ποσοστό 76% στις καμπύλες μεταξύ 20° - 29° ενώ το ποσοστό κατεβαίνει στο 67% στις καμπύλες μεταξύ 30° - 40°.

Στην Ελλάδα η μέθοδος άρχισε να εφαρμόζεται από το Μάρτιο του 1984 και τα πρώιμα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά.

Ας ελπίσουμε οι γνώσεις μας γύρω απ'την πάθηση και την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπισή της θα κάνουν σε μεγάλο βαθμό περιττή τη χρησιμοποίηση όλων αυτών των όχι και τόσο ακίνδυνων εγχειρητικών μεθόδων που χρησιμοποιούμε σήμερα !!!

Α ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η αγωγή της σκολίωσης, δεν είναι μία και μοναδική αλλά σε κάθε περίπτωση εξατομικεύεται σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού. Ένα μεγάλο ποσοστό σκολιωσικών παιδιών δεν καταλήγει στη χειρουργική επέμβαση. Συνήθως μια βρεφική κάμψη που βρίσκεται σε αποδρομή, κάμψη που διαπιστώθηκε < των 20° ή τέλος και μία ήπια κάμψη μετά την ολοκλήρωση της σκελετικής ωρίμανσης μέχρι 14ο - 15ο έτος της ηλικίας του παιδιού, έχει ανάγκη από μια συντηρητική θεραπεία.

Σ' αυτό το στάδιο, το παιδί εισάγεται στο Νοσοκομείο. Ο ιατρός με τη νοσηλεύτρια, μετά από κλινική εξέταση και από ακτινογραφικό έλεγχο, προβαίνει στη σύσταση ειδικής αγωγής η οποία συνίσταται κύρια : α) σε περιοδική αξιολόγηση της εξέλιξης της κάμψης και β) μπορεί να συνδυαστεί με ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων. Στη πρώτη αγωγή το παιδί συνήθως κάθε 3 μήνες έρχεται στο νοσοκομείο για ακτινολογικό έλεγχο. : ακτινογραφίες face, profil της σπονδυλικής στήλης αλλά και για επισκόπηση για "μία ματιά" απ' το θεράποντα ιατρό, προκειμένου να διαπιστώσει ψηλαφώντας το παιδί, παρατηρώντας το προσεκτικά αν η κάμψη του έχει επιδεινωθεί, αν πονά σε κάποιο σημείο κλπ.

Κατά το δεύτερο στάδιο, ο ιατρός αν κρίνει σκόπιμο συνδιάζει την αξιολόγηση με ένα πρόγραμμα ήπιων σχετικά ασκήσεων που θα βοηθήσουν το παιδί, ν' αναπτυχθεί καλλίτερα, να τονώσει τους μύς τους παράπλευρους στη σπονδυλική στήλη κλπ.

Μ' αυτό το τρόπο η εξέλιξη της κάμψης εντοπίζεται και ελέγχεται. Βέβαια, αυτή η αγωγή η οποία όπως τονίστηκε είναι εξατομικευμένη, μπορεί να παρουσιάσει ορισμένα προβλήματα όπως π.χ. να επιδεινώσει τη κάμψη.

Ορισμένες φορές, προγράμματα ασκήσεων στη περίοδο της εφηβίας, όπου δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα η σκελετική ωρίμανση μπορεί να δημιουργήσουν καρδιοαναπνευστικά προβλήματα. Αυτό βέβαια είναι μια πιθανή επιπλοκή όχι συχνή που μπορεί ν'αποφευχθεί αν νοσηλεύτρια - παιδί ή φυσιοθεραπεύτρια - παιδί δουλέψουν σωστά. Σε γενικές γραμμές, το πρόγραμμα περιλαμβάνει ασκήσεις έκτασης των χεριών, τόνωσης των μυών, αναπνευστικές ασκήσεις, γενικά ειδικές ασκήσεις "εδάφους".

Απαγορεύονται ασκήσεις επίκυψης που επιβαρύνουν τη σπονδυλική στήλη.

Πριν την έναρξη ενός τέτοιου προγράμματος ο ιατρός - νοσηλεύτρια - φυσιοθεραπεύτρια, ενημερώνουν γονείς - παιδί για το σκοπό του προγράμματος και κάνουν μια πιο λεπτομερή περιγραφή αυτού. Σκοπός όλων αυτών είναι το παιδί να συμφωνήσει με την ιδέα των ασκήσεων, να καταλάβει τη σπουδαιότητα και σοβαρότητα όλων αυτών, χωρίς βέβαια να πανικοβληθεί.

Δεν είναι λίγες οι φορές που το παιδί αντιδρά, δε συνεργάζεται και παρουσιάζει αδυναμία παρακολουθήσεως του προγράμματος. Το νεαρό της ηλικίας του δεν του επιτρέπει να καταλάβει τη σοβαρότητα και σκοπιμότητα ορισμένων πράξεων και όταν δεν του δοθούν οι κατάλληλες εξηγήσεις, αντιδρά. Πάνω απ'όλα οι πράξεις της νοσηλεύτριας πρέπει να διαποτίζονται από αληθινό ενδιαφέρον και αγάπη για το παιδί. Με γλυκό και ωραίο τρόπο θα πλησιάσει το παιδί, θα το ενημερώσει για την όποια δυσμορφία που παρουσιάζει στο σώμα του, θα συζητήσει μαζί του, λύνοντας όλες τις απορίες ου, θα το εμπυχώσει και θα του δώσει θάρρος.

Με το τρόπο αυτό το παιδί νιώθει σίγουρο για τον εαυτό του, γνωρίζει το πρόβλημά του και προσπαθεί να το αποδεχθεί. Δεν κλείνεται στον εαυτό του. Δεν δημιουργούνται ψυχολογικά τραύματα

εξ αιτίας της δυσμορφίας αντίθετα συνδιάζει το πρόγραμμα των ασκήσεων και το εντάσει στις συνιθισμένες ασχολίες του, χωρίς να παραμελεί το σχολείο, τους φίλους, τα παιχνίδια του.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να πλησιάσει και τους γονείς. Και οι δύο πλευρές έχουν ανάγκη κατανόησης και σωστής πληροφόρησης. Διαφωτίζονται οι γονείς σχετικά με το πρόγραμμα το σκοπό - σπουδαιότητα - αποτελεσματικότητα ενώ παράλληλα τονίζεται και η ανάγκη κάποιας επέμβασης, εάν η κάμψη χειροτερέψει.

Γίνεται επίδειξη των ασκήσεων απ'τη νοσηλεύτρια ή φυσιοθεραπεύτρια μπροστά στους γονείς καθώς και διδασκαλία στο "τί" πρέπει να προσέξουν, να παροτρύνουν το παιδί με ωραίο τρόπο να στέκεται σε όρθια θέση η οπονδυλική του στήλη, να υπενθυμίζουν στο παιδί τις ασκήσεις στις συνήθεις ώρες και να βρίσκεται για επίβλεψη από πάνω του ειδικά τις πρώτες ημέρες κάποιος απ'τους γονείς.

Τονίζεται και δίνεται έμφαση για παρακολούθηση στο ραντεβου (κάθε 3 μήνες συνήθως) μέχρι σταθερότητας της κάμψης, ή υποδείξεως κάποιας κατάλληλης αγωγής (αν υπάρξει επιδείνωση).

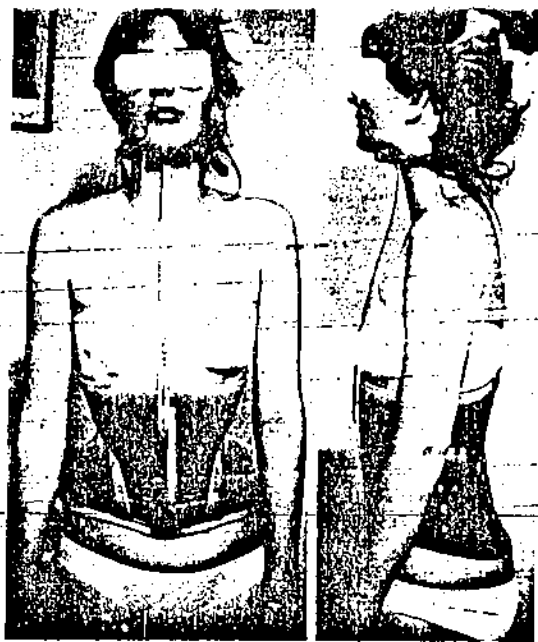
Με αυτή την αγωγή και αν το πρόγραμμα εφαρμοστεί σωστά το παιδί μπορεί ν'αποφύγει τη χειρουργική επέμβαση και η κάμψη να σταθεροποιηθεί χωρίς να δημιουργεί προβλήματα αισθητικά - ψυχολογικά και σωματικά.

ΝΑΡΘΗΚΕΣ

1ο ΜΙΛΓΟΥΩΚΥ - νάρθηκας

Το δεύτερο στάδιο μετά την αποτυχία σταθεροποίησης της κάμψης με το πρόγραμμα ασκήσεων είναι οι νάρθηκες. Απλοί ή σύνθετοι, μεταλλικοί, ή πλαστικοποιημένοι είναι ικανοί πολλές φορές παρ'όλα τα μειονεκτήματα - πλεονεκτήματα που έχουν, να σταθεροποιήσουν μια εξελισσόμενη κάμψη.

Συγκεκριμένα ο "Μιλγουόκυ" νάρθηκας, είναι ο πιο σύγχρονος και αυτός που χρησιμοποιείται κατά κορον μαζί με τον κηδεμόνα Boston.



Εικ. 30-38 Ορθοπαιδικός κηδεμόνας Milwaukee.

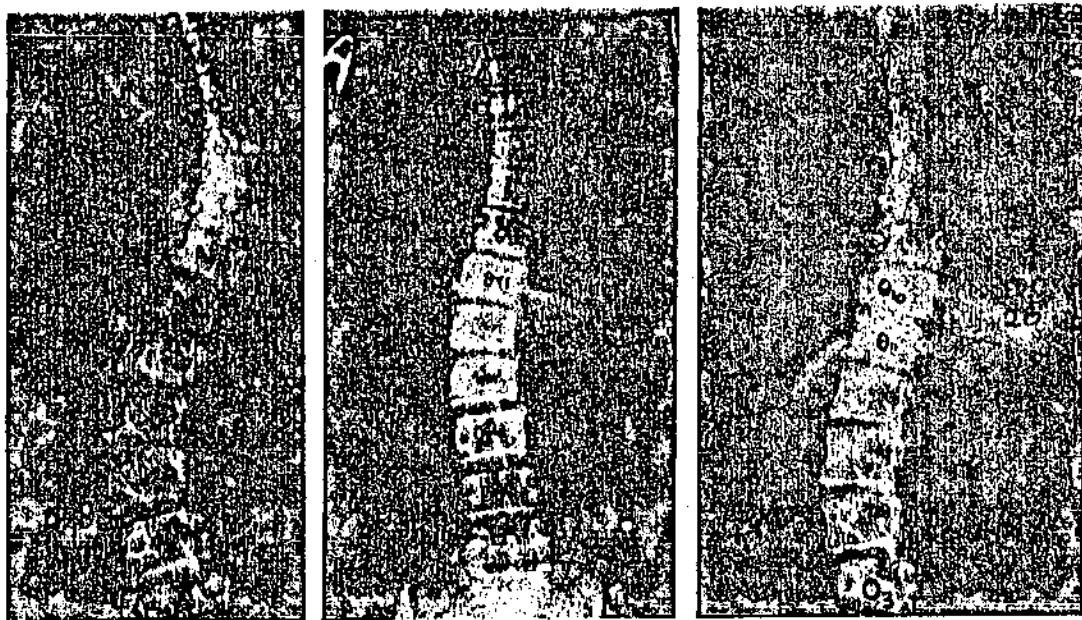
Αποτελείται από δερματικό νάρθηκα που εφαρμόζεται στη πύελο και αυχενικό κολλάρο, συνδεόμενα ολ'αυτά μεταξύ τους με μεταλλικά ελάσματα που "διορθώνουν" τη Σ.Σ. και τη σταθεροποιούν. Τα ελάσματα αυτά έχουν τη δυνατότητα ν' αυξομειώνονται και να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες του σώματος. Το αυχενικό κολλάρο στηρίζεται στο ηνιακό. Ο νάρθηκας αυτός ασκεί πίεση στη κορυφή της κάμψης με δερμάτινα μαξιλοράκια χωρίς να δημιουργεί πόνο.

Ο νάρθηκας αυτός χρησιμοποιείται πάντα σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα καθημερινών ασκήσεων.

Όπως όλοι οι νάρθηκες έτσι κι αυτός πρέπει να φοριέται 23 ώρες την ημέρα μέχρι πλήρους σκελετικής ωρίμανσης.

Για να μπορέσει να σταθεροποιήσει τη κάμψη πρέπει να εφαρμόζεται σε κάμψη 20° - 40° σε μη ώριμο σκελετό.

Όπως σ'όλες τις διαδικασίες, έτσι κι εδώ χρειάζεται τόσο το άτομο όσο και η οικογένειά να είναι συνεργάσιμα.



Εικ. 29-9. (Α) Ίδιοπαθής σκολίωση με διπλό οργανικό κύρτωμα, που αντιμετωπίστηκε με κηδεμόνα Milwaukee. (Β) και (Γ) 2Υχρόνια μετά την έναρξη τής θεραπείας. Ή πάχουσα φοροῦσε τὸν κηδεμόνα συνεχῶς ἐπὶ 23 ὥρες τὸ 24ωρο.

Πρίν - κατά - μετά τη τοποθέτηση του νάρθηκα, χρειάζεται πολλή καλή ορθοπεδική φροντίδα για να τοποθετηθεί σωστά πάνω στο σώμα, και να μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα.

Ο Μιλογουώκυ νάρθηκας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για θεραπεία σε περιπτώσεις κάμψης > των 40° εάν ο ασθενής είναι υψηλού κινδύνου για εγχείρηση.

Κατά την εφαρμογή του νάρθηκα μπορεί να παρουσιαστούν ορισμένα προβλήματα όπως π.χ. επιδείνωση της κάμψης. Έχει τονιστεί και πιο πάνω πως όταν η σκολίωση διαγνωστεί στην ηλικία 11 - 14 ετών πάνω στη σκελετική ωρίμανση, είναι δύσκολο συντηρητικές λύσεις όπως νάρθηκες, ασκήσεις κλπ. ν'αποδώσουν και να σταματήσουν την εξέλιξη του σκελετού και κατ'επέκταση της κάμψης.

Εκτός απ'αυτό, μη καλή και σωστή εφαρμογή του νάρθηκα, μπορεί να προκαλέσει δερματικά προβλήματα όπως : τραυματισμός ή εκχύμωση. Κάτι τέτοιο βέβαια δυσχεραίνει ακόμα πιο πολύ την αποτελεσματικότητα του νάρθηκα, και απαιτεί άμεση και σωστή νοσηλευτική φροντίδα για να μη δημιουργηθούν παραπέρα προβλήματα.

Το παιδί πορεί να παρουσιάσει αδυναμία να φορεθεί ο νάρθηκας όπως πρέπει ή σύμφωνα με το πρόγραμμα των ασκήσεων, να μη τον ανέχεται στο σώμα του, να δυσφορεί, να μη θέλει να συνεργαστεί και ν'ακολουθήσει αυτό το πρόγραμμα θεραπείας.

Αυτά είναι απότοκα των ψυχολογικών προβλημάτων που δημιουργήθηκαν εξ αιτίας της δυσμορφίας.

Το παιδί έχει ήδη νιώσει και καταλάβει την αποτυχία του προηγούμενου προγράμματος ασκήσεων και τώρα βλέπει πως κάτι νέο πάει να του εφαρμοστεί και μάλιστα κάτι που θα το φορά σα "μπλουζάκι" στο σώμα του, κάτι που θα "φαίνεται". Εδώ, αρχίζουν και τα προβλήματα. Στην αρχή έρχεται η αντίδραση, η άρνηση

απέναντι σ' αυτό το κάτι που θα το κάνει να μοιάζει διαφορετικό απ' τα υπόλοιπα παιδιά της ηλικίας του. Αρχίζει και δυσανασχετεί, κλείνεται στον εαυτό του, δεν θέλει τα παιχνίδια του, τους φίλους του.

Μια νέα κατάσταση εγκαινιάζεται γι' αυτό που πρόβλεπεται οδυνηρή.

Στην αρχή τα περισσότερα παιδιά αντιδρούν - το καθένα με διαφορετικό τρόπο - και στο σημείο αυτό ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι ζωτικής σημασίας.

Κατ' αρχήν η νοσηλεύτρια κάνει στις ενδιαφερόμενες πλευρές διδασκαλία του προγράμματος. Αυτή η διδασκαλία, συνίσταται στην επίδειξη σωστής εφαρμογής του νάρθηκα παράλληλα ενθαρρύνει τον ασθενή της, στη χρησιμοποίησή του.

Ένα πράγμα που έχει σχέση με την υγιεινή είναι ο σωστός καθαρισμός του νάρθηκα έτσι ώστε να τον αποδεχθεί πιο εύκολα ο ασθενής. Γι' αυτό γίνεται επίδειξη σωστού καθαρισμού του νάρθηκα, με τη χρήση των ενδεικνυομένων καθαριστικών. Παροτρύνεται ο ασθενής για καθημερινό μπάνιο και σχολαστικό στέγνωμα πριν την εφαρμογή του νάρθηκα γιατί μη σωστός καθαρισμός ή νερό κατά την εφαρμογή δημιουργεί δυσοσμίες και κάνει κακό στο δέρμα.

Συνίσταται στους ασθενείς που φορούν κηδεμόνη να φορούν κάτω απ' αυτούς, φανέλα με σκοπό να προφυλάξουν το δέρμα, αλλά το εσώρουχο πάνω απ' το νάρθηκα για ευκολία τουαλέτας. Πάνω απ' το νάρθηκα προτιμούνται ρούχα άνετα που δε σφίγγουν και δείχνουν το σκελετό του νάρθηκα, κυρίως κλειστά ως το λαιμό καθώς και η χρήση μαντηλιών κλπ. Ενθαρρύνεται ο ασθενής ν' ακολουθεί το πρόγραμμα καθημερινών ασκήσεων (φυσιοθεραπεία), καθώς και να συμμετέχει σ' όλες τις καθημερινές δραστηριότητες εκτός από "σκληρά" σπόρ : όπως ιππασία, οδήγηση κλπ.

Όσον αφορά το πρόγραμμα των ασκήσεων ο ρόλος της νοσηλεύτριας που θα δουλέψει στενά με τους καθηγητές φυσικής αγωγής όσον αφορά το πρόγραμμα ασκήσεων ή με τους φυσιοθεραπευτές όσον αφορά τη συμμόρφωση του ασθενούς στη διάρκεια των σχολικών ωρών και με τον ασθενή για τυχόν προβλήματα, είναι ύψιστο, και καθοριστικής σημασίας. Αυτή είναι που θα πρέπει να κινηθεί ευέλικτα και στα τρία αυτά επίπεδα, να δώσει λύσεις, να προτείνει, να παροτρύνει, και να διευθετεί ότι πρόβλημα προκύψει. Έχοντας τόλμη και θάρρος μπορεί επίσης να οργανώσει πρόγραμμα διδασκαλίας για μαθητές και δασκάλους. Με το τρόπο αυτό γίνεται ο διαφωτιστής, όλων των ενδιαφερομένων πλευρών, επισημαίνοντας πως η σκολίωση είναι ένα θέμα που αφορά όλους. Ευαισθητοποιεί τη κοινή γνώμη, βάζει σε σκέψεις γονείς - καθηγητές, καθοδηγεί ασθενή - οικογένεια για τη τακτική παρακολούθηση τουλάχιστον αρχικά, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή εφαρμογή του νάρθηκα.

Στο σημείο αυτό αναλαμβάνει δράση ουσιαστική, καθοδηγώντας τον ασθενή - οικογένεια για οικονομική υποστήριξη εάν και εφόσον χρειάζεται, είτε απ' το κράτος είτε από άλλους φορείς προκειμένου να καλυφθούν τα έξοδα νοσηλείας αν πχ η οικογένεια του παιδιού, είναι άπορη.

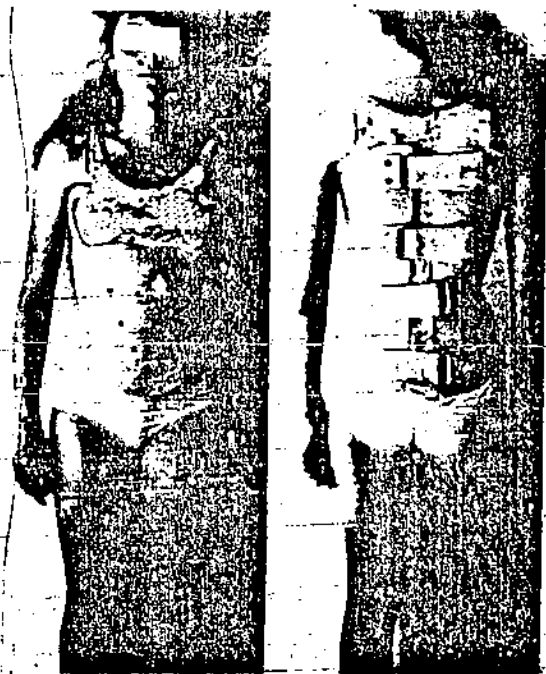
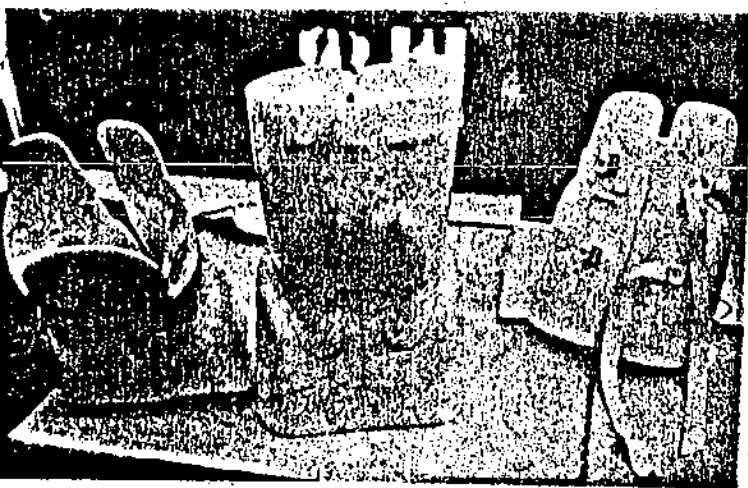
Τέλος ένας σημαντικός τομέας που πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί, είναι ο ψυχολογικός. Η ψυχολογική υποστήριξη τόσο του παιδιού που βρίσκεται σε μια τόσο τρυφερή ηλικία όσο και των γονιών που "τάχουν χαμένα" είναι επιβεβλημένη. Ο νάρθηκας σα ξένο σώμα σ' ένα παιδάκι 12 ετών, λειτουργεί ανασταλτικά, του κόβει "τα φτερά", τουλάχιστον έτσι το εκλαμβάνει το ίδιο. Συχνά αναρρωτιέται "γιατί να συμβεί αυτό σε μένα", ή "τι έκανα και τιμωρούμαι", ή "πως θα με κοιτάζουν όλοι", και άλλα πολλά τέτοια ερωτηματικά που τριθυλίζουν το μυαλό του και ζητούν απαντήσεις. Η

αγάπη, η κατανόηση και η κοινή γλώσσα της νοσηλεύτριας θα διαλύσουν τους φόβους του και θα το κάνουν ν' αποδεχθεί όσο γίνεται πιο ανώδυνα τη νέα κατάσταση.

Οι γονείς καθώς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αν υπάρχουν, έχουν ανάγκη ψυχολογικής υποστηρίξης, κι αυτά βρίσκονται σε σύγχυση, δε ξέρουν τι να κάνουν για να βοηθήσουν το παιδί τους, αισθάνονται αδύναμοι. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τους καθησυχάσει και να τους ενημερώσει, ν' απαντήσει με ειλικρίνεια σε κάθε απορία τους, να τους δώσει θάρρος και να τους τονίσει πως όταν αυτοί αισθάνονται δυνατοί, και το παιδί θα είναι έτοιμο και δυνατό ν' αντιμετωπίσει τις δύσκολες καταστάσεις.

Ένα δεύτερο είδος κηδεμόνα είναι ο Boston. Αυτός είναι ένας ορθοπεδικός, πλαστικοποιημένος νάρθηκας που σκοπό έχει να σταθεροποιήσει την κάμψη.

Η λειτουργία του είναι παράλληλη με τον Μιλγουοκ με τη διαφορά ότι υπερτερεί μόνο αισθητικά. Ο κηδεμόνας Boston είναι πιο καλαίσθητος γι' αυτό συνήθως γίνεται πιο αποδεχτή απ' το παιδί.



Εικ. 30-39 Ορθοπεδικός κηδεμόνας
Boston.

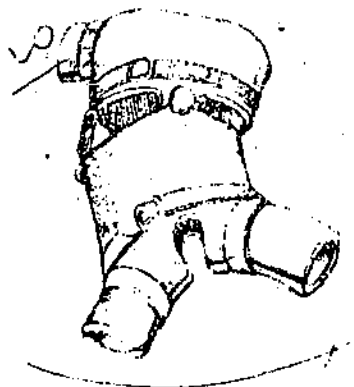
Οι κηδεμένες τύπου Boston, χρησιμοποιούνται κυρίως για θωρακοσφυικά κυρτώματα, όπου ο κορυφαίος σπόνδυλος είναι κάτω από τον θ6 σε αντίθεση με τον Μιλγουόκι που έχει ένδειξη κυρία σε θωρακικά κυρτώματα.

Όσον αφορά τα προβλήματα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει κατά την εφαρμογή του καθώς και τις νοσηλευτικές φροντίδες που πρέπει να παραχθούν σ' ένα παιδί με κηδεμόνα Boston, είναι ίδια όπως στο κηδεμόνα Milwaukee.

3ο Χτίσιμο (Turnbuckle)

Πρόκειται για έναν ολόσωμο νάρθηκα με ελασματα που σφίγγει περιοδικά για να διορθώνει περιοδικά τη κάμψη.

Πρέπει να τονιστεί πως με το νάρθηκα αυτό, έχουμε μερική διόρθωση της Σ.Σ.



Επίσης ο νάρθηκας συνίσταται για μη ελαστικές κάμπες, χρησιμοποιούνταν σπάνια και ήδη σήμερα είναι σε αχρηστία, εξ' αιτίας κύρια της μη καλής αισθητικής του καθώς και εξ' αιτίας νεωτέρων μεθόδων πιο αποτελεσματικών.

Ο κηδεμόνας αυτός αποκλείει μακρά παραμονή στο νοσοκομείο. Το παιδί πρέπει να μένει στο Νοσοκομείο έτσι ο κηδεμόνας να μπορεί να μετατρέπεται ν' αλλάζει συχνά για να προσαρμόζεται στην ανάπτυξη του παιδιού.

Λόγω της κατασκευής του άλλα και της μακράς παραμονή του παιδιού στο κρεβάτι κάνει κατακλίσεις κάτι που κάθε άλλο παρά καλό είναι για τη σωματική υγεία και κατ' επέκταση τη διόρθωση της κάμψης. Μπορεί να προκαλέσει κι άλλες βλάβες όπως π.χ. : πιθανή βλάβη του βραχιονίου πλέγματος και του δού νεύρου.

Εξ' αιτίας της ακινησίας , εκτός απ' τις κατακλίσεις που προαναφέρθηκαν μπορεί, να έχουμε αγκίλωση των άκρων να πιέζεται ο θώρακας, ο ασθενής να μη μπορεί ν' αναπτύσει και το σπυδαιότερο να έχουμε επανεμφάνιση της κάμψης αν αφαιρεθεί αυτό το καλούπι.

Βέβαια δε πρέπει να ξεχνάμε τα τόσα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στο παιδί εξ' αιτίας της παραπεταμένης ακινησίας και της κακής αισθησίας.

Απ' τη στιγμή που θα μπει στο Νοσοκομείο ένα παιδί όλα αυτά πρέπει να ελέγχονται και να βρίσκονται σε συνεχή φροντίδα απ' τη νοσηλεύτρια.

Πρώτιστη φροντίδα είναι η σχολαστική φροντίδα και υγιεινή του δέρματος. Τα λειχήματα του αρρώστου πρέπει να αλλάσσονται συχνά, να είναι στεγνά και τεντωμένα. Να γίνεται συχνός καθαρισμός του δέρματος-μπάνιο- καθώς και τοπικό μασάζ με αλκοόλ στις άκρες του νάρθηκα 3-4 φορές την ημέρα με σκοπό τη σκλήρυνση του δέρματος.

Όπως κάθε νάρθηκας έτσι κι αυτός, πρέπει να διατηρείται στεγνός, τα ελεύθερα άκρα του παιδιού να εξασκούνται με ασκήσεις, κάμψεις, έκτασης, ανάλογα με το πρόγραμμα που ακολουθεί ο φυσιοθεραπευτής ή η νοσηλεύτρια.

Πιθανόν τα νεύρα τα παράπλευρα της σπονδυλικής στήλης ή όπως αναφέρθηκε το βραχιόνιο πλέγμα, να πειραχθούν, γι' αυτό απαντείται καθημερινή νευρολογική εξέταση.

Τέλος κάθε παράπονο του ασθενή απ' τη έμπειρη νοσηλεύτρια, πρέπει ν' αξιολογείται ανάλογα και ν' αναφέρεται αμέσως στον ιατρό για πλήρη και γρήγορη αντιμετώπιση. Προβλήματα όσον αφορά τη λειτουργία των διαφόρων συστημάτων (αναπνευστικό-καρδιολογικό) κτυπούν το "καμπανάκι" πως κάτι συμβαίνει και πρέπει αμέσως να ελεγχθεί ο νάρθηκας που μπορεί να χρειάζεται αντικατάσταση άμεσα.

4ο Κηδεμόνας Π.Ε.Π. (περιορισμένης επαφής κ πίεσεως)

Ο κηδεμόνας αυτός είναι ο πιο πρόσφατος απ' όλους όσους αναφέρθηκαν πιο πάνω. Εφαρμόστηκε το 1982 στη Μονάδα σκολιώσεως του Κ.Α.Τ. σε 250 και πλέον παιδιά.

Μορφολογικά, μοιάζει περισσότερο με το κηδεμόνα Boston και προσφέρει παράλληλη διόρθωση, συγκράτηση. Σα κύριο και βασικό του σημείο, αποτελούν τα "πίεστρα", η ρύθμιση και το πάχος των οποίων, γίνεται με άμεση δράση, είναι κάτι που ο εκάστοτε ορθοπεδικός, ρυθμίζει με τη παρατήρηση.

Ο Π.Ε.Π. δε χρησιμοποιήθηκε σε άλλη μονάδα σκολίωσης εκτός του Κ.Α.Τ., χρησιμοποιήθηκε σε περιορισμένο αριθμό σκολιωσικών παιδιών και κύρια σε παιδιά με μικρές καμπύλες.

Κατά ένα μεγάλο ποσοστό δε παρουσίασε προβλήματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις βέβαια, εμφανίστηκε επιδείνωση της κάμψης καθώς και μη αποδοχή του από γονείς κ παιδί.

Εξ' αιτίας της περιορισμένης και εντοπισμένης χρήσης του στο Κ.Α.Τ. το περιβάλλον πολλών παιδιών καθώς και τα ίδια, αρνήθηκαν να τον χρησιμοποιήσουν από το φόβο της μη αποτελεσματικότητας του και σε άλλα παιδιά παρουσιάστηκαν ψυχολογικά προβλήματα εξ' αιτίας του κηδεμόνα, -οχι βέβαια του συγκεκριμένου- που ήθελαν, άμεση και σωστή αντιμετώπιση.

Η ενημέρωση για τη μορφολογία, το σκοπό καθώς και τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει στο παιδί και το περιβάλλον του είναι απ' τις πρώτες ενέργειες της νοσηλεύτριας.

Αφού το παιδί αποδεχθεί τον κηδεμόνα, γίνεται μια επίδειξη εφαρμογής του που σκοπό έχει να εφαρμοστεί σωστά ο Π.Ε.Π. και ν' αποφευχθούν στη συνέχεια προβλήματα αναπνοής, κυκλοφορίας καθώς και δερματικές βλάβες.

Επισταμένος έλεγχος και διαρκή προσοχή είναι τα όπλα της νοσηλεύτριας προκειμένου να προλάβει τέτοιες καταστάσεις.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει και υποδεικνύει στο παιδί την κατάλληλη ενδυμασία που μπορεί να φορέσει προκειμένου να καλύπτει τον κηδεμόνα και να μπορεί να κυκλοφορεί άνετα, πηγαίνοντας παντού. Έτσι με τον τρόπο αυτό μειώνει στο ελάχιστο τυχόν ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζονται όταν το παιδί φορώντας το κηδεμόνα, "ντρέπεται" να κυκλοφορήσει έξω απ' το σπίτι του απ' το φόβο, μήπως αποκαλυφθεί η δυσμορφία του και το προσθετικό μηχάνημα.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΚΟΛΙΩΤΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η πορευχειρνητική φροντίδα ενός παιδιού με σκολίωση δε διαφέρει πολύ απ' την προεγχειρνητική φροντίδα ενός ορθοπεδικού αρρώστου και γενικά ενός χειρουργημένου ασθενή, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δε παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες οι οποίες θ' αναφερθούν λεπτομερώς.

Η προεγχειρνητική ετοιμασία συνίσταται :

- Σε γενική ετοιμασία
- Τοπική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρνητική φροντίδα

ΓΕΝΙΚΗ

Στη γενική προετοιμασία περιλαμβάνονται

α) Ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη

Μια επικείμενη χειρουργική επέμβαση, όσο μικρή κι αν είναι δημιουργεί εύλογα ερωτηματικά σχετικά με τη φύση της, το σκοπό της την αποτελεσματικότητά της καθώς και φόβους σχετικά με την έκβασή της. Το "χειρουργικό τραπέζι" αποτελεί για πολλούς μια δυσάρεστη κατάσταση που θα πρέπει ν' αποφύγουν γιατί εγκυμονεί πολλούς κινδύνους.

Κι αν για τους ενήλικες αυτό είναι μια "άσχημη εμπειρία" για ένα μικρό παιδί στην ηλικία συνήθως των 12-14 χρόνων είναι κάτι που δύσκολα μπορεί να συλλάβει.

Η νοσηλεύτρια στο σημείο αυτό απ' τη στιγμή που οι γονείς του παιδιού θα δώσουν τη γραπτή συγκατάθεση τους για την εγχείρηση, καλείται με αγάπη, ευγένεια, καλοσύνη και με απλό και ωραίο τρόπο να τονώσει και να στηρίξει ψυχολογικά κύρια το παιδί και μετά τους γονείς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να καταλάβει τη τρυφερή ψυχή του παιδιού και τους φόβους του, να ενστερνιστεί τους φόβους του, να συμμεριστεί τη θέση του. Μόνο τότε θα καταλάβει τις ιδιαίτερες ανάγκες του για συζήτηση, απάντηση στα ερωτηματικά που γεννά το χειρουργείο, ανάγκη εξωτερίκευσης όλων των συναισθημάτων του. Κατ' αρχήν η νοσηλεύτρια, κάνει μια περιγραφή της προεγχειρητικής ετοιμασίας. Αιτιολογεί την προετοιμασία αυτή το σκοπό της τονίζοντας πως είναι απαραίτητη για τη καλή έκβασή της εγχείρησης. Απαντά σ' όλες τις ερωτήσεις του και προσπαθεί με τις απαντήσεις τις να το καλύπτει χωρίς παράλληλα να μπαίνει σε ιατρικά κανάλια που δεν είναι της αρμοδιότητάς της και δε μπορεί να τα καταλάβει το παιδί. Εμπυχώνει τον άρρωστο της λέγοντας του πως "όλα θα πάνε καλά" να έχει θάρρος στον εαυτό του και στο θεό. Απ' την άλλη πλευρά, φόβοι ανησυχίες κ ερωτηματικά καθώς και τόνωση του ηθικού, εμφανίζουν και το περιβάλλον του παιδιού (γονείς - αδέρφια).

Συχνά οι γονείς "τα έχουν χαμένα", όταν ο ιατρός τους ανακοινώνει πως το καλύτερο για το παιδί τους είναι η χειρουργική οδός. Αμέσως αισθάνονται αμήχανοι, δεν ξέρουν τι να κάνουν. "Μήπως υπάρχει ελπίδα ν'αποφευχθεί";, "κι αν γίνει θα έχει αποτέλεσμα"; "θα ξυπνήσει απ'τη νάρκωση"; και άλλα πολλά.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει και να εξηγήσει στους γονείς το σκοπό της εγχείρησης, το μεγάλο ποσοστό επιτυχίας τέτοιων εγχειρήσεων "όλα θα πάνε καλά". γιατί το παιδί αντλεί δύναμη απ' αυτούς κι αν αυτοί έχουν προδικάσει κακώς το αποτέλεσμα τότε του μεταδίδονται οι δικοί τους φόβοι, άγχος και μπορεί το παιδί να παρουσιάσει μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως πχ. shock κλπ.

Η νοσηλεύτρια - αν έχει τη δυνατότητα - ξεναγεί το παιδί και τους γονείς του, στο χώρο του χειρουργείου, με τα μηχανήματα τους εξοικιώνει μ'αυτό το "άγνωστο περιβάλλον", με αποτέλεσμα να διαλυθούν οι φόβοι και τα ερωτηματικά τους.

Με το τρόπο αυτό το παιδί είναι λιγότερο ανήσυχο, φοβισμένο γιατί σιγά - σιγά διαλύονται οι φόβοι του για την εγχείρηση, πιο σίγουρο για τον εαυτό του αφού έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη της νοσηλεύτριας, τη θεωρεί φίλο του που μπορεί να του σταθεί σε κάθε δύσκολη στιγμή.

β) Ιστορικό - εξετάσεις

Η νοσηλεύτρια εκμαιοεί απ'τους γονείς - με ερωτήσεις - τυχόν παιδικές αρρώστιες, φάρμακα που έχει μέχρι σήμερα κορτιζονούχα, προβλήματα τυχόν αναπνευστικά, καρδιακής φύσεως κλπ. Ένα πλήρες ιστορικό του αρρώστου που επεκτείνεται και στους γονείς: αν έχουν κληρονομικό σκολιώσεως ή άλλων παθήσεως της Σ.Σ., την οικογενειακή τους κατάσταση - για να διαπιστωθεί αν μπορούν ν'ανταπεξέλθουν στο κόστος της νοσηλείας - κλπ. είναι απαραίτητο, προκειμένου ο ιατρός - νοσηλεύτρια να έχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα προεγχειρητικά του ασθενούς τους. Αυτό τους επιτρέπει να ορίσουν το είδος της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και το είδος της αναισθησίας που θα χρειασθεί ο άρρωστος.

Συγκεκριμένα ο ασθενής εξετάζεται :

- α) απ'τον χειρουργό ορθοπεδικό του
- β) από παθολόγο που θα εκτιμήσει τα υπόλοιπα μέλη του αρρώστου
- γ) από πνευμονολόγο, προκειμένου να εκτιμήσει την αναπνευστική ικανότητα του παιδιού, λόγω της σύμπτυξης του θώρακα που μπορεί να παρουσιάζει απ'τη σκολίωση.
- δ) από οποιονδήποτε άλλο ιατρό, θεωρήσει σκόπιμο ο ορθοπεδικός του π.χ. αναισθησιολόγο.

Ο ασθενής στη συνέχεια περνά από ακτινολογικό και εργαστηριακό έλεγχο.

Ο ακτινολογικός έλεγχος συνίσταται :

- α) face ακτινογραφία σε όρθια θέση
- β) face σε κατακεκλιμένη θέση
- γ) face σε κάμψη δεξιά - αριστερά
- δ) profil σε όρθια θέση.

Σε συνδιασμό με άλλες παραμέτρους, όπως επισκόπηση, ψηλάφηση, με το test επίκυψης, σημείο Metha, γίνεται ο ακριβής καθορισμός του σημείου της επέμβασης.

Ακολουθούν οι εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες είναι :

- α) Εξετάσεις αίματος: γενική (λευκά - ερυθρά), ατμοσφαιρική, χρόνος πήξεως, ροής, ομάδα, RHESUS, σάκχαρο, ουρία, κρεοπικτίνη APTT, χρόνος προθρομβίνης, thrombo - fax κλπ.
- β) Εξετάσεις ούρων: (γενική - καλλιέργεια αν υπάρχει λόγος)

Ειδικά στη σκολίωση ο ασθενής υποβάλλεται και σε σπειρομετρικό έλεγχο. Αυτό γίνεται από ειδικό μηχάνημα - σπειρόμετρο - το οποίο έχει ένα σωλήνα ελαστικό που ανεβοκατεβαίνει και ο οποίος καταλήγει σ' ένα στόμιο μέσα απ' το οποίο ο ασθενής καλείται να παίρνει βαθιές όσο μπορεί αναπνοές και να βγάζει όλο τον αέρα απ' τον πνεύμονα, κατά την εκπνοή. Με τον τρόπο αυτό καταγράφεται σε ειδικό μηχάνημα η εισπνευστική - εκπνευστική ικανότητα των πνευμόνων.

Ο πνευμονιολόγος με τον αναισθησιολόγο και το χειρουργό θα ορίσουν το είδος του αναισθητικού και τη ποσότητα. Συνήθως σε τέτοιες εγχειρήσεις οι ασθενείς λαμβάνουν γενική νάρκωση κύρια : 1/2 Pethidine + 1/2 Atopine το πρωί της ημέρας που έχει προγραμματιστεί χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τα ειδικά ντοσιέ με τ'αποτελέσματα των εξετάσεων, τη νάρκωση που θα πάρει ο ασθενής, καθώς και τον ίδιο τον ασθενή σχετικά μ'όλες τις εξετάσεις στις οποίες έχει υποβληθεί τονίζοντάς του πόσο επιβεβλιμένες είναι όλες αυτές οι ενέργειες οι οποίες σκοπό έχουν να πετύχει το χειρουργείο και να έχει γρήγορη και σωστή ανάνηψη.

γ) Σωματική επαρκής ενυδάτωση

Ενας απ'τους βασικούς στόχους της νοσηλεύτριας στο σημείο αυτό είναι η σωστή τόνωση του αρρώστου. Αυτό επιτυγχάνεται με τροφές προεγχειρητικά πλούσιες σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες, ασβέστιο φτωχές σε λίπη.

Συνήθως μεγάλα χειρουργεία, όπως αυτό της σκολίωσης, έχουν ανάγκη αίματος, πλάσματος κλπ. στοιχείων. Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνει το χειρουργείο, είναι η εξεύρεση αίματος της ίδιας ομάδας με το παιδί ή τουλάχιστον συμβατό με την ομάδα του. Η νοσηλεύτρια ενημερώνει γονείς και συγγενείς και φροντίζει ώστε να υπάρχουν αρκετές φιάλες έτοιμες προς χρήση.

Εκτός από αίμα ο ασθενής σ'αυτές τις εγχειρήσεις χάνει και πολλά υγρά. Αυτά μπορεί να είναι έμμεσοι μετεγχειρητικοί, υδρώτες, να πέσουν τα λευκώματά του, κλπ. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική περίοδο δίνεται μεγάλη προσοχή και σημασία στη πλούσια και σωστή ενυδάτωση του οργανισμού για τον κίνδυνο αφυδατώσεως, ναυτίας, ακόμη και shock.

Ο άρρωστος με ένα καλά φροντισμένο διαιτολόγιο της νοσηλεύτριας - η οποία έχει έρθει σε συννεόηση με τον θεράποντα ιατρό - ενυδατώνεται σωστά σωματικά κι ο οργανισμός του είναι έτοιμος ν'αντιμετωπίσει ένα χειρουργείο.

Σερβίρονται στο παιδί τροφές της αρεσκείας του, ωραία σερβιρισμένες, ελκυστικές και συγχρόνως θρεπτικές κι αυτό είναι ευθύνη της νοσηλεύτριας.

Τέλος η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή της πως την προηγούμενη της εγχείρησης θα τραφεί ελαφρά πιθανόν με κάποια σούπα. Το πρωί δε της εγχείρησης δε παίρνει τίποτα απ' το στόμα, για το κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς.

δ) Καθαριότητα του σώματος

Την προηγούμενη της εγχείρησης γίνεται καθαριότητα του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει α) καθαριότητα - κένωση του εντερικού σωλήνα και β) μπάνιο σώματος.

α) Όσον αφορά τη κένωση του εντερικού σωλήνα η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή της πως είναι επιβεβλημένη για την αποφυγή κενώσεως πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι, αποφυγή μολύνσεων στο χειρουργικό τραπέζι, καθώς και την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Επειδή ο ασθενής μόνο μία κένωση δεν είναι συχνά δυνατόν ν'αδειάσει όλο το περιεχόμενο του εντέρου η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή της πως η χρήση ενός ήπιου υποκλισμού είναι επιβεβλημένη για καλύτερα αποτελέσματα.

Εξηγεί πως είναι μια ανώδυνη μέθοδος στην οποία το υγρό που εγχύεται στο ορθό, βοηθά στη πλήρη κένωση του εντερικού σωλήνα.

Στη συνέχεια ενεργεί η ίδια τον υποκλισμό, είναι ικανοποιημένη αν πετύχει, ενημερώνει τα φύλλα νοσηλείας της και αν όχι προβαίνει σε άλλη μέθοδο πχ. πιθανόν να χρειασθεί υψηλός υποκλισμός, πράγμα σπάνιο.

Όταν καθαριστεί ο εντερικός σωλήνας γίνεται λουτρό καθαριότητας του ασθενούς.

Συνήθως αισθήματα ντροπής και άρνησης συνοδεύουν το παιδί, όταν ασχολούνται με το σώμα του.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια είναι αυτή η οποία θα πρέπει να διαφωτίσει το παιδί γύρω από τους κανόνες της σωστής υγιεινής του σώματος. Θα τονίσει τα οφέλη του καθώς και τη σπουδαιότητά του για την πρόληψη μολύνσεων κατά και μετά το χειρουργείο.

Είναι αυτή που με ωραίο τρόπο θα πλησιάσει το παιδί θα του υποδείξει τα συνήθη καθαριστικά και θα του επιστείσει τη προσοχή να πλύνει καλά όλες τις περιοχές του σώματός του.

Αν το παιδί θέλει το βοηθάει κι η ίδια στο λουτρό του, προσέχοντας στο μπάνιο να μη γλυστρίσει και χτυπήσει και δεύτερον να μη κρυώσει από τυχόν ρεύματα. Κάτι τέτοιο έχει σαν αποτέλεσμα την αναβολή του χειρουργείου.

Εκτός απ' το σώμα, γίνεται βούρτσισμα των δοντιών καθώς και αντισηψία της ρινοφαρυγγικής κοιλότητας και του στόματος για τη πρόληψη μολύνσεως του αναπνευστικού.

ε) Ήρεμο και ευχάριστο περιβάλλον

Είναι γεγονός πως ένα ταραχώδες και δυσάρεστο κλίμα πριν την εγχείρηση δε βοηθά στη ψυχική υγιεινή του παιδιού και επιτείνει το άγχος και το φόβο.

Κύριο μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η εξασφάλιση ενός ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος.

Αυτό επιτυγχάνεται όταν η νοσηλεύτρια, απομακρύνει τους επισκέπτες κι αφήνει κοντά στο παιδί, μόνο αγαπημένα του πρόσωπα που θα το κάνουν να νιώθει ωραία και να είναι ήρεμο. Επίσης αποτρέπει συζητήσεις - σχόλια που μπορεί να το εκνευρίσουν και να το αναστατώσουν.

Μπορεί επίσης ν' ακολουθήσει ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων για χαλάρωση όταν το δει νευρικό και αγχωμένο.

Καλό θα ήταν - αν και το παιδί το θέλει - ν'απαχολείται και να παίζει με τ'αγαπημένα του παιχνίδια, να διαβάζει τα βιβλία του, ή απλά ν'ακούει την αγαπημένη του μουσική που το ηρεμεί και το ξεκουράζει.

Αν παρ'όλα αυτά το παιδί δε μπορεί να κοιμηθεί και να ηρεμήσει τότε σύμφωνα πάντα μ'εντολή ιατρού, μπορεί να του δώσει ένα υπνωτικό ή ηρεμιστικό φάρμακο ήπιο. Απομακρύνεται από κοντά του όταν το δει ήρεμο να κοιμάται.

ζ) Εκπαίδευση του ασθενή

Εγχειρήσεις όπως αυτές στην Σ.Σ. σημαίνει για πολλούς πολλές μετεγχειρητικές επιπτώσεις. Συχνά άτομα μιλούν για το φόβο της νάρκωσης, ή ακόμα και παράλλησης της σπονδυλικής στήλης, ή των άκρων.

Η νοσηλεύτρια στο στάδιο αυτό ενημερώνει για τη μετεγχειρητική περίοδο, επισημαίνει τη πρόοδο της ιατρικής καθώς και τα άμεσα ωφέλη που θα έχει το άτομο απ'την εγχείρηση και ζητά τη συνεργασία του για τη πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Εφαρμόζει ένα ειδικό πρόγραμμα διδασκαλίας ασκήσεων για τη μετεγχειρητική περίοδο, κύρια αναπνευστικών και φυσιοθεραπείας των άκρων.

Μ'αυτό το τρόπο δεν έχουμε καρδιοαναπνευστικά προβλήματα, έχουμε γρήγορη ανάνηψη απ'τη νάρκωσή, μειώνεται ο πόνος κλπ.

Τέλος ο ασθενής ξεναγείται στο νέο του δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση όπου θα είναι μονόκλινο. Του δίνονται εξηγήσεις για τα μηχανήματα που υπάρχουν γύρω του, συσκευές O₂, τα διάφορα stato, κλπ.

Σκοπός όλων αυτών είναι να μην ανησυχήσει ο ασθενής όταν κατά την αφύπνησή του βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον.

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Σ'αυτή γίνεται ο "ευπρεπισμός" του σώματος, κύρια καθαρισμός αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου. Συνήθως αν το παιδί είναι κορίτσι νιώθει αισθήματα ντροπής γιατί πρέπει να "ευπρεπίσει" τη περιοχή του αιδoίου του.

Η νοσηλεύτρια με ωραίο τρόπο της εξηγεί τη σπουδαιότητα αυτής της "δυσάρεστης" κατάστασης για τον κίνδυνο μόλυνσεως πάνω στο τραύμα, ανεξάρτητα αν η επέμβαση γίνει στη Σ.Σ. Αν δε μπορεί η ίδια ή η μητέρα της να ενεργήσει σωστά - χωρίς να προκαλέσει μικροτραυματισμούς - την αποτρίχωση της περιοχής, το εκτελεί η ίδια.

Ετσι σιγά - σιγά η προεγχειρητική φροντίδα μπαίνει στο τελικό της στάδιο.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Στο στάδιο αυτό, μέλημα της νοσηλεύτριας, είναι να :

- α) τακτοποιήσει και να προετοιμάσει το δωμάτιο του αρρώστου.
- β) να ετοιμάσει τον ίδιο για το χειρουργείο.
- γ) να εκτελέσει τη προνάρκωση.

α) Η τακτοποίηση και προετοιμασία του δωματίου που θα δεχθεί τον ορθοπεδικό άρρωστο, είναι επιβεβλημένη. Το κρεβάτι στρώνεται για να δεχθεί ένα χειρουργημένο άρρωστο όπως κάθε χειρουργικό, υπάρχουν μαξιλάρια μήπως χρειαστούν να τοποθετηθούν σε διάφορα σημεία του σώματος, ειδικά "στατό" γύρω απ'το κρεβάτι στα οποία θα τοποθετηθούν οι φιάλες αίμα, πλάσμα, ορούς που τυχόν παίρνει ο άρρωστος, γενικά η ενδοφλέβια τροφή του.

Δίπλα στο κομοδίνο του αρρώστου τοποθετείται υδατοστεγή χαρτοσακούλα, νεφροειδής για τυχόν εμμέτους που είναι πολύ πιθανοί μετά από τέτοιες εγχειρήσεις, ποτηράκι με νερό στο οποίο θα υπάρχει μία σπάτουλα τυλιγμένη σε βαμβάκι για να δροσίζεται ο ασθενής. Γενικά τοποθετούνται όλα όσα κρίνει η νοσηλεύτρια ότι θα χρειαστούν στον άρρωστό της.

Βέβαια πριν απ' όλα αυτά γίνεται καθαρισμός του δωματίου σωστός αερισμός χωρίς να δημιουργούνται ρεύματα, ο φωτισμός είναι διακριτικός όχι πολύ υψηλός, αλλά υπάρχει και φορητό φώς σε περίπτωση που χρειαστεί.

Το έμπειρο μάτι της νοσηλεύτριας, ρίχνει μια τελευταία ματιά στο χώρο για να διαπιστώσει αν όλα πάνε καλά και στο συνέχεια έρχεται στον ασθενή της.

Εκείνο που πρώτα θα ελέγξει η νοσηλεύτρια πάνω στον άρρωστο, είναι τα ζωτικά σημεία: θερμοκρασία, πίεση, σφύξεις, αναπνοές να εκτιμήσει αν είναι σε θέση να χειρουργηθεί. Οποιαδήποτε απόκλιση απ' το φυσιολογικό σημειώνεται και ειδοποιείται ο θεράπων ιατρός. Ένας ξαφνικός πυρετός, μια ταχυσφυγμία, ή το "στρές" είναι ανασταλτικοί παράγοντες σε μία εγχείρηση και ικανή ν' αναβάλλουν μία χειρουργική επέμβαση.

Όταν όλα είναι σε φυσιολογικά επίπεδα και το παιδί είναι ήρεμο, το πρωί της εγχείρησης η αδελφή κάνει μία τελευταία επισκόπηση στο σώμα του να διαπιστώσει αν είναι καθαρό και το βοηθά να φορέσει τα ειδικά ενδύματα του χειρουργείου. Αφού κενωθεί η ουροδόχος κύστη και αφαιρεθούν όλα τα εσώρουχά του, φορά τις ειδικές μπλούζες και σκουφιά που χρησιμοποιεί κάθε χειρουργείο. Αντικείμενα όπως κοσμήματα, χρήματα κλπ. δίδονται στους οικείους, απομακρύνονται συγγενείς, φίλοι μένοντάς μόνο η

μητέρα ή ο πατέρας κοντά στο παιδί και όταν όλα είναι ήσυχα η νοσηλεύτρια υπενθυμίζει στο παιδί το ειδικό πρόγραμμα μετεγχειρητικών ασκήσεων προς γρήγορη ανάνηψη απ'το χειρουργείο.

Τέλος συνήθως μισή ώρα πριν το χειρουργείο εκτελείται απ'τη νοσηλεύτρια η προνάρκωση η οποία είναι 1/2 Atropine + 1/2 Pethidine ενδομυϊκά και αποβλέπει στη μυϊκή χαλάρωση, ελάττωση των εκκρίσεων και τη πρόκληση υπνηλίας, προκειμένου ο ασθενής στο χειρουργείο να δεχθεί τη νάρκωση του αναισθησιολόγου.

Πρέπει να τονιστεί πως το είδος της προνάρκωσης το καθορίζει ο αναισθησιολόγος για την εκτέλεσή της όμως, υπεύθυνη είναι η νοσηλεύτρια. Γι'αυτό σαν πρώτο της βήμα, είναι να ενημερώσει το παιδί για το σκοπό της, να του εξηγήσει πως είναι απαραίτητη για να μη καταλάβει καθόλου πόνο και πως μετά την εκτέλεσή της, θα νιώθει ζαλισμένο και θα αισθάνεται "ξερό" το στόμα του. Για ν'αποφύγει τυχόν πτώση απ'το κρεβάτι που ίσως αποβεί μοιραία, θα πρέπει να μη σηκώνεται χωρίς τη βοήθεια κάποιου.

Μετά το τέλος της προνάρκωσης η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει ένα ήρεμο και ευχάριστο περιβάλλον, χωρίς θορύβους απομακρύνοντας όλους τους συγγενείς απ'το θάλαμο του παιδιού και ειδοποιείται όταν είναι η κατάλληλη ώρα, ο νοσοκόμος με φορείο για τη μεταφορά του προς τό χειρουργείο.

Υπενθυμίζει στο παιδί να έχει πίστη στον εαυτό του και το θεο και το ενθαρρύνει, λέγοντά του πως "όλα θα πάνε καλά".

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Κατά τη μεταφορά του αρρώστου απ' το φορείο στο κρεβάτι η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη σωστή και γρήγορη τοποθέτηση του σ' αυτό, χωρίς να πονέσει ο ασθενής με τη βοήθεια 2 νοσοκόμων, προκειμένου να διατηρηθεί η σπονδυλική στήλη σε ευθιασμό. Το κεφάλι είναι ελαφρώς γερμένο στο ένα πλάι χωρίς ωστόσο να έχει κανονική πλάγια κλίση.

Ανάλογα με τη θεραπευτική μέθοδο που χρησιμοποιεί ο εκάστοτε χειρουργός, ο ασθενής μπορεί στη πλάτη του να έχει γύψινο νάρθηκα μέσα στον οποίο παραμένει μέχρι την έγερσή του. Τακτοποιούνται οι παροχτεύσεις τραύματος που μπορεί να είναι περισσότερες από μία, μπορεί να είναι περισσότερες από μία, ο ουροσυλλέκτης για τη συλλογή ούρων - αναγράφονται τα ούρα με τα οποία ήρθε απ' το χειρουργείο και μετρούνται τα "μισά" του χειρουργείου - το Levin του ασθενή το οποίο τοποθετείται στο χειρουργείο για να μην παρουσιάσει ο ασθενής εμέτους, καθώς όλοι οι οροί και τα αίματα που παίρνει ο ασθενής.

Αμέσως μετά τη τοποθέτηση του αρρώστου ρίχνει μια πρώτη ματιά στον άρρωστο στην όψη στο χρώμα του. Αλλαγή στην υφή και το χρώμα του δέρματος υποδηλώνει κακή κυκλοφορία, πνευμονικές επιπλοκές κλπ. Στη συνέχεια, ψηλαφά τα διάφορα μέλη καθώς και τη περιοχή γύρω απ' το τραύμα. Οποιαδήποτε αλλαγή κι αν διαπιστωθεί ειδοποιείται γρήγορα ο θεράπωντας ιατρός.

Η λήψη ζωτικών σημείων : θερμοκρασίας, πίεσης, σφυγμών, αναπνοών είναι ζωτικής σημασίας για τον ασθενή γι αυτό η νοσηλεύτρια ελέγχει πριν απ' όλα την αιμοδυναμική κατάσταση του αρρώστου. Βαθμιαία πτώση της αρτηριακής πίεσης, ένας γρήγορος

νηματωειδής σφυγμός υποδηλώνει αιμοραγία ή κατάσταση επικείμενου shock. κάτι που κάθε άλλο παρά "ευχάριστη" κατάσταση είναι για τον ασθενή - ιατρό - νοσηλεύτρια.

Για να προλάβει η νοσηλεύτρια, όλες αυτές τις δυσάρεστες συνέπειες :

α) προβαίνει σε τακτά χρονικά διαστήματα στη λήψη των ζωτικών σημείων. Συνήθως σε μεγάλα χειρουργεία τα ζωτικά σημεία, τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση, παίρνονται ανά τέταρτο της ώρας και στη συνέχεια ανά ώρα. Έτσι κάθε στιγμή ελέγχεται αιμοδυναμικά ο άρρωστος.

β) Χρησιμοποιεί ειδικά διαγράμματα καταγραφής των ζωτικών σημείων, πράγμα που διευκολύνει την ίδια και τον ιατρό.

γ) Ειδοποιεί τον θεράποντα σε περίπτωση που διαπιστώσει απόκλιση απ'το φυσιολογικό.

Εκτός απ'τα ζωτικά σημεία, εκείνο που πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί, είναι το χειρουργικό τραύμα καθώς και η παρακολούθηση της κυκλοφορίας, γύρω απ' τη περιοχή του τραύματος. Από τη νοσηλεύτρια, ψηλαφάται η περιοχή γύρω από το τραύμα, αν είναι ωχρή ή αν ο άρρωστος έχει άκρα ψυχρά και ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός. Κακή κυκλοφορία ή άλλα προβλήματα πρέπει ν'αποφευχθούν. Ιδιαίτερη προσοχή και παρακολούθηση χρειάζεται το χειρουργικό τραύμα. Ειδικά, αν αιμοραγεί. Αυτό το κατάλαβαίνουμε αν δούμε ότι η παροχή του τραύματος δίνει αίμα περισσότερο του κανονικού. Για το λόγο αυτό σημειώνονται ανα ώρα, με μαρκαδόρο, τα υγρά που δίνει η παρόχέτευση.

Με ήπιες κινήσεις και με τη βοήθεια νοσοκόμων, ελέγχουμε αν οι γάζες που καλύπτουν το τραύμα είναι στεγνές και καθαρές. Δείγμα ότι το τραύμα δεν αιμοραγεί, καθώς και το δέρμα γύρω απ'το τραύμα αν είναι ερεθισμένο.

Οποιαδήποτε αλλαγή, πέραν του φυσιολογικού καταγράφεται και ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός. Με τον τρόπο αυτό, αποφεύγονται μολυσεις και επιπλοκές κυκλοφορικές.

Συνήθως εγχειρήσεις ορθοπεδικές κατά το στάδιο της ανάνηψης συνοδεύονται από δυνατούς πόνους κάτι που θέλουμε ν'αποφευχθεί γιατί από απότομες κινήσεις μπορεί να κοπούν τα ράμματα της εγχείρησης και για το λόγο ότι ο πόνος σα συναίσθημα είναι επώδυνο και καταβάλλει τον ασθενή με αποτέλεσμα να τον κάνει νευρικό, υπερκινητικό. Γι αυτό η νοσηλεύτρια :

- α) Ακούει με προσοχή παράπονα του ασθενή της σχετικά με πόνο.
- β) Παρατηρεί τυχόν διεγέρσεις του απ'τον πόνο, τις καταγράφει και ειδοποιεί ιατρό.
- γ) Αμέσως συμβουλευεται τη φαρμακευτική αγωγή του ατόμου που έχει οριστεί. Χορηγεί φάρμακα ηρεμιστικά - παυσίπονα προς ανακούφισή του. Τις πρώτες ώρες για τον κίνδυνο πρόκλησης εμετού δε χορηγεί τίποτα απ'το στόμα. Γι αυτό προβαίνει στην ενδοφλέβια χορήγηση πεθιδίνης ή μορφίνης, συνήθως τρεις φορές την ημέρα τις πρώτες μέρες της εγχείρησης, σταδιακά μειώνοντας τις δόσεις σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού.
- δ) Ενημερώνει τον ασθενή για τον κίνδυνο εθισμού του στη μορφίνη ή πεθιδίνη πράγμα που τον οδηγεί σε "επικίνδυνα κανάλια" για τη σωματική και ψυχική υγεία του.
- ε) Μετά συνήθως το πρώτο 24ωρο, κάνει αλλαγή θέσεώς του με τη βοήθεια νοσοκόμων, προς ανακούφισή του, προσέχοντας πάντα να μη τραυματιστεί και τοποθετεί μαξιλάρια στη πλάτη του.
- ζ) Εξηγεί στον ασθενή της πως ο πόνος είναι απόλυτα δικαιολογημένος και φυσιολογικός μετά το πέρας της εγχείρησης και πως με τη πάροδο των ημερών σταδιακά θα μειώνεται και σε λίγες μέρες, δε θα πονά.

Είναι γνωστές οι ιδιότητες της καθαριότητας του σώματος και κύρια πόσο σπουδαίο ρόλο παίζει στη μετεγχειρητική νοσηλεία του ατόμου. Συνιστάται συχνά και σχολαστικός καθαρισμός με τη χρήση των συνηθισμένων καθαριστικών ή αντιουπτικών. Ειδικά οι άρρωστοι με σκολίωση χρειάζονται προσοχή στο σημείο αυτό γιατί η αλλαγή θέσεώς τους απαιτεί λεπτούς χειρισμούς. Αφού γίνει καθαρισμός της γύρω περιοχής γίνονται εντριβές και ελαφρό μασάζ - αν δε πονά ο ασθενής - για καλλίτερη κυκλοφορία. Αλλάζονται συχνά τα λευχήματα του αρρώστου και τεντώνονται γιατί οι πτυχές σε αρρώστους που παραμένουν για μακρό χρονικό διάστημα στο κρεβάτι, δημιουργούν προβλήματα κατακλίσεων - πράγμα σπάνιο σε παιδιά αυτής της ηλικίας εξ αιτίας της αυξημένης αντίστασης του οργανισμού τους.

Όπως επιβεβλημένη είναι η καθαριότητα του σώματος, άλλο τόσο και περισσότερο φροντίδα χρειάζεται το τραύμα. Συχνά η αλλαγή τραύματος συνοδεύεται από πόνο, ειδικά τις πρώτες μέρες γι αυτό η νοσηλεύτρια πριν την ενέργειά της, καλό θα ήταν να χορηγεί στον ασθενή παυσίπονο σύμφωνα με ότι έχει ενημερώσει ο ιατρός το "καρτέξ" του.

Η αλλαγή στο χειρουργημένο τραύμα, γίνεται απ' τον θεράποντα έχοντας βοηθό τη νοσηλεύτρια η οποία προκειμένου ν' αποφύγει μολύνσεις, χρησιμοποιεί άσηπτες τεχνικές.

Συγκεκριμένα φροντίζει :

α) ν' απομακρύνει επισκέπτες καθώς και συγγενείς απ' το δωμάτιο της αλλαγής.

β) φροντίζει ώστε να έχει μαζί της όλα τ' απαραίτητα εργαλεία, όπως : αποστειρωμένα σετ αλλαγής, γάντια αποστειρωμένα, γάζες αποστειρωμένες, λαβίδες, λευκοπλάστη, νεφροειδή για τα άχρηστα κλπ.

γ) Σερβίρει τα διάφορα εργαλεία στον ιατρό χωρίς να μιλά πάνω απ' το τραύμα με σταθερές και σωστές κινήσεις, εφαρμόζοντας πιστά τους κανόνες άσηπτης τεχνικής αλλαγής τραυμάτων.

Ένα απ' τα σπουδαιότερα νοσηλευτικά καθήκοντα που λαμβάνουν χώρα απ' τη στιγμή που θα έρθει ο άρρωστος απ' το χειρουργείο είναι η ενυδάτωση - διατροφή, καθώς και το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Μη σωστή ενυδάτωση, προκαλεί ηλεκτρολυτικές διαταραχές που επηρεάζουν με τη σειρά τους το κυκλοφορικό, και μπορούν να προκαλέσουν αφυδάτωση ή και shock.

Μετά τη τακτοποίηση του αρρώστου η νοσηλεύτρια, σε ειδικό φύλλο νοσηλείας, τσεκάρει τους όρους, πλάσματα, αίμα που παίρνει ο άρρωστος καθώς και αυτά που αποβάλλει: ούρα, υγρά παροχέτευσης, ιδρώτες, εμμέτους κλπ. Έτσι ανά πάσα στιγμή είναι ενημερωμένη κι αυτή κι ο ιατρός για το ισοζύγιο του αρρώστου και κατ' επέκταση της καταστάσεώς του.

Διαταρεί σωστή και φυσιολογική νεφρική απέκκριση όταν χορηγεί επαρκή ποσότητα υγρών. Συνήθως τις πρώτες ημέρες ο ασθενής δε τρέφεται απ' το στόμα. Αργότερα τις επόμενες μέρες κι όταν η καταστάσή του το επιτρέπει - αν έχει λειτουργήσει το έντεο - χορηγεί υδρική δίαιτα, πλούσια σε πρωτεΐνη, υδατάνθρακες, φτωχές σε λίπη. Συνήθως στους ορθοπεδικούς αρρώστους δε χορηγούμε μεγάλες ποσότητες γάλακτος γιατί κάτι τέτοιο, προσθέτει ασβέστιο στη δεξαμενή ασβεστίου του σώματος και απαιτεί μεγαλύτερη απέκκρισή του απ' τους νεφρούς.

Για το λόγο αυτό παρακολουθεί συχνά κάθε ώρα - τις πρώτες μέρες - τη διούρηση και αν παρουσιαστεί οποιοδήποτε πρόβλημα: πχ. κατακράτηση ούρων στη κύστη, ειδοποιείται ο ιατρός ο οποίος μπορεί να συστήσει διουρητικά ή άλλα φάρμακα.

Εκτός απ'τη νεφρική απέκκριση, παρατηρεί μετά τις πρώτες ημέρες και τις κενώσεις του ασθενή. Το χρώμα, η σύσταση, η ποσότητα καθώς και η ικανότητα ή μη του ασθενή για αφέδευση είναι σημεία που θα την ανησυχήσουν και θα πρέπει να ειδοποιήσει το θεράποντα ιατρό.

Προσέχοντας ολ'αυτά, η κατάσταση του αρρώστου μέρα με τη μέρα βελτιώνεται αφού ο ίδιος αποκτά και πάλι τις χαμένες του δυνάμεις και αναρρώνει πιο γρήγορα.

Ένα άλλο σημείο που πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί είναι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές. Κύρια, αυτές αφορούν συστήματα όπως : α) αναπνευστικό, β) κυκλοφορικό, γ) νεφρικό καθώς δ) και το ίδιο το τραύμα.

Αν δε προληφθούν έγκαιρα, οδηγούν σε καταστάσεις shock ή ακόμα και σε θάνατο. Αυτό η νοσηλεύτρια το γνωρίζει γι αυτό και παίρνει όλα τ'απαραίτητα μέτρα πρόληψης.

Ειδικά :

α) Για να προλάβει αναπνευστικές επιπλοκές όπως : πνευμονίες, απελεκτασίες κλπ. παρακολουθεί στενά τον άρρωστό της κατά τις πρώτες ώρες μετά το χειρουργείο. Συστήνει να παίρνει βαθιές αναπνοές για την τέλεια αποβολή του αναισθητικού, τον προστατεύει από ψυχρά ρεύματα αέρα. Δε χορηγεί κατασταλτικά σε μεγάλες δόσεις που επιβαρύνουν την αναπνοή παρά μόνο αν είναι απολύτως απαραίτητα. Με τη βοήθεια νοσοκόμων αλλάζει συχνά θέση του αρρώστου, συστήνει στον ασθενή της να εφαρμόσει το πρόγραμμα αναπνευστικών ασκήσεων που του δίδαξε προεγχειρητικά, να παίρνει ήρεμες βαθιές ανάσες και να προσπαθήσει να κινεί ελεύθερα τα άκρα του όσο μπορεί. Αν ο ασθενής παρουσιάσει δυσπνοιικά φαινόμενα - πράγμα σχετικά απίθανο - χορηγεί O_2 με μάσκα ventun ή γυαλάκια O_2

β) Η πρόληψη επιπλοκών απ' το κυκλοφορικό σύστημα και κύρια η πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας, μπορεί να επιτευχθεί αν το έμπειρο μάτι της νοσηλεύτριας.

- Παρατηρεί το τραύμα καθώς τη σπονδυλική στήλη και τη κυκλοφορία περιφερικά. Τυχόν οίδημα, πόνος και ευαισθησία, πιθανή φλεβική διάταση κάτω άκρων, διαπιστωθούν, αξιολογούνται αμέσως και ειδοποιείται ο θεράπωντας ιατρός.

- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να εφαρμόσει το προ-εγχειρητικό πρόγραμμα ασκήσεων, λέγοντας του να κινεί τα δάχτυλα των ποδιών - χεριών, έτσι ώστε να μη λιμνάζει το αίμα και δημιουργεί θρόμβους.

- Κάνει εντριβές στη πλάτη καθώς και στα υπόλοιπα μέλη, δημιουργώντας υπερεμία, πριν εμφανιστή θρόμβος.

- Παρατηρεί κάθε στιγμή το χρώμα και την υφή του δέρματος, ψηλαφώντας και παρατηρώντας το.

- Οποιαδήποτε αλλαγή πέραν του φυσιολογικού, καταγράφεται και ειδοποιείται ο ιατρός.

γ) Λαμβάνει μέτρα για εξασφάλιση σωστής νεφρικής απέκκρισης και για τη πρόληψη πιθανής επίοχαισης ή ουραμίας.

Στο σημείο αυτό ένα σημαντικό σημείο που θέλει μεγάλη προσοχή και παρατηρητικότητα απ' τη νοσηλεύτρια, είναι η μετατόπιση των μεταλικών ράβδων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μια επιπλέον χειρουργική δοκιμασία για τον ασθενή.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι προληπτικός.

Κατ' αρχήν :

α) Παρατηρεί από κοντά το τραύμα του ασθενή.

β) Ακούει με προσοχή, παράπονά του για πόνο.

γ) Ελέγχει μήπως έχει επηρεαστεί αιμοδυναμικά ο άρρωστος μήπως εκβιάζει πυρετό κλπ.

δ) Αμέσως - αν διαπιστωθεί - μετακίνηση συστήνει στον ασθενή να μη κάνει απότομες κινήσεις και ειδοποιεί αμέσως το θεράποντα ιατρό.

ε) Μόλιες επιβεβαιωθεί η μετατόπιση ύστερα από εξέταση ή ακτινολογικό έλεγχο - η νοσηλεύτρια καθυστεράει το άτομο και το προετοιμάζει ψυχολογικά για τυχόν επανείσδόν του στο χειρουργείο, εμπυχώνοντάς το.

Η μακρά παραμονή στο κρεβάτι, εγκυμονεί το κίνδυνο κατακλίσεων ο οποίος όμως είναι σχεδόν απίθανος στα παιδιά αυτής της ηλικίας και ο οποίος προλαμβάνεται παίρνοντας παιδί και νοσηλεύτρια, τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης.

Βέβαια, σ'όλες τις ενέργειές της η νοσηλεύτρια, δε ξεχνά τη ψυχολογική υποστήριξη που πρέπει να παράσχει στο άτομο. Εξ' αιτίας του νεαρού της ηλικίας του ένα παιδί έχει μεγαλύτερη ανάγκη από εμπύχωση, κατανόηση, διαφώτιση. Γι αυτό η νοσηλεύτρια:

- Με αγάπη και κατανόηση πρέπει να δημιουργήσει ένα ασφαλές περιβάλλον που θα συμβάλλει στη ψυχική του υγεία.

- Με ενδιαφέρον ακούει τα παράπονά του, τις απορίες του και προσπαθεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη του.

- Δείχνει στο παιδί εμπιστοσύνη και το αφήνει να εξωτερικεύσει όλα όσα το πλημυρίζουν.

- Με υπομονή και επιμονή προσπαθεί να τονώσει την αυτοεκτίμησή του, τον αυτοσεβασμό του, να δεχθεί τη "νέα εικόνα" του σώματός του, να συμφιλιωθεί μαζί της.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΛΞΗ

Οι έλξεις σα θεραπευτικό μέσο είναι ορισμένες φορές επιβεβλημένες όσο και αποκρουστικές στη θέα τους και μόνο. Τα διάφορα εξαρτήματά τους, προκαλούν αποστροφή γι' αυτό και όταν ο ορθοπεδικός ορίσει πως το παιδί θα εφαρμοστεί έλξη, η νοσηλεύτρια πάνω απ' όλα πρέπει να ενημερώσει τόσο το παιδί όσο και το περιβάλλον του για το σκοπό καθώς και το "τι είναι έλξη".

Κάνει επίδειξη του υλικού της έλξης στο παιδί-οικογένεια, τα διάφορα εξαρτήματα-μέρη της έλξης και εξηγεί το σκοπό της τοποθέτησής της. Απαντά με κατανόηση σ' όλες τις απορίες του και το αφήνει να εξωτερικεύσει όλους τους φόβους του και τις απορίες του. Τονίζει και πείθει για τα οφέλη και την αναγκαιότητα της έλξης και αν το παιδί θελήσει το γνωρίζει με άλλα παιδιά που βρίσκονται σε έλξη και την έχουν αποδεχτεί χωρίς πρόβλημα.

Ζητά απ' το παιδί τη συνεργασία του τονίζοντάς του

- πόσο επιβεβλημένη είναι για τη σωστή εφαρμογή της έλξης
- χωρίς αυτή δε θα πραγματοποιηθεί η έλξη, κάτι που θα καθυστερήσει την αποκατάσταση της υγείας του.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να τονιστεί η σημασία που πρέπει να δοθεί στη ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου ένας ρόλος που επωμίζεται η νοσηλεύτρια και ένας ρόλος που γνωρίζει καλά. Γι' αυτό :

- Υπενθυμίζει πως το στάδιο αυτό είναι περαστικό και απαραίτητο για την αποκατάσταση της υγείας
- Παροτρύνει το παιδί με ωραίο τρόπο να ασχοληθεί με τα διάφορα εξαρτήματα της έλξης : σχοινιά, βίδες κ.λ.π. εξοικιώνοντας το και διαλύοντας έτσι τους φόβους του και τα ερωτηματικά του.

- Απαντά με ειλικρίνεια σ' όλες τις απορίες του, του δείχνει τα ενδιαφέρον της και την αγάπη της.
- Τονώνει την αυτοεκτίμησή του και του δίνει θάρρος.
- Καλύπτει βασικές του ανάγκες του ανάγκες, και επισημαίνει στο παιδί πως μπορεί - αν το ίδιο το θέλει - να το επισκέπτονται οι φίλοι καθώς και άλλα αγαπημένα πρόσωπα.

Όταν το παιδί έχει προετοιμαστεί, ειδοποιείται ο ιατρός ο οποίος θα εφαρμόσει την έλξη, και η νοσηλεύτρια έχοντας μαζί της, όλα τ'απαραίτητα αντικείμενα, όπως : σέτ έλξης, βάρη - σχοινιά που καθορίζονται απ'τον ιατρό, καθώς και προστατευτικά για τα άκρα της βελόνας : πώματα φελοί κλπ.

Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει σε κάθε ενέργειά της το παιδί και ζητά τη συνεργασία του για τη σωστή τοποθέτηση της έλξης. Όταν έχει τοποθετηθεί η έλξη, η νοσηλεύτρια με τη βοήθεια νοσοκόμου τάκτοποιεί το παιδί στο κρεβάτι του το οποίο πρέπει να είναι σταθερό και να έχει σανίδες από κάτω.

Μετά τη τοποθέτηση της έλξης, ελέγχονται τα διάφορα εξαρτήματά της γιατί σωστή εφαρμογή και καλή λειτουργία του συστήματος της έλξης, εγγυάται την επιτυχία της κατά ένα μεγάλο ποσοστό.

Ειδικότερα, η νοσηλεύτρια προσέχει :

- Τη συνολική εικόνα και εξαρτήματα της έλξης
- Προσέχει αν το βάρος που ασκείται είναι το απαιτούμενο
- Αν τα σχοινιά είναι χαλαρά και αν οι τροχαλίες είναι στη θέση τους.
- Ελέγχει αν όλα είναι καθαρά και στεγνά για να μη δημιουργούνται άσχημες μυρωδιές καθώς και για να αισθάνεται το παιδί, όσο το δυνατό πιο άνετα και ωραία.

- Παρατηρεί τη θέση του παιδιού στο κρεβάτι, αν είναι η ενδुकνειόμενη κι αν όχι με τη βοήθεια νοσοκόμου δίνει στο παιδί μία καλλίτερη θέση προς ανακούφισή του.
- Ακούει τυχόν παράπονά του πχ αν η έλξη το πιέζει σ'ορισμένα σημεία, και αν παρατηρήσει κάτι άσχημο, ειδοποιεί αμέσως το γιατρό.
- Παρακολουθείται το παιδί για α) πόνο, β) οίδημα, γ) αίσθημα πίεσης απ'την έλξη, δ) κατακλίσεις, ε) θρομβοφλεβίτιδες.

Συγκεκριμένα :

- α) Όσον αφορά το πόνο πηγαίνει κοντά στο παιδί του ζητά να της διευκρινίσει και να της δείξει που ακριβώς πονά, το καθψυχάζει. Παρατηρεί, στη συνέχεια, το σημείο αν είναι ερυθρό, το πιέζει, κοιτάζει αν είναι ερυθρό, αν υπάρχει κάτι στο σημείο κάτω απ' αυτό που το πιέζει και το αφαιρεί πχ. σχοινιά, ξένα σώματα.
- β) Κοιτάζει το παιδί σ'όλο του το σώμα, κύρια όμως γύρω απ'το σημείο εφαρμογής της έλξης. Αν σε κάποιο σημείο παρουσιάσει οίδημα, ειδοποιεί τον ιατρό, κάνει συχνές εντριβές.
- γ) Σε κάποιο σημείο της έλξης, μπορεί το παιδί να πιέζεται και ίσως να χρειάζεται να χαλαρώσουν λίγο τα σχοινιά ή να μειωθεί το βάρος. Ολ'αυτά ελέγχονται απ'τη νοσηλεύτρια και ειδοποιείται ο ιατρός για τυχόν διορθώσεις.
- δ) Σε τακτά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλάζονται τα λευχήματα του παιδιού. Τα κλινοσκεπάσματα πρέπει να διατηρούνται καθαρά, στεγνά και κυρίως τέντωμένα για να προληφθούν κατακλίσεις αξ'αιτίας της μεγάλης παραμονής του παιδιού στο κρεβάτι.

ε) Η νοσηλεύτρια, παροτρύνει το παιδί να κάνει ασκήσεις των άκρων, του υπενθυμίζει το ειδικό πρόγραμμα που πρέπει ν'ακολουθεί, κύρια κυκλοφοριακές ασκήσεις για να μη λιμνάσει το αίμα και δημιουργηθούν θρομβοφλεβίτιδες.

Παίρνοντας όλ' αυτά τα μέτρα η κατάσταση του αρρώστου βελτιώνεται και ο ίδιος ανέχεται καλύτερα την έλξη.

Ένα άλλο σημείο που πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί, είναι το αίσθημα ανορεξίας καθώς και το αίσθημα μελαγχολίας που μπορεί να παρουσιάσει το άτομο.

Η νοσηλεύτρια, είναι σε θέση να αξιολογήσει τυχόν αίσθημα μελαγχολίας του παιδιού που μπορεί να εκδηλωθεί με ανορεξία όταν:

- Το πλησιάζει και δείχνει ενδιαφέρον για το πρόβλημά του
- Συζητά μαζί του, κάθε απορία και το αφήνει να εξωτερικεύσει αυτό που το κάνει να αισθάνεται μελαγχολικό.
- Αν και το ίδιο θέλει, επιτρέπει σε φίλους του να έρχονται να το βλέπουν να συζητού, να διαβάζουν αγαπημένα τους κλπ.
- Μπορεί να το διασκεδάσει, οργανώνοντας εκδηλώσεις στο θάλαμό του με τ'άλλα παιδιά, χειροτεχνίας, ζωγραφικής κλπ.

Με αυτό τον τρόπο αυτό "ξεχνιέται" περνά γρήγορα και ευχάριστα η μέρα του, καθώς και οι μέρες της νοσηλείας του.

Εξ αιτίας της μελαγχολίας που πιθανόν να αισθάνεται, αδιαφορεί για το φαγητό του. Γι αυτό η νοσηλεύτρια :

- Φροντίζει ώστε η τροφή του να είναι ελκυστικά σερβιρισμένη, του σερβίρει τροφές που του αρέσουν και αν θέλει το βοηθά η ίδια.
- Του υπενθυμίζει ότι με τη τροφή επιτυγχάνεται η γρήγορη ανάρρωση και έγερσή του απ'ο κρεβάτι.

Το παιδί έχει τέλος ανάγκη για απασχόληση και αυτοφροντίδα. Αν δε καλυφθούν αυτές οι ανάγκες, το παιδί αισθάνεται "άχρηστο".

Γι αυτό, η νοσηλεύτρια, βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία με το παιδί, φροντίζοντας ώστε :

- να το ενθαρρύνει στην αυτοφροντίδα του. Το παιδί ενθαρρύνεται να βοηθά τον εαυτό του στις καθημερινές του ενασχολήσεις: όπως :πλυσίμο χεριών - προσώπου - δοντιών κλπ.

Με το τρόπο αυτό νιώθει πως μπορεί ακόμα και τώρα να ικανοποιήσει βασικές του ανάγκες, και δεν είναι "άχρηστο".

- Μπορεί να τοποθετήσει στο κρεβάτι του, ειδικά εξαρτήματα σε περίπτωση που θελήσει να ζωγραφίσει, να διαβάσει προσέχοντας πάντα να μη κουράζεται ψυχικά - σωματικά, αλλά μ' όλα αυτά τα μέσα να το κάνει να καταλάβει πως η αρρώστεια δεν είναι "πανάκια".

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΓΥΨΟ

Κάθε τι που παρεμβαίνει και αλλοιώνει την εικόνα μας είναι αποκρουστικό και προσπαθούμε να το αποφύγουμε με κάθε τρόπο. Ο γύψος σαν τέτοιο, αλλάζει την εικόνα του εαυτού μας που προβάλλουμε προ τα "έξω". Ειδικά ένα παιδί είναι πολύ δύσκολο να δεχθεί αυτή τη νέα κατάσταση, όταν του επιβληθεί και αρχικά είναι αρνητικό.

Κύριος ρόλος της νοσηλεύτριας στο σημείο αυτό, η ενημέρωσή του. Ενημέρωση αυτού και της οικογένειάς του γύρω στο τί είναι, πως θα εφαρμοστεί, γιατί πρέπει να εφαρμοστεί ο γύψος.

Συγκεκριμένα :

- Ενημερώνει τις δύο πλευρές για το "γύψο" σαν υλικό, σαν θεραπευτικό μέσο.
- Ξεναγεί στον ειδικό χώρο προετοιμασίας του γύψου, εξοικιώνοντάς τους έτσι με τα εξαρτήματα όπως : ταινίες, φανέλες, ψαλίδια, επίδεσμούς κλπ.
- Απαντά με πνεύμα συμπάθειας και με κατανόηση σ'όλες τους τις απορίες.
- Υπενθυμίζει την αναγκαιότητα καθώς και τα οφέλη αυτής της θεραπευτικής αγωγής.
- Χωρίς να μπαίνει σε λεπτομέρειες, ενημερώνει για τις ενέργειες στις οποίες θα προβεί μαζί με τον ιατρό καθώς και στα πιθανά προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν.
- Υπενθυμίζει πως σωστή τοποθέτηση με καλή συνεργασία είναι η συνταγή της επιτυχίας που εγγυάται ένα σίγουρο αποτέλεσμα.

Αφού το παιδί ενημερωθεί και έχει κατά κάποιο τρόπο αποδεχθεί την ιδέα του γύψου, οδηγείται στο ειδικό δωμάτιο τοποθέτησης του γύψου.

Η νοσηλεύτρια με ωραίο τρόπο, τοποθετεί το παιδί σε ειδικό σκληρό κρεβάτι και φέρει κοντά του όλα τ'απαραίτητα υλικά για τη τοποθέτηση όπως : γύψινους επιδέσμους, κατάλληλο ύφασμα, -σα φανέλα-, που φοριέται στο σώμα του ασθενή, ειδικά μαλακά υλικά που τοποθετούνται σε οστέινες προεξοχές του σώματος -σημεία πίεσης του γύψου- καθώς και κουβά με χλιαρό νερό, γάντια ειδικά.

Ενθαρρύνει το παιδί και του υπενθυμίζει να μη κουνιέται αφού πρώτα έχει τοποθετηθεί σε σωστή θέση πάνω στο κρεβάτι.

Στη συνέχεια προβαίνει μαζί με το γιατρό στη τοποθέτηση του γύψου.

- Δεν καλύπτει το γύψο μετά τη τοποθέτησή του. Καλύπτει μόνο τα μέρη του σώματος που δεν θα έχουν γύψο - όπως τα πόδια - για να μη κρυώσει ο ασθενής.

- Σε ορισμένα σημεία όπως πχ κάτω απ'τη μέση, χρησιμοποιεί αδιάβροχα μαξιλαράκια που δείχνουν τη κλίση στο γύψο και προλαμβάνουν το ράγισμά του.

- Ο ιατρός με απαλές κινήσεις δίδει το σωστό καλούπι του γύψου, ανάλογα με το σώμα του παιδιού, φροντίζοντας να μη σφίγγει πολύ τις γυψοταινίες.

- Εξηγεί στο παιδί ότι κατά τις πρώτες ώρες εφαρμογής του γύψου, το παιδί θα αισθάνεται αίσθημα καύσης που σταδιακά θα υποχωρεί κατά το στέγνωμα του γύψου.

- Σ'όλη τη διαδικασία, η νοσηλεύτρια βρίσκεται κοντά στο παιδί και το ενισχύει.

- Με το πέρας της τοποθέτησης, καθαρίζει σημεία του σώματος που τυχόν έχουν λερωθεί κατά τη τοποθέτηση και με τη βοήθεια νοσοκόμων και με λεπτούς χειρισμούς, μεταφέρει το παιδί στο κρεβάτι του, αφού πρώτα αυτό έχει ενισχυθεί με σανίδες.

Μετά τη τοποθέτηση γύψου, σκεπάζεται μόνο το μέρος που δεν έχει γύψο, για να στεγνώσει ο γύψος με την έκθεσή του στον ατμοσφαιρικό αέρα.

Η συνεχής παρουσία της νοσηλεύτριας κοντά στον άρρωστο τις ώρες μετά την τοποθέτηση και ο έλεγχος της κατάστασής του είναι επιβεβλημένη.

Ο άρρωστος παρακολουθείται στενά στο σ) αναπνευστικό του σύστημα, β) κυκλοφορικό και γ) για τυχόν κοιλιακή διάταση.

α) - Προσέχεται η αναπνοή του: αν είναι φυσιολογική. Πιέζεται πουθενά ο άρρωστος; Δυσφορεί;

- Ενθαρύνεται να παίρνει βαθιές αναπνοές.

- Με τη βοήθεια νοσοκόμων και αν η κατάστασή του το επιτρέπει, αλλάζει συχνά θέσεις.

- Αν διαπιστωθεί πως έχει αναπνευστικό πρόβλημα, ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός.

β) - Παρατηρεί η νοσηλεύτρια τα άκρα του αρρώστου. Εάν είναι κυανά, ωχρά, δείγμα κακής κυκλοφορίας.

- Ελέγχει τη θερμοκρασία τους.

- Παροτρύνει το άτομο να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων για βελτίωση της κυκλοφορίας, να μη λιμνάζει το αίμα και δημιουργεί θρόμβους.

- Προβαίνει σε καλό καθαρισμό όπως και σε συχνές εντριβές για την τόνωση της κυκλοφορίας.

- Ελέγχει όλο το δέρμα του αρρώστου και κύρια γύρω απ'την περιοχή του γύψου, κι οποιαδήποτε απόκλιση απ'το φυσιολογικό επισημαίνεται αμέσως στο θεράποντα ιατρό.

γ) Η κοιλιακή διάτασή είναι ένα πρόβλημα που πιθανόν να εμφανιστεί με τη τοποθέτηση γύψου. Γι αυτό :

- Η νοσηλεύτρια ακούει και αξιολογεί τυχόν αίσθημα πόνου στη κοιλιά του αρρώστου.
- Παρατηρεί αν έχει κενώσει ο αρρώστος, ή πόσες μέρες έχει να ενεργηθεί, αν αισθάνεται αίσθημα βάρους κλπ.
- Μπορεί να προβεί σε χαμηλό υποκλιισμό - σύμφωνα πάντα με τη γνώμη του ιατρού - ή ακόμα και σε διάνοιξη του γύψου, για να μπορέσει ο ιατρός να εξακριβώσει ακριβώς το πρόβλημα.

Ο πόνος σα σύμπτωμα δε πρέπει να διαφεύγει ή να αγνοείται απ'τη νοσηλεύτρια. Ειδικά σε αρρώστους με γύψο.

Σ' αυτούς, πόνος μπορεί να υποδηλώνει πίεση του γύψου πάνω σε κάποιο υγιές μέλος που πρέπει να εξακριβωθεί. Γι αυτό :

- Η νοσηλεύτρια ακούει πάντα με προσοχή παράπονα του αρρώστου για πόνο.
- Ζητάται απ'τον ασθενή να περιγράψει τον πόνο και να εντοπίσει το σημείο που αισθάνεται ότι πονά.
- Παρακολουθείται ο γύψος για κακοσμία. Κάτι τέτοιο μπορεί να κρύβει νέκρωση κάποιας περιοχής που δυνοδεύεται με πόνο. Επίσης αίσθημα πίεσης ή θερμότητας σε κάποιο σημείο, αναφέρεται αμέσως στον ιατρό.
- Δεν χορηγούμε παυσίπονα, πριν διαπιστωθεί η αιτία του πόνου.
- Μπορεί να χρειαστεί διάνοιξη σε κάποιο σημείο του γύψου για να διαπιστωθεί το πρόβλημα, ή να προληφθούν δερματικές βλάβες, που χρειάζονται άμεση νοσηλευτική παρέμβαση.

Ενας άλλος τομέας που χρειάζεται προσοχή και διαφώτιση είναι η έγερση του αρρώστου καθώς και η ασφαλής μετακίνησή του.

Η νοσηλεύτρια βοηθά το άτομο στην έγερσή του, όταν :

- Με τη βοήθεια της φυσιοθεραπεύτριας φορά στα κάτω άκρα ελαστικούς επιδέσμους, για να μην πέσει όλο το αίμα στα πόδια απ'την απότομη έγερση.

- Έχει ήδη φροντίσει ώστε ο άρρωστός της να κινεί περιοδικά τα άκρα του ώστε να μη παρουσιαστεί πρόβλημα τώρα.
- Βοηθά το άτομο με τη φυσιοθεραπεύτρια στην εγερσή του, αφού πρώτα κατεβάσει κάτω απ'το κρεβάτι τα πόδια του, το αφήσει να σταθεί λίγο στην άκρη του κρεβατιού, παίρνοντας ανάσες βαθιές έχοντας τα μάτια ανοιχτά.
- Όταν διαπιστώσει πως δε ζαλίζεται και έχει καλή αρτηριακή πίεση το βοηθά να κάνει μικρά βήματα γύρω απ'το κρεβάτι του.
- Έχει ήδη προμηθεύσει το παιδί με ειδικά ορθοπεδικά παπούτσια.
- Του υπενθυμίζει τους κινδύνους που διατρέχει αν δε προσέχει κατά τη μετακίνησή του, εστιάζοντας τη προσοχή του σε προεξοχές, αντικείμενα κλπ.
- Κάνει επίδειξη και το διδάσκει πως να εξυπηρετεί βασικές του ανάγκες όπως π.χ. φαγητού, μόνο του.

Με το τρόπο αυτό, σιγά - σιγά του καλλιεργεί την ανάγκη αυτοφροντίδας του μέσα κι έξω απ'το νοσοκομείο.

Συγκεκριμένα :

- Το παροτρύνει και το ενθαρρύνει να μη σταματήσει τις συνηθισμένες δραστηριότητές του εξ' αιτίας του γύψου.
- Του υποδεικνύει ρούχα άνετα που καλύπτουν - όσο γίνεται - το γύψο, καθώς και παπούτσια ορθοπεδικά που το βοηθούν στη καλλίτερη μετακίνησή του.
- Το εμπυχώνει και του τονίζει πως δεν είναι κάποιος "ανάπηρος" αλλά ένα υγιές μέλος της κοινωνίας. Το σπουδαιότερο, του υπενθυμίζει πως κανένα μέσο υλικό ή οποιοδήποτε άλλο δε μπορεί να καλύψει τον υπέροχο ψυχικό του κόσμο, που έχει μεγαλύτερη αξία σ'έναν άνθρωπο.

Το ενδιαφέρον της έμπειρης και σωστής νοσηλεύτριας στρέφεται και προς το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού. Δίδονται συστάσεις για έλεγχο ωρισμένων σημείων και συμπτωμάτων και ιατρική παρακολούθηση. Συγκεκριμένα :

- Ενημερώνει τόσο την οικογένεια όσο και το υπόλοιπο περιβάλλον του παιδιού α προσέχει τυχόν κυκλοφορικές διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσει το παιδί όπως : ωχρότητα, κυάνωση, οίδημα, κι αν διαπιστώσουν οτιδήποτε να φέρουν το άτομο γρήγορα στο νοσοκομείο.

- Πρέπει να συμπεριφέρονται όλοι στο παιδί φυσιολογικά να μη το θεωρούν κάτι το "ιδιαίτερο" λόγω του γύψου αλλά ισότιμο και ικανό σαν αυτούς.

Όλες οι φροντίδες της νοσηλεύτριας παίρνουν "σάρκα και οστά" όταν βλέπει πως το παιδί οδεύει στο δρόμο της πλήρους ψυχρωματικής αποκατάστασης και περνά τη δοκιμασία της εγχείρησης όσο το δυνατόν πιο "ανώδυνα".

Ψυχική Υγιεινή του Παιδιού

Τα προβλήματα συμπεριφοράς που παρουσιάζουν τα παιδιά κύρια στις Παιδιατρικές Κλινικές ή στις Μονάδες Σκολιώσεως, παιδιά ηλικίας 10 - 14 χρόνων, έχουν ερευνηθεί από ομάδες Ιατρών, νοσηλευτών, παιδοψυχολόγων κλπ. διεξοδικά.

Η επίδραση του στρες, το οποίο δημιουργείται απ' το άγνωστο περιβάλλον "Νοσοκομείο" και τα άγνωστα πρόσωπα του νοσηλευτικού προσωπικού, δεν έχει επιπτώσεις μόνο στην εξωτερικευμένη συμπεριφορά αλλά όπως πολλές έρευνες έχουν αποδείξει γίνονται ακόμα και εμφανείς αλλοιώσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.

Συνήθως κατά και μετά τη διαμονή στο νοσοκομείο, εμφανίζονται προβλήματα συμπεριφοράς όπως π.χ.

- Γενική επιβράδυνση στη ψυχοσωματική εξέλιξη.
- Λιγότερη αυτονομία - ελλειπής αυτοεξυπηρέτηση.
- Αρνητική ευαισθησία (λύπη, μελαγχολία).
- Επιθετικότητα.
- Δυσκολίες ύπνου.
- Δυσκολία στο φαγητό (έλλειψη όρεξης).
- Φοβίες (σκοτάδι, αποχωρισμός απ' τη μητέρα).
- Νευρικήτητα.
- Αρνητική στάση προς τη μητέρα - πατέρα.

Στη περίπτωση ενός σκολιωτικού παιδιού όλα αυτά τα προβλήματα διογκώνονται καθώς τα διάφορα μηχανήματα, κηδεμόνη, γύψοι, ο φόβος του χειρουργείου, της νάρκωσης προβάλλουν πιο έντονα από συζητήσεις που γίνονται γύρω του, απ' τη φαντασία του που οργιάζει.

Χρέος της νοσηλεύτριας του στο σημείο αυτό είναι κύρια η κατάλληλη εκπαίδευση του παιδιού στο ότι έχει σχέση με το Νοσοκομείο. Χειρουργείο και γενικότερα με την ασθένεια.

Όλο και πιο πολύ, ισχυροποιείται η τάση για εξερεύνηση του περιβάλλοντος, γίνονται γνωστά όσα θα συναντήσει κι έτσι δεν του είναι πια ο χώρος του Νοσοκομείου άγνωστος. Επίσης έμφαση δίνεται στην αλλαγή των αντικειμενικών συνθηκών (π.χ. δυνατότητες να μείνει να κοιμηθεί και ενήλικας μαζί με το παιδί) ώστε αγαπημένα του πρόσωπα να βρίσκονται πιο συχνά μαζί του.

Γενική αρχή είναι να μιλάμε για την ασθένεια σαν κάτι το φυσιολογικό που μπορεί να συμβεί στον κάθε ένα.

Το τι είναι ασθένεια, πως εκδηλώνεται πως "μετριέται", τι είναι φάρμακο ή ένεση ή υπόθετο, τι συμβαίνει στον οργανισμό μας, όταν αρχίσει η θεραπεία κλπ, πρέπει να είναι θεα συζήτησης με το παιδί από μικρή ηλικία, έτσι ώστε αν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα υγείας το παιδί να έχει έστω μια ιδέα για το τι πρόκειται να του συμβεί.

Το σκολιωσικό παιδί παρουσιάζει μια "ιδιαιτερότητα" αν μπορούμε να τη πούμε έτσι, σε σχέση με άλλα παιδιά που εισάγονται στο Νοσοκομείο.

Δεν εισάγεται με κάποιο σύμπτωμα όπως π.χ. πόνο, πυρετό, ανορεξία, αλλά σαν ένα φυσιολογικότατο παιδί με μόνο και πρώτο πρόβλημα : την ορατή ασυμμετρία στους ώμους, στη γραμμή της μέσης, στη κλίση του κορμού πιθανόν στο πλάι, στην οριζόντια γραμμή του ποδόγυρου του φορέματος, ή χωρίς τίποτα απ'όλα αυτά με μόνο την εκτέλεση μιας ακτινογραφίας του θα δείξει το "πρόβλημα".

Μέχρι χτές το παιδί αγαπούσε το σώμα του. Χαιρόταν γι αυτό. Το έβλεπε να μεταμορφώνεται μέρα με τη μέρα, μέσα στην εφηβία του. Μπορούσε να τρέχει να παίζει να έχει παρέες φίλους, να αποτελεί μέρος μιας ομάδας ομοιδεατών.

Τώρα όμως: τι είναι αυτό το καινούργιο στο σώμα του; Γιατί αυτό να είναι έτσι; πως θα το βλέπουν οι φίλοι του; Θα γίνει καλά; πότε; πώς;

Χιλιάδες ερωτηματικά που ζητούν επιτακτική απάντηση. Πολλές ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν άμεσα και σωστά.

Όλοι οι άνθρωποι αντιδρούν σ' αυτό το κάτι που πσεί ν' αλλάξει την εικόνα τους τη μορφή τους. Αυτόν που προβάλλουν προς τα "έξω" αυτό που θέλουν να βλέπουν οι άλλοι σ' αυτούς.

Ιδιαίτερα το παιδί. δε δέχεται αυτή την "αλλαγή στην εικόνα" του στο "εγώ" του, και την εκλαμβάνει σαν παραμόρφωση, σαν τιμωρία.

Στο σημείο αυτό η νοσηλεύτρια/ης καλείται να δώσει προτεραιότητα στη ψυχολογική υποστήριξη και ενίσυση του.

Ειδικότερα:

- Να ερμηνεύσουμε όλα τα ερωτηματικά του, τις απορίες του.
- Να το πληροφορούμε με απλά και κατανοητά λόγια πριν από κάθε ιατρική διαδικασία (φωτογραφίες, επίδειξη ιατρικών εργαλείων πλαστικών, παρακολούθηση άλλων ασθενών).
- Να αυξάνουμε τις επισκέψεις γονέων και φίλων. Επίσης και τις δυνατότητες για rooming - in (οι γονείς να κοιμούνται μαζί με το παιδί).
- Να έχουμε αρκετό υλικό για ζωγραφική, βιβλία, καθιστικά παιχνίδια, και να βόηθάμε το παιδί να εκφράζεται μέσα απ' το παιχνίδι.

- Να έχουμε κασέτες με μουσική που του αρέσει, κασέτες - video, τηλεόραση, να περνά ευχάριστα η παραμονή του στο νοσοκομείο σ'όλα τα στάδια της θεραπείας του.
- Να υπάρχουν ειδικές ομάδες Νοσηλευτών που να παίζουν με τα παιδιά, ν'ασχολούνται μαζί τους, και να είναι υπεύθυνοι για την ευχάριστη απασχόληση και διασκέδασή τους (ιατρικά εργαλεία - ιατρικούς ρόλους).

Η μέθοδος αυτή γνωστή ως παιγνιοθεραπεία βοηθάει το παιδί να ξεπεράσει τα δυσάρεστα συναισθήματά του, τις αγωνίες και τους φόβους του από την εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομείο.

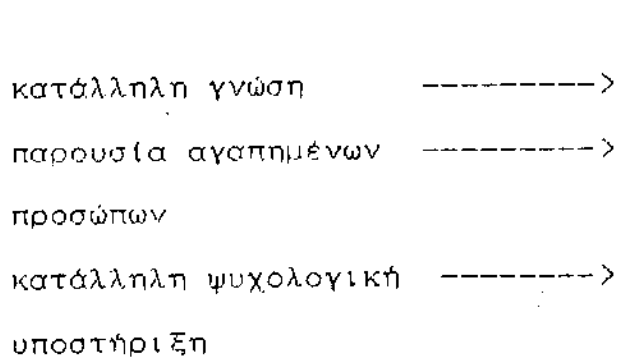
Το άρρωστο παιδί προσαρμόζεται στη καινούργια κατάσταση που αντιμετωπίζει (προσαρμογή και αντιμετώπιση της αρρώστιας του) μαθαίνει να συνεργάζεται με τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και το βασικότερο να ανεξαρτοποιείται από την υπερπροστασία των γονιών του και να αισθάνεται ικανοποίηση και επιβεβαίωση για τον εαυτό του.

Τα αποτελέσματα είναι άμεσα και εντυπωσιακά. Τα παιδιά γίνονται περισσότερο συνεργάσιμα και υπεύθυνα σε σχέση με την αρρώστια τους και τη θεραπεία.

Το άγχος και ο φόβος για το Νοσοκομείο και τα προβλήματα συμπεριφοράς, η εξωτερίκευση δηλαδή αυτών των συναισθημάτων, μπορούν να καταπολεμηθούν με τη βοήθεια της έγκαιρης ψυχολογικής προετοιμασίας και ταυτόχρονης ψυχολογικής υποστήριξης παρέμβασης.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

άγνωστο περιβάλλον



ΠΑΙΔΙ

1) Μνήμες. φόβος του αγνώστου
Συναισθηματική ασφάλεια

2) Μειωμένη εμφάνιση
προβληματικής συμπεριφοράς

Εκπαίδευση για την αποκατάσταση

Το στάδιο της αποκατάστασης είναι σημαντικό γιατί βοηθάει το παιδί να "επανεπταχθεί" κατά κάποιο τρόπο ξανά στο προηγούμενο τρόπο ζωής του.

Η νοσηλεύτρια/ης με αγάπη στηρίζει κάθε προσπάθεια αποκατάστασης του παιδιού, τονώνοντας το ηθικό του, ενθαρρύνοντας κάθε προσπάθειά του για θεραπεία και το επαινεί.

Μ'αυτό το τρόπο του δίνει κουράγιο να συνεχίσει τις προσπάθειες του κύρια μόνο του, ανεξάρτητο.

Ενισχύει μ'αυτό το τρόπο την αυτοφροντίδα του, το κάνει να ενδιαφέρεται για το σώμα του να το προσέχει και να το προστατεύει σ'όλες τις φάσεις του είτε φορώντας κηδεμόνα είτε γύψο.

Το διδάσκει πως να φροντίζει για την υγιεινή του κηδεμόνα και του γύψου να αισθάνεται άνετα και καθαρά και πως να προσέχει στις μετακινήσεις του.

Παράλληλα η επίδειξη τεχνικών ατομικής υγιεινής είναι επιβεβλημένη, γιατί βοηθά, ξεκουράζει και ευχαριστεί το παιδί.

Με κατανόηση και σχεδιάζοντας ειδικό πρόγραμμα φροντίδας, το επισκέπτεται στο σπίτι, παρακολουθεί τη διατροφή του, τη πορεία της αποκατάστασής του, ενδιαφέρεται για τη μεταφορά του απ'το σπίτι στο σχολείο και αντίστροφα.

Μετά το στάδιο του γύψου το δέρμα καθαρίζεται τακτικά, το άτομο φορά ειδικό "κορσέ" σώματος και κάνει σε τακτά διαστήματα ασκήσεις ή και σπόρ όπως κολύμπι για ν'αποκτήσουν οι μύς ξανά τη χαμένη ελαστικότητα και ζωτικότητα τους. Ολ' αυτά σχεδιάζονται απ'τη νοσηλεύτρια, συζητούνται με τα ενδιαφερόμενα μέρη παιδί - γονείς - αδέρφια, τροποποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες και ελέγχονται με διακριτικότητα και υπευθυνότητα.

Ο νοσηλευτής δε σταματά τον αγώνα μέχρι τη πλήρη αποκατάσταση του παιδιού.

Ψάχνει, ανακαλύπτει ακόμα και έντυπες οδηγίες υγιεινής συνεχώς επιδεικνύει, ενημερώνει ενθαρρύνει.

Με τον τρόπο αυτό το παιδί σιγά - σιγά επανακτά την αυτοεκτίμησή του, αρχίζει να συναναστρέφεται και να δέχεται φίλους στο σπίτι του, είναι αποδοτικός στο σχολείο και συμμετέχει σ'όλες τις δραστηριότητες που το αφορούν.

Η νοσηλεύτρια είναι ικανοποιημένη απ'την προσπάθειά της όταν βλέπει μέρα με τη μέρα ο ψυχικός και σωματικός κόσμος του παιδιού να επανέρχεται σε φυσιολογικούς ρυθμούς και όταν το ίδιο και η οικογένειά του απολαμβάνει τη ζωή και να τη παλεύει με θάρρος και υπομονή !

Ιδιοπαθής σκολίωση στη Β.Ελλάδα

Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ, Ι. ΠΟΥΡΝΑΡΑΣ, Γ. ΚΑΠΕΤΑΝΟΣ, Ι. ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ,
Σ. ΠΑΖΑΡΛΙΩΤΗΣ.

Η καταγραφή τόσο της έρευνας της ομάδας του νοσοκομείου της Βούλας με επικεφαλής τον κ. Δρεττάκη όσο και αυτή που με συντομία θα παρουσιαστεί πιο κάτω στη Β.Ελλάδα, δεν έχει σκοπό να προσθέσει νέα στοιχεία ή κάτι το καινούργιο όσον αφορά τη σκολίωση. Σκοπός της είναι η διαφώτιση της κοινής γνώμης πάνω στη σκολίωση κύρια - όχι σε γενικό επίπεδο - αλλά σε Ελλαδικό. Ποτέ πριν δε γνωρίζαμε τι σημαίνει σκολίωση στην Ελλάδα, την ευπάθεια που πιθανόν να παρουσιάζουν ορισμένες περιοχές στη σκολίωση - λόγω πολλών παραγόντων - καθώς επίσης και την ανάγκη διαφώτισης της επαρχίας και των αστικών περιοχών γύρω απ'το θέμα "σκολίωση", το school screening, κλπ με σκοπό την πρόληψη της σκολιώσεως γιατί μη ξεχνάμε πως καλλίτερο του θεραπεύει το προλαμβάνειν.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1

Βαθμός σκολιώσεως και φύλο

Μοίρες	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
5 - 10	128	187	315
11 - 15	14	42	56
16 - 20	3	20	23
21 - 25	-	5	5
> 26	-	8	8
Σύνολο	145	262	407

Εξετάσθηκαν 7.658 παιδιά των δύο τελευταίων τάξεων Δημοτικού και των δύο πρώτων Γυμνασίου στη Θεσσαλονίκη και σε επαρχιακές πόλεις της Β. Ελλάδος. Η εξέταση που έγινε πάντα από τους ίδιους εξεταστές, περιλάμβανε, καταγραφή των στοιχείων των παιδιών καθώς και ορισμένων ανθρωπομετρικών παραμέτρων (ύψος, βάρος κλπ) εξέταση της σπονδυλικής στήλης για σκολίωση κυρίως με τη δοκιμασία επικύψεως και εξέταση όλου του μυοσκελετικού συστήματος για τυχόν ύποξη χαλαρότητας των αρθρώσεων ή άλλων συγγενών ανωμαλιών (ραιβογονία, πλατυποδία κλπ). Στα ύποπτα παιδιά γινόταν ακτινογραφίες και παρακολούθηση ή θεραπεία.

Κλινικά ύποπτα για σκολίωση βρέθηκαν 528 παιδιά (6,96%) ενώ επιβεβαιωμένη ακτινολογικά σκολίωση πάνω από 5° βρέθηκε σε ποσοστό 5,33% (3,65% για τ' αγόρια και 7,15% για τα κορίτσια). Η αναλογία κοριτσιών - αγοριών για σκολιώσεις πάνω από 5° ήταν 1,95% : 1 πάνω από 10° , 4,6% : 1 και πάνω από 20° 15:1.

Στα παιδιά του κέντρου της Θεσσαλονίκης το ποσοστό σκολιώσεως ήταν 4,48% των απομακρυσμένων συνοικιών 8,88% και των επαρχιακών πόλεων 4,9%.

Οι θωρακοσφαιρικές καμπύλες ήταν συχνότερες (50% του συνόλου) και απ' αυτές οι αριστερές σχεδόν διπλάσιες από τις δεξιές. Τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη αναλογία δεξιών καμπυλών από τα αγόρια. Τα λεπτόσωμα παιδιά είχαν συχνότερα σκολίωση (1:11 περίπου) απ' ότι τα πλατύσωμα (1:81). Το ίδιο μεγαλύτερη ήταν η συχνότητα σκολιώσεως στα παιδιά με ανοικτού χρώματος, μάτια και μαλλιά.

Σημαντικού βαθμού χαλαρότητα σε τρεις ταυτόχρονα αρθρώσεις βρέθηκε σε μεγαλύτερη αναλογία στα σκολιωτικά από ότι στα υγιή παιδιά.

Από το σύνολο των 405 παιδιών με σκολίωση τα 300 περίπου παρακολουθούνται για μιά διαιτία τουλάχιστον και περίπου 30 υποβάλλονται σε θεραπεία με κηδεμόνα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 2
Εντόπιση σκολιώσεως και φύλο

Εντόπιση	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
θα	13	20	36
θδ	18	43	61
θ0α	50	70	120
θ0δ	27	46	73
0α	19	33	52
0δ	14	26	40
Διπλές	4	24	28
Σύνολο	145	262	407

Ερευνα για τη συχνότητα της σκολιώσεως σε
μαθητές 6 - 15 ετών, περιοχών Ανατολικής Αττικής

ΕΜ. ΔΡΕΤΑΚΗΣ, Π. ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΖΑΡΚΑΔΟΥΛΑΣ,
Κ. ΧΑΤΖΗΤΑΜΑΤΙΟΥ, Ν. ΠΕΤΟΥΣΗΣ, Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δύο χιλιάδες επτακόσιοι ογδόντα μαθητές ηλικίας 6 - 15 ετών 1481 αγόρια και 1299 κορίτσια 14 σχολείων των περιοχών Γλυφάδας, Βούλας, Βούλιαγμένης, Βάρκιζας και Βάρης, υποβλήθηκαν σε λεπτομερή κλινική εξέταση για σκολίωση. Όσες περιπτώσεις παρουσίαζαν θετικά κλινικά σημεία, υποβλήθηκαν σε ακτινολογικό έλεγχο. Βρέθηκαν 229 παιδιά με θετικά κλινικά σημεία σκολιώσεως ή ποσοστό 8.2%.

Η ακτινολογική εξέταση απεκάλυψε 103 σκολιώσεις 5° και άνω ποσοστό 3,7%. Η αναλογία μεταξύ των αγοριών - κοριτσιών ήταν 27 προς 76 ή 1:3 περίπου.

Το ποσοστό της σκολιώσεως στα παιδιά 6 - 10 ετών ήταν 2% ενώ στις ηλικίες 11 - 15 ετών ήταν 4,5%. Ειδικότερα στα παιδιά 11 - 12 ετών το ποσοστό ήταν 3,6%.

Στις μικρές καμπύλες (5° - 9°) η αναλογία μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ήταν 1 προς 2, ενώ στις μεγαλύτερες καμπύλες η αναλογία ήταν 1 προς 4.

Οι περισσότερες καμπύλες ήσαν μικρές ή μέτριες και μόνο 7 ή 0,25% ξεπερνούσαν τις 20° και είχαν ανάγκη θεραπείας.

Η πρόωπη διάγνωση και η έγκαιρη συντηρητική θεραπεία περιορίσε στο ελάχιστο τον αριθμό των περιπτώσεων που έχουν ανάγκη χειρουργικής θεραπείας.

Όλοι οι μαθητές εξετάσθηκαν λεπτομερώς για σκολίωση μόνον από τους Ιατρούς της ερευνητικής ομάδας. Εκτός από το τεστ επικύψεως (Bending test) έγινε και εξέταση της στάσεως του σώματος (ώμοι, ωμοπλάτες, πλευρές κλπ). Όσοι από τους μαθητές παρουσίαζαν κλινικά σημεία σκολιώσεως υποβλήθηκαν σε ακτινολογικό καθώς και σε λεπτομερέστερο κλινικό έλεγχο.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1

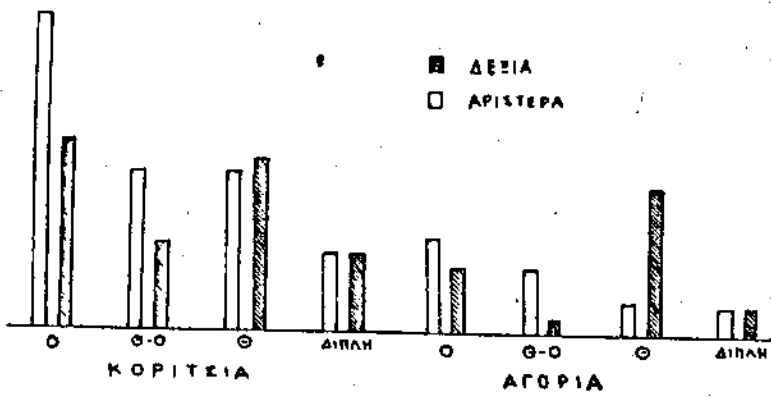
Αριθμός εξετασθέντων κατά ηλικία και φύλο

Ηλικία	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
6 ετών	45	32	77
7	74	60	134
8	95	87	182
9	135	100	235
10	153	130	283
11	145	147	292
12	247	252	499
13	287	263	550
14	216	173	389
15	84	55	139
	1481	1299	2780

ΕΜ. ΔΡΕΤΑΚΗΣ κ. συν.

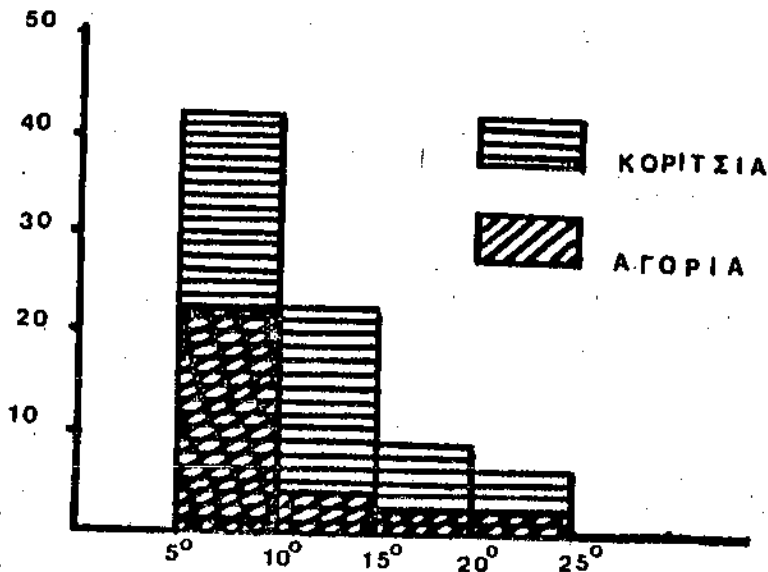
ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Έντόπιση τών καμπύλων κατά φύλο



ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Σχηματική απεικόνιση τής σχέσεως του άριθμού τών ασθενών καί τών μοιρών τής σκολιώσεως κατά φύλο



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όλες οι περιπτώσεις σκολιώσεως που διαπιστώθηκαν ανήκουν στον λεγόμενο ιδιοπαθή τυπο.

Στις περισσότερες μικρές και μέτριες σκολιώσεις δεν υπήρχε ούτε απλή υποψία από τους μαθητές και το περιβάλλον τους για την ύπαρξη της παραμόρφωσης.

Εντύπωση προκαλεί το μικρό ποσοστό, καθώς και η καλοήθεια της παιδικής σκολιώσεως. Η κλινική εξέταση υπήρξε σχολαστική με ιδιαίτερη προσοχή στην έρευνα των οσφυικών σκολιώσεων που συνήθως διαφεύγουν και ίσως στο γεγονός αυτό οφείλεται το μεγάλο ποσοστό 41% των οσφυικών σκολιώσεων που περιλαμβάνονται σ' αυτή την εργασία.

Τα ευρήματα της ερευνητικής ομάδας συμφωνούν στα περισσότερα σημεία με τα αντίστοιχα των Smyrnis et al (1979) και Rogala et al (1978).

Συγκεκριμένα στα παιδιά 11 - 15 ετών που εξετάσαμε, βρήκαμε ποσοστό σκολιώσεων 4,5% έναντι 5% του Σμυρνή (Αθήνα) και 4,5% Rogala (Καναδά). Ο δείκτης αγοριών κοριτσιών βρέθηκε 1:3 περίπου, έναντι 1:3 του Σμυρνή και 1:2,5 του Rogala.

Ο έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς αγοριών - κοριτσιών, στις ηλικίες 6 - 10 ετών έδειξε διαφορά μη σημαντική στατιστικά.

$$\chi^2 - \text{test} = 25.07p > 0,05$$

Αντίθετα, ο έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς σκολιωτικών αγοριών - κοριτσιών στις ηλικίες 11 - 15 ετών έδειξε διαφορά στατιστικά πολύ σημαντική.

$$\chi^2 - \text{test} = 25.07 p < 0,001$$

Τέλος Διαπιστώθηκε υπερδιπλάσια συχνότητα της παθήσεως στους μαθητές 11 - 15 ετών σε σχέση με εκείνους 6 - 10 ετών, καθώς και η ανεύρεση όλων των 20° και άνω σκολιώσεων στις μεγαλύτερες ηλικίες καθιστά αναγκαία την πρώιμη εξέταση και αντιμετώπιση.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΚΟΛΙΩΣΗ

1η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο : Σιδηροπούλου Μ.

Τόπος Γέννησης: Θεσσαλονίκη

Έτος : 1972

Νοσοκομείο : Νοσοκομείο Παιδων "Αγία Σοφία"

A Είσοδος : 27/9/90 Εξοδος : 16/12/90

B Είσοδος : 14/3/91 Εξοδος : 17/3/91

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ : Άρχισε cortel και αναπνευστικές ασκήσεις

ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Το 1987 οι γονείς της ασθενούς, παρατήρησαν τη μία ωμοπλάτη, να εξέχει. Επισκέφθηκαν νοσοκομείο στη Θεσσαλονίκη όπου διαπιστώθηκε σκολίωση και συννεστήθη κηδεμόνας Boston τον οποίο φορούσε ανελλιπώς σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για 1 έτος. Στις 15/9/87 επισκέφθηκε το Ν.Π. "Αγία Σοφία" όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση και έγινε αλλαγή του κηδεμόνα. Η σκολίωση διατηρείτο σε καλή κατάσταση με το νέο κηδεμόνα και για αρκετό διάστημα. Μετά από 1 χρόνο η ασθενής άρχισε να μη φορά το κηδεμόνα, κύρια λόγω ψυχολογικών προβλημάτων ενώ από τον 4/90 προστέθηκε και έντονο άλγος στην οσφυ που δεν της επέτρεπε να παρακολουθεί το σχολείο της άνετα, ενώ αναφέρει και ενόχληση στη περιοχή του αυχένα. Μετά από είσοδο στο νοσοκομείο και κατόπιν εξετάσεως αποφασίστηκε "χειρουργείο".

ΑΤΟΜΙΚΟ-ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : ΕΛΕΥΘΕΡΟ

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ : Καρδιολογική Εξέταση:

Κλινικά : Ουδέν

1/κ : Κ.Φ.

Η.Κ.Γ. : φυσιολογικά όρια για την ηλικία

: Σπειρομετρικός έλεγχος:

Ουδέν παθολογικό. Δεν έδειξε ύπαρξη περιοριστικού συνδρόμου, λόγω της σκολίωσης.

Γενική αίματος: Hb = 13.2 g/dl

Ht = 39,6%

Ερυθρά = 4.300.000

Λευκά = 4.400

Ουρία = 15 mg/dl

Κρεατινίνη = 0,80

K = 4.5 , Na = 140

Ηπατικές δοκιμασίες : Σάκχαρο αίματος : 97 mg/dl

SGOT : 25 u/L

Τρανσαμινάση :

SGPT : 11 u/L

άμεσος : 0,2 mg/dl

Χολερυθρίνη :

έμεση : 0,70 mg/dl

ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ : Σπονδυλοδεσία Harrington.

Τυπική προσπέλαση. Η ράβδος συγκρατήθηκε με σύρμα στον θ_6 (από τη βάση της ακανθώδης)

Διόρθωση : πολύ καλή.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : Καλή με ορισμένα μικρά προβλήματα

ΕΞΟΔΟΣ : Μετά περίοδο 2 μηνών σχεδόν με ολόσωμο γύψο για 3 περίπου μήνες.

Γ ΕΙΣΟΔΟΣ : 14/3/91 : Εφαρμογή κοντού γύψου.

Δ ΕΞΟΔΟΣ : 5/5/91 : Αφαίρεση γύψου κοντού. Κατάσταση αρρώστου πολύ καλή. Περιπατάει καλά.

Παρακολούθησα την άρρωστη κατά τη περίοδο της μετεγχειρητικής νοσηλείας και ειδικά τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες. Οι πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ήταν : καλές. |

Η ασθενής είχε καλά ζωτικά σημεία, φέρει παροχέτευση τραύματος που δεν δίνει πολλά υγρά. σωλήνα Levin και βρίσκεται στο μισό ολόσωμο γύψο σε ανάρροπη θέση.

Στη φαρμακευτική της αγωγής αναφέρονται

Βάρος σώματος : 55 Kg

Pethidine : 50mg x 6 6-10-14-18-22-02. (iv)

Velosef : 500mg x 4 (iv) 6-12-18-24

Maalox : iv (LEVIN) 10 " x 2 8-20.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
 ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Ανάγκες αρρώστου	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμένες νοσηλευτικές φροντίδες	Εφαρμογή νοσηλευτικών φροντίδων	Αξιολόγηση αρρώστου
1) Ναυτία, εμετός	1) Αποφυγή εμέτου ανακούφιση του ασθενούς 2) Ενθάρτυση και ειρηνυχασμός του ασθενή.	1) Επικοινωνία με τον ασθενή 2) Χωστή θέση ασθενούς	1)- Πήγαινα την άρρωστη μου και έκανα ακρόαση των παρακόνων της. - Καθούχασα την άρρωστη μου λέγοντας της "να είναι ήρεμη". - Παρατήρησα το σωλήνα Levin καθώς και το σακουλάκι παροχέτευσης με το οποίο ήταν συνδεδεμένο. - Εξήγησα στην ασθενή μου πως η αιτία της δυσφορίας της ήταν το Levin και ίσως χρειαστεί να μπει εκ νέου. - Επισήμανα το γεγονός πως είναι μια δοκιμασία απαραίτητη προκειμένου ν' απομακρυνθούν τα υγρά του στομάχου. - Ζήτησα τη συνεργασία της γιατί χωρίς αυτή, κανένα θεραπευτικό μέσο δεν έχει αποτέλεσμα. 2) - Σηκώσα το ερεσινωτό του κρεββατιού για λίγο με αποτέλεσμα ν' ανυψωθεί το κεφάλι απ' το υπόλοιπο σώμα. - Έχειρα το κεφάλι, προς το ένα πλάγιο-ελαφρά-λογω της ιδιομορφίας της	1) Ήρεμη και πιο συνεργασίμη Ψυχολογικά έτοιμη για επανανοθέση Levin. - Αποφυγή εμέτου

Ανάγκες αρρώστου	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμένες νοσηλευτικές φροντίδες	Εφαρμογή νοσηλευτικών φροντίδων	Αξιολόγηση αρρώστου
		3) Έλεγχος σωστής λειτουργίας Levin	<p>πάθησης.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Παρότρυνα την ασθενή μου να είναι ήρεμη και να παίρνει βαθιές και ήρεμες αναπνοές. <p>3) - Έφερα κοντά στο κομό δίνοντας της αρρώστης μου όλα τ' απαραίτητα για να διαπιστώσω αν το Levin ήταν στο στομάχι ή όχι.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Με μια σύριγγα Levin που εμφάρμοσα στο στόμιο του Levin έκανα ένεση 40 ml περίπου νερού και στη συνέχεια αναρρόφηση για να δω αν θα μου δώσει γαστρικό υγρό. - Με γρήγορες κινήσεις τράβηξα το Levin απ' τη ρινική κοιλότητα και το αφαίρεσα. 	3) Η ασθενής μου άρχισε πάλι να δυσφορεί
2) Δυσφορία λόγω κινωσμένης τοποθέτησης Levin	2) Αποκατάσταση του ασθενής	2) Αποκατάσταση Levin σύμφωνα με τη γνώμη ιατρού γιατί η ασθενής δεν έπρεπε να πάρει τίποτα απ' το στόμα τα πρώτα 24ωρα.	<p>2) - Ενημέρωσα την ασθενή μου πως θα εφαρμόσω σωλήνα Levin και με απλά λόγια της εξήγησα τι περίπου πρόκειται να αντιμετωπίσει και πόσο επιβεβλημένη ήταν η συνεργασία της.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Έφερα κοντά μου όλα τ' απαραίτητα όπως σωλήνα Levin No 18^ο, σακουλάκι 	4) - Άρχισε να βλέπει θετικά την ιδέα του Levin αφού ήξερε "γιατί" κ "πως" έπρεπε να εφαρμοστεί.

2) Τοποθέτηση "εκ νεού"
Levin

6) Επανελέγχος
λειτουργίας

2)- Εξήγησα στην ασθενή μου πως είναι συχνό φαινόμενο κατά τη εισαγωγή ο σωλήνας να προωθείται στη τραχεία-προκαλώντας βήχα- γιατί η τραχεία και ο λάρυγγας είναι πολύ κοντά ο ένας στον άλλο.
- Με τους ίδιους χειρισμούς πιο προσεκτικά-και με τη πολύτιμη βοήθεια της, σιγά-σιγά και σταθερά εφάρμοσα το σωλήνα Levin.

6)- Με τη βοήθεια του στηλο-σκοπίου και μιας σύ-

παροχέτευσης xylocaine χάντλια αποστειρωμένα κλπ
- Τοποθέτησα την ασθενή μου σε ενβλασμό με το κεφάλι τεντωμένο και την παρότρυνα να παίρνει βαθιές αναπνοές.

- Με λεπτούς χειρισμούς και σύμφωνα με τους κανόνες της αποστείρωσης προώθησα το σωλήνα απ' τη ρινική κοιλότητα.

- Αφαίρεσα αμέσως το σωλήνα γιατί ήταν φανερό πως το Levin ήταν στη τραχεία της ασθενούς.

2)- Εξήγησα στην ασθενή μου πως είναι συχνό φαινόμενο κατά τη εισαγωγή ο σωλήνας να προωθείται στη τραχεία-προκαλώντας βήχα- γιατί η τραχεία και ο λάρυγγας είναι πολύ κοντά ο ένας στον άλλο.

- Με τους ίδιους χειρισμούς πιο προσεκτικά-και με τη πολύτιμη βοήθεια της, σιγά-σιγά και σταθερά εφάρμοσα το σωλήνα Levin.

6)- Με τη βοήθεια του στηλο-σκοπίου και μιας σύ-

-Δυσφορία της ασθενούς και έντονος βήχας.

-Ανεπιτυχής η πρώτη προσπάθεια

5)-Η ασθενής ήταν ήρεμη και δεν είχε τάση για εμετό.

6)-Σωστή λειτουργία Levin.

Ανάγκες αρρώστου	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμένες νοσηλευτικές φροντίδες	Εφαρμογή νοσηλευτικών φροντίδων	Αξιολόγηση αρρώστου
3) Δυσοσμία αναπνοή	3) Εξασφάλιση ευχάριστης αναπνοής	3) Περιποίηση στοματικής κοιλότητας	<p>ριχτας Levin- την οποία είχα γεμίσει αέρα και εφαρμόσει στην άκρη του Levin-ακούγοντας το χαρακτηριστικό ήχο του αέρα στο στομάχι, κατά-λαβα πως ο σωλήνας ήταν πράγματι μέσα.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτησα την αρρωστή μου σε σωστή θέση. - Με ειδικούς χειρισμούς, στερέωσα το σωλήνα με "micisorot", στη μύτη και στη μία παρεία του αρρώστου. - Παρότρυνα την αρρωστή μου να μη κάνει απότομες κινήσεις. <p>3)- Με ειδικό διάλυμα Hexalen τη βοήθεια μιας σπάτουλλας και με κυκλικές κινήσεις έπλυνα τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς μου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση της ασθενούς. <p>3)-Η ασθενής ήταν ικανοποιημένη με ευχάριστη και καθαρή αναπνοή.</p>
4) Αίσθημα "καύσου" στο στομάχι	4) Αποκατάσταση της λειτουργία του στομάχου	4) Χορήγηση "Maalox".	<p>4)- Για τη καλύτερη λειτουργία του στομάχου, συν-στήθη διάλυμα Maalox απ' το Levin. Γι' αυτό :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Έκανα έγχυση του διαλύματος μέσα στη σύριγγα Levin στο στομάχι. - Ξέπλυνα το στομάχι με 50ml νερό και άφησα το 	4) Σταδιακά το αίσθημα "καύσου" υποχωρούσε.

Ανάγκες αρρώστου	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμένες νοσηλευτικές φροντίδες	Εφαρμογή νοσηλευτικών φροντίδων	Αξιολόγηση αρρώστου
			<p>Λεβη κλειστό, με μια λαβίδα, για 2 περίπου ώρες μέχρι ότου απορροφηθεί το υγρό.</p> <p>- Ενημέρωσα τη λοχοδούλα καθώς και τη κάρτα φαρμάκων της αρρώστης μου μ' όλες τις ενέργειες μου.</p>	<p>- Έλεγχος ανά πάσα στιγμή της κατάστασης της ασθενούς.</p>

Μετά απ'αυτή τη μικρή περιπέτεια η ασθενής μου δε παρουσίασε κανένα πρόβλημα. Η μετεγχειρητική περίοδος κράτησε γύρω στους 2 με 3 μήνες. Η ασθενής μου χωρίς κανένα πρόβλημα, φορώντας ολόσωμο γύψινο νάρθηκα, πήγε στο σπίτι της για συνέχιση της θεραπείας και με έγγραφες οδηγίες πλήρους αποκατάστασης της υγείας της.

2η Περίπτωση

Όνοματεπώνυμο : Τσιαμπαλή Χ.
Τόπος γέννησης : Καρδίτσα
Έτος γέννησης : 21-8-76

Κλινική : Ορθοπεδική Κλινική Νοσοκομείο Παιδων "Αγία Σοφία"
ΕΙΣΟΔΟΣ : 2-1-91 ΕΞΟΔΟΣ : 15-3-91

ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Στις 2-1-91 η ασθενής εισήχθη στην Ορθοπεδική κλινική για πρόβλημα σκολιώσεως που είχε διαγνωστεί από εξωτερικό ιατρό στη Καρδίτσα. Πρόκειται για κορίτσι ηλικίας 14 ετών που παρακολουθείται από 2ετίας (για πρόβλημα σκολιώσεως της Σ.Σ.) κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Έγινε προσπάθεια διόρθωσης και ταυτόχρονης παρεμπόδισης της επιδείνωσης της σκολιωσης, με κηδεμόνα τύπου Boston που όμως αποδείχθηκε τελικά ανεπαρκής. Έτσι εισήχθη στην Ο.Κ. για πληρέστερο αιματολογικό και καρδιολογικό έλεγχο και προετοιμασία για χειρουργική επέμβαση αφού η συντηρητική θεραπεία δεν απέδωσε.

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ : Ασκήσεις φυσιοθεραπείας Cortel επί καθημερινής βάσης.

ΚΛΗΡ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Ελεύθερο.

ΕΡΓΑΣΤΗΡ. ΕΞΕΤ. : Γενική αίματος : Ht = 13,6% Hb = 41,5%
Ερυθρά : 169.000 Λευκά : 3.400, Ουρία = 24
Κρεατίνη = 0.90

Ηπατικές δοκιμασίες :

- Σάκχαρο αίματος = 88 mg/dl
- Τρανσαμινάσες | SGOT = 20 U/L
| SGPT = 25 U/L
- Χολερυθρίνη : ολική : 0,70 mg/dl
- γ - Gt : 11 U/L

Σπειρομετρικός έλεγχος :

Στις 7-1-91 απεστάλη στο Π.Φ.Ν. "Λαικό" για εκτέλεση σπειρομετρικού ελέγχου, το οποίο επέδειξε ύπαρξη περιοριστικού συνδρόμου λόγω της σκολίωσης. Η F.V.C. ευρέθη μειωμένη κατά 40% εν σχέση με τις προβλεπόμενες φυσιολογικές τιμές.

Ηλεκτρογραφικά : Ουδέν παθολογικό

Τις επόμενες μέρες η ασθενής φόρεσε ολόσωμο γύψο ο οποίος κόπηκε σε μορφή νάρθηκα μέσα στον οποίο θα νοσηλευτόταν μετά τη χειρουργική επέμβαση. Στις 23/1/91 έγινε προετοιμασία για χειρουργική επέμβαση - ράβδοι Harrington.

Φαρμακευτική αγωγή : Velosef 500 m X 4 1V

Perhidine 30 m X 6 1V τις πρώτες μέρες

Septrin sir 20" X 2 8-20 (P.O.)

Παρακολούθησα την ασθενή τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Κατά τις 3 πρώτες μετεγχειρητικές μέρες η ασθενής δε παρουσίασε κανένα πρόβλημα : Είχε καλά ζωτικά. Διεκόπει η παροχή O₂. είναι σπύρετη, χορηγήθηκε 1 φιάλη αίμα, συνεχίζει να παίρνει ισχυρά παυσίπονα, έγινε αφαίρεση Levin, άρχισε ασκήσεις φυσιοθεραπείας των άκρων καθώς και αναπνευστικές.

Την 4η μέρα η ασθενής παρουσίασε πόνο στην περιοχή των παραμητρίων. Στο σημείο αυτό συζητήθηκε με την άρρωστη και όσο μπόρεσα της πρόσφερα τις υπηρεσίες μου.

Ανάγκες αρρώστου	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμένες νοσηλευτικές φροντίδες	Εφαρμογή νοσηλευτικών φροντίδων	Αξιολόγηση αρρώστου
1) Πόνος στη περιλοχή των παραμητρίων	1)-Αρση του αιτίου που προκαλεί πόνο στη περιλοχή αυτή.	<p>1)- Ακρόαση των παραπόνων του αρρώστου</p> <p>- Ενθάρτυση-Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.</p> <p>- Τοπική καθαριότητα για ανακούφιση της ασθενής μου.</p> <p>- Ενημέρωση οικογε-</p>	<p>1)- Πήσαλα την άρρωστη μου με καλοσύνη και της ζήτησα να μου δείξει ακριβώς το σημείο του πόνου της.</p> <p>- Ψηλάφισα τη περιλοχή του αιδοίου και παράπλευρα και ανακαλύψα πως πραγματι πονούσε.</p> <p>- Παρότρυνα την άρρωστη να είναι ήρεμη, να μη φοβάται και κύρια να μην ανησυχεί.</p> <p>- Καταστάσεις αυτού του είδους μπορεί να υποδηλώνουν κάποιο κρυολόγημα και οποσδήποτε είναι καταστάσεις που ελέγχονται.</p> <p>- Με ήπιους χειρισμούς, χωρίς να εκθέσω την ασθενή μου ενέργησα την τοπική καθαριότητα.</p> <p>- Ενημέρωσα το θεράποντα Ιατρό.</p> <p>- Έχινε Ιατρική εξέταση σε βάθος και δόθηκε αγωγή: Septrin sir 20"χ2 καθώς και προγραμματίστηκε για την επομένη καλλιέργεια κοίτικων υγρών.</p> <p>- Ενημέρωσα την άρρωστη</p>	<p>1)- Εντοπίστηκε ο πόνος, ένα θετικό σημάδι αντιμετώπισης του.</p> <p>- Η ασθενής μου φαινόταν πιο ήρεμη.</p> <p>- Προσωρινή ανακούφιση και άνεση της ασθενούς.</p> <p>- Η ενημέρωση,</p>

Ανάγκες αρρώστου	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμένες νοσηλευτικές φροντίδες	Εφαρμογή νοσηλευτικών φροντίδων	Αξιολόγηση αρρώστου
		νείας - αρρώστου.	για την αντιβίωση και περιέχραφα συνοπτικά πως γίνεται η καλλιέργεια κοιλικών υγρών.	μείωσε την ένταση, το άγχος και απάντησε στα διάφορα ερωτηματικά.
		- Καλλιέργεια κοιλικών υγρών.	<ul style="list-style-type: none"> - Πληροφόρησα τους γονείς για τους χειρισμούς που έγιναν και που επρόκειτο να γίνουν. - Καθούσα το περιβάλλον του παιδιού πως δεν υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού απ' τους χειρισμούς του ιατρού, στην ευαίσθητη περιοχή του κόλπου. - Εξήγησα πως είναι μια απαραίτητη και ανώδυνη εξέταση που θα διαφωτίσει το όλο πρόβλημα που παρουσιάστηκε. - Απομάκρυνα τους συγγενείς. - Ενθάρρυνση για άλλη μια φορά την άρρωστη μου, λέγοντας να είναι ήρεμη, να χαλαρώσει και να παίρνει βαθιές αναπνοές. συνεχασία της. - Παρότρυνα την άρρωστη μου να κενώσει τη κύστη και το έντερό πριν την 	- Η καλλιέργεια ήταν αρνητική πράγμα που βελτίωσε τη κλινική εικόνα της ασθενής μου.

Ανάγκες αρρώστου	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμένες νοσηλευτικές φροντίδες	Εφαρμογή νοσηλευτικών φροντίδων	Αξιολόγηση αρρώστου
<p>2) Διόγκωση αριστερού κάτω ακρού,</p>	<p>2) Διερεύνηση των αιτιών που προκάλεσαν τη διόγκωση και αποκατάσταση του ασθενή.</p>	<p>2) Ενημέρωση ιατρού για ιατρική εξέταση</p> <p>- Ενημέρωση, ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>- Αιματολογικός έλεγχος.</p>	<p>εξέταση γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεικών ιστών.</p> <p>- Τοποθέτησα την άρρωστη μου σε γυναικολογική θέση -όσο χινόταν στο κρεβάτι- και βοήθησα το γυναικολόγο στη λήψη του κοιλιακού υγρού. Τακτοποίησα την άρρωστη μου σε αναπαυτική θέση μετά το πέρας της εξέτασης.</p> <p>2) - Ενημέρωσα τον ιατρό για τη διόγκωση που παρουσιάσει το άκρο-εμφανικά- καθώς και το γεγονός ότι άρχισε να διογκώνουν όταν, πονούσε στην περιοχή των παραμητρίων.</p> <p>- Βοήθησα τον ιατρό στην εξέταση της αρρώστου.</p> <p>- Ενθάρμυνα και καθησύχασα τόσο τους γονείς όσο και την ίδια την άρρωστη λέγοντας πως κλινικά δε παρουσίαζε κάτι το παθολογικό και ίσως να πρόκειται περί συγγενούς καταστάσεως.</p> <p>- Ελήφθη αιμα για εργαστηρική: γενική αίματος, αιματοκρίτη, προθρομβίνη</p>	<p>- Η άρρωστη και το περιβάλλον της ήταν πιο ήσυχοι.</p> <p>- Οι εξετάσεις ήταν όλες φυσιολογικές.</p>

Ανάγκες αρρώστου

Σκοπός της φροντίδας

Προγραμματισμένες
νοσηλευτικές φροντίδες

Εφαρμογή νοσηλευτικών
φροντίδων

Αξιολόγηση
αρρώστου

- Ακτινολογικός
έλεγχος.

- Κληρονομικός
έλεγχος

- Φυσιοθεραπεία

κ.λ.π.

- Έχθηκε ακτινογραφία του κάτω ακρου, επί κλίνης μήπως διαφωτίσει κάποιο οίδημα στο σημείο
- Ανέτρεξα στο κληρονομικό ιστορικό της αρρώστης και έπειτα από διαβίωση των γονέων αποκλείστηκε η περίπτωση για κάτι κληρονομικό.
- Η ασθενής με τη βοήθεια φυσιοθεραπεύτριας άρχισε ασκήσεις φυσιοθεραπείας.

- Ουδέν το παθολογικό

- Ίδιας όπως πιο πάνω.

- Η διόγκωση του άκρου ήταν σταθερή χωρίς να ενοχλεί την αρρώστη.
- Μάλλον σύμφωνα με τη γνώμη ιατρών, πρόκειται περί συγγενούς κατάστασης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΔΡΕΤΑΚΗΣ ΕΜΜ. (1985): "Ιδιοπαθής σκολίωση". 13ο Συμπόσιο σκολίωσης "Ν. ΓΙΑΝΝΕΣΤΡΑΣ" 18-19 Οκτωβρίου 1985. Νοσοκομείο "ΚΑΤ" Κηφισιάς : σελίς 112-116.
- ΔΡΕΤΑΚΗΣ ΕΜΜ. (1985): "Ιδιοπαθής σκολίωση". Νεώτερα στοιχεία για την αποφυγή - παθογένεια της παθήσεως και τη θεραπεία της-με τη μέθοδο της ηλεκτρικής διέγερσης. 13ο Συμπόσιο σκολίωσης "Ν. ΓΙΑΝΝΕΣΤΡΑΣ" 18-19 Οκτωβρίου 1985. Νοσοκομείο "ΚΑΤ" Κηφισιάς : σελίς 163-174.
- ΕΛΛΗΝ. ΧΕΙΡ. ΟΡΘΟΠ. κ ΤΡΑΥΜ. (Απρίλιος-Ιούνιος 1983): τόμος 34ος, τεύχος 2ο, σελίς 123-128.
- ΕΛΛΗΝ. ΧΕΙΡ. ΟΡΘΟΠ. κ ΤΡΑΥΜ. (Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1983): τόμος 34ος, τεύχος 3ο, σελίς 157-164.
- ΛΥΡΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (1986) : Παθήσεις και Νοσηλευτική του μυοσκελετικού συστήματος. Αθήνα 1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. (1986): Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική ,τόμος Α, Αθήνα 1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. (1986): Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική, τόμος Β, Μέρος 2ο.
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Καθηγητής ΚΑΤΕ (1977): "Ανωτέρα Σχολή Παραϊατρικών Επαγγελματιών". ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ, Αθήνα 1977.
- ΡΑΓΙΑ ΛΕΡΟΔΙΤΗ - (1986) "Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με σκολίωση" Εισήγηση στο 14ο συμπόσιο σκολίωσης Νοσοκομείου "ΚΑΤ" Κηφισιάς. 11 Νοεμβρίου, Αθήνα 1986.

ΣΑΧΙΝΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ (1985) : "Παθολογία και Χειρουργική Νοσηλευτική (Νοσηλευτικές Διαδικασίες): Τόμος 2ος/ Μέρος Β, Αθήνα 1985, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

ΣΟΥΚΑΚΟΣ Π. : "Θέματα Ορθοπεδικής και Τραυματολογίας" , Γ. Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, σελίς 249-266.

ΣΥΜΕΩΝΙΑΔΗΣ Π., ΠΟΥΡΝΑΡΑΣ Ι., ΚΑΠΕΤΑΝΙΟΣ Γ., ΧΡΗΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ Ι., ΠΑΤΑΡΑΙΩΤΗΣ Σ. : "Ιδιοπαθής σκολίωση στη Β. Ελλάδα", σελίς 131-135.

WINTER R.B. (1983): Scoliosis -Present and Future. Διάλεξη που δόθηκε στο 11ο Συμπόσιο Σκολίωσης, Αθήνα 17-18 Οκτωβρίου 1983.

