

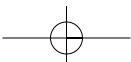
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

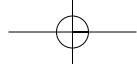
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος

Αντικειμενικοί Σκοποί:

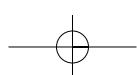
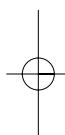
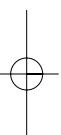
Μετά τη μελέτη της ενότητας αυτής θα είστε σε θέση:

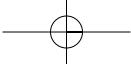
1. Να κατανοήσετε τις βασικές έννοιες της ανατομίας και φυσιολογίας των οργάνων του αναπνευστικού, για να μπορείτε να συσχετίσετε τη φυσιολογική λειτουργία με τη παθολογική δυσλειτουργία.
2. Να γνωρίσετε τις διαγνωστικές εξετάσεις του αναπνευστικού συστήματος και τη σωστή προετοιμασία αυτών.
3. Να αναγνωρίσετε τα συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος, για να εφαρμόζετε την αντίστοιχη νοσηλευτική φροντίδα.
4. Να κατανοήσετε τους τρόπους χορήγησης οξυγόνου, για τη σωστή τήρηση των αρχών και κανόνων της οξυγονοθεραπείας.
5. Να διακρίνετε τα είδη της τραχειοστομίας, για να είστε ικανοί να παρέχετε την κατάλληλη φροντίδα.
6. Να γνωρίσετε τη νοσηλευτική φροντίδα του κάθε νοσήματος ξεχωριστά, για τη σωστότερη αντιμετώπιση των αρρώστων με αναπνευστικά νοσήματα.
7. Να κατανοήσετε τους προεγχειρητικούς και μετεγχειρητικούς αντικειμενικούς σκοπούς της φροντίδας αρρώστων με θωρακοτομή, καθώς και τους τύπους του κλειστού συστήματος παροχέτευσης, για σωστότερο χειρισμό αυτών.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

1. Ανασκόπηση Ανατομίας και Φυσιολογίας Αναπνευστικού Συστήματος

Το αναπνευστικό σύστημα έχει ως κύρια λειτουργία την ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων, οξυγόνου (O_2) και διοξειδίου του άνθρακα (CO_2) μεταξύ αίματος και ατμοσφαιρικού αέρα.

Τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος είναι:

Η μύτη.

Περιλαμβάνει δύο ρινικές κοιλότητες και το ρινικό διάφραγμα. Το εσωτερικό της ρινικής κοιλότητας καλύπτεται από βλεννογόνο, ο οποίος διακρίνεται σε αναπνευστικό και οσφρητικό.

Ο φάρυγγας.

Έχει τρεις μοίρες: τη ρινική, τη στοματική και τη λαρυγγική. Στο αναπνευστικό σύστημα μόνο η ρινική μοίρα εξυπηρετεί την αναπνευστική λειτουργία.

Ο λάρυγγας.

Είναι κοίλο όργανο που χρησιμεύει ως αεραγωγός και ως όργανο της φωνής.

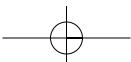
Η επιγλωτίδα καλύπτει το άνω στόμιο του λάρυγγα και αποφράζει το φαρυγγικό στόμιο του λάρυγγα, ώστε να μην μπαίνουν τροφές ή υγρά την κατάποση.

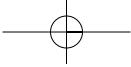
Η τραχεία και οι βρόγχοι.

Η τραχεία είναι κυλινδρικός ιωχόνδρινος σωλήνας. Αρχίζει από τον 6^o - 7^o αυχενικό σπόνδυλο και στο ύψος του $4^{ου}$ θωρακικού διχάζεται στο δεξιό και αριστερό βρόγχο. Εσωτερικά, ο βλεννογόνος έχει κροσσωτό επιθήλιο για να διώχνει, με το βήχα, τα εισπνεόμενα μόρια σκόνης.

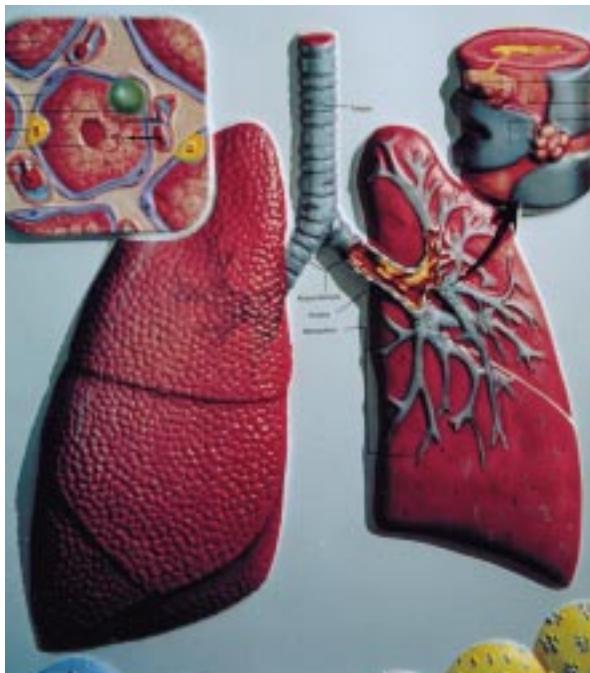
Κάθε βρόγχος μπαίνει στον αντίστοιχο πνεύμονα από τις πύλες και χωρίζονται στους λοβιακούς, οι οποίοι υποδιαιρούνται στους τμηματικούς. Η διακλάδωση συνεχίζεται σε μικρότερους αεραγωγούς, τα βρογχίσλια και τα τελικά βρογχίσλια, τα οποία καταλήγουν στις κυψελίδες. Έτσι σχηματίζεται το **βρογχικό δέντρο**.

Ο αριθμός των κυψελίδων που υπάρχουν στους δύο πνεύμονες είναι, περίπου, 700





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



Εικ. 29 Τραχεία, βρόγχοι, πνεύμονες.

εκατομμύρια και η συνολική τους επιφάνεια, περίπου, 100 m². Το τοίχωμα της κάθε κυψελίδας και το ενδοθήλιο του τριχοειδούς σχηματίζουν την αναπνευστική μεμβράνη, δηλαδή, το σημείο που γίνεται η ανταλλαγή των αερίων. (εικ. 29)

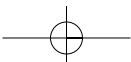
Το οξυγόνο, με την εισπνοή, εισέρχεται στο χώρο της κυψελίδας και ανταλλάσσεται μέσω της διαπερατής αυτής μεμβράνης με το διοξείδιο του άνθρακα, που βρίσκεται μέσα στο τριχοειδές (βλέπε μικρή κυκλοφορία αίματος), δεσμευμένο με την αιμοσφαιρίνη (Hb). Λόγω διαφοράς πυκνοτήτων το διοξείδιο του άνθρακα το απο-

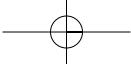
βάλλουμε με την εκπνοή και το οξυγόνο το δεσμεύει η αιμοσφαιρίνη (Hb) και έτσι μετατρέπεται το φλεβικό σε αρτηριακό αίμα.

Οι πνεύμονες.

Είναι δύο, ο δεξιός, που έχει τρεις λοβούς, και ο αριστερός, που έχει δύο λοβούς. Ο καθένας αποτελείται από το βρογχικό δέντρο, αγγεία και νεύρα. Οι πνεύμονες βρίσκονται στη θωρακική κοιλότητα και καλύπτονται από έναν υμένα, τον υπεζωκότα, ο οποίος τη χωρίζει σε τρεις ανεξάρτητους χώρους, που δημιουργούνται με τις αναδιπλώσεις του υπεζωκότα.

Ο ενδιάμεσος χώρος λέγεται μεσοπνευμόνιος ή μεσοθωράκιο και περιέχει την καρδιά, την αορτή και τον οισοφάγο. Οι υπόλοιποι δύο φιλοξενούν τους δύο πνεύμονες. Ο υπεζωκότας περιβάλλει τον κάθε πνεύμονα με δύο πέταλα, το τοιχωματικό και το περισπλάχνιο. Ενδιάμεσα σ' αυτά υπάρχει σχισμοειδής κοιλότητα με υγρό ορώδες, για να εφυγραίνει τις επιφάνειές του, κατά τις αναπνευστικές κινήσεις.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

2. Διαγνωστικές Εξετάσεις και Δοκιμασίες του Αναπνευστικού Συστήματος

A. Δοκιμασίες ελέγχου αναπνευστικής λειτουργίας.

Με τις δοκιμασίες αυτές ελέγχεται η μηχανική του αερισμού. Η μέτρηση γίνεται με ειδική συσκευή, το σπιρόμετρο. (εικ. 30)

Η σπιρομέτρηση δίνει πληροφορίες για την αναπνευστική ικανότητα και περιλαμβάνει τη μέτρηση των όγκων και των χωρητικοτήτων. Π.χ.



Εικ. 30 Σπιρόμετρο.

1. Αναπνεόμενος όγκος (TV): Είναι ο όγκος του αέρα που μπαίνει ή βγαίνει στο αναπνευστικό σύστημα ενός ατόμου, όταν εισπνέει ή εκπνέει σε κατάσταση η-ρεμίας και είναι, περίπου, 500 ml.

2. Υπολειπόμενος όγκος (RV): Είναι ο όγκος που παραμένει στους πνεύμονες, μετά από μια βαθιά εκπνοή και είναι, περίπου, 1200 ml.

3. Ζωτική χωρητικότητα (VC): Είναι η μέγιστη ποσότητα αέρα που εκπνέεται, ύστερα από μια μεγάλη εισπνοή.

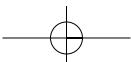
4. FVC: Είναι η βίαια εκπνεόμενη ζωτική χωρητικότητα.

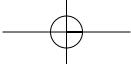
5. FEV₁: Είναι ο βίαια εκπνεόμενος αέρας στο πρώτο δευτερόλεπτο.

B. Αέρια αρτηριακού αίματος.

Οι τιμές των αερίων αρτηριακού αίματος μας δίνουν πληροφορίες για τη μεταφορά του οξυγόνου και την αποτελεσματικότητα της ανταλλαγής αερίων.

Η λήψη αρτηριακού αίματος (2-4cc) για τον έλεγχο των αερίων αίματος, γίνεται από το γιατρό με ειδική σύριγγα ινσουλίνης (κενή από αέρα), η οποία ηπαρινίζεται.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Μετά τη λήψη του αρτηριακού αίματος καλύπτεται η βελόνα με φελλό, για να μην μπει αέρας και το δείγμα στέλνεται αμέσως στο εργαστήριο σε μπολ με πάγο. Το σημείο της παρακέντησης της αρτηρίας (συνήθως κερκιδική), πιέζεται για 2-3', για πρόληψη αιμορραγίας.

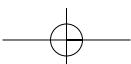
Πολλές φορές χρησιμοποιούνται τα οξύμετρα, για αποφυγή των παρακεντήσεων και τη συχνή παρακολούθηση της οξυγόνωσης. Τα οξύμετρα μας δίνουν κάθε στιγμή το ποσοστό κορεσμού της αιμοσφαιρίνης που είναι σημαντικός δείκτης του ολικού ποσού του οξυγόνου, αλλά όχι του CO_2 και του pH , με τη χρήση ειδικού ηλεκτροδίου, που τοποθετείται, συνήθως, στο δείκτη του χεριού. (εικ. 31)

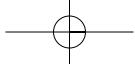


Εικ. 31 Οξύμετρο.

Γ. Ακτινολογικές εξετάσεις.

- 1. Απλή ακτινογραφία θώρακα:** Είναι εξέταση ρουτίνας και είναι πολύ σημαντική για τη διάγνωση των αναπνευστικών νοσημάτων.
- 2. Αξονική ή Υπολογιστική τομογραφία:** Γίνεται λήψη σειράς ακτινογραφιών με δυνατότητα πολύ λεπτών τομών. Δεν χρειάζεται ιδιαίτερη προετοιμασία.
- 3. Μαγνητική τομογραφία:** Είναι απεικόνιση σε λεπτές τομές, που δεν εκθέτει σε ραδιενέργεια η ανεπιθύμητες ενέργειες.
- 4. Σπινθηρογράφημα πνευμόνων:** Δείχνει την αιμάτωση και αερισμό των πνευμόνων. Γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση ραδιοϊσοτόπου και ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση, για ομοιόμορφη κατανομή του φάρμακου.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

5. Η βρογχογραφία και η αγγειογραφία: Γίνονται μετά από έγχυση σκιερής ουσίας και πραγματοποιούνται ακτινογραφίες. Σήμερα χρησιμοποιούνται σπάνια.

Δ. Ενδοσκοπικές εξετάσεις.

Βρογχοσκόπηση: Με τη βρογχοσκόπηση έχουμε άμεση εξέταση του βρογχικού δέντρου, χρησιμοποιώντας ευθύ και εύκαμπτο βρογχοσκόπιο. Η εξέταση αυτή γίνεται στο βρογχολογικό εργαστήριο (εικ. 32) ή επί κλίνης, (αν δεν μπορεί να μεταφερθεί ο άρρωστος στο εργαστήριο) για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς:

1. Διαγνωστικοί:

- Λήψη βιοψίας για ιστολογική εξέταση.
- Λήψη εκκρίσεων για κυτταρολογική και μικροβιολογική εξέταση.
- Για προσδιορισμό των σημείων αιμορραγίας.
- Για εντόπιση και εκτίμηση του όγκου.

2. Θεραπευτικοί:

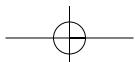
- Αφαίρεση ξένου σώματος.
- Αφαίρεση εκκρίσεων που φράσσουν το τραχειοβρογχικό δέντρο και για βρογχοκυψελιδική έκπλυση.
- Παρέμβαση με ακτίνες Laser, κυρίως σε καρκίνους.

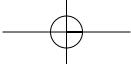


Εικ. 32 Βρογχολογικό εργαστήριο.

Προετοιμασία του αρρώστου.

- Ενημερώνεται ο άρρωστος για το σκοπό και τον τρόπο της εξέτασης (μείωση του άγχους), καθώς και για το χρόνο που χρειάζεται να παραμείνει νηστικός πριν την εξέταση (6-8 ώρες).
- Γίνεται φροντίδα της στοματικής κοιλότητας (πρόληψη προώθησης μικροβίων στους πνεύμονες) και αφαίρεση των οδοντοστοιχιών (αν υπάρχουν) για διευκόλυνση της εξέτασης.
- Χορηγείται ηρεμιστικό φάρμακο (δίνεται συνήθως το βράδυ της προηγούμενης ημέρας) και αιτροπίνη, για την αναστολή των εκκρίσεων, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Η εξέταση γίνεται, συνήθως, κάτω από τοπική αναισθησία (spray xylocaine), αλλά ορισμένες φορές μπορεί να γίνει και με γενική αναισθησία (στο χειρουργείο).





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

➤ Συστίνεται στον άρρωστο να μη βήχει ή καταπίνει κατά την εξέταση.

Ενέργειες μετά την εξέταση.

- Ο άρρωστος δεν πάρνει τίποτε από το στόμα μέχρι την επαναλειτουργία των φαρυγγικών αντανακλαστικών. Μετά από 2 ώρες περίπου μπορεί να του χορηγηθούν τροφή και υγρά.
 - Ενθαρρύνεται να βήχει για να αποβάλει τις τραχειοβρογχικές εκκρίσεις.
 - Ενημερώνεται για τον ερεθισμό που πιθανόν να νοιώσει στο λαιμό του και ότι αυτός θα είναι παροδικός.
 - Η ανάπαυση και η ηρεμία μετά την εξέταση παίζουν σημαντικό ρόλο.
- Άλλες ενδοσκοπικές μέθοδοι είναι: Η **μεσοθωρακοσκόπηση** και η **θωρακοσκόπηση** με βιοψία, που γίνονται σε πολύ εξειδικευμένες περιπτώσεις και από ειδικούς γιατρούς.

E. Εξετάσεις πτυέλων και ούρων.

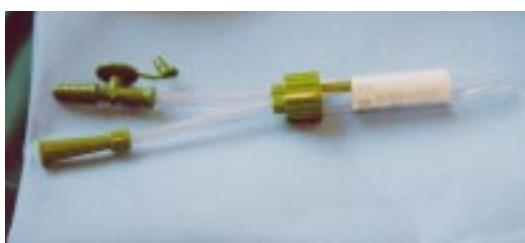
1. Κυτταρολογική πτυέλων για ανίχνευση τυχόν καρκινικών κυττάρων. Δίνεται στον άρρωστο ειδικό δοχείο (που περιέχει διάλυμα οινοπνεύματος), για να τοποθετήσει τα πτύελα.

2. Μικροβιολογική εξέταση εκκρίσεων του ρινοφάρυγγα και του τραχειοβρογχικού δέντρου για άμεσο παρασκευάσμα και καλλιέργεια για αντιβιόγραμμα.

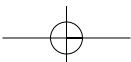
Η συλλογή πτυέλων για καλλιέργεια γίνεται σε ειδικό αποστειρωμένο δοχείο και ενημερώνεται ο άρρωστος να τοποθετήσει μετά από βαθύ βήχα τα **πρωτιά πτύελα** απ' ευθείας στο δοχείο. Επισημαίνεται στον άρρωστο ότι το δοχείο είναι αποστειρωμένο και δεν πρέπει να το ακουμπήσει από την εσωτερική πλευρά με τα χέρια του. Το δείγμα αποστέλλεται αμέσως στο εργαστήριο.

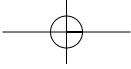
Αν ο άρρωστος δεν μπορεί να βγάλει πτύελα, προκαλείται σ' αυτόν βαθύς βήχας με εισπνοή ερεθιστικού αερολύματος (συνήθως διάλυμα χλωριούχου νατρίου), με μάσκα Aerosol.

Άλλοι τρόποι συλλογής δειγμάτων πτυέλων είναι η ενδοτραχειακή αναρρόφηση, η βρογχοσκοπική αναρρό-



Εικ. 33 Παγίδα τραχειοβρογχικών εκκρίσεων (Klerf).





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

φηση, κτλ. Στο εμπόριο κυκλοφορούν συσκευές που συνδέονται με αναρροφητήρα για άμεση συλλογή πτυέλων (klerf). (εικ. 33)

Επίσης, όταν γεννάται η υποψία ύπαρξης φυματίωσης του ουροποιογεννητικού συστήματος, πρέπει να συλλέγονται 3 διαδοχικά δείγματα από τα πρωινά ούρα του ασθενή (για 3 συνεχόμενες ημέρες) και να στέλνονται στο εργαστήριο για καλλιέργεια.

ΣΤ. Δερμοαντιδράσεις για φυματίωση.

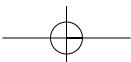
Η πιο συνηθισμένη είναι η δερμοαντίδραση κατά Mantoux. Γίνεται από το γιατρό, ενδοδερμικά συνήθως στην καμπτική επιφάνεια του αριστερού αντιβραχίου, με τη χρήση ειδικής βελόνας και σύριγγας και ορισμένης ποσότητας φυματίνης (0,1 ml) και διαβάζεται από τον ίδιο γιατρό, μετά από 48-72 ώρες (αξιολογείται η σκληρότητα και όχι η ερυθρότητα). Το διάλυμα φυλάσσεται στο ψυγείο και καταστρέφεται μετά από 3 εβδομάδες, αφότου ανοιχθεί.

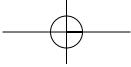
Ζ. Παρακέντηση θώρακα.

Αποτελεί διαγνωστική και θεραπευτική μέθοδο (βλέπε εργαστήριο).

Η. Βιοψία υπεζωκότα.

Είναι μια απλή, ασφαλής και γρήγορη τεχνική για λήψη τεμαχιδίων του τοιχωματικού υπεζωκότα, για καλλιέργεια και ιστολογική (βλέπε εργαστήριο).





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3. Συμπτώματα και Σημεία Αναπνευστικών Νοσημάτων – Νοσηλευτική Φροντίδα

Τα κυριότερα συμπτώματα των νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος είναι:

1. «Δύσπνοια» εννοούμε την υποκειμενική αντίληψη του αρρώστου, κατά την οποία ο άρρωστος αισθάνεται δυσκολία στην αναπνοή του. Η νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από τα αίτια της δύσπνοιας. Κύριο μέλημα είναι:

- Η τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση (χρήση ερεισίνωτου) και η χορήγηση οξυγόνου, αν χρειάζεται, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
- Η διατήρηση φυσιολογικής, της λειτουργίας του εντέρου. Γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν αέρια για αποφυγή πίεσης του διαφράγματος.
- Ο καλός αερισμός του θαλάμου του αρρώστου.

2. Βήχας: Είναι αποτέλεσμα ερεθισμού του βλεννογόνου σε οποιοδήποτε σημείο της αναπνευστικής οδού. Είναι αντανακλαστικό, που εκδηλώνεται με βίαιη, απότομη και θορυβώδη εκπνοή. Πρέπει να εκτιμάται αν είναι παραγωγικός (αν συνοδεύεται από απόχρεμψη) ή ξηρός, επίμονος και αν σχετίζεται με το κάπνισμα ή κάποια νόσο.

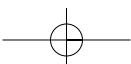
Με το βήχα απομακρύνονται οι τραχειοβρογχικές εκκρίσεις. Επομένως προτρέπεται ο άρρωστος να:

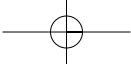
- Εισπνέει βαθιά και στη συνέχεια να εκπνέει, δηλαδή, να παίρνει βαθιά κοιλιακή εισπνοή σηκωμένος προς τα εμπρός και στο τέλος της βαθιάς εισπνοής να βήχει.
- Να γυρίζει συχνά από την ύπτια στην καθιστή θέση και αντίστροφα.
- Να πραγματοποιούνται ελαφρά χτυπήματα στην πλάτη και να ενθαρρύνεται να βήχει εκούσια.

3. Κυάνωση: Είναι το κυανό χρώμα των δέρματος των νυχιών και βλεννογόνων. Διακρίνεται σε αναπνευστική (ελλιπή οξυγόνωση του αίματος από τους πνεύμονες) και κυκλοφορική (μείζη φλεβικού και αρτηριακού αίματος π.χ. συγγενείς καρδιοπάθειες).

Η νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από τα αίτια της κυάνωσης. Πρωταρχικά:

- Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία.
- Απελευθερώνεται ο άρρωστος από στενά ρούχα.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

- Ελέγχονται τα χείλια, νύχια, αυτιά, ιδιαίτερα η γλώσσα, για να εκτιμηθεί σωτά η κυάνωση.
- Ενημερώνεται ο γιατρός.
- Χορηγείται οξυγόνο σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, αν είναι αναπνευστικής αιτιολογίας.

4. Απόχρεμψη: Είναι η αποβολή πτυέλων. Φυσιολογικά, το τραχειοβρογχικό δέντρο εκκρίνει βλέννα, η οποία καταπίνεται. Όμως σε παθολογικές καταστάσεις η ποσότητα αυξάνεται και διαφέρει, ως προς την οσμή, σύσταση και όψη. Ιδιαίτερα στα νοσήματα του αναπνευστικού:

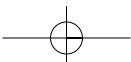
- Υποβοηθείται ο άρρωστος να βγάλει τα πτύελα και γίνεται συστηματική φροντίδα στόματος (μείωση λοιμώξεων).
- Τονίζεται ότι πρέπει να παίρνει πολλά υγρά, για να ρευστοποιούνται και να αποκολλώνται τα πτύελα.
- Τοποθετούνται κοντά στον άρρωστο κατάλληλα υλικά (κεσεδάκια, χαρτοβάμβακο), για να μην διασπείρονται τα μικρόβια κατά την αποβολή των πτυέλων.
- Εφαρμόζονται πλήξεις και δονήσεις από φυσικοθεραπευτή, για παροχέτευση των εκκρίσεων, με τοποθέτηση του αρρώστου σε ειδικές θέσεις.

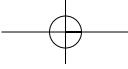
5. Αιμόπτυση: Είναι η έξοδος αίματος από την αναπνευστική οδό με βήχα και είναι σύμπτωμα, κυρίως, της φυματίωσης, του καρκίνου πνεύμονα, της πνευμονικής εμβολής, κ.ά. Η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται στην :

- Ακινητοποίηση του αρρώστου σε καθιστή θέση.
 - Χορήγηση τροφής μαλακής σε θερμοκρασία δωματίου (ούτε ζεστή, ούτε κρύα).
 - Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της ποσότητας των αιμοπτύσεων.
- Σε μεγάλες αιμοπτύσεις (πάνω από 200 cc), χρησιμοποιούνται φάρμακα, ανάλογα με την ιατρική οδηγία.

6. Θωρακικό άλγος: Ο πόνος του θώρακα συνδέεται με πολλές παθήσεις και διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Για να μειωθεί ο πόνος:

- ◆ Τοποθετείται ο άρρωστος σε κατάλληλη θέση.
- ◆ Χορηγείται παυσίπονο, ανάλογα με την ιατρική οδηγία.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

4. Οξυγονοθεραπεία.

Τρόποι Χορήγησης – Νοσηλευτική Φροντίδα

Το οξυγόνο σαν φάρμακο θα πρέπει να χρησιμοποιείται στη σωστή δόση, με σωστό τρόπο και μόνο εκεί που επιβάλλεται.

Οξυγονοθεραπεία ονομάζεται η χορήγηση οξυγόνου για θεραπευτικό σκοπό.

Σκοπός της οξυγονοθεραπείας είναι η αύξηση της τάσης του οξυγόνου στον κυψελιδικό αέρα με την οποία γίνεται προσπάθεια να επιτευχθεί:

- Βελτίωση της υποξαιμίας.
- Αύξηση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης (Hb).
- Μείωση του έργου του μυοκαρδίου και των πνευμόνων.

Ενδείξεις οξυγονοθεραπείας.

Ενδείκνυται σε αναπνευστικές παθήσεις, νευρολογικές παθήσεις, παθήσεις της καρδιάς, δηλητηριάσεις, σε μετεγχειρητικές καταστάσεις, κ.ά.

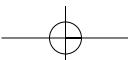
Βασικές αρχές οξυγονοθεραπείας – Λήψη μέτρων κατά τη χορήγηση οξυγόνου.

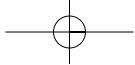
Αναφέρθηκε πιο πάνω ότι το οξυγόνο είναι φάρμακο. Κατά συνέπεια, πρέπει να χορηγείται κατόπιν γραπτής ιατρικής εντολής και να αναγράφεται η έναρξη, η ροή, η πυκνότητα και η μέθοδος χορήγησης.

Για να γίνει έναρξη της οξυγονοθεραπείας, πρέπει να προηγηθεί έλεγχος των αερίων αίματος από το γιατρό. Πολύ βασικό ρόλο κατά τη χορήγηση του οξυγόνου παίζει η εφύγρανση, η οποία είναι απαραίτητη, για να μην ξηραίνονται οι αναπνευστικοί βλεννογόνοι.

Η διακοπή της οξυγονοθεραπείας σ' ένα υποξαιμικό άρρωστο, για οποιοδήποτε λόγο (π.χ. διακομιδή για παρακλινικές εξετάσεις) είναι επικίνδυνη. Δεν είναι σπάνιοι οι θάνατοι «των ασανσέρ» ή «του πρωινού ροφήματος», όπου ο άρρωστος έβγαλε τη μάσκα του. Η χρήση φορητής φιάλης οξυγόνου δίνει τη λύση κατά τις μετακινήσεις του αρρώστου. (εικ. 34)

Επίσης πρέπει να ενημερώνονται οι άρρωστοι και οι συγγενείς για τους κινδύνους που προκύπτουν, όταν τροποποιούν τη δόση ή διακόπτουν από μόνοι τους την οξυγονοθεραπεία.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Στους χώρους που υπάρχει παροχή οξυγόνου ο κίνδυνος πυρκαγιάς είναι πολύ μεγάλος. Γι' αυτό παίρνονται κάποια μέτρα πρόληψης, όπως:

- Κατάλληλη γείωση όλων των πηγών παροχής ηλεκτρικού ρεύματος και ιατρικών συσκευών.
- Απαγόρευση του καπνίσματος, με την τοποθέτηση ειδικής πινακίδας.
- Αποφυγή λειτουργίας ηλεκτρικών συσκευών (θερμάστρες), αναπτήρων, κτλ.
- Απαγόρευση των συσκευών που παράγουν σπινθήρα.
- Δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση λιπαρών ουσιών και εύφλεκτων διαλυμάτων (λιπαντικά λάδια, αλκοόλη, αιθέρας, αντισηπτικά) στις συσκευές χορήγησης οξυγόνου, όταν αυτές λειτουργούν, γιατί μπορεί εύκολα να αναφλεγούν.



Εικ. 34 Φορητή φιάλη οξυγόνου.

Τρόποι χορήγησης του οξυγόνου.

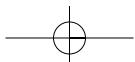
Το οξυγόνο παράγεται βιομηχανικά και χρησιμοποιείται στα νοσοκομεία για θεραπευτικούς σκοπούς και βρίσκεται σε υγρή μορφή, μέσα σε δεξαμενές με πίεση. Περνά απαραίτητα από μειωτήρες πίεσης, ώστε να έρχεται στην παροχή του τοίχου με λιγότερη πίεση.

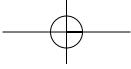
Η εντοιχισμένη παροχή καλύπτεται αεροστεγώς με μεταλλικό πώμα ή συνδέεται με μικρό σύστημα, που αποτελείται από το ροδόμετρο (ρολόι) που ρυθμίζει τη ροή και τον υγραντήρα, μικρή φιάλη που γεμίζει με απεσταγμένο νερό μέχρι το επίπεδο ένδειξης.

Το O_2 υπάρχει, επίσης, σε κυλίνδρους (οβίδες) διαφόρων μεγεθών και βάρους, που έχουν ειδικό ρυθμιστή πίεσης συνδεόμενο με ροδόμετρο για τη ρύθμιση της ροής O^2 (σε lit/min). Το O_2 πριν χορηγηθεί στον άρρωστο, περνά από υγραντήρα για εφύγρανση.

Οι συσκευές που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι:

1. Ρινικοί καθετήρες. Είναι ο πιο απλός, εύχρηστος και φθηνός τρόπος χορήγη-





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

σης O_2 . Είναι ανεκτοί από τον άρρωστο και του επιτρέπουν να τρώει και να μιλάει. Χρειάζεται προσοχή κατά τη χρήση τους, γιατί φεύγουν εύκολα από τη θέση τους, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος είναι συγχυτικός ή αποκοιμηθεί.

2. Μάσκες: Είναι η πλέον κατάλληλη μέθοδος για ελεγχόμενη οξυγονοθεραπεία και παροχή υψηλών πυκνοτήτων O_2 . Πρέπει απαραίτητα να εφαρμόζουν καλά στο πρόσωπο. Συνήθως οι άρρωστοι δεν τις ανέχονται.

Υπάρχουν μάσκες διαφόρων τύπων:

❑ **Απλή μάσκα.** Φέρει μερικές οπές στα πλάγια, που επιτρέπουν την εισπνοή και την ανάμειξη του O_2 με τον ατμοσφαιρικό αέρα. Χρησιμοποιείται σε μικρής διάρκειας οξυγονοθεραπεία. Με ροή O_2 6-8 lit/min επιτυγχάνεται πυκνότητα O_2 35-60%.

❑ **Μάσκα με ασκό πλήρους επανεισπνοής.** Το εισπνεόμενο O_2 ή το μείγμα αερίων της νάρκωσης, καθώς και ο εκπνεόμενος αέρας, συγκεντρώνονται στον ασκό. Το σύστημα είναι κλειστό και χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά στο χειρουργείο.

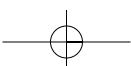
❑ **Μάσκα με ασκό μερικής επανεισπνοής.** Η διαφορά με την προηγούμενη είναι ότι το κύκλωμα είναι ανοικτό. Με τη μάσκα αυτή εξοικονομείται οξυγόνο.

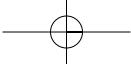
❑ **Μάσκα με ασκό χωρίς επανεισπνοή.** Μεταξύ μάσκας και ασκού υπάρχει βαλβίδα μιας διόδου. Η μάσκα αυτή επιτρέπει την εισπνοή μεγάλων ποσοτήτων O_2 .

❑ **Μάσκα τύπου Venturi.** Με τη μάσκα αυτή, που έχει ειδικό ρυθμιστικό μηχανισμό, εξασφαλίζονται συγκεκριμένες και σταθερές ποσότητες O_2 .

3. Τέντα οξυγόνου. Χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιατρικά νοσοκομεία. Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται υψηλό ποσοστό υγρασίας στον εισπνεόμενο αέρα.

Μερικές φορές χρησιμοποιούνται και **αναπνευστήρες** για τη χορήγηση μεγαλύτερων πυκνοτήτων O_2 .





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

5. Τραχειοστομία – Νοσηλευτική Φροντίδα

Τραχειοστομή είναι η τομή που γίνεται μεταξύ 2^{ου}-3^{ου} ή 3^{ου}-4^{ου} ημικρίκιου της τραχείας.

Τραχειοστομία ονομάζεται το τεχνητό στόμιο (δηλαδή τραχειοστομία), μαζί με τον τραχειοσωλήνα στην τραχεία. Έχουμε δύο είδη τραχειοστομίας: Την **επείγουσα** και την **εκλεκτική**. Η επείγουσα εκτελείται αμέσως στο ΜΕΘ ή στο ΤΕΠ. Η εκλεκτική γίνεται με γενική ή τοπική αναισθησία.

Η τραχειοστομία είναι παροδική ή μόνιμη.

Ενδείξεις τραχειοστομίας.

1. Αναπνευστική απόφραξη στο επίπεδο του λάρυγγα ή πάνω απ' αυτό.
2. Αδυναμία καθαρισμού των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων.
3. Παράταση διασωλήνωσης της τραχείας, ώστε να γίνει μηχανικός αερισμός, αντί της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης.
4. Παθήσεις διαφόρων συστημάτων, όπως κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, τέτανος, μυασθένειες, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κτλ.

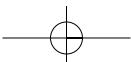
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με τραχειοστομία.

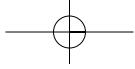
Μετά την τραχειοστομία και όταν επιστρέψει ο άρρωστος στο Νοσηλευτικό Τμήμα:

- Τοποθετείται σε ημικαθιστή θέση.
- Γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή σε ειδικό δελτίο.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική παρακολούθηση έχει σαν σκοπό:

- Να παραμένει ανοιχτή η αεροφόρος οδός και να υπάρχει ρευστότητα στις τραχειοβρογχικές εκκρίσεις. Αυτό γίνεται με συχνό καθαρισμό του τραχειοσωλήνα κάθε 2-4 ώρες με αναρρόφηση. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στα δύο πρώτα 24ωρα, γιατί χρειάζεται αναρρόφηση κάθε 15 λεπτά. Ο τραχειοσωλήνας συμπεριφέρεται σαν ξένο σώμα στο βλεννογόνο και γι' αυτό υπάρχει ανδηση εκκρίσεων.
- Να παρακολουθείται η τραχειοστομία για σημεία φλεγμονής (οίδημα, ερυθρότητα, πόνος) και αιμορραγίας και να ακολουθεί ενημέρωση του γιατρού για οποιαδήποτε αλλαγή.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

- Να ακολουθείται συστηματική φροντίδα τραχειοστομίας, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, με τήρηση αρχών ασηψίας και αντισηψίας (βλέπε εργαστήριο).
- Επιβάλλεται η συχνή φροντίδα του στόματος, γιατί υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος μετεγχειρητικών λοιμώξεων του αναπνευστικού.
- Εξασφαλίζεται ήρεμο και καθαρό περιβάλλον. Επισημαίνεται στους συγγενείς του αρρώστου ότι απαγορεύεται το συχνό επισκεπτήριο.
- Επισκέπτες με λοιμώξεις που μεταδίδονται αερογενώς, πρέπει να φοράνε μάσκα όταν πάνε κοντά στον άρρωστο.
- Κινητοποιείται ο άρρωστος, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και δίνεται μεγάλη προσοχή στην καλή στέρεωση του τραχειοσωλήνα.
- Τοποθετείται το κουδούνι κοντά του, ενθαρρύνεται να το χρησιμοποιεί, καθώς και το χαρτί και το μολύβι που υπάρχει στο κομοδίνο, του για να μπορεί να επικοινωνεί με το νοσηλευτικό προσωπικό. Υποχρεωτικά πρέπει να υπάρχει στο κομοδίνο υλικό για έκτακτη ανάγκη (βλέπε εργαστήριο).
- Ο τραχειοσωλήνας πρέπει να έχει δύο αεροθαλάμους (Cuff) για τη συγκράτησή του στην τραχεία. (εικ.

35) Τα Cuff πρέπει να φουσκώνουν και να ξεφουσκώνουν εναλλάξ κάθε 2 ώρες για 5-10 λεπτά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, προκειμένου να αιματωθεί η περιοχή και να αποφεύγεται η νέκρωση του βλεννογόνου. Ο τραχειοσωλήνας μπορεί να είναι και μεταλλικός (εσωτερικός-εξωτερικός) και δε διαθέτει αεροθάλαμο. (εικ. 36)

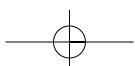
Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αντιμετωπίζεται ο άρρωστος εξατομικευμένα, ανάλογα με τις ανάγκες που δημιουργούνται.

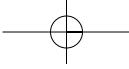


Εικ. 36 Μεταλλικός τραχειοσωλήνας.



Εικ. 35 Τραχειοσωλήνας με cuff, γάζα τραχειοστομίας, φακαρόλα.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

6. Λοιμώξεις του Αναπνευστικού Συστήματος – Νοσηλευτική φροντίδα

α. Οξεία Τραχειοβρογχίτιδα.

Είναι οξεία φλεγμονή της τραχείας και του βρογχικού δέντρου.

Οι **παράγοντες** που μπορούν να προκαλέσουν οξεία τραχειοβρογχίτιδα είναι:

1. Λοιμογόνοι (ιοί και άλλα παθογόνα μικρόβια).
2. Χημικοί (αμμωνία, υδροχλωρικό οξύ, διάφορα αέρια, κτλ.).
3. Άλλεργικοί.

Τα **συμπτώματα** της οξείας τραχειοβρογχίτιδας είναι:

– Αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου, ξηρότητα τραχείας και συνήθως πυρετός, βήχας και απόχρεμψη.

Η νόσος είναι, συνήθως, εποχιακή και διαρκεί μερικές ημέρες, εκτός αν το αναπνευστικό είναι επιβαρημένο. Τότε τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο.

Η **θεραπεία** είναι συμπτωματική. Χορηγούνται αποχρεμπτικά, βρογχοδιασταλτικά, αντιβίωση και συνιστάται η αποφυγή του καπνίσματος.

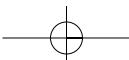
Νοσηλευτική φροντίδα.

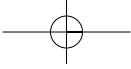
Για τη σωστή αντιμετώπιση:

- Ο άρρωστος πρέπει να βρίσκεται σε περιβάλλον ελεύθερο από μικροοργανισμούς, υγρό και μη ερεθιστικό. Θα πρέπει να προφυλάσσεται από ρεύματα αέρα και, αν χρειαστεί, μπορεί να γίνονται εισπνοές υδρατμών με ειδική συσκευή ή κοινό βραστήρα. Έτσι ελαττώνεται ο ερεθισμός της τραχείας και υγραίνεται η ατμόσφαιρα.
- Παροτρύνεται να παίρνει πολλά υγρά, έτσι ώστε να ρευστοποιούνται οι εκκρίσεις, για να μπορούν να αποβληθούν.
- Γίνεται καθημερινή και συχνή φροντίδα στόματος.
- Χορηγούνται φάρμακα (αντιβιοτικά, αποχρεμπτικά, κτλ.), σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα ηλικιωμένα άτομα, για πρόληψη επιπλοκών.

β. Πνευμονία.

Είναι φλεγμονή των κυψελίδων του πνεύμονα, που προκαλεί πύκνωση του πνευμονικού





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ιστού, εξαιτίας πλήρωσης των κυψελίδων με εξιδρωματικό αντιδραστικό υγρό, το οποίο αντικαθιστά τον αέρα των κυψελίδων.

Στην εκδήλωση της πνευμονίας μπορεί να συντελέσουν διάφοροι παράγοντες, όπως λοιμώξεις του αναπνευστικού, χειρουργικές επεμβάσεις, εισρόφηση των τροφών και εδεσμάτων, το αλκοόλ, κτλ.

Ο πνευμονιόκοκκος εξακολουθεί να παραμένει το συνηθέστερο αίτιο, ιδιαίτερα της εξωνοσοκομειακής πνευμονίας. Άλλα μικρόβια είναι το μυκόπλασμα, ο σταφυλόκοκκος, η κλεμιστέλλα, κτλ.

Το πρώτο σύμπτωμα είναι ο υψηλός πυρετός με ρίγος. Ταυτόχρονα εμφανίζεται βήχας, που γίνεται παραγωγικός (πτύελα πυώδη που αποβάλλονται δύσκολα), με διάφορες αποχρώσεις (γκριζοκίτρινα, πρασινωπά, σκοριόχρωα, κτλ.), πλευριτικό άλγος, δύσπνοια και, πολλές φορές, ταχυκαρδία.

Η πενικιλίνη είναι, συνήθως, το φάρμακο εκλογής. Μπορεί όμως να χορηγηθούν και άλλα φάρμακα. Αυτό όμως εξαρτάται από τις καλλιέργειες πτυέλων. Επιπλέον, δίνονται αντιπυρετικά, αποχρεμπτικά, βρογχοδιασταλτικά, πανσίπονα, χορήγηση O_2 , αν χρειάζεται

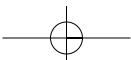
Πρόληψη.

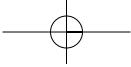
- ⇒ Διατήρηση φυσικής άμυνας οργανισμού (επαρκής ανάπαυση και θρέψη).
- ⇒ Χορήγηση εμβολίου κατά της γρίπης και εμβολίου κατά του πνευμονιόκοκκου σε ομάδες αρρώστων υψηλού κινδύνου.
- ⇒ Ενθάρρυνση των χειρουργημένων αρρώστων να αλλάζουν θέση, να παίρνουν βαθιές αναπνοές, να βήχουν, για ν' αποβάλλουν τις εκκρίσεις, και έγκαιρη έγερση αυτών.

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται στο τάισμα των παιδιών, των ηλικιωμένων ατόμων, των βαριά αρρώστων για πρόληψη της πνευμονίας από εισρόφηση.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Προστατεύεται ο άρρωστος από ρεύματα αέρα και διατηρείται ζεστός και στεγνός, αν έχει εφιδρώσεις.
- Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη φροντίδα του δέρματος και της στοματικής κοιλότητας. Επαλείφονται τα χείλη με γλυκερίνη, αν είναι ξηρά και σκασμένα.
- Χορηγούνται υγρά (2-3 λίτρα το 24ωρο), γιατί βοηθούν στην πρόληψη της αφυδάτωσης, αλλά και στη ρευστοποίηση των εκκρίσεων. Καταγράφονται τα προσλαμ-





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

βανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά. Προσοχή χρειάζεται, αν ο άρρωστος έχει καρδιακή ανεπάρκεια. Δίδεται ελαφρά δίαιτα.

- Τρίωρη καταγραφή ζωτικών σημείων.
- Τα δείγματα των πτυέλων μεταφέρονται άμεσα στο εργαστήριο, γιατί καθυστερήσεις πάνω από 2 ώρες μειώνουν την πιθανότητα ανεύρεσης κάποιων μικροβίων.
- Χορηγούνται φάρμακα (όπως αντιβιοτικά, αντιπυρετικά, βρογχοδιασταλτικά, κτλ.) και οξυγόνο, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να βήχει, για ν' αποβάλλει τις εκκρίσεις.
- Περιορισμός του επισκεπτηρίου.
- Τοποθετείται σε αναπαυτική θέση και βοηθείται στις καθημερινές του δραστηριότητες, με στόχο την πρόληψη επιπλοκών και υποτροπής της νόσου.

γ. Πλευρίτιδα.

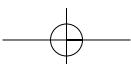
Είναι φλεγμονή του υπεζωκότα. Συχνά η φλεγμονή ξεκινά χωρίς υγρό (ξηρή πλευρίτιδα) και εξελίσσεται σε υγρή (συλλογή υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα). Μπορεί να εμφανιστεί κατά την εκδήλωση πολλών νοσημάτων, όπως είναι η φυματίωση, η πνευμονία, ο καρκίνος πνεύμονα, κτλ.

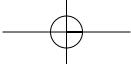
Ο άρρωστος παρουσιάζει έντονο πόνο που επιδεινώνεται από το βήχα και την αναπνοή (ξηρή πλευρίτιδα). Πολλές φορές παρουσιάζει δύσπνοια και πυρετό (υγρή πλευρίτιδα).

Η **θεραπεία** είναι αιτιολογική. Χορήγηση αντιφυματικής αγωγής σε περίπτωση φυματιώδους πλευρίτιδας, παρακέντηση για αποβολή υγρού, σε περίπτωση καρκίνου και πιθανόν έγχυση κυτταροστατικής στον υπεζωκότα, κτλ.

Νοσηλευτική φροντίδα.

- Παροτρύνεται ο άρρωστος να ξαπλώνει στο ημιθωράκιο που πάσχει και του χορηγούνται παυσίπονα, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό βοηθάει το γιατρό στην παρακέντηση του θώρακα (βλέπε εργαστήριο) και ενθαρρύνεται ο άρρωστος, αφού πρώτα ενημερώνεται για τη διαδικασία.
- Παρακολουθούνται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία.
- Εξασφαλίζεται καλή ενυδάτωση και διατροφή του αρρώστου (τροφές πλούσιες σε λεύκωμα).





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

➤ Παροτρύνεται ο άρρωστος να βήχει, για ν' αποβάλλει τις εκκρίσεις.

δ. Φυματίωση Πνεύμονα.

Η φυματίωση υπήρξε σοβαρή μάστιγα της ανθρωπότητας. Αρχισε τον 16ο αιώνα, κορυφώθηκε το 18ο αιώνα και φθάνει μέχρι σήμερα με σημαντική ύφεση. Την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται αναζωπύρωση της φυματίωσης και εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγιεινής..

Παράγοντες που έχουν συντελέσει στην αναζωπύρωση της φυματίωσης, είναι το AIDS, η μετανάστευση, ο συγχρωτισμός ατόμων σε φυλακές, γηροκομεία, καθώς επίσης κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Η λοίμωξη από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, γίνεται από εισπνοή βακίλων με τη μορφή σταγονιδίων, που εκτοξεύονται με το βήχα, το φτάρνισμα ή την ομιλία.

Η λοίμωξη μπορεί να είναι και εξωπνευμονική σε άλλα όργανα και ιστούς, όπως είναι οι νεφροί, τα οστά, οι λεμφαδένες, κτλ.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα, την ακτινογραφία θώρακα, την καλλιέργεια πτυέλων, τη δερμοαντίδραση Mantoux, κτλ.

Τα κύρια συμπτώματα της πνευμονικής φυματίωσης είναι: απώλεια βάρους, κακή θρέψη, πυρετικά δέκατα, καταβολή δυνάμεων, βήχας, απόχρεμψη, νυχτερινές εφιδρώσεις.

Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την πρώιμη διάγνωση, τα κατάλληλα φάρμακα, αλλά και από τη συνεργασία του αρρώστου, γιατί όπως γνωρίζουμε, η φαρμακευτική αγωγή είναι μακροχρόνια.

Η θεραπεία της φυματίωσης, είναι ισχυρά. Είναι συνδυασμός πολλών φαρμάκων, αλλά η επιτυχία της φθάνει το 100%.

Τα αντιφυματικά φάρμακα διακρίνονται σε πρωτεύοντα και δευτερεύοντα και μπορεί η θεραπεία να διαρκέσει 6 μήνες ή 9 ή 12 μήνες(κυρίως σε περιπτώσεις ανθεκτικών στελεχών). Αυτό όμως, θα το καθορίσει ο γιατρός και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Μεγάλο ρόλο στη θεραπεία παίζει και η υγιεινοδιαιτητική αγωγή.

Πρόληψη.

- Υγιεινός τρόπος διαβίωσης και όχι συγχρωτισμός των ατόμων.
- Έγκαιρη ανίχνευση νέων περιπτώσεων (δερμοαντίδραση Mantoux).

