

Τ.Ε.Ι. : ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΓΥΡΗ

Θ Ε Μ Α

"Θεραπεία Φυματίωσης Πνεύμονα".

-.-.-.-

Υπεύθυνος Καθηγητής

Κων/τίνος Σπυρόπουλος

Επιτροπή Εγκρίσεως
Πτυχιακής Εργασίας

- 1)
- 2)
- 3)



Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής
Πάτρα

ΑΦΙΟΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

841

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
Περιεχόμενα	I
Εισαγωγή	1
Γενικό μέρος - Θεραπεία. Η υγειονομιακή αγωγή. Κεφάλ. Io	4
Χημειοθεραπεία Κεφάλαιο II	7
Άλλα αντιφυματικά - Θεραπευτικά σχήματα	13
Αλλαγή θεραπευτικού σχήματος	16
Συμπτωματική θεραπεία	21
Χειρουργική θεραπεία Κεφάλαιο III	23
Ειδικό μέρος - Νοσηλευτική φροντίδα	30
Αποκατάσταση	37
Αντιμετώπιση θεραπευμένων φυματικών	38
Αντιμετώπιση ανιάτων	39
Περιστατικά	39
Συμπέρασμα	44
Στατιστικός Πίνακας	45
Βιβλιογραφία	46

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φυματίωση είναι λοιμώδης νόσημα, οφειλόμενο στο βακίλλο του KOCH, ο οποίος προσβάλλει όλα τα όργανα του σώματος, συνήθως όμως εντοπίζεται στους πνεύμονες.

Εκείνος που πρώτος περιέγραψε λεπτομερώς τη νόσο, με το όνομα "φθίση" και τη θεωρούσε σαν κληρονομική, που μεταδιδόταν από τους γονείς στα παιδιά, είναι ο Ιπποκράτης.

Ο Γαληνός το 2ο μ.Χ. αιώνα χαρακτηρίζει τη φυματίωση σαν έλιωση των πνευμόνων, που συνοδεύεται από βήχα μακράς διάρκειας, αιματηρή απόχρηψη, πυρετό, αδυνάτισμα και ιδρώτες.

Από τότε, μέχρι το 16ο αιώνα καμιά ουσιαστική πρόοδος δεν σημειώθηκε, ούτε κάποια νεώτερη αντίληψη για τη φθίση αναφέρθηκε από τους γιατρούς, πέρα απ' αυτά που ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός είχαν παρατηρήσει.

Μέχρι το τέλος του περασμένου αιώνα, οι γιατροί, επειδή παρατηρούσαν ότι πολλά άτομα της ίδιας οικογένειας προσβάλλονταν και πέθαιναν από φυματίωση, πίστευαν ότι η φυματίωση ήταν νόσος κληρονομική και είχαν υιοθετήσει την άποψη του Ιπποκράτη, που έλεγε ότι "πας φθισικός γεννάται από φθισικό γονέα" καθώς και οι φυματικοί γονείς κληρονομούν στους απογόνους τους ειδική ευπάθεια προς τη νόσο. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Το 1882, ο KOCH ανακαλύπτει το βακτηρίδιο της φυματίωσης, που κατορθώνει να καλλιεργήσει σε ορό βοδός, επιτυγχάνοντας στη συνέχεια να πάρει τη φυματίνη, που πρώτος ο PIRQUET, το 1907, χρησιμοποίησε για την εφαρμογή της φυματοαντίδρασης με την οποία μπορούμε να ελέγχουμε, την ύπαρξη ή μη φυματιώδους μόλυνσης στον άνθρωπο. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)



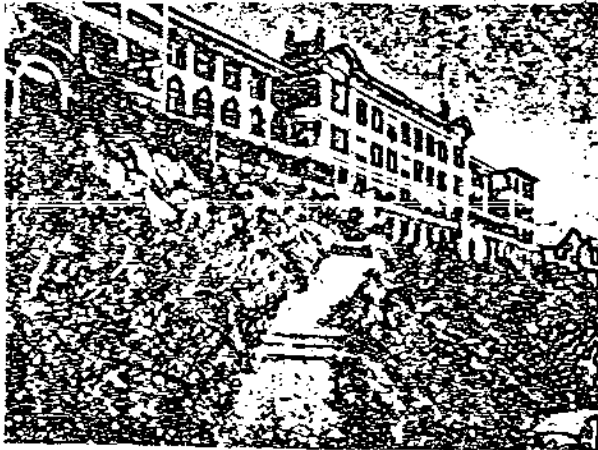
Είκ. I. Robert Koch (1848-1919) (Κατά τόν Landouzy)

Την ανακάλυψη του βακτηριδίου της φυματίωσης από τον KOCH, ακολούθησε το επίτευγμα των CULMETTE και GUERIN, που μετά από πολύχρονες έρευνες, πρόσφεραν το 1920 στην ανθρωπότητα το αντιφυματικό εμβόλιο (B.C.G.). Το εμβόλιο αυτό, ύστερα από κρίσεις και επικρίσεις, τόσο από μέρος του ιατρικού κόσμου, σχετικά με την αποτελεσματικότητά και το κίνδυνο ή μη της εφαρμογής του όσο και εκ μέρους του λαού όσο αφορά στην εμπιστοσύνη του στο εμβόλιο, κατόρθωσε να νικήσει και να επιβληθεί εκ των πραγμάτων, σαν το υπ' αριθμό ένα προληπτικό μέσο κατά της φυματίωσης, που προκαλεί αύξηση της αντίστασης του

οργανισμού απέναντι στη νόσο. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Παρ'όλο όμως που ήταν γνωστό το παθογόνο αίτιο της νόσου για πολλά χρόνια δεν υπήρχε ένα ειδικό φάρμακο, που να δρα ενάντια στο βακτηρίδιο της φυματίωσης. Όπως είναι φυσικό το αποτέλεσμα ήταν τα εφαρμοζόμενα θεραπευτικά μέσα να επιδιώκουν την αύξηση της αντίστασης του οργανισμού μόνο με τη κατάλληλη υγειονομολογική αγωγή στο Σανατόριο και να αποβλέπουν επίσης στην ανάπαυση - σύμπτυξη του πάσχοντος πνεύμονα, με την εφαρμογή του πνευμοθώρακα ή με τη θωρακοπλαστική, τη φρενικοεξάρση, ή τον εξωπλεύριο, πνευμοθώρακα. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Από το 1840, ο BODINGTON στην Αγγλία άρχισε να συνιστά νοσηλεία των φυματιών με ανοιχτά παράθυρα για να εισπνέουν "καθαρό αέρα". Ακολούθησε η Ελβετία, που έγινε η χώρα των Σανατορίων, στα οποία κατέφευγαν πλούσιοι άρρωστοι απ'όλο σχεδόν τον κόσμο, ενώ το 1900, ο TRUDEAU ίδρυσε στην Αμερική το πρώτο Σανατόριό του σε ορεινή περιοχή και προσπάθησε να πείσει γιατρούς και αρρώστους για τη μεγάλη σημασία της ανάπαυσης στην θεραπεία της φυματίωσης. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

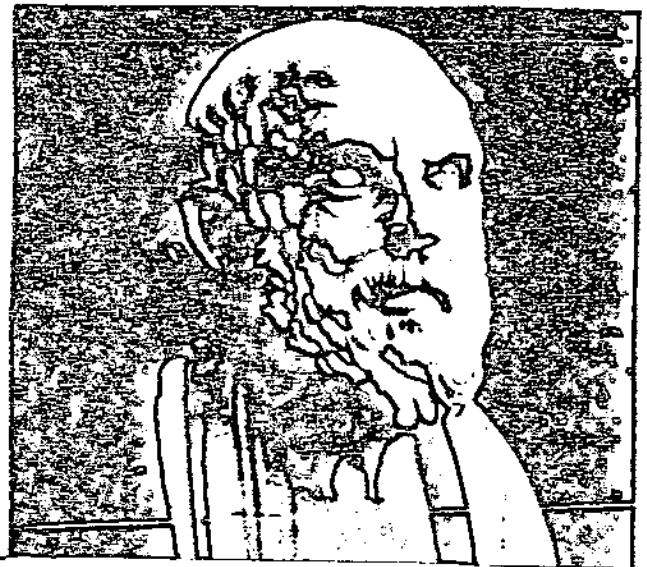


Εικ. 2. Φθισιασπίον Schatzalp. Davos (Υψ. 1865).

τινά με άλλους πιο βασικούς παράγοντες και γι'αυτό ελάχιστα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

"Δεν είναι ανάγκη να σκοτώσουμε το βακτηρίδιο της φυματίωσης μέσα στο ανθρώπινο σώμα αρκεί να επιτύχουμε ν' αναστείλουμε την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό του, για να το καταστήσουμε αβλαβές για το σώμα". Τα λόγια αυτά ειπώθηκαν από τον KOCH το 1890 στο 10ο Ιατρικό Συνέδριο του Βερολίνου. Από τότε ο ίδιος και πολλοί άλλοι ερευνητές ασχολήθηκαν με την ανακάλυψη ειδικού αντιφυματιού φάρμακου, αλλά χωρίς απο-

Ο Ιπποκράτης συνιστούσε αλλαγή κλίματος στους "φθισικούς". Σήμερα όμως αν και παραδεχόμαστε, ότι η αλλαγή του περιβάλλοντος μπορεί να επιδράσει στη ψυχολογική και βιολογική αντίδραση του οργανισμού και να ενεργήσει σαν ερέθισμα για την αφύπνιση των αμυντικών δυνάμεων του αρρώστου έχει επικρατήσει η άποψη ότι η σημασία του κλίματος σαν θεραπευτικό παράγοντα δεν είναι σοβαρά αξιολογήσιμη συγκρι-



Εικ. 3. Ίπποκράτης (460-400 π.Χ.)

τέλεσμα μέχρι το 1944. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Ανασιοπώντας τα μέχρι σήμερα χρησιμοποιηθέντα φάρμακα, αναφέρω για την ιστορία και μόνο, διάφορα αιθέρια έλαια, χρωστικές της πύσσας, το κίτρινο της ανιλίνης, το κυανού της γεντιανής, το κυανού του μεθυλενίου, τον σίδηρο, τον υδράργυρο, για να φτάσουμε στο 1924, σ' ένα φάρμακο που αποτέλεσε ιστορικό σταθμό, την SANOCRYSLN, ένα ανόργανο συνθετικό του χρυσού, που χρησιμοποιήθηκε σε ευρεία κλίμακα σ' όλο σχεδόν τον κόσμο, για να εγκαταλειφθεί αργότερα λόγω της τοξικότητάς του αφενός και της μη αποτελεσματικότητάς του αφετέρου. Μετά τη χρησιμοποίηση του χρυσού επακολούθησε σχετική στασιμότητα μέχρι το 1938, οπότε δοκιμάζονται οι σουλφοναμίδες και οι σουλφόνες, που εγκαταλείφθηκαν κι αυτές σύντομα.

Ο πρώτος όμως πραγματικά ιστορικός σταθμός για την αντιμετώπιση της φυματίωσης ήταν το 1944, όταν ο WAKSMANN ανακαλύπτει τη στρεπτομυκίνη.

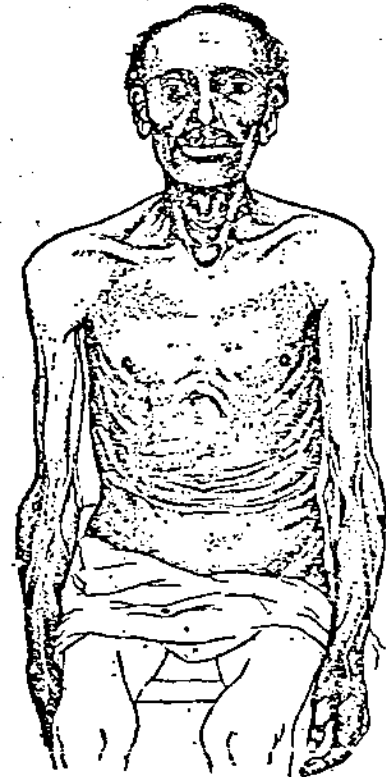
Ακολούθως οι Γερμανοί το 1946 δοκιμάζουν και χρησιμοποιούν τις θειοσεμικαρβαζόνες και ο LEHMANN το παρααμινοσαλικυλικό οξύ (PAS).

Το 1949-50 δοκιμάζονται η νεομυκίνη, η τεραμυκίνη, η χρυσομυκίνη, η στρεπτοτριχίνη και άλλα αντιβιοτικά, που εγκαταλείφθηκαν σχεδόν αμέσως.

Μετά από αυτά ακολουθεί ο δεύτερος ιστορικός σταθμός, το 1951-52, οπότε εφαρμόστηκε η Ισονιαζίδα στο SEA-VIEW HOSPITAL της Νέας Υόρκης. (Σταυριανόπουλου Θ. 1982)

Λόγω όμως του μειονεκτήματος, που παρουσιάζουν και η στρεπτομυκίνη και η INH και το PAS, ως προς την εμφάνιση φαρμακοαντόχων στελεχών μυκοβακτηριδίων, οι ερευνητές δεν έπαψαν να συνεχίζουν την προσπάθειά τους για την ανακάλυψη ενός ισχυρού αντιφυματικού παράγοντα, που να μη παρουσιάζει το μειονέκτημα της φαρμακοαντοχής και να είναι δραστικό απέναντι στα φαρμακοάντοχα βακτηρίδια. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Έτσι η πυραζιναμίδα, η βιομυκίνη, η κικλοσερίνη, η εθειοναμίδα, η καναμυκίνη, η εθαμ-



Εικ. 4. Τύπος φθισικού (Marfan).

β ο υ τ δ λ η, η ρ ι φ α μ π ι σ ί ν η, συγκαταλέγονται ανάμεσα στις παραπάνω ανακαλύψεις.

Είναι λοιπόν γεγονός αναμφισβήτητο ότι από τότε που διαπιστώθηκε η νόσος αυτή, οι διάφοροι ερευνητές επιδόθηκαν σε ένα επίμονο και σκληρό αγώνα για τη θεραπεία της.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία της νόσου σήμερα περιλαμβάνει:

1. Την υγειονομιακή αγωγή.
2. Τη χημειοθεραπεία.
3. Τη χειρουργική θεραπεία.

I. Η υγειονομιακή αγωγή.

Η υγειονομιακή αγωγή αποσκοπεί στην απομάκρυνση όλων των επιβλαβών εξωτερικών επιδράσεων τα οποία επιβαρύνουν τον οργανισμό έτσι ώστε ο οργανισμός να μένει απερίσπαστος στον αγώνα εναντίον του βακτηρίου.

Βασική θέση στην θεραπεία της νόσου κατέχει η σωματική και η ψυχική ηρεμία του αρρώστου, η διαβίωσή του σε υγιεινό κλίμα και η καλή διατροφή πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες τροφών. (Μαλγαρινού Μ. 1974)

Ο "καθαρός αέρας" των ψηλών βουνών δεν θεωρείται πια, όπως στο τέλος του περασμένου αιώνα, σαν ειδικό φάρμακο για την φυματίωση, λέγοντας πως ένα περιβάλλον, που αερίζεται σωστά, αρκεί για την αποκατάσταση της υγείας και την ανάρρωση από τη νόσο.

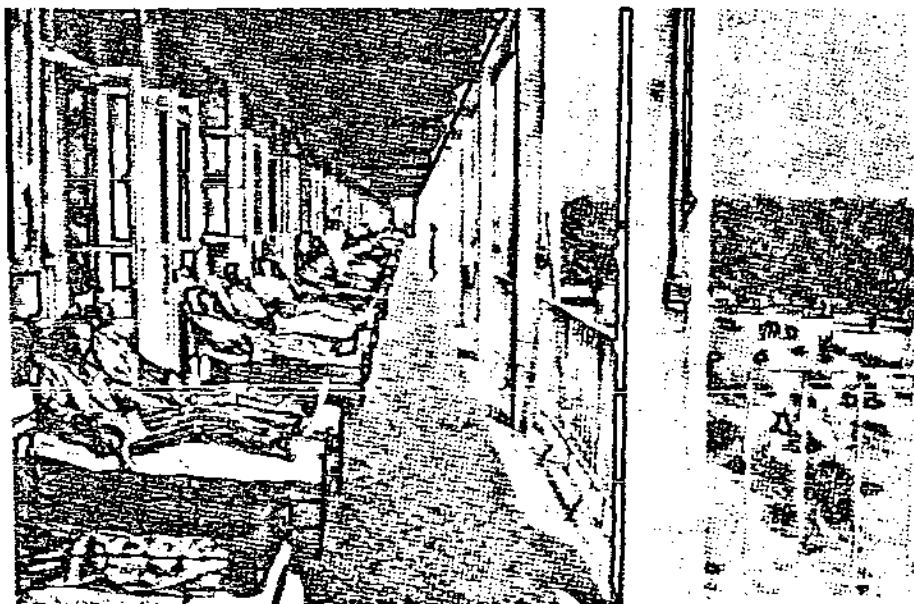
Ο Ιπποκράτης συνιστούσε αλλαγή κλίματος στους "φθισικούς". Σήμερα όμως αν και παραδεχόμαστε, ότι η αλλαγή του περιβάλλοντος μπορεί να επιδράσει στην ψυχολογική και βιολογική αντίδραση του οργανισμού και να ενεργήσει σαν ερέθισμα για την αφύπνιση των αμυντικών δυνάμεων του αρρώστου, έχει επικρατήσει η άποψη ότι η σημασία του κλίματος σαν θεραπευτικού παράγοντα δεν είναι σοβαρά αξιολογήσιμη συγκριτικά με άλλους πιο βασικούς παράγοντες και γι' αυτό ελάχιστα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Θα προτιμήσουμε βέβαια ένα κλίμα ξηρό και ένα υψόμετρο 400-800 μέτρα σ' ένα τόπο χωρίς ρύπανση του περιβάλλοντος, αλλά μόνο εφόσον η παραμονή του αρρώστου σ' ένα τέτοιο κλιματικό περιβάλλον, δεν επηρεάζει δυσμενώς τον ψυχολογικό παράγοντα καθώς και τις επαγγελματικές, οικογενειακές και κοινωνικές υποχρεώσεις του αρρώστου. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Υψόμετρο που υπερβαίνει τα 800-1000 μέτρα, ιδίως για ηλικιωμένους και γενικά για όσους έχουν εκτεταμένες αλλοιώσεις ή εμφανίζουν και ανα-

πνευστική ανεπάρκεια, δεν συνιστάται. Αν έχουν περιορισμένες ή μέσης εντάσεως βλάβες μπορούν να παραμένουν και σε τέτοιο ή και ανώτερο υψόμετρο, όχι όμως παραπάνω από 1500 μέτρα. (Σταυριανόπουλος Θ. 1982)

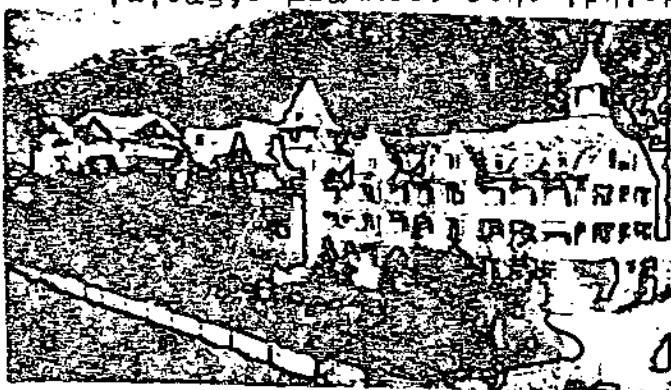
Οι άρρωστοι δεν πρέπει να εκτίθενται σε υπερβολικό κρύο ή ζέστη, σε άνεμο ή βροχή και πολύ περισσότερο επί πολλές ώρες στον ήλιο, που φαίνεται να ευνοεί την εμφάνιση αιμοπετυσσεων ή και προκαλεί ανύψωση της θερμοκρασίας και μερικές φορές εξελικτικά επεισόδια, αν και αυτό δύσκολα μπορεί να αποδειχτεί.

Η ανάγκη για ανάπαυση στηρίζεται στα παρακάτω επιστημονικά δεδομένα: "Η δραστηριότητα των πνευμόνων μειώνεται στο ελάχιστο, όταν το άτομο βρίσκεται σε πλήρη ανάπαυση" και "η μείωση της δραστηριότητας ενός ιστού βοηθά στην επούλωση παθολογιών αλλοιώσεων του ιστού αυτού".



Εικ. 5 Έξωστης αεροθεραπείας ανδρών.

Η απομάκρυνση από φροντίδες, ανησυχίες και από αγωνίες, που συναντάμε συχνά στην καθημερινή επαγγελματική, κοινωνική και οικογενειακή διαβίωση, η εισπνοή καθαρού αέρα στα υπνοδωμάτια, με την ευεργετική επίδραση του κλίματος του σανατορίου και η εξασφάλιση μιας σχετικής ψυχαγωγίας, συμβάλλουν στην γρήγορη σχετικά βελτίωση του πάσχοντος.



Έξωτερική άποψη ειδικού θεραπευτηρίου St-Blasien (800 μέτρα φθισιατρειών Baemeister).

Συνηθισμένο ενδεδειγμένο πρόγραμμα ανάπαυσης του φυματινού περιλαμβάνει 10 ώρες περίπου νυκτερινή κατάκλιση και 3 ώρες πριν το μεσημέρι και 4 ώρες μετά το μεσημέρι ξεκούραση. (Μαλγαρινού Μ. 1974)

Πράγματι όταν ο ασθενής είναι ήρεμος συχνά επιτυγχάνεται σε 2-4 μήνες απορρόφηση του πρώιμου υποκλείδιου διηθήματος

και εποδλωση πρδσφατων σπηλαίων.

Όσον αφορά στη διατροφή του αρρώστου έχουν μεταβληθεί οι απόψεις. Παλαιότερα εφαρμόζονταν υπερσιτισμός. Το αποτέλεσμα ήταν ο ασθενής να γίνει παχύσαρμος και να έχει προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος και όλα τα άλλα προβλήματα που έχει ένας παχύσαρμος, χωρίς να ελαττώνεται κανένα από τα συμπτώματα του φυματιού.

Σήμερα πιστεύουμε ότι αρκεί μια διατροφή επαρκής σε θερμίδες, πρωτεΐνες και βιταμίνες, ιδίως C, A, B και D.

Η επαρκής δίαιτα είναι βασικός παράγοντας για την ενίσχυση της άμυνας του ατόμου κατά του βακίλλου και για την εποδλωση των αλλοιώσεων του πνευμονικού παρεγχύματος.

Στο κατά 24ωρο διαιτολόγιο του φυματιού πρέπει ο οργανισμός να λαμβάνει 3.000-3.500 θερμίδες, η δε περιεκτικότητα σε ζωικά λευκώματα να φθάνει τα 1-1 1/2 γραμμ. κατά κιλό βάρος του σώματος ημερησίως. (Μαλγαρινού Μ. 1974)

Πρέπει να παίρνει 100-120 γραμμ. λιπών και 350-400 γραμμ. υδατανθράκων.

Είναι απαραίτητο ο ασθενής να παίρνει βιταμινούχα συσκευάσματα εντός των λαχανικών και των φρούτων και να περιέχουν τις βιταμίνες C και B (κυρίως πυριδοξίνη, λόγω της μακράς χρήσης της ισονιαζόλης).

Η διαδεδομένη ειδοχή ότι όταν ο ασθενής πίνει μεγάλη ποσότητα γάλακτος συμβάλλει στη θεραπεία της νόσου, δεν ευσταθεί, αντιθέτως η προκαλούμενη διάταση του στομάχου αυξάνει την συνηθισμένη ανορεξία του φυματιού και περίσσεια ποσότητα νερού στους ιστούς ελαττώνει τις αμυντικές ικανότητες του οργανισμού.

Τηρώντας την αγωγή αυτή, με την πάροδο του χρόνου απορροφούνται οι εξιδρωματινές εστίες, ελαττώνονται οι ιδρώτες, ο πυρετός περιορίζεται, μέχρι απυρεξίας, η όρεξη και η θρέψη βελτιώνονται και η αισιοδοξία φαίνεται καθαρά στα πρόσωπα των ασθενών.

Η επαρκής δίαιτα είναι βασικός παράγοντας για την ενίσχυση της άμυνας του ατόμου κατά του βακίλλου και για την εποδλωση των αλλοιώσεων του πνευμονικού παρεγχύματος για β. KOCH και η φυματίωση παίρνει την τροπή προς παραγωγική και επουλωτική ενόδη μορφή.

Η θεραπεία αυτή περιορίζονταν μόνο σ' αυτή την αγωγή μέχρι τα πρώτα χρόνια του Α΄ Παγκόσμιου πολέμου.



Παρά την ευεργητική ανεύρεση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, η ανάπαυση, ο καθαρός αέρας, το κατάλληλο κλίμα και η επαρκής σίτιση δεν παύουν να αποτελούν μέρος της θεραπευτικής αγωγής.

II. Χ η μ ε ι ο θ ε ρ α π ε ί α

Βασικές αρχές.

1. Η φυματίωση θεραπεύεται σχεδόν πάντοτε, εφόσον ο ασθενής εφαρμόσει πειθαρχικά την χημειοθεραπεία.

2. Η αστοχία της χημειοθεραπείας και η δημιουργία ανθεκτικών στελεχών προς τα φάρμακα οφείλονται σχεδόν πάντοτε στην παραμέληση της θεραπείας από τον ασθενή. (Γαρδίνια Κ. 1980)

3. Τα αντιφυματικά φάρμακα ουδέποτε πρέπει να χορηγούνται μόνα αλλά πάντα σε συνδιασμό μεταξύ τους. Αυτό γίνεται γιατί πριν από τη θεραπεία υπάρχει ήδη ένα ποσοστό βακίλλων ανθεκτικών προς το φάρμακο. Όταν με το φάρμακο οι ευάλωτοι βακίλλοι φονευτούν, οι ανθεκτικοί πολλαπλασιάζονται ανενόχλητοι. Εάν όμως χορηγείται συγχρόνως δεύτερο αντιφυματικό φάρμακο, αυτό φονεύει τους ανθεκτικούς με το πρώτο φάρμακο βακίλλους. (Γαρδίνια Κ. 1980)

Τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούμε σήμερα για τη θεραπεία της φυματίωσης χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες.

1. Σε πρωτεύοντα και

2. Σε δευτερεύοντα.

Στα πρωτεύοντα υπάγονται: η Ισονιαζίδη (INH), η Εθαμβουτόλη (Ε. Μ. Β.), η Στρεπτομυκίνη (SM), η Ριφαμπικίνη (RIF) και το Παρααμινοσιλικιλικό οξύ (PAS).

Στα δευτερεύοντα υπάγονται: η Πυραζιναμίδα (PZA), η κυκλοσερίνη (CIS), η εθειοναμίδα (ETH), η βιομυκίνη (VIM), και η καναμυκίνη (KIM).

Πριν αναφερθώ στο θεραπευτικό σχήμα, που εφαρμόζεται για τη θεραπεία της πνευμονικής φυματίωσης, κρίνω σκόπιμο να αναφέρω το κάθε φάρμακο χωριστά.

α) Η Ισονιαζίδη (γράφεται INH), είναι υδραζίδη του ισονικωτικού οξέος και έχει συντεθεί χημικά από τις θειοσεμικαρβαζόνες το 1951, οπότε και έγινε η πρώτη εφαρμογή της σε ασθενείς, στο Νοσοκομείο SEAVIEW της Νέας Υόρκης.

Είναι το πιο δραστικό και εύχρηστο αντιφυματικό φάρμακο, λόγω της μεγάλης διεισδυτικότητάς του μέσα στους ιστούς του σώματος και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό καθώς και ενδοκυτταριώς, της σχετικά ελάχιστης τοξικότητάς του, της εύκολης λήψεώς του από το στόμα, καθώς και του χαμηλού του κόστους. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Χορηγείται συνήθως από το στόμα σε δόση 5 χιλ/χιλιόγραμμα βάρους σώματος ημερησίως σε μια δόση. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί και παρεντερικά.

Σκευάσματα αυτής είναι: DIANICOTYL, RIMIFON κ.λ.π. Βρίσκεται σε μορφή δισκίων των 50 χιλιοστών και 100 χιλιοστών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Η συνηθέστερη είναι η περιφερική νευρίτιδα των άκρων, που εκδηλώνεται στην αρχή με μούδιασμα, παραισθήσεις, αίσθημα καύσου, ψυχρότητας και αργότερα με πόνους στα άκρα. Τα αντανιαλαστικά εμφανίζονται άλλοτε αύξημένα και άλλοτε καταργημένα. Για να προληφθεί η παραπάνω τοξική ενέργεια της INH χορηγείται συνήθως η βιταμίνη Β6 σε δόση 25 χιλ. ημερησίως ιδίως σε αλκοολικούς και ηλικιωμένους αρρώστους. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Άλλες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, που εμφανίζονται πιο σπάνια, είναι ψυχωτικά επεισόδια, ευφορία, ευερεθιστότητα, ανησυχία, ιδίως σε αλκοολικά και προδιατεθειμένα άτομα. Ελαφρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι ίλιγγοι, η δυσουρία, ο πονοκέφαλος, η υπνηλία ή η αϋπνία, η ξηρότητα του στόματος και διάφορες αλλεργικές αντιδράσεις με τη μορφή του εξανθήματος με κνησμό.

Έχει διαπιστωθεί ότι μετά από χορήγηση της INH μόνης για ένα τρίμηνο περίπου, εμφανίζονται INH/άντοχα στελέχη μυκοβακτηριδίων, σ'ένα ποσοστό 60-70% ενώ εφόσον αυτή χορηγείται μαζί με S/W ή PAS σε ποσοστό 10-15% περίπου.

β) Αιθαμβουτόλη (EMB): Ανήκει στην ομάδα των αιθυλινοδιαμινών και είναι το δεξιδροτροφο ισομερές της διυδροχλωρικής 2,2 αιθυλενοδιαμνο-δι-Ι-βουτανόλης. Χορηγείται σε μια δόση 15-25 χιλ/χιλιόγραμμα βάρους σώματος δηλ. 1200-1600 χιλ. κάθε μέρα.

Παρουσιάζει το μειονέκτημα της φαρμακοαντοχής, όπως και τα άλλα αντιφυματικά φάρμακα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αιθαμβουτόλης εμφανίζονται κυρίως στον οφθαλμό και συνίσταται στον περιορισμό του οπτικού πεδίου, της οπτικής οξύτητας και στη διασχυματοψία. Υποχωρούν με τη διακοπή του φαρμάκου. Πολύ σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι και η οπισθοβολβική οπτική νευρίτιδα. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

γ) Στρεπτομυκίνη (S/M): Είναι βάση ισχυρή υδροδιαλυτή πολυπλοκής χημικής σύνθεσης. Παραμένει σαν σιδόνι σταθερή για δύο χρόνια σε συνθισμένη θερμοκρασία διαλυμένη δε για 24 ώρες. Απομονώθηκε το 1944 από τον WAKSMANN και τους συνεργάτες του.

Η S/M χορηγείται σε δόση 15-20 χιλ/χιλιόγραμμα βάρους σώματος (1 γρ. καθημερινά) σε μια ενδομυϊκή ένεση το πρωί ή το βράδυ. Μπορεί

επίσης να χορηγηθεί με τη μορφή εγχύσεων μέσα στον υπεζωικότα ή και με οσφυονωτιαία χορήγηση. Η απορρόφησή της από το γαστρεντερικό σωλήνα πρακτικά δεν υφίσταται.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Η πιο συνηθισμένη και πιο σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η τοξική επίδραση της S/M στην 8η εγκεφαλική συζυγία. Και αν αυτή αφορά το ακουστικό νεύρο, εμφανίζονται στην αρχή βουίσματα των αυτιών και ελαφριά μείωση της ακουστικής οξύτητας, που συνεχίζεται προοδευτικά και μπορεί να καταλήξει και σε κώφωση, αν συνεχιστεί η χορήγηση του φαρμάκου. Αν αφορά το αιθουσιαίο, παρατηρούνται ίλιγγοι, διαταραχές στο βάδισμα και στην ισορροπία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το αιθουσιαίο υποχωρούν ευκολότερα απ' αυτές του ακουστικού. Άλλες πιο ελαφρές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι μούδιασμα των άκρων, παραισθήσεις, ναυτία, έμετοι, αίσθημα μυρμηκιάσεως ή τάσεως γύρω από τη στοματική κοιλότητα, λευκωματουρία, κυλινδρουρία, καθώς και αφυλακτικές αντιδράσεις που εκδηλώνονται με κηλιδώδες εξάνθημα ιδίως του κορμού και μερικές φορές με πυρετό και εωσινοφιλία κλπ. Οι αλλεργικές εκδηλώσεις εμφανίζονται συνήθως μέσα στις πρώτες πέντε εβδομάδες από την έναρξη της χορηγήσεως της S/M, το νωρίτερο μετά από οκτώ ημέρες και το αργότερο μετά από έξι περίπου μήνες, είναι δε συνηθέστερες στις γυναίκες παρά στους άνδρες και πολύ σπάνιες στα παιδιά. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Νοσηλεύτριες-ές, φαρμακοποιοί, γιατροί, που χειρίζονται την S/M μπορεί να παρουσιάσουν αντιδράσεις υπερευαισθησίας στο φάρμακο αυτό με τη μορφή ερυθματώδους ή κνησμώδους εξανθήματος στα χέρια ή στο πρόσωπο ή και υπεραιμία του επιπεφυκότα ή και εξανθήματος σ' ολόκληρο το σώμα. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Σε περίπτωση επίμονης αλλεργικής αντιδράσεως, αν δεν έχουμε στη διάθεσή μας άλλο φάρμακο για να την αντικαταστήσουμε, αρχίζουμε με 0,01 γραμ. S/M αυξάνοντας καθημερινά τη δόση κατά 0,01 γραμ. μέχρι 0,1 γραμ. δηλ. για 10 μέρες και στη συνέχεια 0,1 γραμ. για άλλες 10 μέρες, μέχρις ότου φτάσουμε στη θεραπευτική δόση του 1 γραμ. ημερησίως. Καμιά φορά αναγκαστόμαστε να χορηγήσουμε και κορτικοστεροειδή.

Ύστερα από χορήγηση 60 γραμ. S/M, σ' ένα πολύ μεγάλο αριθμό αρρώστων εμφανίζονται S/M άντοχα βακτηρίδια φυματιώσεως. Για να επιβραδυνθεί η εμφάνιση της ανθεκτικότητας η S/M χορηγείται συγχρόνως με την INH και το PAS.

δ) Ρ ι φ α μ π ι κ ι ν η (R/F): Απομονώθηκε από το Μεσογειακό στρεπτομύκητα και μόλις πρίν λίγα χρόνια άρχισε να χορηγείται στη

θεραπεία της φυματιώσεως. Είναι αντιβιοτικό ευρέος φάσματος, που διαθέτει αντιμικροβιακή δράση και εναντίον άλλων μικροοργανισμών θετικών και αρνητικών κατά GRAM.

Πρόκειται για φάρμακο εξαιρετικά δραστικό εναντίον του μυκοβακτηριδίου της φυματιώσεως, έτσι ώστε πολλές φορές το χορηγούμε με το αρχικό θεραπευτικό σχήμα μαζί με την INH και την EMB ή με την INH και την S/M. (Σωληναράου Ε. 1973)

Σε περιπτώσεις υποτροπής, το χορηγούμε οπωσδήποτε σαν φάρμακο της εκλογής, εφόσον μάλιστα δεν είχε χορηγηθεί στην πρώτη προσβολή.

Χορηγείται σε μια δόση 600 MG κάθε μέρα 30' πριν από το φαγητό. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί σε δόση 900 MG κάθε δεύτερη μέρα, αλλά με το σχήμα αυτό έχουν παρατηρηθεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αιμολυτική αναιμία, θρομβοκυτταροπενία, νεφρική ανεπάρκεια με ολιγουρία ή και ανουρία. Μετά μια βδομάδα από τη διακοπή της R/F έχουν βρεθεί με ανοσοδιάχυση αντισώματα έναντι της R/F. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια της R/F είναι η αύξηση των τρανσαμινασών του ορού και η ηπατίτιδα ιδίως όταν χορηγείται μαζί με την INH. Πρόγνωση της ηπατίτιδας σχετικά καλή, όχι όμως πάντοτε. Η αύξηση των τρανσαμινασών μέχρι και 100 μονάδων ή και περισσότερων μέχρι 150 ή και 200 δεν μας επιβάλλει πάντοτε τη διακοπή του φαρμάκου. Συνήθως παρά την εξακολούθηση της χορηγήσεως του φαρμάκου, οι τρανσαμινάσες του ορού επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα. Κνησμώδες εξάνθημα μπορεί επίσης να εμφανισθεί καθώς και εμπύρετη αντίδραση.

ε) Π α ρ α α μ ι ν ο σ α λ ι κ υ λ ι κ ό ο ξ ύ (PAS).

Η χημειοθεραπευτική του δράση στο μυκοβακτηρίδιο της φυματιώσεως διαπιστώθηκε πρώτα από τον LEHMAN το 1946.

Λαμβάνεται από το στόμα σε δόση 12-14 γρ. ημερησίως (150-200 χιλ. ανά χιλιόγραμμο βάρους) ή και με ενδοφλέβια στάγδην έγχυση σε ειδικές περιπτώσεις.

Η μεγαλύτερη πυκνότητα του PAS στο αίμα εμφανίζεται μετά από δύο ώρες. Διαχέεται στους ιστούς του σώματος, απεκκρίνεται δε κυρίως από τα ούρα.

Η δραστικότητά του είναι πολύ μικρότερη από της S/M και χορηγείται μαζί μ' αυτή και ιδίως σαν συνοδό της INH. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Α ν ε π ι θ ύ μ η τ ε ς ενέργειες. Αυτές κυρίως αφορούν τον γαστρεντερικό σωλήνα και εμφανίζονται με μορφή δυσφορίας στομαχικής, ναυτίας, εμέτου ή διάρροιας και κοιλιακών πόνων. Άλλες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η εκδήλωση υπερευαισθησίας απέναντι στο PAS που εμφανίζεται συνήθως την 2α ή την 3η εβδομάδα από την αρχική χο-

ρήγηση των φαρμάκων, με την μορφή εξανθήματος και πυρετού, οπότε και επιβάλλεται διακοπή της χορηγήσεως του φαρμάκου. Οξεία αιμόλυση έχει περιγραφεί μετά από ενδοφλέβια χορήγηση PAS. (HARRISON 1981)

Έχει παρατηρηθεί επίσης, σε ωρισμένους αρρώστους, αντιθυρεοειδική δράση του PAS, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διάχυτης διογκώσεως του θυρεοειδούς, η οποία υποχωρεί με την διακοπή του PAS, παρεμποδίζει τη σύνδεση του ιωδίου και τον σχηματισμό της διιωδο-τυροσίνης.

στ) Πυραζιναμίδη (P/Z). Είναι αμίδη του πυραζινο-καρβονικού οξέος, που χρησιμοποιήθηκε πρώτα στις ΗΠΑ το 1952. Η αντιφυματική της ενέργεια δεν είναι μεγάλη.

Χορηγείται από το στόμα σε δόση 30-40 χιλ/χιλιόγραμμο βάρους ημερησίως και απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα. Δρα και στα S/M-άντοχα και INA-άντοχα μυκοβακτηρίδια. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Βασική ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η ηπατοτοξικότητα, γι' αυτό και συνιστάται ο συχνός έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας με μέτρηση της γλουταμινικής και οξαλοξειικής τρανσαμινάσης καθώς και άλλες ηπατικές δοκιμασίες. Δεν χορηγείται σε άτομα που παρουσιάζουν έστω και ιστορικό ηπατικής βλάβης. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Είναι καμιά φορά και νεφροτοξικό και δεν είναι πολύ καλά ανεκτό από το στομάχι. Σαν σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια, αναφέρεται η αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος, που μπορεί να ειδηλωθεί με κεφαλαλγία και αδραλγίες των άκρων και σ' ένα ποσοστό απ' αυτά με ποδάγρα. (HARRISON 1981)

Έχει παρατηρηθεί επίσης ελάττωση του Καλίου, του Μαγνησίου και του ασβεστίου του ορού του αίματος.

ζ) Κυκλοσερίνη (C/S). Είναι αντιβιοτικό που απομονώθηκε από τον στρεπτομύκητα και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1955 στη θεραπευτική της φυματίωσης.

Χορηγείται σε δόση 10-15 χιλ/χιλιόγραμμο βάρους ημερησίως από το στόμα, δηλ. 0,75-1 γραμ. Η κυκλοσερίνη απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και απεκκρίνεται κυρίως με τα ούρα.

Η C/S παρουσιάζει πολλές φορές ανεπιθύμητες ενέργειες με μορφή μυϊκών συσπάσεων, καταθλιπτικής αντιδράσεως, συγχυτικής κατάστασεως, διεγέρσεως και γενικώς ψυχωτικών διαταραχών μανιοκαταθλιπτικού ή σχιζοφρενικού τύπου. Έχουν αναφερθεί αυτοκτονίες στη διεθνή βιβλιογραφία. Άλλη σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι ο ίκτερος.

Συνιστάται η σύγχρονη χορήγηση βιταμίνης Β6 καθώς και ηρεμιστικών για να ελαττωθεί η συχνότητα και η ένταση των ειδηλώσεων από την ψυχική ιδίως πλευρά. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Αντεδεικνύται η χορήγηση του σε επιληπτικούς, σε ασθενείς με δια-

ταραχές του ψυχισμού τους και σ'όσους παρουσιάζουν συγκινησιακή αστάθεια.

η) **Ε θ ε ι ο ν α μ ί δ η (ΕΤΗ)**. Αυτή είναι θειαμίδη του α-αιθυλ-ισονικοτινιού οξέος, που δοκιμάστηκε πρώτα στη Γαλλία το 1957.

Χορηγείται από το στόμα ή με υπόθετα, σε δόση 0,75-1 γραμ. ημερησίως (10-15 χιλ/χιλιόγραμμο βάρους σώματος).

Απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα και είναι δραστική και στα ΙΝΗ-άντοχα μυκοβακτηρίδια. (Δουζινά Ε. 1972)

Η μεγαλύτερη πυκνότητα του φαρμάκου στον ορρό του αίματος εμφανίζεται μετά από 2-3 ώρες.

Η ΕΤΗ παρουσιάζει ανεπιθύμητες ενέργειες κυρίως από το γαστρεντερικό σωλήνα, με μορφή καύσου, γαστραλγίας, ναυτίας, εμέτου και ανορεξίας, αλλά και από την ψυχική σφαίρα, με μορφή καταθλίψεως με τάση για αυτοτονία, παραλήρημα κλπ. Πιο σπάνια παρουσιάζει ανεπιθύμητες ενέργειες από το νεφρό και το ήπαρ. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Αναφέρεται υποβιταμίνωση ΡΡ, γι' αυτό και συνιστάται η χορήγηση βιταμίνης ΡΡ ή και ολόκληρου του βιταμινικού συμπλέγματος Β.

Σε σύγχρονη χορήγηση ΙΝΗ, οι ανεπιθύμητες ενέργειες και ιδίως αυτές από την ψυχική σφαίρα, είναι πιο συχνές.

θ) **Β ι ο μ υ κ ί ν η (V/M)**. Είναι αντιβιοτικό που απομονώθηκε από τον στρεπτομύκητα PUNICEUS, χορηγείται ενδομυϊκά σε δόση 1-2 γραμ. δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα, δεν απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και είναι δραστικό στα S/M-άντοχα, ΙΝΗ-άντοχα και ΡΑΣ-άντοχα μυκοβακτηρίδια.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι εξής:

Τοξική επίδραση στο ακουστικό και αιθουσαίο νεύρο, νεφροτοξικότητα, υποσβεστιαϊμία, υποκαλκαϊμία. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

ι) **Κ α ν α μ υ κ ί ν η (K/M)**. Είναι αντιβιοτικό που απομονώθηκε από τον στρεπτομύκητα KANAMYCETICUS στο Τόκιο το 1957.

Λόγω της μεγάλης σχετικής τοξικότητας είναι το τελευταίο από τα αντιφυματικά φάρμακα που θα καταφύγουμε.

Χορηγείται ενδομυϊκά σε δόση 0,5 γραμ. δύο φορές την ημέρα καθημερινά ή ανά διήμερο ή τριήμερο.

Η μεγαλύτερη πυκνότητά της στον ορρό του αίματος εμφανίζεται μετά από 7 ώρες.

Έχει ευρύ φάσμα, είναι δε δραστικό και στα S/M-άντοχα και το ΙΝΗ-άντοχα μυκοβακτηρίδια της φυματίωσης.

Η Κ/Μ δεν επιτρέπεται να χορηγείται μαζί με την S/M, γιατί είναι κυρίως ω τ ο τ ο ξ ι κ ό, γι' αυτό και σε εμφάνιση εμβόων και ιλγγων διακόπτουμε τη χορήγησή της. Είναι επίσης ν ε φ ρ ο τ ο ξ ι κ ό και

μπορεί να παρουσιάσει κυλινδρουρία, λευκιματουρία ή και αιματουρία, αντεδεινυται δε σε νεφρική δυσλειτουργία. Μπορεί εξάλλου να παρουσιάσει νιδωτικό εξάνθημα και πυρετό. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Ά λ λ α α ν τ ι φ υ μ α τ ι κ ά

Εντός από τα παραπάνω αντιφυματικά φάρμακα, υπάρχουν κι άλλα, που αφού χρησιμοποιήθηκαν από διάφορους ερευνητές στα τελευταία χρόνια, απόκτησαν τη συμπάθειά τους, χωρίς όμως να τύχουν ευρείας επιδοκιμασίας και εφαρμογής.

Αυτά είναι η κ ι α π ρ ε ο μ υ κ ί ν η σε δόση 1-1,5 γραμ. κάθε μέρα, η Α μ ι θ ε ι α ζ ό ν η και η θ ε ι ο κ ε τ α ζ ό ν η σε δόση 150 χιλ. κάθε μέρα, η θειαμίδη του άλφα-προπυλ-ισονιοτινιού οξέος (I32I TH), η διϊσοάμυλο ξυθειοιαρβανιλίδη (DAT ή ISOXYL) σε δόση 4-6 γραμ. κάθε μέρα και οι θειοσεμιαρβαζόνες (CONTEBEN).

Θ ε ρ α π ε υ τ ι κ ά σ χ ή μ α τ α

Τα αντιφυματικά φάρμακα χορηγούνται σε διάφορους συνδιασμούς, που ονομάζονται και θεραπευτικά σχήματα. Ο λόγος που δύο ή περισσότερα αντιφυματικά φάρμακα πρέπει να χορηγούνται συγχρόνως είναι η αποφυγή ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών των φυματοβακτηριδίων. Τούτο βέβαια δεν ισχύει σε περιπτώσεις που εφαρμόζεται χημειοπροφύλαξη, λόγω του μικρού αριθμού των φυματοβακτηριδίων. (Ιορδάνογλου Ι. 1983)

Σε ενεργό φυματίωση, σε πρώτη θεραπεία, συνιστώνται τα σχήματα, που αναφέρονται στον πίνακα 38.

Π ί ν α κ α ς 38. Θεραπευτικά σχήματα.

1. θ ε ι ο κ ε τ α ζ ό ν η : 15 MG/KG βάρους ημερησίως για μια φορά ενδομυϊκά (όχι περισσότερο του 1,0 GM την ημέρα).

Ι σ ο ν ι α ζ ί δ η : 300 MG ημερησίως μια φορά από το στόμα.

Ε θ α μ β ο υ τ ό λ η : 15 MG/KG βάρους ημερησίως μια φορά από το στόμα.

2. Ρ ι φ α μ π ι κ ί ν η : 600 MG ημερησίως μια φορά από το στόμα σε άδειο στομάχι.

Ι σ ο ν ι α ζ ί δ η : 300 MG ημερησίως μια φορά από το στόμα.

Ε θ α μ β ο υ τ ό λ η : 15 MG/KG βάρους ημερησίως μια φορά από το στόμα.

3. Ρ ι φ α μ π ι κ ί ν η : 600 MG ημερησίως μια φορά από το στόμα σε άδειο στομάχι.

Ι σ ο ν ι α ζ ί δ η : 300 MG ημερησίως μια φορά από το στόμα.

Θ ε ι ι κ ή σ τ ρ ε π τ ο μ υ κ ί ν η: 1 MG ενδομυϊκά μια φορά ημερησίως.

Τα σχήματα αυτά χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις, που αφενός μεν δεν είναι γνωστή η ευαισθησία των φυματοβακτηριδίων, αφετέρου δε η νόσος είναι απειλητική για τη ζωή (νεχροειδής φυματίωση, φυματιώδης μηνιγγίτις) ή εκτεταμένη μετά σπηλαίων. Μετά πάροδο ολίγων εβδομάδων ή και μηνών (συνήθως όχι περισσότερο από 3 μήνες), οπότε παρατηρείται φανερή βελτίωση της κλινικής και ακτινολογικής εικόνας ή και εξαφάνιση των φυματοβακτηριδίων στα πτύελα, η θεραπεία συνεχίζεται με δύο φάρμακα μέχρι τέλους των 18-24 μηνών από την αρχή. Συνήθως τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα για τη συνέχιση της θεραπείας είναι ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, εθαμβουτόλη. Η στρεπτομυκίνη πρέπει να διακόπτεται μετά τη χορήγηση 90 GM συνολικά. Σε άτομα πάνω από 40 χρονών η ημερησία δόση στρεπτομυκίνης δεν πρέπει να ξεπερνά τα 0,75 GM. Πρέπει να τονιστεί ότι στα σχήματα δύο φαρμάκων το ένα απ' αυτά πρέπει να είναι η ισονιαζίδη.

Εντός από τα παραπάνω αναφερόμενα σχήματα πολλές φορές χρησιμοποιούνται με ικανοποιητικά αποτελέσματα και τα σχήματα διαλειπούσης θεραπείας. Ήτοι, αρχικά και επί 2-3 μήνες εφαρμόζεται ένα από τα προηγούμενα αναφερθέντα σχήματα (Πίνακας 38) καθημερινά και σε συνέχεια, μέχρι τέλους των 18-24 μηνών, τα σχήματα όπως αναγράφονται στον πίνακα 39 δυο φορές μέχρι τρεις φορές την εβδομάδα. Η διαλείπουσα χορήγηση της ριφαμπικίνης βρίσκειται αιόμη σε έρευνα.

Π ί ν α κ α ς 39. Σχήματα διαλειπούσης θεραπείας. (Ιορδάνογλου Ι. 1983).

1. Ι σ ο ν ι α ζ ί δ η: 15 MG/KG βάρους από το στόμα δύο με τρεις φορές την εβδομάδα.

Θ ε ι ι κ ή σ τ ρ ε π τ ο μ υ κ ί ν η: 25-30 MG/KG βάρους μια φορά ενδομυϊκά δύο με τρεις φορές την εβδομάδα.

2. Ι σ ο ν ι α ζ ί δ η: 15 MG/KG βάρους μια φορά από το στόμα δυο φορές με τρεις φορές την εβδομάδα.

Ε θ α μ β ο υ τ ό λ η: 50 MG/KG βάρους μια φορά από το στόμα δυο με τρεις φορές την εβδομάδα.

Κατά τα τελευταία χρόνια άρχισαν να χρησιμοποιούνται με ικανοποιητικά αποτελέσματα τα βραχυχρόνια θεραπευτικά σχήματα διάρκειας 6 μέχρι 9 μηνών. Τα σχήματα αυτά βασικά περιλαμβάνουν την ριφαμπικίνη, την ισονιαζίδη και την πυραζιναμίδα χορηγούμενες καθημερινά. Το ενδιαφέρον που παρουσιάζουν τα βραχυχρόνια σχήματα και μάλιστα των 9 μηνών, οφείλεται στη γρήγορη μετατροπή των πτυέλων από δε-

τικά σε αρνητικά δια φυματοβακτηρίδια και το μικρότερο κόστος της αντιφυματιικής θεραπείας. Αυτά συνεπάγονται την ελάττωση της μεταδοτικότητας της νόσου, την σμίκρυνση της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και την ελάττωση του γενικού κόστους της θεραπείας του φυματιού ασθενή. Επιπλέον αποφεύγονται τα σφάλματα που προέρχονται από την άτακτο λήψη των φαρμάκων και της πλημμελούς παρακολούθησης των ασθενών και τα οποία οδηγούν στη δημιουργία ανθεκτικών μορφών φυματοβακτηριδίων. Να σημειώσουμε ότι στις υπάρχουσες σειρές ασθενών που έλαβαν βραχυχρόνιο θεραπεία 9 μηνών με ριφαμπιρίνη, ισοναζίδη, πυραζιναμίδα, στρεπτομυκίνη, εθαμίβουτόλη, παρατηρήθηκε θεραπεία μέχρι και 100%. Πρέπει να τονιστεί όμως ότι παρά την ικανοποιητική απόδοση τα σχήματα αυτά βρίσκονται ακόμη σε ερευνητική φάση χωρίς να έχει διαπιστωθεί το ποσοστό αναζωπύρωσης μέσα στην πενταετία. Ως εκ τούτου δεν πρέπει αδιακριτίως τα σχήματα αυτά να αντικαταστήσουν προς το παρόν τα προηγούμενα αναφερθέντα σχήματα (Πίνακας 38).

Στην ενεργό φυματίωση, σε πρώτη θεραπεία, η εμφάνιση ανθεκτικών στα πρωτεύοντα φάρμακα στελεχών φυματοβακτηριδίων πρέπει να θεωρείται βεβαία όταν η ακτινολογική εικόνα παραμένει στάσιμη ή αρχικά βελτιούται και στη συνέχεια επιδεινούνται ή χειροτερεύει από την αρχή, τα πτύελα δεν καθίστανται αρνητικά μέσα στο πρώτο εξάμηνο από την αρχή της αντιφυματιικής θεραπείας και η κλινική εικόνα ή παραμένει στάσιμη ή επιδεινούνται από την αρχή ή μετά περίοδο βελτίωσης. Επίσης σε αναζωπύρωση, ανάπτυξης δηλαδή νόσου σε βάση παλαιάς φυματίωσης, που επουλώθηκε αυτόματα ή κατόπιν θεραπείας πλήρους ή ατελούς, τα φυματοβακτηρίδια δυνατόν να είναι ευαίσθητα ή και ανθεκτικά στα πρωτεύοντα φάρμακα (Πίνακας 40). Στις ειδικές αυτές περιπτώσεις που υπάρχει αμφιβολία ως προς την αντοχή των φυματοβακτηριδίων στα χορηγούμενα πρωτεύοντα φάρμακα είναι απαραίτητη η λήψη λεπτομερούς ιστορικού όσον αφορά στα χορηγηθέντα κατά το παρελθόν, τη δόση, τον τρόπο χορήγησης, τις ημερομηνίες έναρξης και λήξης της θεραπείας, την κανονική ή μη κανονική λήψη των φαρμάκων. Επίσης απαιτείται ο έλεγχος της ευαισθησίας των φυτοβακτηριδίων στα αντιφυματιικά φάρμακα, πρωτεύοντα και δευτερεύοντα.

Πίνακας 40. Αναζωπύρωση, ανθεκτικότητα.

Αναζωπύρωση: ανάπτυξη νόσου επί βάσης:

α) Παλαιάς φυματίωσης που επουλώθηκε αυτόματα.

β) Παλαιάς φυματίωσης που είχε δοθεί θεραπεία πλήρης ή ατελής.

Ανθεκτικότητα: αστοχία αντιφυματιικών φαρμάκων.

(Εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών φυματοβακτηριδίων).

Κριτήρια ανθεκτικότητας:

α) Αντιιολογική εικόνα στάσιμη ή επιδεινούμενη από την αρχή ή μετά περίοδον βελτίωσης.

β) Πτύελα σταθερά θετικά για φυματοβακτηρίδια πέραν του εξαμήνου από την αρχή της θεραπείας.

γ) Κλινική εικόνα μη βελτιούμενη ή και επιδεινούμενη από την αρχή ή και μετά περίοδον βελτίωσης.

Επιβεβαίωση ανθεκτικότητας:

Καλλιέργεια και ευαισθησία των φυματοβακτηριδίων στα αντιφυματιικά φάρμακα.

Επί θεραπείας των ασθενών μετ'ανθεκτικότητας ή αναζωπύρωσης ο συνδυασμός φαρμάκων μπορεί να περιλαμβάνει και τρία ή και τέσσερα φάρμακα από τα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα. Απ'αυτά, τα δύο φάρμακα τουλάχιστον πρέπει να μην έχουν ληφθεί στο παρελθόν και το μυκοβακτηρίδιο να είναι ευαίσθητο εις αυτά (Πίνακας 4I). Σημειωτέον ότι τα φυματοβακτηρίδια δυνατόν να είναι ανθεκτικά στα πρωτεύοντα φάρμακα ευθύς εξ αρχής (πρωτοπαθής ανθεκτικότης) ή ενώ ήταν αρχικά ευαίσθητα να ανέπτυξαν αντοχήν αργότερα λόγω συνήθως ανεπαρκούς θεραπείας (δευτεροπαθής ανθεκτικότης).

Π ί ν α κ α ς 4I. Κανόνες αντιμετώπισης φυματικού ασθενούς σε αναζωπύρωση και ανθεκτικότηα. (Ιορδάνογλου I, 1983)

-Λεπτομερές ιστορικό ως προς τα ληφθέντα φάρμακα (χρονολογία έναρξης και λήξης θεραπείας, φάρμακα και δόση, καθημερινό ή διαλείπον σχήμα, λήψη κανονική ή μη, παρενέργεια φαρμάκων).

-Έλεγχος ευαισθησίας φυματοβακτηριδίων στα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα φάρμακα.

-Χορήγηση 3-4 φαρμάκων (πρωτευόντων και δευτερευόντων, από τα οποία τα 2 να μη έχουν ληφθεί κατά το παρελθόν και εις τα οποία τα φυματοβακτηρίδια να είναι ευαίσθητα).

-Νοσοκομειακή περίθαλψη.

Α λ λ α γ ή θ ε ρ α π ε υ τ ι κ ο ύ σ χ ή μ α τ ο ς .

Είναι ευνόητο ότι οι άρρωστοι, οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία με ένα από τα θεραπευτικά σχήματα τα οποία περιγράψαμε παραπάνω, είναι απαραίτητο και επιβεβλημένο να βρίσκονται κάτω από άμεσο

κλινικό, καθώς και περιοδικό μικροβιολογικό και ακτινολογικό έλεγχο. Αυτό είναι απαραίτητο, διότι σε περίπτωση θεραπευτικής αποτυχίας, δηλ. μη εμφάνισης κλινικής, μικροβιολογικής ή ακτινολογικής βελτιώσεως αλλά αντίθετα, στασιμότητας ή επιδεινώσεως των κλινικών ή των ακτινολογικών ευρημάτων ή παραμονής σπηλαίων κ.λ.π. ή σε περίπτωση μη αρνητικοποίησης της αποχρέμψης μετά από θεραπεία 3-4-5 μηνών ή αιδημη σε περίπτωση αναγκαστικής διακοπής ενός ή περισσοτέρων από τα κύρια φάρμακα. Λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, προβαίνουμε σε αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος. Το νέο σχήμα θα βασιστεί στη δοκιμασία ευαισθησίας των μυκοβακτηριδίων φυματίωσης απέναντι στα χρησιμοποιηθέντα φάρμακα και θα χρησιμοποιηθούν φάρμακα, στα οποία τα μυκοβακτηρίδια δεν παρουσιάζουν ανθεκτικότητα.

Εξαίρεση κάνουμε μόνον όσον αφορά στην εμφάνιση INH αντοχής, γιατί παρά τούτα χορηγούμε την INH και με το νέο θεραπευτικό σχήμα. Οι λόγοι είναι οι ακόλουθοι:

α) Η ανεύρεση INH-αντόχων στελεχών βακτηριδίων φυματίωσης στα πτύελα ενός αρρώστου δεν σημαίνει πάντα ότι όλη η μικροβιακή χλωρίδα εμφανίζει φαρμακοαντοχή. Μπορεί να συνυπάρχουν μεταξύ τους και στελέχη ευαίσθητα, όπως έχει καταδειχτεί από πειραματικές μελέτες. Δεν έχει εξ άλλου αποδειχτεί αν η ελάττωση ή και η τελεία έλλειψη λοιμογόνου δύναμης των INH-αντόχων βακτηριδίων, που έχει πειραματικά διαπιστωθεί για το ινδικό χοιρίδιο, ισχύει και για τον άνθρωπο.

β) Εξέταση που έγινε από τμήματα πνεύμονος που εξηρέθησαν χειρουργικώς, απέδειξε σε πολλές περιπτώσεις την ύπαρξη βακτηριδίων φυματίωσης με ανθεκτικότητα ή ευαισθησία διαφορετική από εκείνη που εκείνη που είχε βρεθεί στα βακτηρίδια που αποβάλλονταν με τα πτύελα των ίδιων αρρώστων, πριν χειρουργηθούν. Σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις παρατηρήθηκε και διαφορά ευαισθησίας των βακτηριδίων, που απομονώνονται από διάφορες βλάβες του ίδιου πνεύμονος.

γ) Εάν διακοπεί η χορήγηση INH σε αρρώστους, που αποβάλλουν INH-άντοχα βακτηρίδια, μπορεί να εμφανισθούν αργότερα INH ευαίσθητα βακτηρίδια.

δ) INH-άντοχο στέλεχος μπορεί να μετασχηματισθεί μετά από αρκετούς μήνες, μέσα στο ινδικό χοιρίδιο, σε άλλο ευαίσθητο και προικισμένο με ισχυρή λοιμογόνο δύναμη. Το τελευταίο αυτό φαινόμενο, διαπιστώθηκε από τον MIDDLEBROOK και τους Γάλλους συγγραφείς RIST και KREIS που ονομάστηκε και "ανάστροφος μετασχηματισμός".

ε) Τέλος, στην πράξη, βλέπουμε την φυματίωση να μην επιδεινώνεται

και να μην παρουσιάζει επέκταση ή διασπορά σε άλλα τμήματα του πνεύμονος, όταν οι άρρωστοι συνεχίζουν να λαμβάνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα ΙΝΗ, παρά την παρατηρούμενη επιμονή της βακτηριδιοφόρου ΙΝΗ-άντοχου αποχρέμψεως. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Επιτιμώντας την γενική κατάσταση του αρρώστου και κυρίως τα αιτιολογικά και τα μικροβιολογικά δεδομένα, στους περισσότερους από τους αρρώστους που υποβάλλουν ΙΝΗ-άντοχα βακτηρίδια φυματίωσης, πρέπει να χορηγούμε μαζί με τα άλλα αντιφυματικά φάρμακα και την ΙΝΗ, ιδιαίτερα μάλιστα όταν τα βακτηρίδια παρουσιάζουν ανθεκτικότητα και απέναντι σε άλλα πρωτεύοντα ή δευτερεύοντα φάρμακα. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Οφείλουμε πάντως κατά την επιλογή του οιοδήποτε θεραπευτικού σχήματος, να αποφεύγουμε ή καλύτερα να μην επιτρέπουμε τη σύγχρονη χορήγηση. (Ιορδάνογλου Ι. 1983)

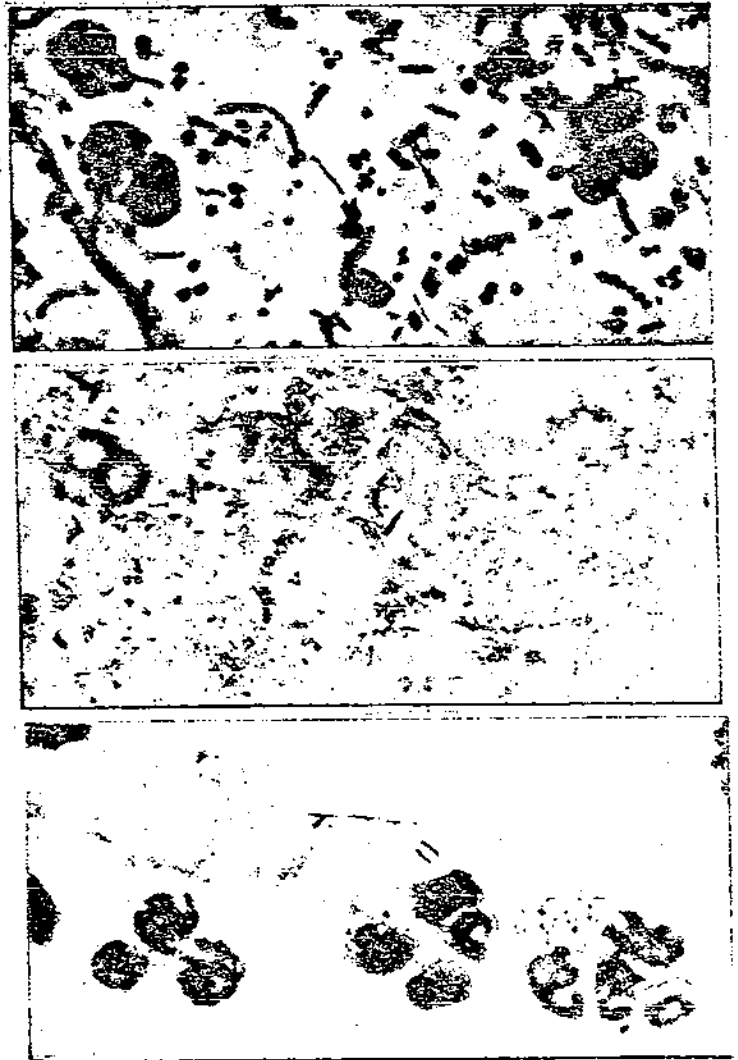
α) S/M, V/M ή K/M ή γενικά δύο από αυτά τα φάρμακα, λόγω αυξήσεως των ανεπιθύμητων ενεργειών από την VIII εγκεφαλική συζυγία.

β) E7H και PAS, λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών που παρουσιάζουν και τα δύο από το γαστρεντερικό σωλήνα.

γ) E7H, P/Z και R/F λόγω της ηπατοτοξικότητας που παρουσιάζουν και τα τρία.

Οφείλουμε επίσης περιοδικά να προβαίνουμε στις παρακάτω εξετάσεις: Σε χορήγηση S/M, K/M, V/M, επιβάλλεται περιοδική λήψη ακουομετρικού διαγράμματος ή τουλάχιστον εμπειρική παρακολούθηση του βαθμού της ακουοστικής οξύτητας ή των διαταραχών από το αιθουσαίο.

Σε χορήγηση EMB θα πρέπει οπωσδήποτε ο άρρωστος να υποβάλλεται σε περιοδική οφθαλμολογική εξέταση, ιδιαίτερα της οπτικής οξύτητας,



Εικ. 8 Καλλιέργημα β. φυματίωσης.
(H. Bonnet et A. Névoit)

του οπτινού πεδίου και της αντιλήψεως των χρωμάτων.

Σε χορήγηση ΕΤΗ (Ι3Ι4), Ρ/Ζ και R/F, επιβάλλεται περιοδικός έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας με τον έλεγχο κυρίως των τρανσαμινασών του ορού του αίματος. Καλόν θα ήταν ο έλεγχος αυτός να γίνεται και όταν χορηγούμε ΙΝΗ. Στην περίπτωση της Ρ/Ζ, ή περιοδική εξέταση του ουρικού οξέος του αίματος δεν θα ήταν άσκοπη.

Στην πνευμονική φυματίωση μπορούμε να σκεφτούμε να χορηγήσουμε κ ο ρ τ ι κ ο ε ι δ ή, μόνον σε αρρώστους που εξακολουθούν να εμφανίζουν μια βαρεία τοξική εμπύρετη κατάσταση καθώς και ειτεταμένες εξιδρωματιές φυματιώδεις αλλοιώσεις και οι οποίοι δεν έδειξαν στον κατάλληλο χρόνο σημείο υποχωρήσεως του πυρετού και της βαριάς γενικά τοξικής καταστάσεως, παρά την κλασική αντιφυματική αγωγή.

Και πράγματι στις περιπτώσεις αυτές διαπιστώνουμε συχνά θεαματική βελτίωση της γενικής καταστάσεως με πτώση του πυρετού, αύξηση της όρεξης και γενική ευεξία. Πάντως καλόν είναι να μην περιλαμβάνουμε την πνευμονική φυματίωση στον πίνακα ενδείξεων χορηγήσεως κορτικοστεροειδών, γιατί σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις και με μεγάλη επιφύλαξη και περίσκεψη θα βρεθούμε στην ανάγκη να καταφύγουμε σ' αυτά.

Σαν βασικός μηχανισμός δράσης των κορτικοστεροειδών θεωρείται η αντιφλεγμονώδης ενέργειά τους. Αλλά και στην ανεπάρκεια των επινεφριδίων δρουν ευνοϊκά, δεδομένου ότι ορισμένες φορές σε εξιδρωματιές, ειτεταμένες μορφές φυματιώσεως, η λειτουργία του φλοιού των επινεφριδίων καταστέλλεται και τα Ι7 -κετοστεροειδή έχουν βρεθεί ελαττωμένα. Η ελάττωση όμως της φλεγμονώδους αντίδρασης στον πνεύμονα, αν και συνοδεύεται από υποχώρηση του πυρετού και βελτίωση της γενικής κατάστασης του αρρώστου, έχει και δυσάρεστες επιπτώσεις, λόγω της καταστολής της λεμφοκυτταρικής αντίδρασης και της ελάττωσης της δραστηριότητας των μακροφάγων. Κατ' αυτόν τον τρόπο εμποδίζεται ο σχηματισμός κωκκιωματώδους ιστού, που αποτελεί τη βάση της θεραπείας, που επακολουθεί, με την ανάπτυξη στη συνέχεια ουλώδους συνδετικού ιστού.

Θα μπορούσαμε να συστήσουμε τη χορήγηση κορτικοστεροειδών στις παρακάτω περιπτώσεις, γενικά φυματιώδους λοιμώξεως, για τις οποίες οι περισσότεροι κλινικοί συμφωνούν.

1. Κεγχροειδής φυματίωση.

2. Φυματιώδης μηνιγγίτις για να παρεμποδισθεί ο σχηματισμός διαφραγμάτων, αραχνοειδίτιδας και υδροκεφάλου.

3. Φυματίωση ορογόνων υμένων (ιδίως εξιδρωματική πλευρίτις-περιαρδίτις-περιτονίτις), για να επιταχυνθεί η απορρόφηση του εξιδρώματος και να αποφευχθούν υπολλειματιές συμφυτιές εξεργασίες. Αλλά και

η μη χορήγηση κορτικοστεροειδών, δεν υστερεί στο θεραπευτικό αποτέλεσμα της κλασικής αντιφυματικής θεραπείας. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Περιφερική φυματιώδης λεμφαδενοπάθεια. Ισχύει ότι και στην προηγούμενη περίπτωση.

5. Νόσος του ADDISON, όταν βεβαιώνεται η φυματιώδης αιτιολογία.

6. Πρωτοπαθής φυματίωση με βρογχική συμμετοχή και ατελεκτασία.

7. Οφθαλμική φυματίωση.

8. Έντονες αλλεργικές αντιδράσεις υπερευαισθησίας απέναντι στα αντιφυματικά φάρμακα.

Είναι ευνόητο ότι κατά τη χορήγηση των κορτικοστεροειδών, η σύγχρονη χορήγηση τριών τουλάχιστον αντιφυματικών φαρμάκων είναι εξαιρετικά απαραίτητη.

Προτιμούμε την μεθυλοπρεδνιζολόνη, λόγω της μεγάλης αντιφλεγμονώδους δράσεως και της μικράς κατακρατήσεως του νερού και του νατρίου που προκαλεί. Συνήθως χορηγείται 16 χιλ. κάθε μέρα, σε 3-4 δόσεις, για 2-4 περίπου εβδομάδες, ελαττώνοντας τη δόση βαθμιαία για 1-2 εβδομάδες ακόμη, οπότε και τελικά διακόπτεται.

Ανάμεσα στις ανεπιθύμητες ενέργειες από τη λήψη των κορτικοστεροειδών, συγκαταλέγονται τα οίδηματα συνεπεία ηλεκτρολυτικών διαταραχών, δυστριχισμός, πανσεληνοειδές προσωπείο, σύνδρομο CUSHING, ψυχιές διαταραχές, διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης, υπέρταση, οστεοπόρωση, καθυστέρηση της αναπτύξεως όταν πρόκειται για παιδιά, ακόμη και νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Αντένδειξη για τη χορήγηση των κορτικοστεροειδών, αποτελεί η συνύπαρξη πεπτικού έλκους, οστεοπορώσεως, έκδηλης αρτηριοσκληρώσεως σακχαρώδους διαβήτη, ψυχώσεως, επιληψίας καθώς και παθήσεων των στεφανιαίων, υπέρτασεως και τέλος η ύπαρξη φαρμακοαντόχων μυκοβακτηριδίων. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να σταθμίσουμε το μέγεθος της χρησιμότητας της χορηγήσεως των κορτικοστεροειδών έναντι των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών, προκειμένου να πάρουμε την απόφαση που συμφέρει για τον άρρωστο.

Απόφαση για χειρουργική θεραπεία συνήθως λαμβάνεται, εάν μετά θεραπεία 6-12 μηνών δεν έχει επιτευχθεί το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Οι περισσότεροι από τους χειρουργούς προτιμούν να επεμβαίνουν νωρίς δηλ. μετά από 3-4 περίπου μήνες, εφόσον το σπλήαιο εξακολουθεί να παραμένει ανεπηρέαστο από την φαρμακευτική θεραπεία. Ιδεώδες θα ήταν αν η χειρουργική θεραπεία εφαρμοζόταν σε αρρώστους με όχι φαρμακοάντοχα βακτηρίδια φυματιώσεως.

Σ Υ Μ Π Τ Ω Μ Α Τ Ι Κ Η Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Τα αντιφυματινά φάρμακα με την αντιμικροβιακή δράση τους ασκούν και συμπτωματική θεραπεία. Έτσι ανακουφίζουν τον άρρωστο από τα κύρια συμπτώματα της νόσου, δηλ. τον βήχα και την απόχρεμψη, μέσα στις πρώτες συνήθως μέρες ή εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας, βελτιώνουν την όρεξη και τη γενική του κατάσταση και επαναφέρουν τη θερμοκρασία στο φυσιολογικό, αν αυτή ήταν αυξημένη.

Ορισμένες φορές όμως τα συμπτώματα είναι πολύ ενοχλητικά για τον άρρωστο ή επιμένουν και για το λόγο αυτό, χορηγείται παράλληλα και ειδικό φάρμακο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. (Ολιονομοπούλου 1955)

Β ή χ α ς - Α π ό χ ρ ε μ ψ η . Εφόσον ο βήχας του φυματινού είναι ο συνηθισμένος, δεν υπάρχει ανάγκη να τον καταπολεμήσουμε.

Καλούμαστε όμως πολλές φορές, να ανακουφίσουμε τον άρρωστο από βήχα επίμονο, ξηρό, βασανιστικό, που διαρρηκεί μερικές φορές όλη τη νύχτα και προκαλεί αϋπνία και γενικά μεγάλη ανησυχία, νευρικότητα και εμέτους σε ορισμένες περιπτώσεις, πιο σπάνια και κατάγματα πλευρών. Αυτόν λοιπόν τον βήχα επιβάλλεται να αντιμετωπίσουμε, χορηγώντας συνήθως αλκαλοειδή του οπίου, όπως κωδεΐνη σε δόση, 0,05-0,15 γρ. ή παρασυμπαθητικολυτικά ή άλλα αντιβηχικά.

Εάν όμως ο βήχας είναι παραγωγικός με κολλώδη και ιξώδη πτύελα, που δυσκολεύεται να βγάλει ο άρρωστος, τότε όχι μόνο δε θα πρέπει να τον καταργήσουμε, αλλά τουναντίον θα τον υποβοηθήσουμε για να βγάλει τα πτύελα, χορηγώντας βλεννολυτικά και ρευστοποιητικά των βρογχικών εκκρίσεων φάρμακα, ιδιαίτερα μάλιστα αν συνυπάρχει και χρονία βρογχίτις. (Σταυροπούλου Κ. 1979)

Α ι μ ο π τ υ σ η . Οι περισσότερες από τις αιμοπτύσεις σταματούν αυτόματα μέσα σε ώρες ή λίγες μέρες, σχηματίζοντας ένα πήγμα αίματος στο ανώμαλο χείλος του αιμορραγούντος αγγείου.

Επειδή όμως ο βήχας, η κίνηση και η ανησυχία, λόγω και της σχετικής επιτάχυνσης της καρδιακής λειτουργίας, είναι πιθανόν να απομακρύνουν το πήγμα και να επαναληφθεί η αιμορραγία, συνιστάται παραμονή του αιμοπτύοντος αρρώστου στο κρεβάτι με τον κορμό και το κεφάλι ψηλότερα σε άνετη θέση, που μπορεί να την επιλέξει και μόνος του.

Όταν πρόκειται για αιμόφυρα πτύελα, δεν είναι πάντα απαραίτητη η αυστηρή κατάκλιση και η αινησία του αρρώστου.

Καταρχήν πρέπει να καθησυχάσουμε τον ανήσυχο άρρωστο, χορηγώντας του, αν υπάρχει ανάγκη και ηρεμιστικά και να τον βεβαιώσουμε για την καλή εξέλιξη του αιμοπτοϊκού του επεισοδίου.

Τον βήχα δεν τον καταργούμε τελείως επειδή μας χρειάζεται για να

διατηρεί καθαρές τις αεροφόρες οδούς. Σε πολύ ανήσυχους αρρώστους και σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, που ο βήχας τους είναι συνεχής και βασανιστικός, μπορούμε να χορηγήσουμε μικρές δόσεις μορφίνης, που να μην υπερβαίνουν ποτέ το 0,01 γρ.. Με τον τρόπο αυτό απομακρύνουμε τη νευρικότητα και τις ανησυχίες του αρρώστου, ενώ η κυκλοφορία ηρεμεί όπως και η αναπνοή, χωρίς να καταργείται τελείως το αντανακλαστικό του βήχα. (Σταυριανόπουλου Θ. 1982)

Σε περίπτωση που χορηγηθεί μεγάλη δόση μορφίνης ή αιόμα και την κανονική δόση του 0,01 γρ., μερικές φορές η κατάργηση του βήχα και η εξ αιτίας του μη αποβολή του αίματος, μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες, όπως ενδοβρογχική διασπορά, βρογχική απόφραξη από πήγμα αίματος και πρόκληση ατελεϊτασίας ή φαινόμενα πνιγμονής από καταπλημμύριση μεγάλων βρογχικών στελεχών από αίμα, όταν πρόκειται για άφθονη αιμορραγία.

Για τους παραπάνω λόγους επιτιμώντας πάντοτε την κατάσταση του αρρώστου και τους πιθανούς κινδύνους, αποφεύγεται η μορφίνη και χορηγούνται δισκία DOWER ή κωδεΐνης, εφόσον ο βήχας είναι συνεχής και επίμονος και επιτείνει την αιμόπτυση. (Σταυροπούλου Κ. 1979)

Τα αιμοστατικά φάρμακα, ειπτός από τις περιπτώσεις ειείνες, κατά τις οποίες η πηκτικότητα του αίματος των αρρώστων είναι ελαττωμένη, χορηγούνται για λόγους κυρίως ψυχολογικούς, γιατί δύσκολα ο μέσος άρρωστος θα πιστέψει και θα δεχτεί ότι η αιμόπτυσή του θα σταματήσει μόνη της, χωρίς τη βοήθεια "αιμοστατικών φαρμάκων". Δεν έχει διαπιστωθεί ουσιώδης διαφορά, όσον αφορά στην ταχύτερη κατάπαυση της αιμόπτυσης, ανάμεσα σ' αυτούς που λαμβάνουν και σ' αυτούς που δεν λαμβάνουν αιμοστατικά φάρμακα. Παλαιότερα σε αιμοπτύσεις που συνεχίζονταν χορηγούσαν ειχύλισμα οπισθίου λοβού της υποφύσεως, 10 χιλ. μέσα σε 10 κ.εκ. αποσταγμένο νερό, ενδοφλεβίως αργά, που ενεργεί υποβιβάζοντας την πίεση του αίματος στην πνευμονική κυκλοφορία, παρουσιάζει όμως ανεπιθύμητες ενέργειες, λόγω της αγγειοσυσπαστικής του δράσης στη συστηματική κυκλοφορία, όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα, ζάλη, ναυτία και εμέτους. (HARRISON 1981)

Αν η παραπάνω συντηρητική αγωγή δεν επιφέρει κατάπαυση της αιμορραγίας, τότε μπορούμε να καταφύγουμε σε συμπτυξιοθεραπευτικές μεθόδους, όπως τον αιμοστατικό πνευμοθώρακα, εφόσον είναι γνωστή η προέλευση της αιμορραγίας ή το πνευμοπεριτόναιο σε άγνωστη προέλευση ή αιόμη και σε θωρακοτομή και εκτομή του αιμορραγούντος ή πάσχοντος τμήματος ή λοβού, εφόσον η αιμορραγία θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

Σε μεγάλη αιμορραγία ή αιμορραγίες που παρατίθενται και οι οποί-

ες έχουν προκαλέσει καταπληξία ή πτώση της αρτηριακής πίεσης και σε αναιμία με αιματοκρίτη κάτω από 30%, προβαίνουμε σε μετάγγιση χορηγώντας 150-250 κυβ. εκ. αίματος για να αναπληρώσουμε αυτό που έχει ήδη χαθεί. Στο σημείο αυτό θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι επαναλαμβανόμενες μεταγγίσεις μικρών ποσοτήτων αίματος 100-150 κυβ. εκ. δρουν και αιμοστατικά, ευνοώντας τον σχηματισμό θρόμβων στα αγγεία που αιμορραγούν.

Η δόξα των αρρώστων που αιμοπτύουν δεν είναι σιόπιμα να είναι αυστηρή, ειτός από πολύ σοβαρές αιμορραγίες, στις οποίες χορηγείται γάλα, σούπες, πουρέδες, ζυμαρικά, μαλακά κρέατα σαν κυμά, χυμούς φρούτων και κομπόστες, καταπολεμώντας συγχρόνως και την τυχόν υπάρχουσα δυσκοιλιότητα με υπακτικά ή υποκλυσμούς, για να αποφύγουμε κάθε προσπάθεια του αρρώστου κατά την κένωση. (Σταυρόπουλου Κ. 1979)

Οι ιδρώτες υποχωρούν με την παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι, ενώ η άπνεια και η νευρική κατάσταση με την καταπολέμηση των άλλων ενοχλητικών για τον άρρωστο συμπτωμάτων της νόσου και εν ανάγκη με τη χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων.

Η δύσπνοια σε πνευμονική φυματίωση, που αποδίδεται σε διασπορά της φυματίωσης, σε επιπλοκή με αυτόματο πνευμοθώρακα, σε εξιδρωματική πλευρίτιδα, σε ατελεκτασία ή σε συνυπάρχουσα βρογχίτιδα ή εμφύσημα ή σε πολύ εντεταμένες αλλοιώσεις και ανεπάρκεια της δεξιάς καρδιάς, αντιμετωπίζεται ανάλογα και με την αιτία που την προκάλεσε. Πάντως απαγορεύεται η χορήγηση φαρμάκων που δρουν κατασταλτικά στο κέντρο της αναπνοής, όπως βαρβιτουρικών και μορφίνης σε δύσπνοια, που συνοδεύεται από υποαερισμό με υποξυγοναιμία και υπεριαπνία.

III. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εξέλιξη της αναισθησιολογίας και η αλματώδης πρόοδος της χειρουργικής του θώρακος, έχουν καταστήσει τον πνεύμονα πολύ προσιτό στο χειρουργό.

Η εισαγωγή όμως των αντιφυματικών φαρμάκων και ιδιαίτερα η χρησιμοποίηση της INH μετά το 1952, επιτρέπουν μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό απ' αυτούς που παρουσιάζουν πρόσφατες μορφές πνευμονικής φυματίωσης και υποβάλλονται σε συστηματική θεραπευτική αγωγή, να οδηγούνται στο χειρουργό.

Η μέχρι την ανακάλυψη των φαρμάκων, πλατιά χρησιμοποιούμενη συμπτωξιολογική θεραπεία με τεχνητό πνευμοθώρακα, πνευμοπεριτόναιο, εξωπλευρικό πνευμοθώρακα, φρενικόεξαίρεση, φρενικόσύν-

θ λ ι ψ η ή θ ω ρ α κ ο π λ α σ τ ι κ ή, αν και δεν έχει εγκαταλειφθεί σήμερα τελείως, έχει ωστόσο περιορισθεί σε ελάχιστες μόνο ειδικές περιπτώσεις.

Ας αναλύσουμε τώρα με λίγα λόγια το μηχανισμό δράσης της συμπτυξιοθεραπείας γενικά και κάθε μία από τις μεθόδους χωριστά.

Με τη συμπτυξιοθεραπεία επιτυγχάνουμε σύμπτυξη και χάλαση και ως εκ τούτου σμίκρυνση του όγκου του πνεύμονος που πάσχει από σπηλαιώδη φυματίωση. Με τη σύμπτυξη αυτή ο πνεύμονας συμμετέχει ελάχιστα στη λειτουργία της αναπνοής, ενώ ο παροχетеυτικός βρόγχος του σπηλαίου αποφράσσεται και ο αέρας μέσα στο σπήλαιο απορροφάται, οπότε τα τοιχώματα του σπηλαίου συμπιέτουν και ευνοείται έτσι η ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Τ ε χ ν η τ ό ς π ν ε υ μ ο θ ώ ρ α κ ι α ς (PNO). Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1880 από τον CARLO FORLAMINI, με εισαγωγή O₂ μέσα στην υπεζωοτική κοιλότητα. Με ειδική συσκευή και βελόνα εισάγουμε στην κοιλότητα του υπεζωοτικού ποσότητα αέρα, αρχικά 150-200 κυβ. εκ. και επαναλαμβάνουμε την εμφύσηση μετά από 2-3 μέρες. Στη συνέχεια χορηγείται αέρας κάθε 7-10 και αργότερα κάθε 15 μέρες, αυξάνοντας την ποσότητά του μέχρι και 500-600 κυβ. εκ. Οι εμφυσήσεις αυτές συνεχίζονται, συνήθως για 2-3 περίπου χρόνια, μπορεί δε να εφαρμοσθεί και αμφίπλευρος PNO.

Όταν υπάρχουν συμφύσεις, ιδιαίτερα αντίστοιχα προς την πάσχουσα μοίρα του πνεύμονος, που δεν επιτρέπουν τη σύμπτυξη αυτής της μοίρας, προβαίνουμε σε θωρακοσκόπηση και λύση των συμφύσεων με ειδικό όργανο (συμφυσιόλυση).

Τα πρόσφατα σπήλαια επηρεάζονται εξαιρετικά από τον PNO, ενώ τα παλαιά λόγω των σκληρών τοιχωμάτων τους επηρεάζονται δύσκολα.

Η ανάπτυξη εξιδρώματος ή τρώση μεσοπλευρίων αγγείων και νεύρων, ή τρώση του πνεύμονος, το υποδόριο εμφύσημα και εμβολή αέρα θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι σπουδαιότερες ε π ι π λ ο κ έ ς.

Σήμερα ο πνευμοθώρακας εφαρμόζεται σπάνια στις ελάχιστες εκείνες περιπτώσεις, όπου αποτυγχάνει η χημειοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία είναι αδύνατη, επειδή δεν υπάρχουν οι απαιτούμενες προϋποθέσεις. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

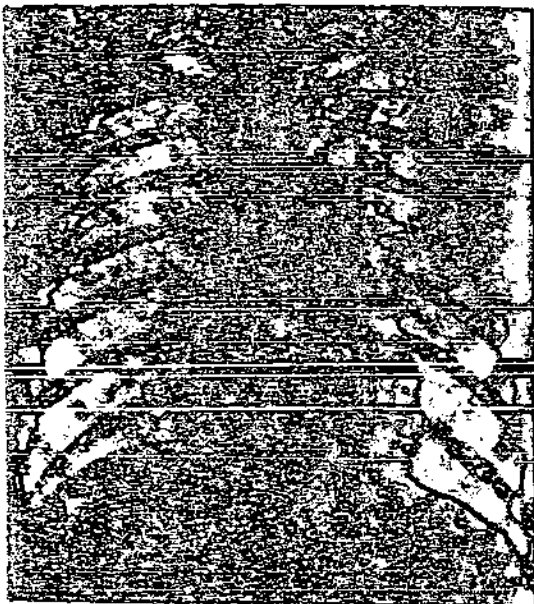
Τ ε χ ν η τ ό π ν ε υ μ ο π ε ρ ι τ ό ν α ι ο (Π/Π). Με την έδια συσκευή του PNO εισάγεται επίσης ποσότητα αέρα (300-600 κυβ. εκ.) μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Οι εμφυσήσεις επαναλαμβάνονται, όπως συμβάλνει σε PNO, σε περιοδικά χρονικά διαστήματα 7-10-15 ημερών και

διαρκούν 2-3 περίπου χρόνια.

Το πνευμοπεριτόναιο, εκτός από τη σύμπτυξη και χάλαση των πνευμόνων, που επιτυγχάνει με την ανύψωση των διαφραγμάτων, μειώνει και τη διαφραγματική αναπνοή. Έχει πολύ καλή επίδραση, περισσότερο σε σπληνία που εντοπίζονται στο κορυφαλοβασικό άξονα.

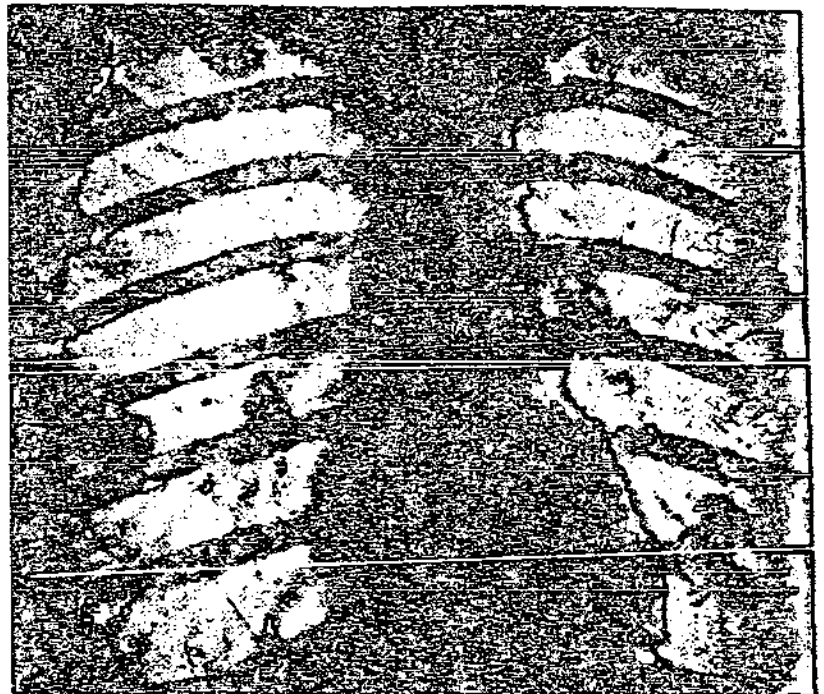
Αντενδείξεις για την εφαρμογή του πνευμοπεριτοναίου αποτελούν η σοβαρή καρδιοπάθεια, οι μεγάλοι ενδοκοιλιακοί όγκοι, η φυματιώδης περιτονίτις, η κοιλιοκήλη μεγάλου βαθμού, καθώς και η πρόσφατη (μέχρι 3 εβδομάδες) χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα.

Συνήθως σημαντικές επιπλοκές δεν εμφανίζονται. Η πιο συχνή είναι



Είκ. 10 Πρωτοπαθές σπληνίωμα.

Εξ της μέσης μέρους του άριστερου πνεύμονος, ενώ της ύψους της πρωτομολύσσεως ως και διόγκωσις της δοροφόρου αδενίτιδος. (Dr. François Muller de Geneve)



Είκ. 9 Πρόσφατα διηθήματα του Assmann άμφοτέρωθεν. Τό μείζον εις την μυσότητα του δεξιού ήμισθου και πρός την βάση.

η εμφάνιση περιτοναϊκού εξιδρώματος, που απορροφάται κατά κανόνα μόνο του. Άλλες πιο σπάνιες είναι η τρώση του εντέρου ή της ουροδόχου κύστεως, η εμβολή αέρα, η φυματιώδης περιτονίτις κ.λ.π.

Ένδειξη εφαρμογής πνευμοπεριτοναίου σήμερα, αποτελούν οι αμφίπλευρες σπληνιώδεις φυματιώσεις ή και οι ετερόπλευρες, αν δεν πέτυχε

..//..

η εγνατάσταση του ΡΝΟ λόγω ύπαρξης συμφύσεων. Ευνόητο ότι στη συμπτω-
ξιοθεραπεία, γενικά, καταφεύγεται αν αποτύχει η κλασική αντιφυματική
θεραπεία και δεν είναι δυνατή η χειρουργική.

Ανάμεσα στις συμπτωξιοθεραπευτικές μεθόδους, που παλιότερα τις
χρησιμοποιούσαν σε περιπτώσεις αντενδείξεων ή αποτυχίας του θεραπευ-
τικού σχήματος ΡΝΟ ή του Π/Π και που σήμερα έχουν πλέον εγκαταλειφθεί
τελείως, χάρις στη σωτήρια ανακάλυψη των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων
και την εξέλιξη της χειρουργικής του θώρακος, θα μπορούσαμε να αναφέ-
ρουμε τον ε ξ ω π λ ε ύ ρ ι ο π ν ε υ μ ο θ ώ ρ α κ ι α, τον ε ξ ω-
π ε ρ ι ο σ τ ι κ ό ε π ι π ω μ α τ ι σ μ ό με πλαστικά σφαιρίδια,
ή σπόγγο πολυθενίου. Τέλος αναφέρουμε τη φ ρ ε ν ι κ ο σ ύ ν θ λ ι -
ψ η ή φ ρ ε ν ι κ ο ε ξ α ί ρ ε σ η, της οποίας και σήμερα ακόμη
βλέπουμε καιμιά φορά τα όχι ευχάριστα επακόλουθα σε παλιούς αρρώστους,
που παρουσιάζουν μια μικρή ουλή κατά την τραχηλική χώρα και έκδηλη α-
νύψωση του διαφράγματος με τις γνωστές δυσμενείς επιπτώσεις στην ανα-
πνευστική λειτουργία. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Θ ω ρ α κ ι ο π λ α σ τ ι κ ή. Σ' αυτήν αφαιρούνται τα οπίσθια τό-
ξα των πλευρών, ιδιαίτερα της 1ης-7ης πλευράς και κατ' αυτόν τον τρό-
πο επιτυγχάνεται ελάττωση του χώρου του ημιθωρακίου και σύμπτωση του
πνεύμονος στο 1/3 περίπου του φυσιολογικού του μεγέθους. Η θωρακοπλα-
στική έχει σαν πιο δυσάρεστο επακόλουθο την αναπνευστική αναπηρία, ό-
ταν μάλιστα εξαιρεθούν περισσότερες από 4 πλευρές.

Σήμερα εφαρμόζεται μόνον σε ελάχιστες περιπτώσεις, σαν συμπληρω-
ματική επέμβαση για τον περιορισμό του κενού χώρου του ημιθωρακίου
και της υπερεπιτύξεως του απομείναντος λοβού, καθώς και σε φυματιώδες
εμπύημα με ή χωρίς βρογχοϋπεζωκοτικό συρίγγιο, όταν η ειτομή του εμπυ-
ηματικού σάκου και η πλευροπνευμονειτομή δεν μπορούν να πραγματοποιη-
θούν. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Ε ι τ ο μ έ ς. Η χειρουργική μέθοδος που εφαρμόζεται ειλεκτικά
πάνω από είκοσι χρόνια τώρα, είναι αυτή της ειτομής. Η μέθοδος αυτή
έχει ειτοπίσει σχεδόν όλες τις παραπάνω μεθόδους, που μπορούν μόνο
να εφαρμοσθούν σε ελάχιστες περιπτώσεις όπως αναφέραμε προηγουμένως.

Η ειτομή αφορά την περιοχή του πνευμονικού ιστού που εμφανίζει
τις βλάβες και ανάλογα με τη μοίρα που εκτέμνεται, διακρίνεται στη
πνευμονειτομή, τη λοβεϊτομή, την τμηματειτομή καθώς και τη σφηνοειδή
ειτομή. Εφαρμόζεται επίσης και συνδιασμός και αμφοτεροπλευρώς αιόμα.
Συνδιασμός με αποφλοίωση ενδείκνυται σε συνύπαρξη εκτεταμένης παχυ-
πλευρίτιδας ή εμπυήματος.

Η ειτομή διενεργείται πάντα με κάλυψη αντιφυματικών φαρμάκων,

η χορήγηση των οποίων συνεχίζεται για 6-12 τουλάχιστον μήνες.

Πριν από λίγα ακόμη χρόνια, οι άρρωστοι έρχονταν πρόθυμα στο χειρουργό, για να τους γίνει εκτομή του πάσχοντος τμήματος ή λοβού, εφόσον οι βλάβες επέμεναν έστω και για λίγους μήνες δηλ. μετά από τρίμηνο ή τετράμηνο. Σήμερα όμως, τόσο οι ίδιοι όσο και οι γιατροί, είναι υπερασισιόδοξοι, περιμένουν πολύ περισσότερο καιρό και πολλοί από τους αρρώστους αρνούνται να δεχθούν τη χειρουργική εκτομή, έστω κι αν ο γιατρός τους την συστήσει έπειτα από 12 μήνες ανεπιτυχούς αντιφυματικής αγωγής.

Έ ν δ ε ι ξ η για εκτομή αποτελούν οι παρακάτω περιπτώσεις:

α) Επιμονή ετεροπλευρών σπηλαίων ή ευμεγέθων τυροειδών βλαβών, το πολύ μετά από 10-12 μήνες συντηρητικής θεραπευτικής αγωγής με φάρμακα.

β) Κατεστραμμένος πνεύμονας.

γ) Βρογχική στένωση μεγάλου βρογχικού στελέχους, με ή χωρίς βρογχεκτασίες.

δ) Σπηλαιώδεις βλάβες με θετική απόχρεμψη υπό θωρακοπλαστική.

ε) Φυματιώδες εμπύημα, ιδίως με βρογχοπεζωτικό συρίγγιο, οπότε προβαίνουμε σε αποφλοιώση και εκτομή του πάσχοντος πνευμονικού τμήματος ή λοβού ή και ολολήρου του πνεύμονος (πλευροπνευμονεκτομή).

Σχετικά με τις ενδείξεις εκτομής των καθαρμένων σπηλαίων, των πλήρων σπηλαίων ή των φυματωμάτων, οι γνώμες χωρίζονται. Πολλοί έχουν σαν γνώμονα ενδείξεως της χειρουργικής θεραπείας του καθαρμένου κυστικού σπηλαίου ή του φυματώματος, το μέγεθος και το πάχος του τοιχώματός του όταν πρόκειται για σπήλαιο και το μέγεθος όταν πρόκειται για φυματώμα και συνιστούν εκτομή σε μεγάλα σπήλαια, που το τοίχωμα είναι παχύτερο από 2 χιλ. καθώς και σε φυματώματα με διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκ. Εξείνε που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη είναι η ηλικία και το επάγγελμα του αρρώστου.

Α ν τ έ ν δ ε ι ξ η για την εκτέλεση της εκτομής αποτελούν:

α) Η ύπαρξη κάθε φύσεως φυματιωδών αλλοιώσεων, εκτός από περιορισμένους ασβεστοποιημένους όζους στον αντίθετο πνεύμονα ή σε τμήματα ή λοβούς εκτός από αυτούς που πρόκειται να εκταθούν.

β) Η ύπαρξη εξιδρωματιών αλλοιώσεων που εξελίσσονται στο τμήμα ή λοβό ή πνεύμονα, που πρόκειται να εκταθούν.

γ) Η ύπαρξη ενδοβρογχικής φυματιώσεως, λόγω του κινδύνου να εμφανισθεί βρογχοϋπεζωτικό συρίγγιο. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Εκτός από τις παραπάνω τοπικές μόνον αντενδείξεις, υπάρχουν και άλλες που προέρχονται από νόσους που συνυπάρχουν όπως η υπέρταση, η

στηθάγχη, το πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή βαλβιδική βλάβη, βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση και μη ελεγχόμενος διαβήτης. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές, αν κριθεί η μεγάλη αναγκαιότητα της χειρουργικής θεραπείας, θα προχωρήσουμε σ' αυτή, λαμβάνοντας όλα τα απαραίτητα μέτρα για την αντιμετώπιση των νόσων που συνυπάρχουν.

Εκτός από τις κλασικές, ενδείξεις και αντενδείξεις θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και ορισμένοι άλλοι παράγοντες προκειμένου να ληφθεί οριστική απόφαση για την χειρουργική θεραπεία. Και οι παράγοντες αυτοί είναι η ηλικία του αρρώστου, καθώς και οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες του ίδιου και του περιβάλλοντός του.

Επειδή ο νέος άνθρωπος έχει πιθανότητες να ζήσει και να εργασθεί πολύ περισσότερα χρόνια από έναν ηλικιωμένο, καλό θα είναι να απαλλαγεί χειρουργικά, όσο το δυνατό νωρίτερα από την ενεργό νόσο του που δεν υπάκουσε στη συντηρητική θεραπεία, ακόμη και όταν εμφανίζει μεγάλες τυροειδείς βλάβες ή καθαυμένα σπήλαια επειδή συνεχώς υπάρχει κίνδυνος υποτροπής. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Δεν υπάρχει όμως ειδική αντένδειξη λόγω της ηλικίας και εύκολα μπορεί να χειρουργηθεί και ο άρρωστος των 60 ετών ή και ο μεγαλύτερος σε ηλικία, όταν υπάρχει απόλυτη ένδειξη γι' αυτό.

Πριν από την εγχείρηση, γίνεται απαραίτητα βρογχοσκόπηση και βρογχογραφία, για να ελεγχθεί η κατάσταση των μεγάλων βρόγχων και η τυχόν ύπαρξη στενώσεως ή ενδοβρογχικής φυματιώσεως ή η τυχόν ύπαρξη βρογχεϊτασιών σε άλλα βρογχοπνευμονικά τμήματα. Απαραίτητος είναι ο έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας, ιδιαίτερα όπου υπάρχει ένδειξη πνευμονοεκτομής.

Σε ορισμένες περιπτώσεις βρογχιτιιών ή εμφυσηματιών αρρώστων με ειτεταμένες μάλιστα αλλοιώσεις, απαιτείται ακόμη βρογχοσπιρομετρία, δηλ. μέτρηση της αναπνευστικής λειτουργίας του κάθε πνεύμονα χωριστά.

Εκτός από τις παραπάνω προεγχειρητικές ενέργειες, είναι απαραίτητες μερικές φορές και αιμοδυναμικές δοκιμασίες της μικρής κυκλοφορίας, γιατί η βρογχοσπιρομέτρηση μας κατατοπίζει μεν για τις αναπνευστικές εφεδρείες, αλλά δεν μας δίνει πληροφορίες για την ικανότητα του άλλου πνεύμονα να ανεχτεί το σύνολο του φορτίου του κυκλοφορούντος αίματος.

Τα αποτελέσματα της εκτομής είναι συνήθως πολύ καλά, εκτός από ελάχιστες μόνον περιπτώσεις, στις οποίες μπορεί αργότερα να ειδηλωθεί αναζωπύρωση των λανθανουσών εστιών που προϋπήρχαν σε άλλα σημεία. Γενικά το ποσοστό των υποτροπών είναι πιο υψηλό σε αρρώστους που αποβάλλουν φαρμακοάντοχα μυκοβακτηρίδια πριν από την εγχείρηση και μικρότερο σ' αυτούς που αποβάλλουν φαρμακοευαίσθητα ή παρουσιάζουν αρνη-

τική απόχρεμψη.

Ανάμεσα στις πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές, συγκαταλέγονται τα βρογχοπλευρικά συρίγγια, λόγω της ανεπαρκούς συγίλεισσης του βρογχικού κολοβάματος, η ατελής έκπτυξη του πνεύμονα από διαφυγή αέρα, η ατελειτασία λόγω παραμονής ειρρίσεων μέσα στους βρόγχους, η μεγάλη αιμορραγία (αιμοθώρακας) και το εμπύημα του θώρακα, εξ αιτίας της κακής παροχετεύσεως και της συνεπακόλουθης επιμολύνσεως του κενού χώρου με πυογόνα βακτηρίδια ή μυκοβακτηρίδια. Οι επιπλοκές εμφανίζονται πιο συχνά και είναι σχετικά βαρύτερες σε συνύπαρξη εμφυσήματος, καρδιαγγειακών νόσων και γενικά σε ηλικιωμένα άτομα.

Η μετεγχειρητική θνησιμότης έχει περιορισθεί σε λιγότερο από 1%. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Η αναπνευστική λειτουργία μετά την εκτομή επηρεάζεται σημαντικά μεν αν πρόκειται για πνευμονεκτομή, ελάχιστα όμως όταν πρόκειται για λοβεκτομή και ουσιαστικά καθόλου προκειμένου για τμηματεκτομή. Η μείωση αυτή της αναπνευστικής λειτουργίας δεν οφείλεται μόνο στην εκτομή του πνευμονικού ιστού, αλλά και σε αίτια τοιχωματικά, όπως η τμήση των πλευρών και των μυών του θωρακικού τοιχώματος και ο πόνος.

Οι σωματικές, πνευματικές και ψυχικές καταπονήσεις και ειδικότερα η ψυχική διάθεση του αρρώστου καθώς και η ψυχολογική του αντίδραση και το πνεύμα συνεργασίας του επηρεάζουν ανάλογα, ευνοϊκά ή άσχημα την εξέλιξη της νόσου. Ποσες φορές στην πράξη δεν παρατηρείται εξελικτικό πνευμονικό επεισόδιο, πυρετό, αιμόπτυση, επιδείνωση της γενικής κατάστασης σαν συνέπεια ψυχικού τραυματισμού και πόσες φορές παρουσιάζεται γρήγορη βελτίωση αρρώστων με υψηλό ηθικό και με καλή διάθεση.

Είναι διαπιστωμένο ότι όσες φορές η πνευμονική φυματίωση εκδηλώθηκε για πρώτη φορά με αιμόπτυση, παρουσίασε συνήθως ευνοϊκότερη σχετική εξέλιξη κι αυτό γιατί η αιμόπτυση ανάγκασε τον άρρωστο να πάει αμέσως στο γιατρό και να δεχτεί να υποβληθεί πρόθυμα στη θεραπεία που του συστήθηκε. Αντίθετα όταν τα αρχικά συμπτώματα είναι ύπουλα ή αμβλύβολα, πολλοί άρρωστοι δεν ανησυχούν ούτε καταφεύγουν πάντα στο γιατρό και κατ'αυτό τον τρόπο η νόσος εξελίσσεται και διαγιγνώσκεται σε προχωρημένη φάση, μετά από μήνες ή και χρόνια, λόγω της εμφανίσεως ενός θορυβώδους πνευμονικού επεισοδίου π.χ. αιμοπύσεως ή άλλων έκδηλων γενικών και λειτουργικών συμπτωμάτων. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)

Μετά την αποθεραπεία, η πρόγνωση εξαρτάται από τη φύση και την έκταση των υπολειμματικών βλαβών, την τυχόν εμφάνιση μεταφυματιωδών

βρογχεϊτασιών, τη λειτουργική ικανότητα των πνευμόνων, καθώς και τη φύση του επαγγέλματος του αρρώστου.

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή φ ρ ο ν τ ί δ α . Όταν μια νοσηλεύτρια-τής νοσηλεύει έναν ασθενή, που παρουσιάζει πνευμονική φυματίωση, μεγαλύτερη σπουδαιότητα και προσοχή δίνει στην ψυχική και σωματική ηρεμία του αρρώστου.

Σκοπός της-του είναι:

α) Να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα της νόσου.

β) Να αναστείλει με την κατάλληλη και σωστή νοσηλεία, τον πολλαπλασιασμό των μυκοβακτηριδίων, την εξέλιξη της νόσου και να συντελέσει στην ταχύτερη αποκατάσταση του ασθενή. Και

γ) Να τον καταστήσει ακίνδυνο για το περιβάλλον του.

Όταν ο νέος ασθενής έρχεται στο Σανατόριο είναι γεμάτος αισθήματα φόβου και ανησυχίας για την εξέλιξη της ασθένειάς του, η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να του φερθεί με φιλικότητα, ευγένεια και δίνοντάς του θάρρος, ελπίδα και βεβαιότητα για την αποκατάσταση της υγείας του.

Πρέπει να κάνει μια εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, μελετώντας όλα τα στοιχεία του, το ιστορικό υγείας, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τα συμπτώματά του και γενικά όλα τα προβλήματα του ασθενή είτε είναι ψυχικά είτε σωματικά. (Μαλγαρινού Μ. 1974)

Άμεσος σκοπός της-του είναι να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα της ασθένειάς του, αρχίζοντας άμεσα την θεραπευτική αγωγή τηρώντας όλα τα νοσηλευτικά μέτρα και παρατηρώντας την εξέλιξη της θεραπείας του ασθενή.

Τα συμπτώματα της φυματίωσης και η αντιμετώπισή της από την νοσηλεύτρια-τή είναι τα εξής:

Π υ ρ ε τ ό ς : Ο πυρετός είναι το σπουδαιότερο σύμπτωμα της φυματίωσης. Η λήψη της θερμοκρασίας συνίσταται από το στόμα, γιατί περιφερειακά μειώνεται η θερμοκρασία λόγω εφίδρωσης του δέρματος, δημιουργώντας εξάτμιση.

Το θερμόμετρο επιβάλλεται να είναι ατομικό ή να αποστειρώνεται μετά από κάθε χρήση για να μην υπάρχει κίνδυνος επιμόλυνσης των ασθενών.

Το θερμόμετρο πρέπει να παραμένει το ολιγότερο οκτώ έως δέκα πρώτα λεπτά της ώρας, για να μπορεί να γίνει καλύτερα η λήψη των πυρετικών δεικτών τα οποία αποτελούν συχνό σύμπτωμα της ασθένειας αυτής.

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να γνωρίζει τους τύπους του πυρετού, που

ρούχων.

Καθήκον της νοσηλεύτριας-τή είναι και η διδασκαλία του ασθενή καθώς και της οικογένειάς του για τη φύση της νόσου, τη θεραπεία, τα φάρμακα, την πρόληψη, τις επιπλοκές και την ανάγκη παρακολούθησης.

Ο ασθενής διδάσκεται:

α) Καθώς μιλά, βήχει ή φτερνίζεται, να βάζει μπροστά από το στόμα του ένα τεμάχιο γάζας, χαρτοβάμβακου, μαντίλι ή το χέρι του για να μην εμπέμπονται τα σταγονίδιά του.

β) Να τηρεί καλή υγιεινή του στόματός του.

γ) Να φτύνει μέσα σε σιεπασμένο πτυελοδοχείο και ποτέ πάνω στο δάπεδο.

δ) Να αναφέρει η νοσηλεύτρια-τής στον ασθενή τους κινδύνους του καπνίσματος.

ε) Να τηρεί ο ασθενής καλή σωματική καθαριότητα.

στ) Οι άρρωστοι οι οποίοι λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής τους ή άλλης αιτίας, δεν μπορούν να πάρουν τα πιο πάνω μέτρα, συνίσταται όπως το νοσηλευτικό προσωπικό παίρνει τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης όταν έρχονται σε επαφή με τον άρρωστον χρησιμοποιώντας μάσκα και μπλούζα προφυλακτική. Η χρησιμοποίηση της μάσκας δεν παρέχει πλήρη ασφάλεια αλλά μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο με την κατάλληλη χρήση. Η μάσκα πρέπει να αλλάσσεται συχνά (αμέσως μόλις υγρανθεί). Είναι μιας χρήσης και δεν χρησιμοποιείται ξανά. Καλύπτει τη μύτη, τη στοματική κοιλότητα και αν είναι δυνατόν όλο το κεφάλι. (Σαχίνη-Καρδάση Α. 1985)

Η προφυλακτική μπλούζα πρέπει να είναι μακριά για να καλύπτει πλήρως τη στολή της νοσηλεύτριας-τή. Ανεξάρτητα αν η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί προφυλακτική πλούζα ή όχι, συνιστάται στη νοσηλεύτρια-τή να αλλάσσει στολή (φόρεμα, παπούτσια, σκούφια, γάντια) αμέσως μετά την επιστροφή της από την εργασία.

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να κάνει καλό πλύσιμο των χεριών με αφθονο νερό και σαπούνι μετά από κάθε επαφή της με τον άρρωστο ή χρήση άλλου μηχανήματος ή αντικειμένου. Το καλό πλύσιμο των χεριών επιτυγχάνεται όταν τα νύχια είναι μικρά και καθαρά και δεν χρησιμοποιούνται κοσμήματα κατά την παροχή φροντίδας.

Συνήθειες, όπως η τοποθέτηση των χεριών στο στόμα ή το δάγκωμα των μολυβιών πρέπει να αποβάλλονται.

Αν και τα προφυλακτικά μέτρα δημιουργούν απόσταση μεταξύ του άρρωστου και της νοσηλεύτριας-τή, εν τούτοις η στοργική νοσηλεύτρια μπορεί να διατηρήσει καλή επικοινωνία με τον άρρωστον κατά τρόπο ασίνδυ-

εμφανίζονται στη φυματίωση. Αυτοί είναι: I)

1. Ο εσπερινός πυρετός, κατά τις απογευματινές ώρες εμφανίζεται 37° - $37,5^{\circ}$ C.

2. Ο διαλλείπων πυρετός, σ' αυτόν τον τύπο πυρετού, κατά το διάστημα του 24ώρου εναλλάσσονται υψηλές πυρετικές εξάρσεις με διαστήματα πλήρους απυρεξίας και εμφανίζεται στη βαρεία εξελισσόμενη πνευμονική φυματίωση.

3. Ο υφέσιμος πυρετός, ο οποίος χαρακτηρίζεται από ημερήσιες διακυμάνσεις, χωρίς ποτέ να κατεβαίνει στα φυσιολογικά όρια, και παρατηρείται στην εξελισσόμενη πνευμονική φυματίωση.

4. Ο συνεχής πυρετός, σ' αυτόν τον τύπο οι διακυμάνσεις δεν είναι μεγαλύτερες του ενός βαθμού, εμφανίζεται σε βαρεία πνευμονική φυματίωση.

Η νοσηλεύτρια-τής θα πρέπει να ανακουφίσει τον ασθενή από τον υψηλό πυρετό με αντιπυρετικά φάρμακα. Πρέπει να προσέξει όμως να αποσύγει την μεγάλη καταβολή του ασθενή από την απότομη πτώση του πυρετού και της επίδρωσης. Τα ψυχρά επιθέματα επίσης ανακουφίζουν τον ασθενή από τη δυσφορία του υψηλού πυρετού. (Μαλαγαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Σ. 1974)

Εάν ο άρρωστος έχει υψηλό πυρετό, η νοσηλεύτρια-τής θα πρέπει να εφαρμόσει τα εξής νοσηλευτικά μέτρα:

1. Να μειώσει τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

2. Να ενισχύσει τη λήψη υγρών.

3. Να ενισχύσει την απώλεια θερμότητας από το σώμα του ασθενή με ακτινοβολία, επαφή, εξάτμιση κ.ά.

4. Να χορηγήσει εύπεπτες τροφές.

5. Να αποφύγει τις εξωτερικές τριβές.

6. Να χορηγήσει αντιπυρετικά με εντολή γιατρού.

7. Να ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος σε συχνά χρονικά διαστήματα. Να ζυγίζει καθημερινά τον ασθενή και να καταγράφει το βάρος του.

Ο πυρετός εμφανίζεται εξαιτίας των τοξινών του βάκιλλου του ΚΟΧΗ, οι οποίες επιδρούν στο θερμορρυθμιστικό κέντρο διαταράσσοντας τη λειτουργία του.

Η μικρή πυρετική κίνηση (πυρετικά δέιατα) επιτιμάται σε σχέση με τους παρακάτω παράγοντες:

1. Την συνήθη θερμοκρασία του σώματος.

2. Την ώραν της ημέρας.

3. Τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

4. Το είδος της φυσικής ασκήσεως.

5. Τη φάση του ωοθηλικού κύκλου.

6. Την πορεία της ασθένειας.

...//...

Σημεία αυξημένης θερμοκρασίας του σώματος είναι:

1. Θερμοκρασία άνω των 37,5° C.
2. Ταχυσφυγμία.
3. Υπεραιμία του δέρματος.
4. Εφίδρωση.
5. Δέρμα στεγνό και θερμό.
6. Ταχύπνοια.
7. Αίσθημα θερμότητας.
8. Κεφαλαλγία.
9. Γενική κακουχία.
10. Αφασία (συνήθως σε μικρά παιδιά).

Νυκτερινή εφίδρωση: Ο ιδρώτας της παλάμης, καθώς και η τάση να ιδρώνει ένα άτομο με μικρή κόπωση ή συγκίνηση, μπορεί να θεωρηθεί σαν πρόδρομο σύμπτωμα της φυματίωσης. Οι νυκτερινοί όμως ιδρώτες είναι το συνηθισμένο φαινόμενο της φυματίωσης και προηγείται των υπόλοιπων συμπτωμάτων της νόσου.

Η εφίδρωση οφείλεται στην τάση του οργανισμού να αποβάλει τις τοξικές ουσίες.

Βήχας: Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να προωθεί τον ασθενή να βήχει λίγο γιατί είναι απαραίτητος για την αποβολή των εκκρίσεων από τον μολυσμένο πνεύμονα. Αν ο ασθενής όμως βήχει συνεχώς, με την εισπνοή των υδρατμών, είναι δυνατόν να μειωθεί ο βήχας.

Τα ακτασταλτικά φάρμακα για το βήχα αποφεύγονται, τα ναρκωτικά απαγορεύονται γιατί καταστέλλουν τα αντανακλαστικά του βήχα και εθίζονται.

Απόχρεμψη: Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το είδος της απόχρεμψης και να το αναφέρει στο γιατρό. Η απόχρεμψη διακρίνεται ανάλογα με τα στοιχεία που αποτελείται από βλενωδής, βλεννοπυώδης, πυώδης, ορρώδης και αιματηρά.

Η βλενωδής απόχρεμψη είναι διαυγής χρωρίς χρώμα και παρατηρείται στην αρχική φυματίωση καθώς και από το βρογχικό κατάρρου και προέρχεται από τους βρόγχους.

Η βλεννοπυώδης απόχρεμψη έχει ελαφρό κίτρινο χρώμα και προέρχεται τόσο από τους βρόγχους, όσο και από το πάσχον πνευμονικό παρέγχυμα. Η πυώδης προέρχεται από τη σπηλαιώδη φυματίωση, τα αποστήματα και την βρογχεκτασία.

Η πυώδης απόχρεμψη έχει κίτρινη απόχρωση ή και πράσινη ανάλογα με το μικρόβιο και παρατηρείται στις σπηλαιώδεις μορφές της φυματίωσης και στα αποστήματα του πνεύμονα.

Η ορρώδης απόχρεμψη παρατηρείται κατά τα τελικά στάδια της φυματίωσης, οπότε λόγω της ανεπάρκειας της καρδιάς παρουσιάζεται πνευμονικό

οίδημα, λόγω στάσης του αίματος μέσα στους πνεύμονες.

Η αιματερή τέλος απόχρεμψη παρατηρείται σε εξελισσόμενες μορφές της φυματίωσης, εχινουιδίους, βρογχεϊτασίες, καρλίνον. Κάθε ασθενής που έχει απόχρεμψη πρέπει να πτύει μέσα στο πτυελοδοχείο. Σε περίπτωση κακοσμίας, τοποθετείται αποσμητικό διάλυμα μέσα στο πτυελοδοχείο. Στο πτυελοδοχείο του φυματιού τοποθετείται ισχυρό αντισηπτικό διάλυμα.

Α ι μ ό π τ υ σ η : Η Νοσηλεύτρια-τής πρέπει να προσέξει το σύμπτωμα αυτό που είναι το πλέον θεαματικό και πολύ επικίνδυνο. Η αιμόπτυση είναι αποβολή αίματος από τα πτύελα με το βήχα από τον πνεύμονα, μέσω του στόματος.

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να γνωρίζει τις μορφές του αίματος από την αιμόπτυση του ασθενή. Το αίμα που προέρχεται από τον πνεύμονα είναι ζωηρό ερυθρό αναμεμειγμένο με φυσαλίδες αέρα και βγαίνει με το βήχα, ενώ το αίμα που προέρχεται από τον στόμαχο έχει χρώμα καφέ και βγαίνει με τον εμετό.

Η αιμόπτυση στην αρχή της φυματίωσης είναι ευεργετική για τον ασθενή, γιατί αναγκάζεται να καταφύγει νωρίς στο γιατρό, οπότε η θεραπεία είναι ευκολότερη και σύντομη.

Οι κίνδυνοι της αιμόπτωσης είναι:

- α) Θάνατος από τη μεγάλη απώλεια του αίματος ή από ασφυξία.
- β) Διασπορά του μολυσμένου αίματος από τους βρόγχους στα κατώτερα τμήματα του πνεύμονα και το αποτέλεσμα της γρήγορης εξέλιξης της νόσου.

Η νοσηλεύτρια-τής για να αντιμετωπίσει τον άρρωστο με αιμόπτυση πρέπει να προσέξει τα εξής:

α) Ακινητοποιείται ο άρρωστος στην κλίνη, κατά το δυνατόν απόλυτα και σε καθιστική θέση.

β) Τοποθετείται ο άρρωστος σε τέτοια θέση πάνω στο προσβληθέν ημιθώρακιο, ώστε να σταματήσει η αιμορραγία και να μειωθεί η διασπορά της νόσου.

γ) Γίνεται ένεση μορφίνης κάθε 4ωρο, για την ανακούφιση του άρρωστου από τον πόνο, τη δύσπνοια, το άγχος (η μορφίνη γίνεται κατόπιν εντολής γιατρού).

δ) Συνιστάται όπως μη ομιλεί ο άρρωστος, για να αποφύγει τον ερεθισμό και προκληθεί εκ νέου αιμορραγία.

ε) Όταν εμφανισθεί μελάνιασμα ή δύσπνοια χορηγείται Οξυγόνο O₂.

στ) Σε περίπτωση κινδύνου κυκλοφορικής περιφερειακής ανεπάρκειας γίνεται μετάγγιση αίματος ή ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (κατόπιν εντολής γιατρού). Συνιστάται η αργή χορήγηση των ενδοφλεβίων υγρών προς

αποφυγήν νέας αιμόπτυσης.

ζ) Γίνεται πενικιλλίνη προφυλακτικά για την πρόληψη βακτηριακής πνευμονίας.

η) Δίνονται αιμοστατικά φάρμακα , με εντολή του γιατρού.

θ) Χορηγούνται ηρεμιστικά φάρμακα για να παύσει ο βήχας, χωρίς να κατακρατείται το αίμα στην αναπνευστική οδό.

ι) Βοηθείται ο άρρωστος για την ικανοποίηση φυσικών αναγκών, όπως ατομική καθαριότητα, χτένισμα κ.λ.π. Συνιστάται προσοχή στην πλύση της ράχης και αποφεύγονται οι εντριβές.

ια) Η νοσηλεύτρια-τή πρέπει να καταλάβει, αμέσως ότι η αιμόπτυση είναι γεγονός και τρομοκρατεί τον άρρωστο. Γι' αυτό το λόγο εμφανίζεται υπερπνοία και ταχυπνοία που δεν είναι καθόλου επιθυμητά. Επιβάλλεται όπως η νοσηλεύτρια-τή χρησιμοποιήσει μέσα και μέτρα νοσηλευτικά, που θα συμβάλλουν στην αποκατάσταση της ηρεμίας, της ασφάλειας και της συναισθηματικής ισορροπίας του αρρώστου, ήτοι ενδείκνυνται:

- Κινήσεις ήρεμες και σταθερές.
- Ταχύτητα και αποτελεσματικότητα στις ενέργειες.
- Αυτοκυριαρχία προς αποφυγήν υπονοιών επικειμένου κινδύνου και
- Έμπνευση εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας στον άρρωστο.

ιβ) Σε περίπτωση ακατασχέτου αιμόπτυσης, πρέπει να γίνει εφαρμογή τεχνητού πνευμοθώρακα ή λοβεκτομή, όπως ανέφερα σε προηγούμενο κεφάλαιο. Αυτά χρησιμοποιούνται σαν μέσα καταστολής μιας αιμορραγίας.

Μετά την διακοπή της αιμορραγίας συνιστάται όπως γίνουν πλύσεις στόματος, για την απομάκρυνση στοιχείων αίματος από τη στοματική κοιλότητα, της κακοσμίας και της δυσάρεστου γεύσης τους. Η λήψη υγρών δεν συνίσταται μέχρι της πλήρους εξακρίβωσης της προέλευσης του αίματος. Εφόσον βεβαιωθούμε ότι πρόκειται για αιμόπτυση συνιστώνται παγωμένα υγρά.

Στα βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας-τή είναι η περιγραφή του αποβαλλομένου αίματος, ο τρόπος αποβολής αυτού και η εκτίμηση του αποβληθέντος ποσού αίματος.

Άμεσος σκοπός της νοσηλεύτριας-τή είναι ο έλεγχος της εξάπλωσης της νόσου. Πρέπει να τηρεί μια σχετική απόσταση, κατά την εκτέλεση της νοσηλείας για να αποφύγει κάθε επαφή με τα επικειμένα σταγονίδια κατά την ομιλία, το φτέρνισμα ή το βήχα του ασθενή.

Να εξασφαλίζει καλό αερισμό στο θάλαμο του ασθενή.

Να εγναθιδρύσει καλή τεχνική απομόνωση.

Τα ρούχα του ασθενή εάν είναι δυνατόν να εκτίθενται στην επίδραση των ηλιακών ακτίνων, αλλά το καλύτερο είναι να γίνεται κλιβανισμός των

νο για τον εαυτό της και την κοινωνία.

Επίσης η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να συνεργαστεί με το γιατρό για την κατάλληλη προετοιμασία του αρρώστου να δεχτεί τη θεραπεία. Να προετοιμάσει τον άρρωστο για χειρουργείο, αν πρόκειται να χειρουργηθεί.

Η νοσηλεύτρια-τής πρώτα προετοιμάζει το εγχειρητικό πεδίο. Σκοπός της-του είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν κατά λάθος δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση. (Σαχλίνη-Καρδάση Α.-Μ. Πάνου 1985)

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης μέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που παράγγειλε ο γιατρός. Το κατευναστικό χορηγείται με ένα ζεστό ποτό και η νοσηλεύτρια-τής προστατεύει προσεκτικά τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο.

Αν η εγχείρηση προγραμματισθεί για το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν από τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια-τής:

1. Του ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα.
2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
3. Αφαιρεί δαχτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
5. Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από το συγκεκριμένο άρρωστο.

Αν για οποιαδήποτε αιτία η προνάρκωση δε γίνει στην κανονική ώρα, πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα αργότερα από την κανονική ώρα.

6. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται. Μετρά την πίεση το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας και το πρωί, πριν και μετά την προνάρκωση.

7. Συμπληρώνει το φύλλο της προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να

του δοθεί η νάρκωση.

Όταν γυρίσει από το χειρουργείο πρέπει η νοσηλεύτρια-τής να μετρήσει τα ζωτικά σημεία και να τα καταγράψει στο διάγραμμά του. Να εκτιμήσει τη φυσική κατάστασή του και οτιδήποτε ανησυχητικό παρατηρήσει να ενημερώσει το γιατρό. Έτσι αποφεύγονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές. Τους συμπαραστέκεται ψυχολογικά και ακούει όλα τα προβλήματα, τους υπομονετικά, δίνοντας λύσεις, που ανακουφίζουν και επιταχύνουν την ανάρρωσή τους.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η νοσηλεύτρια-τής καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να ανακτήσει την αυτοεξυπηρέτησή του και έτσι να μειώσει την εξάρτηση από το περιβάλλον, εφόσον βέβαια η κατάστασή του το επιτρέπει. Η δημιουργία ευκαιριών, όπως ο άρρωστος λαμβάνει τα γεύματά του στην τραπεζαρία και όχι στο δάλαμο, χρησιμοποιεί εξωτερικά ενδύματα, συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες κ.ά., συμβάλλουν στην επαναπόκτηση αυτοεμπιστοσύνης και έτσι στην αποκατάσταση του αρρώστου. Σ' αυτό επίσης συμβάλλει η γνώση του αρρώστου να μετρά τη θερμοκρασία και το βάρος του σώματός του. Για να επικοινωνεί ο άρρωστος με την οικογένειά του, του χρειάζονται άδειες εξόδου, εφόσον η κατάστασή του το επιτρέπει. Τόσων ο άρρωστος όσο και οι συγγενείς του επικοινωνούν μεταξύ τους και επιλύουν τα τυχόν προβλήματα που προκύπτουν. (Σταυρόπουλος Κ. 1979)



Εικ. II Η Βιβλιοθήκη των ασθενών.

Ο άρρωστος ακόμη πρέπει να κατανοήσει την ανάγκη να μην εκθέτει τον εαυτό του στους κινδύνους της αρρώστειας του με καλή διατροφή, με αποφυγή υπερβολικής κόπωσης, της διαμονής σε υγιεινό περιβάλλον, να αποφεύγει τις συναισθηματικές πιέσεις, την υπερβολική χρήση των οινοπνευματωδών ποτών, την αποφυγή της διανυκτερεύσεως και γενικά παντός άλλου που θα συνέβαλλε στην εμφάνιση της νόσου ή μπορεί να συμβάλει στην υποτροπή της.

Η φυματίωση δεν είναι κληρονομική αλλά πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε να προληφθεί η διασπορά της νόσου στα μέλη της οικογένειας. Είναι αλήθεια ότι η φυματική μητέρα συνήθως φέρνει φυματικά παιδιά στον κόσμο. Αυτό δεν οφείλεται στην κληρονομικότητα της ασθένειας, αλλά σε παράγοντες άλλους, όπως βαριές αλλοιώσεις του πλακούντα, εισπνοή του εμβρύου από μολυσμένο ενάμνιο υγρό και κυρίως η άμεση επαφή του νεογέν-

νητου με τη φυματική μητέρα ή το φυματικό πατέρα, ή τη φυματική γιαγιά ή παππού.

Αν και η φυματίωση δεν είναι κληρονομική, τα παιδιά από φυματικούς γονείς έχουν ειδική προδιάθεση προς τη νόσο.

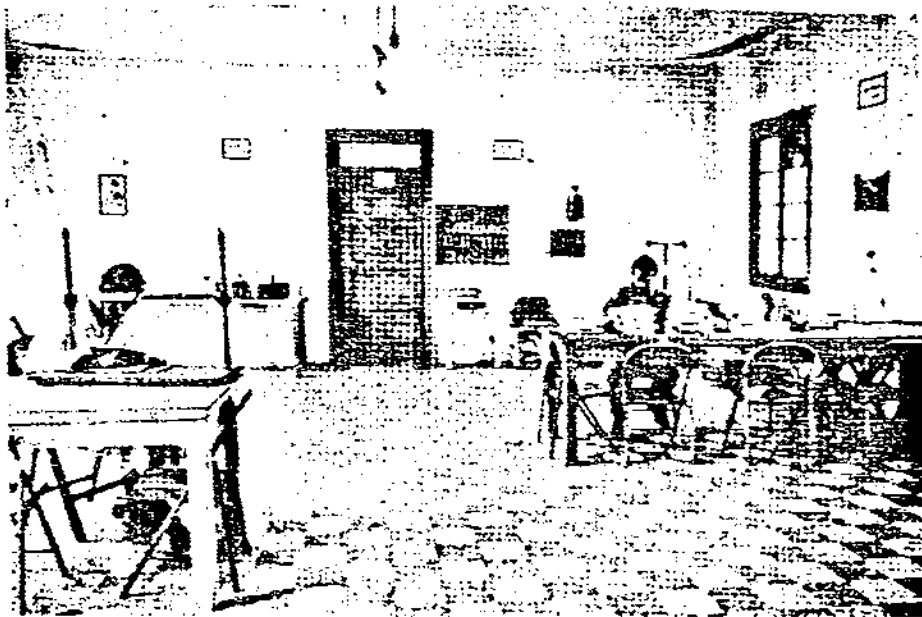
Η νοσηλεύτρια-τής που νοσηλεύει φυματική επίτομο ή επισιέπεται αυτήν στο σπίτι ή την δέχεται στο μειευτικό ή αντιφυματικό ιατρείο, πρέπει να την βοηθήσει να κατανοήσει τις μεγάλες πιθανότητες να έχει φυματικό παιδί, εάν δεν ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα. Η απομάκρυνση του παιδιού από τη μητέρα αμέσως μετά τη γέννησή του είναι το πλέον ενδεδειγμένο μέτρον.

Η επαγγελματική αποκατάσταση του θεραπευθέντος, πρέπει να επακολουθήσει.

Αντιμετώπιση θεραπευμένων φυματικών

Οι θεραπευθέντες φυματικοί όσον αφορά την επανάληψη της εργασίας τους και γενικά στην κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση, δεν πρέπει να παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα, ούτε για τους εαυτούς τους, ούτε για τους εργοδότες τους, ούτε για την κοινωνία. Από κοινωνική άποψη η φυματίωση πρέπει να θεωρείται σαν ένα δυσάρεστο επεισόδιο, που απαιτεί την προσωρινή διακοπή της κοινωνικής ζωής και της εργασίας.

Αποτελεί σφάλμα να θεωρούμε τον άρρωστο που έχει προσβληθεί από



Εικ. 12 Το τμήμα της εργασιοθεραπείας.

φυματίωση και που με τη θεραπεία του φέρει υπολείμματα φυματικών αλλοιώσεων, σαν χρόνιο άρρωστο. Δυστυχώς η παλιά προικατάληψη για τον φυματικό εξακολουθεί να υπάρχει και σήμερα στην κοινωνία μας, σε μικρότερο βαθμό οπωσδήποτε. Πάντως και σήμερα υπάρχουν εργοδότες, ευτυχώς ε-

λάχιστοι, που αποφεύγουν να προσλάβουν στις εργασίες τους θεραπευμένους φυματιούς.

Το σωστό είναι να επιστρέψουν στην παλιά τους εργασία, ειτός κι αν είναι πολύ κουραστικό και ανθυγιεινό, όπως του μεταλλωρύχου, του ανθρακιά και γενικά αυτών που εργάζονται σε περιβάλλον σιονισμένο ή σε μέρη που παράγονται δηλητηριώδη αέρια ή τοξικές χημικές ουσίες (υδράργυρος, φωσφόρος κλπ.). Καλό θα είναι αυτοί οι πρώην άρρωστοι να ασχοληθούν με ένα άλλο επάγγελμα υγιεινότερο, ανάλογο με τις ικανότητές τους, τις γνώσεις τους και την κλίση τους.

Α ν τ ι μ ε τ ώ π ι σ η α ν ι ά τ ω ν

Φυσικά υπάρχουν αντίστοιχοι φυματιοί που ούτε είναι σε θέση να εργασθούν ούτε και επιτρέπεται. Καλό θα είναι αυτοί οι άρρωστοι που αξίζουν κάθε συμπάθεια και συμπάρασταση να νοσηλεύονται σε ειδικά ιδρύματα, απασχολούμενοι μέσα σ' αυτά, ανάλογα με τις δυνατότητές τους, την κλίση τους και τη γενική τους κατάσταση. Ευτυχώς σήμερα ο αριθμός των αρρώστων αυτών είναι ελάχιστος.

Π Ε Ρ Ι Σ Τ Α Τ Ι Κ Α

Θα αναφερθώ σε πέντε περιστατικά ασθενών με φυμάτωση των πνευμόνων, που νοσηλεύτηκαν στο Κέντρο Νοσημάτων Θώρακος (Κ.Ν.Θ.) Πάτρας.

Π ε ρ ι σ τ α τ ι κ ό Ι ο .

Ονοματεπώνυμο: Θ. Μ.

Επάγγελμα-συνήθειες: Οικοδόμος - Καπνιστής 40 τσιγάρων ημερησίως από ηλικίας 12 χρόνων, υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών από 23 χρόνων.

Ηλικία: 36 χρόνων.

Φύλο: Άρρεν

Ημερομηνία εισόδου: 10-6-1984

Διάγνωση: Πνευμονική Τ.Β.Σ.

Κληρονομικό αναμνηστικό: Η αδελφή του έχει πνευμονική Τ.Β.Σ.

Ατομικό αναμνηστικό: Ελεύθερο.

Αιτία εισόδου: Αιμόπτυση από χτες το βράδυ.

Παρούσα νόσος: Από εξαμήνου αναφέρει καταβολή δυνάμεων, μείωση της όρεξης, κόπωση, νυκτερινούς ιδρώτες, που όσο πέραγε ο καιρός επιδεινώνονταν.

Ξαφνικά χτες το βράδυ ο ασθενής παρουσίασε αιμόπτυση. Είχε βέλαια βήχα και απόχρεμψη τον υπόλοιπο καιρό, αλλά δεν ήταν αιματηρή.

Αιτιολογικά ευρήματα (R0 Θώρακος): Διάχυτες διητυσοζώδεις σιτίσεις και στους δύο πνεύμονες με φυσαλιδώδες εμφύσημα κυρίως αριστερά. Πυλαία πνευμονική υπεραιμία με διάταση της καρδιάς. Εντεταμένη

νωση δεξιός κορυφής.

Εργαστηριακά ευρήματα HT: 41% , Π:78 , Λ:20 , MM:2 , Ουρία:57 MG% , Na⁺ 145 MEQ/L Αμυλάση 100 μον. (ΚΦ) , Λ:8.500 Σάκχαρο 100 MG% Χρόνος QUICK 24,6" - 18,7" TKE 2MM/I^ηH K⁺ :4,7 MEQ/L Ca⁺⁺:8,3 MG% LDH:140 μον. Κρεατινίνη 1,3 MG% Λευκώματα ολικά 6,4 GR% ALB:2,9 GR% γ-GT:130 Αλκαλ. φωσφ. 109 μον. SGOT:68 U/L SGPT:42 U/L, Χολερυθρίνη Ολ II,23 MG% Τριγλυκερίδια 40 Χοληστερίνη 76 MG%. Εξέταση B.KOCH : (+)

Γενική ούρων: ηλεκτρ. ΡΗ:5 Λεύκωμα ++ Χολερυθρ. + Ουροχολινογόνο +, Ερυθρά 2-6, Πυοσφ. 5-6 , Κύλινδροι λίγοι υελώδεις. Βλένη πολλή με κυλινδροειδή.

Θεραπεία: Ο ασθενής τέθηκε στην εξής θεραπευτική αγωγή:

DIANICOTYL	TABL	300 MG/24ωρο	σε δόση	3 X 1
RIFADIN	"	600 MG/24ωρο	" "	1 X 1
BEXIVIT	"	25 MG/24ωρο	" "	2 X 2
STREPTOMYCINE	FL	1 MG/24ωρο	" "	1 X 1

Υποτροπές: Επιδείνωση των συμπτωμάτων του, καταβολή δυνάμεων, κόπωση, νυκτερινοί ιδρώτες, αιμόπτυση, αύξηση του πυρετού και έντονο βήχα.

Περίστατιο 2ο.

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ.

Επάγγελμα συνήθειες: Οικιακά - Καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως από ηλικία 17 χρονών.

Ηλικία: 30 χρονών.

Φύλο: Θήλυ

Ημερομηνία εισόδου: 7-II-1985

Διάγνωση: Πνευμονική Τ.Β.Ο.

Κληρονομικό αναμνηστικό: Ο πατέρας της έχει πνευμονική Τ.Β.Ο.

Ατομικό αναμνηστικό: Πολιομυελίτις σε ηλικία ενός έτους.

Αιτία εισόδου: Πυρετός, καταβολή δυνάμεων.

Παρούσα νόσος: Η ασθενής αναφέρει ότι από 5/μήνου περίπου παρουσιάζει πυρετό έως 38° C , βήχα ξηρό συνήθως και μερικές φορές παραγωγικό καθώς και αιμόφυρτα πτύελα, νυκτερινοί ιδρώτες, πολύ μεγάλη ανορεξία και καταβολή δυνάμεων.

Αιτιολογικά ευρήματα (R⁰ Θώρακος): Πολλαπλές οζιδιακές σκιάσεις αμφω. (κυρίως δεξιά).

Εργαστηριακά ευρήματα HT: 40% , Π:75 , Λ:18 , MM:2 , Ουρία:58 MG% , Na⁺ 142 MEQ/L Αμυλάση 110 μον. (ΚΦ) , Λ:9.000 Σάκχαρο:99 MG% Χρόνος QUICK 24,5" - 18,5" TKE 2 MM/I^ηH K⁺ :4,5 MEQ/L Ca⁺⁺:

8,2 MG% LDH:141 μον. Κρεατινίνη 1,4 MG% Λευιόματα ολιγά 6,3 GR%
ALB:2,8 GR% γ-GT:131 Αλκαλ.φωσφ. 108 μον. SGOT:68 U/L SGPT:41 U/L,
Χολερυθρίνη ολ II,24 MG% Τριγλυκερίδια 40 Χοληστερίνη 77 MG%,
Εξέταση β. KOCH : (+)

Γενική ούρων: ηλετρ. PH:7 Λεύκωμα +++ Χολερυθρ. ++ Ουροχολινογό-
νο + ερυθρά 2-5,5 πρσοφ. 6-7 ,Κύλινδροι λίγοι υελώδεις.

Θεραπεία: Η ασθενής τέθηκε στην παρακάτω θεραπευτική
αγωγή:

DIANICOTYL	TABL	300 MG/24ωρο	σε δόση	3 X I
RIFADIN	"	600 MG/24ωρο	" "	I X I
BEXIVIT	"	25 MG/24ωρο	" "	2 X 2
STREPTOMYCINE	FL	I MG/24ωρο	" "	I X I

Υποτροπές: Καμμία

Περιστατικό 3ο

Ονοματεπώνυμο: Α.Α.

Επάγγελμα - συνήθειες: Δασιάλα. Δεν κάνει χρήση καπνού και οι-
νοπνευματωδών.

Ηλικία: 31 χρονών

Φύλο: Θήλυ

Ημερομηνία εισόδου: 26-8-1985

Διάγνωση: Πνευμονική T.B.C.

Κληρονομικό αναμνηστικό: Ουδέν

Ατομικό αναμνηστικό: Ουδέν

Αιτία εισόδου: Αιμόπτυση.

Παρούσα νόσος: Προ 15/θημέρου παρουσίασε αιμόπτυση χωρίς άλλα
συνοδά συμπτώματα, όπως πυρετό, καταβολή δυνάμεων, αναρεξία.

Αιτιολογικά ευρήματα (R0 Θώρακος): Οξιδιακές σιτάσεις αριστ.
μορφής.

Εργαστηριακά ευρήματα HT: 42% Π:77 , Λ:19 , MM2 ουρία 56 MG%
Na⁺ 144 MEQ/L αμυλάση 101 μον. (ΚΦ), Λ:8.400 ,σάκχαρο 112 MG% χρο-
νος QUICK 24,2''- 18,2'' TKE IMM/Iη Η K⁺: 4,6 MEQ/L Ca⁺⁺:8,2 MG%
LDH:139 μον. κρεατινίνη 1,5 MG% λευιόματα ολιγ. 6,3 GR% ALB:2,8
GR% γ-GT:128 αλκαλ. φωσφ. 108 μον. SGOT:67 U/L SGPT:41 U/L,Χολε-
ρυθρίνη ολ II,36 MG% τριγλυκερίδια 38 χοληστερίνη 76 MG%,
Εξέταση β. KOCH: (+)

Γενική ούρων: ηλετρ. PH:5,5 λεύκωμα + χολερυθρίνη + ουροχολι-
νογόνο + , ερυθρά 2-5, πρσοφ. 5-6 ,κύλινδροι λίγοι υελώδεις.

Θεραπεία: Η ασθενής τέθηκε στην παρακάτω θεραπευτική

αγωγή:

DIANICOTYL	TABL	300 MG/24ωρο	σε δόση	3 X 1
RIFADIN	"	600 MG/24ωρο	" "	1 X 1
BEXIVIT	"	25 MG/24ωρο	" "	2 X 2
STREPTOMYCINE	FL	1 MG/24ωρο	" "	1 X 1

Υποτροπές: Καμμία

Περιστατικό 4ο

Όνοματεπώνυμο: Α.Μ.

Επάγγελμα - συνήθειες: Εργάτης. Από ηλικία 18 ετών καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως. Συστηματική ευρεία χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Ηλικία: 37 χρονών.

Φύλο: Άρρεν

Ημερομηνία εισόδου: 24-8-1983

Διάγνωση: Πνευμονική T.B.C.

Κληρονομικό αναμνηστικό: Ο παππούς του είχε πεθάνει από φυματίωση.

Ατομικό αναμνηστικό: Ελεύθερο.

Αιτία εισόδου: Πυρετός. Καταβολή δυνάμεων.

Παρούσα νόσος: Από μακρό χρονικό διάστημα είχε καταβολή δυνάμεων, απώλεια βάρους. Την ώρα της εισόδου παρουσίασε υψηλό πυρετό 40°C

Αιτιολογικά ευρήματα (R0 Θώρακος): Διηθήσεις δεξιά άνω και κάτω πνευμονικού πεδίου με πιθανή ύπαρξη διαυγαστικών εικόνων δεξιά.

Εργαστηριακά ευρήματα: HT:40% Π:80, Λ:20, MM:I ουρία 50 MG% Na⁺ 140 MEQ/L αμυλάση 100 μον. (ΚΦ) Λ:14.000, σάκχαρο:140 MG% χρόνος QUICK 24,6" - 18,4" TKE IMM/IηΗ Κ⁺: 4,3 MEQ/L Ca⁺⁺: 8,1 MG% LDH:142 μον. κρεατινίνη 1,4 MG% λευκώματα ολικ. 6,4 GR% ALB:2,7 GR% γ-GT:132 αλκαλ. φωσφ. 109 μον. SGOT:68 U/L SGPT:48 U/L, χολερυθρίνη ολ. 10,25 MG% τριγλυκερίδια 41 χοληστερίνη 80 MG%, εξέταση β. KOCH: (+)

Γενική ούρων: ηλεκτρ. ΡΗ:6, λεύκωμα ++ χολερυθρίνη ++ ουροχολινογόνο +, ερυθρά 2-5,2 πυοσφ. 6-8, κύλινδροι υελώδεις.

Θεραπεία: Ο ασθενής τέθηκε στην παρακάτω θεραπεία:

STREPTOMYCINE	FL	1 MG/24ωρο	σε δόση	1 X 1
RIFADIN	CAPS	300 MG/24ωρο	" "	2 X 1
INH	TABL	100 MG/24ωρο	" "	3 X 1
PYRAZINAMIDE	"	30 MG/24ωρο	" "	2 X 2
MYAMBUTOL	"	1200 MG/24ωρο	" "	3 X 1

...//...

Υποτροπές: Διέκοψε την αντι-TBC αγωγή με αποτέλεσμα πυρετό που δεν υποχωρεί με αντι-TBC αγωγή. Εισαγωγή για έλεγχο.

Περιστατικό 5ο

Όνοματεπώνυμο: Θ.Δ.

Επάγγελμα-συνήθειες: Εργάτρια. Κακή διατροφή. Λόγω εργασίας και άλλων ασχολιών, εστερείτο του κανονικού ύπνου.

Ηλικία: 35 χρονών.

Φύλο: Θήλυ

Ημερομηνία εισόδου: 29-II-1987

Διάγνωση: Πνευμονική T.B.C.

Κληρονομικό αναμνηστικό: Η αδελφή της και ο ανηψιός της έχουν φυματίωση πνευμόνων.

Ατομικό αναμνηστικό: Αναφέρεται ότι έχει προβεί σε αντι-TBC αγωγή προ 1¹/₂ έτους, 7 μήνες μετά διέκοψε τη θεραπεία.

Αιτία εισόδου: Παρουσίασε αιμόπτυση.

Παρούσα νόσος: Προσέρχεται γιατί σήμερα το βράδυ έκανε αιμόπτυση, χωρίς να μπορεί να υπολογίσει την ποσότητα του αίματος που έβγαλε. Παρουσίασε πυρετό 39° C και αύξηση του βήχα και της απόχρεμψης.

Ακτινολογικά ευρήματα (RΘ Θώρακος): Ανομοιογενείς σιτάσεις δεξιού άνω μέσου και κάτω πνευμονικού πεδίου. Σπήλαλο, κατά το μέσο πνευμονικό πεδίο δεξιά. Ανομοιογενής σιτάση αριστερού μέσου πνευμονικού πεδίου.

Εργαστηριακά ευρήματα: HT: 38% , Π: 60 , Λ: 15 , MM: 2 , ουρία: 53 MG% Na⁺: 120 MEQ/L αμυλάση 100 μον. (KΦ) Λ: 13.000 , σάκχαρο: 129 MG% χρόνος QUICK 23,6" - 17,5" ΤΚΕ IMM/I^ηH K⁺: 4,1 MEQ/L Ca⁺: 8,7 MG% LDH: 130 μον. κρεατινίνη 1,3 MG% λευκώματα ολιγ. 6,2 GR% ALB: 2,5 GR% γ-GT: 130 αλιαλ. φωσφ. 105 μον. SGOT: 67 U/L SGPT: 45 U/L, χολερυθρίνη ολ. 10,16 MG% τριγλυκερίδια 44 χοληστερίνη 81 MG%, εξέταση β. KOCH: (+)

Γενική ούρων: ηλεκτρ. ΡΗ: 6 λεύκωμα +++ χολερυθρ. + ουροχολινογόνο ++, ερυθρά 2-4, πρσοφ. 5-7, κύλινδροι υαλώδεις.

Θεραπεία: Η ασθενής τέθηκε στην παρακάτω θεραπευτική αγωγή:

DIANICOTYL	TABL	300 MG/24ωρο	σε δόση	3 X 1
RIFADIN	"	600 MG/24ωρο	" "	1 X 1
BEXIVIT	"	25 MG/24ωρο	" "	2 X 2
STREPTOMYCINE	FL	1 MG/24ωρο	" "	1 X 1

Υποτροπές: Καμμία.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α

Τα τελευταία είκοσι έως τριάντα χρόνια παρατηρήθηκε διεθνής σημαντική ελάττωση της θνησιμότητας από φυματίωση του πνεύμονα, λόγω:

1. Της ανόδου του βιοτικού επιπέδου πολλών λαών.
2. Της οργάνωσης του αντιφυματιού αγώνα, γενήκευση προφυλακτικού αντιφυματιού εμβολιασμού δια του Β.С.С. κλπ. και
3. Της εφαρμογής των νέων χημειοθεραπευτικών αντιφυματιών φαρμάκων.

Είναι γεγονός ότι μετά την ανακάλυψη των αντιφυματιών φαρμάκων, η φυματίωση παρουσίασε μεγάλη κάμψη, δεν έπαψε όμως να αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για πολλές χώρες υποανάπτυκτες και δυστυχώς, εν μέρει και τη δική μας.

Από επιδημιολογικής σκοπιάς αλλά και από σκοπιάς της ταχύτερης και καλύστερης θεραπευτικής αντιμετώπισης, επιβάλλεται η έγκαιρη διάγνωσή της και ο διαχωρισμός της από τις τόσες άλλες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.

Η νοσηλεύτρια-τής πρέπει να γνωρίζει θεωρητικά και πρακτικά όλες τις θεραπευτικές αγωγές, για να μπορεί να συμβάλει και αυτή, σε συνεργασία με το γιατρό και τον ασθενή, στην αποκατάσταση της υγείας του.

Η φυματίωση θεραπεύεται σχεδόν πάντοτε, εφόσον ο ασθενής συνεργαστεί και εφαρμόσει πιστά τη θεραπευτική αγωγή του.

Η αλματώδης εξέλιξη της πνευμονολογίας, όπως και όλων των κλάδων της ιατρικής, έδωσε νέες και καλύτερες θεραπευτικές μεθόδους, δίνοντας ελπίδα και θάρρος στους ασθενείς.

Στον παρακάτω στατιστικό πίνακα, παρουσιάζονται οι εξελθόντες ασθενείς από φυματίωση κατά ομάδες ηλικιών και φύλο του έτους 1983, σε δειγματοληπτική επεξεργασία 20% των δελτίων της νοσηλευτικής κίνησης.

Ο στατιστικός πίνακας είναι από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, στο τμήμα της Δημόσιας Υγείας και παρουσιάζει στατιστικά στοιχεία της Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγείας του 1983.

Ο Πίνακας στην επόμενη σελίδα.

Κατηγορία	Γενικό σύνολο	Σύνολο		Ομάδες ηλικιών					
		Αρρ.	Θήλ.	Μέχρι 2 ^ο ημεσ.		I-II μην.		I-4 ετ.	
				Αρρ.	Θήλ.	Αρρ.	Θήλ.	Αρ.	Θήλ.
Πνευμονική φυμ.	5.050	3.830	1.220	-	-	-	-	5	10
Άλλη αναπνευστική φυματίωση των μηνίγγων και του κεντρ. νευρ. συστήματος	1.250	835	415	-	-	20	15	55	65
Φυματ. των εντέρ. περιτοναίου και μεσεντερίων αδέν.	125	80	45	-	-	-	-	10	-
Φυματ. των οστών και αρθρώσεων	60	35	25	-	-	-	-	-	-
Φυματ. του ουρογεννητικού συστήματ.	210	120	90	-	-	-	-	-	-
Άλλες μορφές φυματιώσεως	230	130	100	-	-	-	-	-	-
	165	100	65	-	-	-	-	-	5

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Ειδική Νοσολογία - Λοιμώδεις Νόσοι
Αραβαντινός Αναστάσιος
Έκδοση 2η
Τόμος I, σελ. 150 - 156
ΑΘΗΝΑ 1985
2. Κλινικά μαθήματα Φυματολογίας
Βάλτης Ι.
Έκδοση 7η
Τόμος II, σελ. 120-130
ΑΘΗΝΑ 1983
3. Ειδική Νοσολογία
Κ.Δ. Γαρδίνια
Έκδοση Β'
Τόμος I, σελ. 140-145
ΑΘΗΝΑ 1980
4. Εσωτερική Παθολογία
Δουζινά Κ. Ευαγγέλου
Έκδοση Γ'
Τόμος I, σελ. 42-46
ΑΘΗΝΑ 1972
5. Μαθήματα Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας-Φυματίωσης
Ι.Β. Ιορδάνογλου
Έκδοση Β'
Τεύχος Α' σελ. 54-57
ΑΘΗΝΑ 1983
6. Ιστορία της Ιατρικής
Κουζή Ι.
Έκδοση Α'
Τόμος I, σελ. 172-175
ΑΘΗΝΑ 1972

7. Παθολογική Χειρουργική

Μ.Α. Μαλγαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου

Έκδοση 8η

Τόμος Β', σελ. 94 - 102

ΑΘΗΝΑ 1974

8. Φυματίωση των Πνευμόνων

Οικονομοπούλου Ν.

Έκδοση 2η

Τόμος Ιος, σελ. 109-112

ΑΘΗΝΑ 1975

9. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική

Νοσηλευτικές διαδικασίες

Άννα Σαχίνη - Καρδιάση και Μαρία Πάνου

Τόμος Ιος, Επανέκδοση, σελ. 169-174.

ΑΘΗΝΑ 1985

10. Φυματιολογία

Δρ. Θ.Γ. Σταυριανόπουλου

Έκδοση 7η.

Τόμος Ι και ΙΙ, σελ. 64-68 και 624-630

ΑΘΗΝΑ 1982

11. Πνευμονολογία

Κων. Π. Σταυρόπουλου

Έκδοση 2η

Τόμος Ι, σελ. 226-255

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1979



12. Θεραπευτικά αποτελέσματα της ριφαμπικίνης
επί της πνευμονικής φυματίωσης.

Ε. Σωληναραίου, Α. Τσαχαλή, Χ. Τσιλιτικλή, Α.

Α. Λιναρδάτου.

Έκδοση 1η

Τεύχος Α, σελ. 9-13

ΑΘΗΝΑ 1973

13. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος
Δημόσια Υγεία
Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής

14. Εσωτερική Παθολογία
HARRISON
Έκδοση 8η
Τόμος Β, σελ. 1090-1095
ΑΘΗΝΑ 1981