

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΘΕΜΑ:

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

ΚΑΤΣΑΡΙΔΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

Τριμελής Επιτροπή:

Αβραμικά Μαρία, καθηγήτρια εφαρμογών (επιβλέπουσα)

Δημητριάδου Αλεξάνδρα, καθηγήτρια εφαρμογών

Μηνασίδου Ευγενία, καθηγήτρια εφαρμογών

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Πρόλογος

Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1: Ανατομία - Φυσιολογία του νεφρικού συστήματος

1.1 Ανατομία του νεφρικού συστήματος

1.1.1 Το νεφρικό σπείραμα

1.1.2 Το Νεφρικό σωληνάριο

1.2 Φυσιολογία του νεφρικού συστήματος

1.2.1 Το Νεφρικό σωληνάριο

1.2.2 Το εγγύς σωληνάριο

1.2.3 Η αγκύλη του Henle

1.2.4 Ο άπω νεφρώνας

1.2.5 Ομοιοστατικές λειτουργίες του νεφρού

1.2.6 Απέκκριση άχρηστων ουσιών

1.2.7 Ομοίωση υγρών και ηλεκτρολυτών

1.2.8 Νεφρική ορμονική ρύθμιση

1.3 Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 2: Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ)

2.1 Αίτια της ΧΝΑ

2.1.1 Αίτια τελικού σταδίου σε ΧΝΑ σε ασθενείς που εισάγονται σε Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση (ΧΠΑ)

2.2 Κλινική εικόνα και συμπτώματα της ΧΝΑ

2.3 Γενικές και ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις για τη ΧΝΑ

2.3.1 Δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας

2.3.2 Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις

2.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 3: Επιπλοκές

3.1 Επιπλοκές της ΧΝΑ στη σύσταση ολόκληρου του σώματος οι οποίες κρίνουν απαραίτητη την έναρξη της θεραπείας

3.1.1 Συμπτώματα από το κυκλοφορικό σύστημα

3.1.2 Συμπτώματα από το αιμοποιητικό σύστημα

3.1.3 Συμπτώματα από το ερειστικό σύστημα

3.1.4 Συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα

3.1.5 Συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα

3.1.6 Συμπτώματα από το νευρικό σύστημα

3.1.7 Συμπτώματα από τους ενδοκρινείς αδένες

3.1.8 Συμπτώματα από το δέρμα

3.1.9 Συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα

3.2 Στάδια έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας

3.3 Ενδείξεις ένταξης ασθενούς με ΧΝΑ σε μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας

3.3.1 Σχετικές ενδείξεις έναρξης υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας

3.3.2 Απόλυτες ενδείξεις έναρξης υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας

3.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 4: Θεραπεία

4.1 Διαιτητικές ανάγκες ασθενών με ΧΝΑ

4.1.1 Πρωτεΐνες

4.1.2 Λίπη

4.1.3 Φώσφορος – Ασβέστιο

4.1.4 Κάλιο

4.1.5 Νάτριο

- 4.1.6 Υγρά
 - 4.1.7 Βιταμίνες
 - 4.1.8 Ιχνοστοιχεία
 - 4.2 Αιμοκάθαρση
 - 4.2.1 Λειτουργία της Αιμοκάθαρσης
 - 4.2.2 Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό
 - 4.2.3 Ερωτήματα ασθενών και οικογενειών που αφορούν στην προετοιμασία για την αιμοκάθαρση
 - 4.2.4 Πλεονεκτήματα – μειονεκτήματα Αιμοκάθαρσης στο νοσοκομείο και στο σπίτι
 - 4.2.4.1 Αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο
 - 4.2.4.2 Αιμοκάθαρση στο σπίτι
 - 4.2.5 Βασικές αρχές χορήγησης φαρμάκων στην αιμοκάθαρση
 - 4.2.5.1 Φάρμακα στην αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό
 - 4.3 Περιτοναϊκή κάθαρση
 - 4.3.1 Μορφές περιτοναϊκής κάθαρσης
 - 4.3.1.1 Συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ)
 - 4.3.1.2 Αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση
 - 4.4 Κριτήρια ένταξης σε εξωνεφρική κάθαρση
 - 4.4.1 Μέθοδοι εξωνεφρικής κάθαρσης
 - 4.5 Μεταμόσχευση νεφρού
 - 4.5.1 Μεταμόσχευση νεφρού από νεκρό δότη
 - 4.5.2 Κίνδυνοι κατά την εγχείρηση της μεταμόσχευσης
 - 4.5.3 Χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων μετά τη μεταμόσχευση
 - 4.5.4 Πλεονεκτήματα – μειονεκτήματα της μεταμόσχευσης του νεφρού
 - 4.5.5 Θεραπευτικά προβλήματα της μεταμόσχευσης
 - 4.6 Σύνοψη κεφαλαίου
- Κεφάλαιο 5: Συμβάματα στη ΧΝΑ
- 5.1 ΧΝΑ και AIDS
 - 5.1.1 Τρόποι μετάδοσης
 - 5.1.2 Εκδήλωση AIDS σε ασθενείς με ΧΝΑ- Επίπτωση του ΣΕΑΑ σε ασθενείς με Χρόνια Αιμοκάθαρση
 - 5.1.3 Αντιμετώπιση ασθενών με ΣΕΑΑ στη ΧΝΑ
 - 5.1.4 ΣΕΑΑ και μεταμόσχευση
 - 5.1.5 Ο ρόλος και τα νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την αιμοκάθαρση για την πρόληψη μετάδοσης του HIV.
 - 5.1.6 Νοσηλευτικά μέτρα
 - 5.2 Αναιμία στη ΧΝΑ
 - 5.2.1 Αιτιολογία της αναιμίας
 - 5.2.2 Επιπτώσεις της αναιμίας στους ασθενείς με ΧΝΑ
 - 5.2.3 Αντιμετώπιση της αναιμίας στη ΧΝΑ
 - 5.2.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες της ανθρώπινης ανασυνδυασμένης ερυθροποιητίνης (rhEPO)
 - 5.3 Σύνοψη κεφαλαίου
- Κεφάλαιο 6: Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με ΧΝΑ
- 6.1 Προσέγγιση και υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειας στην εξωνεφρική κάθαρση
 - 6.2 Απαντήσεις σε ερωτήματα υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των ασθενών
 - 6.3 Ψυχολογικά Προβλήματα ασθενών με ΧΝΑ
 - 6.3.1 Αυτοκτονία και εγκατάλειψη της θεραπείας
 - 6.3.2 Κοινωνικά, επαγγελματικά και ψυχολογικά προβλήματα
 - 6.3.3 Σεξουαλική συμπεριφορά – αναπαραγωγή

6.3.4 Θρήνος για την απώλεια του μοσχεύματος

6.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 7: Ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΝΑ

7.1 Στάδια προσαρμογής στην αιμοκάθαρση που μπορεί να βιώσει ο ασθενής με τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΤΣΧΝΑ)

7.2 Η ποιότητα ζωής του νεφροπαθούς και οι στρεσογόνοι παράγοντες

7.3 Μέθοδοι εκτίμησης ποιότητας ζωής ασθενών με ΧΝΑ

7.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 8: Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

8.1 Νοσηλευτική εκτίμηση – διάγνωση

8.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αιμοκάθαρση

8.2.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πριν την αιμοκάθαρση

8.2.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετά την αιμοκάθαρση

8.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ΧΝΑ σε ασθενείς με Χρόνια Αιμοκάθαρση

8.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ο ρόλος του νοσηλευτή στην περιτοναϊκή κάθαρση

8.4.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πριν την περιτοναϊκή κάθαρση

8.4.2 Διεγχειρητική παρέμβαση στην περιτοναϊκή κάθαρση

8.4.3 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

8.4.4 Οδηγίες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ)

8.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ο ρόλος του νοσηλευτή στην μεταμόσχευση

8.6 Γενικό σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας

Επίλογος – Συμπεράσματα

Περίληψη

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ:

Κίνητρο αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η συνεχής αναζήτηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ), οι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας ζωής τους, οι ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου αυτής στη ζωή των ασθενών καθώς και η αναζήτηση όλων των αιτιών που συντελούν στην εμφάνισή της ΧΝΑ. Στη συνέχεια, αξίζει ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτρια κυρία Αβραμικά Μαρία που με την υπομονή και την σωστή καθοδήγησή της, βοήθησε στην σταδιακή αναζήτηση της βιβλιογραφίας και τη συγγραφή της Πτυχιακής Εργασίας. Ακόμη, ένα ευχαριστώ στην κυρία Αβραμικά Μαρία και την κυρία Μπελλάλη Θάλεια που με βάση τα πλάνα τους αναπτύχθηκε η Πτυχιακή Εργασία.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας που με κόπο πολύ βοήθησαν να βγούμε στην κοινωνία με όπλο την γνώση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο άνθρωπος είναι ένα βιοψυχοκοινωνικό ον, πολιτισμικό και πνευματικό, που έχει την ικανότητα και το δικαίωμα να επιλέγει την πορεία της ζωής του και να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά και τους παράγοντες που προάγουν την υγεία.

Ο νεφροπαθής ασθενής μπορεί να είναι οποιοδήποτε άτομο, από το νεογνό, έως τον υπερήλικα με ΧΝΑ, η οποία απαιτεί εξειδικευμένη ιατρονοσηλευτική παρέμβαση για να επιτευχθεί ύψιστη δυνατή ποιότητα ζωής με τους περιορισμούς που επιβάλλει η κατάσταση της υγείας του.

Η ΧΝΑ δεν αποτελεί εμπόδιο για την ομαλή συνέχιση της προσωπικής, οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής του ασθενούς.

Ο προσανατολισμός λοιπόν της ομάδας υγείας πρέπει να στέφεται προς την εξατομίκευση του τρόπου και της έκτασης της ενημέρωσης. Το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο, η σχέση της οικογένειας, η διάθεση και οι ανάγκες για ενημέρωση είναι παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων στις μέρες μας φθάνουν κάθε χρόνο σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και ένα ποσοστό αυτών, μπορεί να αντιμετωπισθεί με εξωνεφρική κάθαρση ή μεταμόσχευση. Ο αριθμός όμως των νοσούντων συνεχώς μεγαλώνει και ένα μεγάλο ποσοστό αυτών, ίσως το μεγαλύτερο βρίσκεται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ). Πολλοί ασθενείς πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και υποβάλλονται σε μια από τις θεραπευτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της νόσου.

Τα τελευταία χρόνια η προσοχή έχει στραφεί, πέρα από την απλή επιβίωση, στην ποιότητα ζωής, η οποία παίζει και το σημαντικότερο ρόλο, και την αποκατάσταση αυτών των ασθενών.

Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναφορά στα αίτια και τα συμπτώματα της ΧΝΑ, ώστε να γίνει έγκαιρα η πρόληψη και η αντιμετώπισή της. Στα επόμενα κεφάλαια θα γίνει αναφορά στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την ψυχολογική υποστήριξη σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών και οι τρόποι αντιμετώπισης όλων των συναφών προβλημάτων.

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

1.1 Ανατομία του νεφρικού συστήματος

Οι δύο νεφροί, βρίσκονται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης, στο ύψος της οσφυϊκής μοίρας, και πίσω από το περιτόναιο (οπισθοπεριτοναϊκός χώρος). Ο δεξιός νεφρός βρίσκεται κατά 1,5 εκατοστά χαμηλότερα από τον αριστερό. Κάθε νεφρό, εμφανίζει δύο επιφάνειες (πρόσθια – οπίσθια), δύο χείλη (έσω – έξω) και δύο πόλους (άνω – κάτω) και έχει σχήμα φασολιού.

Η πρόσθια επιφάνεια καλύπτεται από το περιτόναιο, η οπίσθια βρίσκεται επί του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος και ο άνω πόλος καλύπτεται από το σύστοιχο επινεφρίδιο.

Στο μέσο του έσω χείλους, υπάρχει μια εντομή, που ονομάζεται πύλη του νεφρού, εισέρχονται η νεφρική αρτηρία και τα νεύρα και εξέρχονται η νεφρική φλέβα και η νεφρική πύελος.

Η πύλη του νεφρού, οδηγεί σε μια κοιλότητα, τη νεφρική κοιλία. Το βάρος των νεφρών, είναι περίπου 250 – 350 γραμμάρια, ενώ οι διαστάσεις τους περίπου 12*5*3. Το βάρος των νεφρών ενός ενήλικα είναι περίπου 150 γραμμάρια. (εικόνα 1, 1.1 – παράρτημα).

Ο νεφρός περιβάλλεται από διάφορα περιβλήματα, τα οποία, από έξω προς τα μέσα, είναι τα εξής:

- I. Το περιτόναιο, που καλύπτει το νεφρό μόνο από μπροστά.
- II. Η νεφρική περιτονία, που περιβάλλει ολόκληρο το νεφρό, ως και το σύστοιχο επινεφρίδιο.
- III. Η λιπώδης κάψα (περινεφρικό λίπος), που αποτελείται από λίπος που καλύπτει το νεφρό.
- IV. Τον ινώδη χιτώνα, που και αυτός περιβάλλει το νεφρό, αποτελούμενος από κολλαγόνες, ελαστικές και λείες μυϊκές ίνες.

Ο δεξιός νεφρός, μπροστά του έχει το ήπαρ και τη δεξιά κολική καμπή, ενώ ο αριστερός νεφρός έρχεται σε σχέση με το σπλήνα, το στομάχο, το πάγκρεας και την αριστερή κολική καμπή. Η οπίσθια επιφάνεια των νεφρών έρχεται σε σχέση με την 11^η – 12^η πλευρά και βρίσκεται στους εξής μύες: μείζων ψοίτης, τετράγωνος οσφυϊκός και το διάφραγμα.

Σε οβελιαία τομή ο νεφρός έχει δύο διαφορετικές περιοχές, α) την εξωτερική ή φλοιώδη μοίρα και β) την εσωτερική ή μυελώδη μοίρα (εικόνα 2– παράρτημα).

α) Η φλοιώδης μοίρα έχει πάχος 1 εκ. και περιβάλλει τη μυελώδη μοίρα και εισχωρεί ανάμεσα στις πυραμύδες, σχηματίζοντας τους νεφρικούς στύλους. β) Η μυελώδης μοίρα αποτελείται από κωνικά μορφώματα. Οι βάσεις αυτών των πυραμιδοειδών μορφωμάτων βρίσκονται στη μυελοφλοιώδη παρυφή και οι κορυφές τους εκτείνονται ως θηλές στην πύλη του νεφρού. Κάθε θηλή περικλείεται από έναν ελάσσονα κάλυκα. Οι κάλυκες επικοινωνούν όλοι μαζί με μεγαλύτερους (μείζονες), που σχηματίζουν τη νεφρική πύελο. Τα ούρα, που ρέουν από τις θηλές, συλλέγονται στη νεφρική πύελο και κατέρχονται στην ουροδόχο κύστη με τους ουρητήρες.

Το αίμα φτάνει σε κάθε νεφρό με μία κύρια νεφρική αρτηρία που εκφύεται από την αορτή (εικόνα 3 - παράρτημα). Η κύρια νεφρική αρτηρία συνήθως διαιρείται σε δύο κύριους τμηματικούς κλάδους, οι οποίοι υποδιαιρούνται περαιτέρω λοβώδεις αρτηρίες, που αιματώνουν την ανώτερη, μέση και κατώτερη περιοχή του νεφρού. Τα αγγεία αυτά εξακολουθούν να υποδιαιρούνται καθώς εισέρχονται στο νεφρικό παρέγχυμα, δημιουργώντας τις μεσολόβιες αρτηρίες που οδεύουν προς το νεφρικό φλοιό. Αντίστοιχα προς τη μυελοφλοιώδη παρυφή, από αυτές τις μικρότερες αρτηρίες εκφύονται κάθετοι κλάδοι, οι τοξοειδείς αρτηρίες, από τις οποίες εκφύονται οι μεσολοβίδιες αρτηρίες που κατανέμονται στο φλοιό. Από τις τελικές μεσολοβίδιες αρτηρίες εξορμούνται τα προσαγωγά αρτηρίδια, που κατευθύνουν το αίμα στα σπειραματικά τριχοειδή, από τα οποία αυτό παροχετεύεται με ένα δεύτερο μυώδες αγγείο, το απαγωγό αρτηρίδιο. Το αρτηρίδιο αυτό

εγκαταλείποντας το σπείραμα αιματώνει ένα δίκτυο αγγείων που περιβάλλουν τα σωληνάκια της μυελώδους μοίρας. Αυτό το δίκτυο, που ονομάζεται ευθέα αγγεία περιλαμβάνει τριχοειδή τα οποία παροχετεύονται σε φλεβίδια. Το φλεβικό αίμα του νεφρού παροχετεύεται με τις μεσολοβίδες, τις τοξοειδείς, τις λοβώδεις και τελικά τη νεφρική φλέβα, που εκβάλλει στην κάτω κοίλη.

Ιστολογικά ο νεφρός αποτελείται από μια βασική ανατομική μονάδα, το νεφρώνα (*εικόνα 4 – παράρτημα*). Κάθε νεφρός στον άνθρωπο περιέχει περίπου ένα εκατομμύριο νεφρώνες. Ο νεφρώνας αποτελείται από δύο κύρια στοιχεία: μια << συσκευή >> διήθησης, που αποτελείται από ένα περικλειστο δίκτυο τριχοειδών (το σπείραμα) και από ένα συνδεδεμένο με αυτή σωληνάριο, που αποτελείται από ιδιαίτερα ανατομικά και λειτουργικά τμήματα. (Χατζημπούγιας Ι., και συν., 2003, Κορτσιδής Ε., 1983).

1.1.1 Το νεφρικό σπείραμα:

Το νεφρικό σπείραμα (*εικόνα 5 – παράρτημα*) είναι ένα μοναδικό στο είδος του δίκτυο τριχοειδών, που αιωρείται μεταξύ του προσαγωγού και του απαγωγού σωληναρίου και περιβάλλεται από ένα επιθηλιακό μόρφωμα (το έλυτρο του Bowman). Τα τριχοειδή είναι διατεταγμένα κατά λοβίδια ή θυσάνους. Το τριχοειδές αποτελείται από το ενδοθηλιακό κύτταρο, τη βασική μεμβράνη και το νεφρικό επιθηλιακό κύτταρο. Τα ενδοθηλιακά κύτταρα υπαλείφουν τον αυλό του τριχοειδούς και έχουν θυρίδες με πόρους (διαύλους), που καλύπτονται από λεπτά διαφράγματα. Η βασική μεμβράνη του σπειράματος είναι ένα ενυδατωμένο πήκτωμα γλυκοπρωτεϊνών, που περιέχουν διαπλεκώμενες κολλαγόνες ίνες. Τα επιθηλιακά κύτταρα της σπλαγχνικής επιφάνειας εκπέμπουν επάνω από τη βασική μεμβράνη ποδοειδείς προσεκβολές, οι οποίες δε συνάπτονται στενά και επιτρέπουν το σχηματισμό μιας σχισμής διήθησης, που καλύπτεται από λεπτή μεμβράνη.

Ο φραγμός που δημιουργείται από αυτές τις τρεις στιβάδες επιτρέπει την ελεύθερη είσοδο του νερού και μικρού μοριακού βάρους διαλυτών ουσιών στην ουροφόρο κοιλότητα, αλλά αποκλείει τελείως τη διέλευση κυττάρων και πρωτεϊνών. Τη διήθηση των μεγαλομοριακών πρωτεϊνών του ορού, που φέρουν καθαρό αρνητικό φορτίο, περιορίζει ακόμα περισσότερο η παρουσία αθροισμάτων από πλούσια σε ανιόντα μακρομόρια, τόσο μέσα στη βασική μεμβράνη του σπειράματος, όσο και στην επιφάνεια των επιθηλιακών και των ενδοθηλιακών κυττάρων. Το αρνητικό φορτίο του φραγμού διήθησης εξηγεί γιατί η λευκωματίνη, που είναι ανιόν με ακτίνα μορίου μικρότερη από το περιοριστικό μέγεθος των πόρων, κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, δεν εισέρχεται στην ουροφόρο κοιλότητα.

Οι σπειραματικοί θύσανοι αιωρούνται μέσα στην ουροφόρο κοιλότητα του ελύτρου του Bowman σε ένα δίκτυο γνωστό ως μεσάγγειο. Τα μεσαγγειακά κύτταρα περιβάλλονται από θεμέλια ουσία αποτελούμενη από ομοιογενές ινιδώδες υλικό, που περιέχει βλεννοπολυσακχαρίτες και γλυκοπρωτεΐνη. Τα κύτταρα αυτά έχουν συσταλτικά στοιχεία, τα οποία είναι δυνατόν να συμβάλλουν στη ρύθμιση των αιμοδυναμικών ιδιοτήτων του σπειράματος, καθώς και φαγοκυτταρικές ιδιότητες. (Χριστοδουλάκης Ν., και συν., 1996).

1.1.2 Το νεφρικό σωληνάριο:

Το σπειραματικό έλυτρο οδηγεί το υπερδιήθημα στο νεφρικό σωληνάριο. Η πρώτη μοίρα, το εγγύς (κεντρικό) εσπειραμένο σωληνάριο, βρίσκεται στο νεφρικό φλοιό. Το εγγύς ευθύ σωληνάριο εισέρχεται στη μυελώδη μοίρα και διοχετεύει το περιεχόμενο υγρό στην αγκύλη του Henle, η οποία μέσα στη μυελώδη μοίρα σχηματίζει ένα μόρφωμα παρόμοιο με φουρκέτα και επιστρέφει προς την κατεύθυνση του φλοιού σχηματίζοντας το άπω (περιφερικό) εσπειραμένο σωληνάριο. Τελικά το νεφρικό σωληνάριο κατευθύνεται πάλι προς τους ιστούς της μυελώδους μοίρας ως αθροιστικό σωληνάριο, που εκβάλλει στη νεφρική πύελο αντίστοιχα προς τους πόρους του Bellini, οι οποίοι βρίσκονται στις κορυφές των νεφρικών θηλών.

Η ανατομική διάταξη του νεφρικού σωληναρίου επιτρέπει στο άπω σωληνάριο να έρχεται σε στενή επαφή με τον αγγειακό πόλο του νεφρικού σπειράματος. Στην περιοχή αυτή τα κύτταρα του άπω σωληναρίου είναι περισσότερα και υψηλότερα. Αυτό το ιδιαίτερο τμήμα του άπω σωληναρίου είναι γνωστό ως πυκνή κηλίδα (macula densa) και μαζί με τα κύτταρα που προέρχονται από το γειτονικό προσαγωγό αρτηρίδιο δημιουργεί ένα εξειδικευμένο ανατομικό στοιχείο, γνωστό ως παρασπειραματική συσκευή, που αποτελεί τη θέση σχηματισμού της ρενίνης και έχει μεγάλη σημασία για το συντονισμό της λειτουργίας του σπειράματος και του σωληναρίου.

Φυσιολογικά μεταξύ των αγγείων και των στοιχείων του νεφρώνα παρεμβάλλεται πολύ μικρή ποσότητα διάμεσου συνδετικού ιστού, του οποίου οι δικτυωτές ίνες και τα κύτταρα είναι περισσότερα στη μυελώδη μοίρα. Ο διάμεσος ιστός περιέχει λεμφαγγεία και νεύρα. (Klahr S., etal, 1992, Κορτσίδης Ε., 1983).

1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Ο νεφρός συμβάλλει στην ομοιόσταση των υγρών του οργανισμού απεκκρίνοντας στα ούρα την περίσσεια των διαλυτών ουσιών και του νερού. Η απέκκριση αυτή πραγματοποιείται με τη δημιουργία ενός υπερδιηθήματος του αίματος στο νεφρικό σπειράμα. Αυτό το υγρό, που είναι σχετικά ελεύθερο κυτταρικών στοιχείων και πρωτεϊνών, διέρχεται από τα διάφορα τμήματα του νεφρικού σωληναρίου, τα οποία απορροφούν διαλυτές ουσίες και νερό. Ο όγκος των ούρων που παράγονται καθημερινά με αυτόν τον τρόπο συνήθως (1 - 2 L) είναι μικρός σε σχέση με τον φυσιολογικό όγκο του σπειραματικού διηθήματος (περίπου 180 L). Κατά συνέπεια, η ικανότητα του νεφρού να απεκκρίνει την περίσσεια των διαλυτών ουσιών και του νερού είναι πολύ μεγάλη και επιτρέπει τη διατήρηση της ομοιόστασης σε περίπτωση υπέρμετρης πρόσληψής τους. (Harrison B., etal., 1996).

1.2.1 Το νεφρικό σωληνάριο:

Η φυσιολογική ταχύτητα της νεφρικής ροής του πλάσματος είναι περίπου 600 ml / min και ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης (GFR ή ΡΣΔ) είναι περίπου 120 ml / min. Οι ρυθμοί αυτοί διατηρούνται σχεδόν σταθεροί σε ευρέως κυμαινόμενες μέσες αρτικές πιέσεις. Αυτή η αυτορρυθμιστική αντίδραση πραγματοποιείται με τη δραστηριότητα μηχανισμών που επιδρούν στο προσαγωγό και στο απαγωγό αρτηρίδιο. Οι μηχανισμοί αυτοί περιλαμβάνουν την αγγειοτενσίνη II, τις διασταλτικές των νεφρικών αγγείων προσταγλαδίνες PGE₂ και PGI₂ και τη συσταλτική ανταπόκριση του αγγειακού μυοεπιθηλίου και του μεσαγγείου του νεφρικού σπειράματος.

Η σπειραματική υπερδιήθηση είναι αποτέλεσμα μιας προς τα έξω κατευθυνόμενης καθαρής (τελικής) πίεσης, που μετατοπίζει το υγρό διαμέσου του ημιδιαπερατού τοιχώματος των τριχοειδών. Οι μεταβολές της υδροστατικής πίεσης του σπειραματικού τριχοειδούς ρυθμίζονται με μεταβολές του τόνου του προσαγωγού ή του απαγωγού αρτηριδίου. Τον GFR (ΡΣΔ) επηρεάζουν επίσης οι μεταβολές της διαπερατότητας ή του τριχοειδικού δικτύου του νεφρικού σπειράματος. (Lieberthal W., etal., 1992)

1.2. 2 Το εγγύς σωληνάριο:

Κυριότερη λειτουργία του εγγύς σωληναρίου η μαζική ισοοσμωτική επαναρρόφηση του υπερδιηθήματος. Στο περιεχόμενο του σπειραματικού διηθήματος επικρατεί το νάτριο και πολλές από τις διαδικασίες μεταφοράς που συμβαίνουν στο εγγύς σωληνάριο αφορούν τη μεταφορά του νατρίου.

Στο μεγαλύτερο μέρος της, η επαναρρόφηση του νατρίου στο εγγύς σωληνάριο πραγματοποιείται με μηχανισμούς ενεργητικής μεταφοράς. Το νάτριο αντλείται από το σωληναριακό κύτταρο διαμέσου της πλαγιοβασικής μεμβράνης με τη δράση της αντλίας της Na – K – ATPάσης, που δημιουργεί ηλεκτροχημική διαφορά για να μετατοπισθεί το νάτριο μεταξύ των δύο πλευρών της μεμβράνης του αυλού. Η απορρόφηση του αυλού στο εγγύς σωληνάριο διεγείρεται από την αγγειοτενσίνη II και αναστέλλεται από τα κολπικά νατριουρητικά πεπτιδία και την παραθορμόνη. Γενικά, μετακίνηση του νατρίου μεταξύ των δύο πλευρών της μεμβράνης του αυλού πραγματοποιείται με συνδυασμένες διαδικασίες στις οποίες συμμετέχουν και άλλες διαλυτές ουσίες. Ένας μηχανισμός μεταφοράς ιόντων υδρογόνου (H⁺) προς την αντίθετη κατεύθυνση συνεπάγεται την ανάκτηση της μεγαλύτερης ποσότητας των διηθούμενων διττανθρακικών ιόντων. Η απορρόφηση της γλυκόζης και των αμινοξέων γίνεται επίσης με μηχανισμό μεταφοράς προς την αντίθετη κατεύθυνση μαζί με νάτριο. Στο τμήμα αυτό του σωληναρίου ανακτώνται ουσιαστικά τα φωσφορικά ιόντα με μηχανισμό συνδυασμένο με την ενεργητική απορρόφηση του νατρίου. Το ασβέστιο απορροφάται παράλληλα με το νάτριο στο εγγύς σωληνάριο. Άλλοι ηλεκτρολύτες απορροφώνται στο εγγύς σωληνάριο με μηχανισμούς άσχετους προς τη

μεταφορά του νατρίου. Στο τμήμα αυτό επανααρροφάται το μεγαλύτερο μέρος του διηθούμενου καλίου, ενώ στην ενεργητική απορρόφηση στην απορρόφηση του ασβεστίου εμπλέκεται μία ATPάση.

Στην ευθεία μοίρα του εγγύς σωληναρίου εκκρίνονται οργανικά οξέα και φάρμακα, όπως το ουρικό οξύ και η πενικιλίνη. Στο τμήμα αυτό του νεφρώνα εκκρίνονται επίσης τα περισσότερα διουρητικά φάρμακα. Αυτή η εκκριτική διαδικασία έχει μεγάλη σημασία για την αποτελεσματικότητα αυτών των ενώσεων, διότι ασκούν τη δράση τους επιδρώντας στους μηχανισμούς μεταφοράς των διαλυτών ουσιών που περιέχονται στον αυλό.

Η απομάκρυνση των διαλυτών ουσιών, κυρίως των αλάτων και του νατρίου, από το σπειραματικό διήθημα δημιουργεί μια μικρή ωσμωτική κλίση που συνεπάγεται μετατόπιση νερού από τον αυλό του εγγύς σωληναρίου στον περισωληναριακό χώρο. Αυτή η μικρή ωσμωτική κλίση είναι αρκετή για την απορρόφηση ισότονου νερού στο εγγύς σωληνάριο, του οποίου η διαπερατότητα για το νερό είναι πολύ μεγάλη.

Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες στο εγγύς σωληνάριο απορροφώνται περίπου τα 2/3 του όγκου του υπερδιηθήματος. Όσο ο όγκος των υγρών του σώματος είναι κανονικός, η κλασματική ταχύτητα της απορρόφησης στο εγγύς σωληνάριο παραμένει σταθερή όταν ο GFR μεταβάλλεται. Αυτή η σταθερή σχέση είναι γνωστή ως *σπειραματοσωληναριακό ισοζύγιο* και τροποποιείται με τις μεταβολές του πραγματικού κυκλοφορούντος όγκου (Harrison B., etal., 1996).

1.2.3 Η αγκύλη του Henle:

Η αγκύλη του Henle αρχίζει από τη φλοιομυελώδη παρυφή του νεφρού με το κατιόν σκέλος της, συνεχίζεται, μετά από μία καμπή σε σχήμα φουρκέτας, με το ανιόν σκέλος και μεταπίπτει, αντίστοιχα προς τη μυελώδη ουσία προς το παχύ ανιόν σκέλος της. Το τμήμα αυτό του νεφρικού σωληναρίου τελειώνει στην πυκνή κηλίδα, στο επίπεδο του νεφρικού σπειράματος, από όπου και αρχίζει. Κάθε τμήμα της αγκύλης έχει διαφορετική διαπερατότητα για το χλωριούχο νάτριο και το νερό. Έτσι, από το ισοωσμωτικό υπερδιήθημα απορροφάται στην αγκύλη περίπου το 15%, ενώ από το χλωριούχο νάτριο, που υπάρχει στο υπερδιήθημα, απορροφάται περίπου το 25%. Αυτή η διαφορετική απορρόφηση συντελεί ώστε το εισερχόμενο στην αγκύλη ισότονο υγρό να φθάνει στο άπω σωληνάριο ως αραιό υγρό.

Η παθητική απορρόφηση νερού στο λεπτό κατιόν σκέλος της αγκύλης και η απορρόφηση χλωριούχου νατρίου στο λεπτό ανιόν σκέλος της είναι αποτέλεσμα της εκλεκτικής διαπερατότητας αυτών των τμημάτων.

Στην αγκύλη του Henle πραγματοποιείται κατά μεγάλο μέρος και η απορρόφηση του ασβεστίου. Η απορρόφηση του ασβεστίου στη μυελώδη μοίρα του παχέως ανιόντος σκέλους ποικίλλει κατά το μέγεθος του θετικού διεπιθηλιακού ηλεκτρικού δυναμικού του αυλού, το οποίο συνοδεύει την ενεργητική απορρόφηση του χλωριούχου νατρίου και δεν ρυθμίζεται από την παραθορμόνη (PTH). Αντίθετα, η PTH διεγείρει το ρυθμό απορρόφησης του ασβεστίου στο φλοιώδες παχύ ανιόν σκέλος, αλλά δεν μεταβάλλει την απορρόφηση του χλωριούχου νατρίου (Tisher C., etal., 1991).

1.2.4 Ο άπω νεφρώνας:

Το άπω εσπειραμένο σωληνάριο, που βρίσκεται στη φλοιώδη ουσία και είναι αδιαπέραστο από το νερό, συνεχίζει να αραιώνει το σωληναριακό υγρό με ενεργητική επαναρρόφηση χλωριούχου νατρίου. Στον άπω νεφρώνα το νάτριο απορροφάται κυρίως με έναν ευαίσθητο στα διουρητικά και συνεξευγμένο με το χλώριο μηχανισμό μεταφοράς. Το αθροιστικό σωληνάριο της φλοιώδους μοίρας μπορεί να επανααρροφήσει νάτριο με μια διαδικασία ευαίσθητη στα αλατοκορτικοειδή. Σε καταστάσεις υποογκαιμίας και μέγιστης παραγωγής αλδοστερόνης, τα ούρα μπορούν, να μην περιέχουν καθόλου νάτριο. Επειδή,

ο φλοιώδης διάμεσος ιστός παραμένει ισότονος προς το πλάσμα, η απορρόφηση χλωριούχου νατρίου από τις φλοιώδεις μοίρες του παχέως ανιόντος σκέλους της αγκύλης του Henle του άπω εσπειραμένου σωληναρίου επηρεάζει μόνο την αραίωση των ούρων και όχι τη συμπύκνωσή τους (Harrison B., etal., 1996).

1.2.5 Ομοιοστατικές λειτουργίες του νεφρού:

Η συμβολή των νεφρών στη διατήρηση της ομοιόστασης των υγρών και των ηλεκτρολυτών συνίσταται στην απέκκριση τελικών προϊόντων μεταβολισμού και κάθε περίσσειας προσλαμβανόμενων διαλυτών ουσιών ή νερού. Ο νεφρός συμμετέχει επίσης σε μεταβολικές διαδικασίες με το ρόλο του σε ορισμένα ορμονικά συστήματα (Harrison B., etal., 1996).

1.2.6 Απέκκριση άχρηστων ουσιών:

Ο νεφρός είναι υπεύθυνος για την αποβολή των αζωτούχων προϊόντων του καταβολισμού των πρωτεϊνών, η οποία επιτυγχάνεται κυρίως με διήθηση στο νεφρικό σπείραμα. Επειδή οι απαιτήσεις της ομοιόστασης κάνουν αναγκαία τη διατήρηση χαμηλών των συγκεντρώσεων αυτών των τοξικών ουσιών, για να απεκκριθεί η απόλυτη ποσότητά τους είναι αναγκαίος ο σχηματισμός πολύ μεγάλων όγκων υπερδιηθήματος. Η αποβολή γίνεται δυνατή με την παραγωγή μέχρι 180 λίτρων σπειραματικού διηθήματος στο 24ωρο.

Ένας δεύτερος τρόπος εξόδου διαλυτών ουσιών στα ούρα είναι η έκκρισή τους από το νεφρικό σωληνάριο. Έτσι απεκκρίνονται διάφορα οργανικά οξέα (όπως το ουρικό, το κιτρικό και το γαλακτικό) και διάφορες οργανικές βάσεις (όπως η κρεατινίνη). Η εκκριτική διαδικασία αποτελεί την κύρια οδό αποβολής ουσιών που συνδέονται με πρωτεΐνες. Με τέτοιες διαδικασίες μεταφοράς απομακρύνονται από την κυκλοφορία και πολλά φάρμακα, περιλαμβανομένων αντιβιοτικών και διουρητικών.

Ο νεφρός συμβάλλει στη μεταβολική αποσύνθεση ορισμένων πεπτιδικών ορμονών, περιλαμβανομένων των ορμονών της υπόφυσης, της γλυκαγόνης και της ινσουλίνης. Αυτό επιτυγχάνεται με τη διήθηση αυτών των ουσιών στο νεφρικό σπείραμα και το καταβολισμό τους από τα κύτταρα του νεφρικού σωληναρίου. Η ελάττωση του νεφρικού καταβολισμού της ινσουλίνης στους διαβητικούς με νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να εκδηλωθεί ως παράταση της επίδρασης της εξωγενούς ινσουλίνης (Tisher C., etal., 1991)..

1.2.7 Ομοιόσταση υγρών και ηλεκτρολυτών:

Ο νεφρός, όπως προαναφέρθηκε είναι υπεύθυνος για την αποβολή της περίσσειας των προσλαμβανόμενων υγρών και διαλυτών ουσιών. Οι συχνότερες διαταραχές της ισορροπίας των υγρών και των ηλεκτρολυτών αφορούν τη φυσιολογία του νατρίου, του καλίου, του νερού και της οξεοβασικής ισορροπίας

Ο νεφρός παίζει επίσης κύριο ρόλο στο ισοζύγιο και άλλων ηλεκτρολυτών. Η επαναρρόφηση ασβεστίου στο σπειραματικό υπερδιήθημα βοηθά στη ρύθμιση του ισοζυγίου του ασβεστίου του οργανισμού. Στο μεγαλύτερο μέρος του, περίπου κατά 60%, το διηθούμενο ασβέστιο επαναρροφάται στο εγγύς σωληνάριο παράλληλα με το νάτριο και οι παράγοντες που μεταβάλλουν την κλασματική επαναρρόφηση στο εγγύς σωληνάριο επηρεάζουν πολύ την απέκκριση του ασβεστίου. Διαχωρισμός της επαναρρόφησης του ασβεστίου και του νατρίου συμβαίνει στο παχύ φλοιώδες ανιόν σκέλος της αγκύλης και στον άπω νεφρώνα, όπου η επαναρρόφηση του ασβεστίου βρίσκεται υπό τον έλεγχο τα παραθορμόνης.

Σε καταστάσεις υπερασβεσταιμίας, μεγιστοποιείται η νεφρική κατακράτηση του διηθούμενου ασβεστίου. Ταυτόχρονα όταν αυξάνεται η συγκέντρωση του ασβεστίου στον ορό, η σωληναριακή απορρόφηση του ασβεστίου ελαττώνεται. Πολλές φορές, η

υπερασβεσταιμία οδηγεί σε υποογκαιμία, που μπορεί να προκαλέσει νεφρική κατακράτηση νατρίου, με αποτέλεσμα την αύξηση της σωληναριακής επαναρρόφησης του ασβεστίου. Επιπλέον, η μεγάλη αύξηση του ασβεστίου του ορού οδηγεί σε ελάττωση του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης, περιορίζοντας, έτσι, ακόμα περισσότερο την απέκκριση ασβεστίου στα ούρα.

Το μαγνήσιο επαναρροφάται στο εγγύς σωληνάριο σε αναλογία μικρότερη από το νάτριο, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του απορροφάται στην αγκύλη του Henle. Η ελάττωση της κλασματικής επαναρρόφησης στο εγγύς σωληνάριο (κατά την αύξηση του όγκου του εξωκυττάρου υγρού) και η ελάττωση της απορρόφησης του χλωριούχου νατρίου στην αγκύλη του Henle (κατά τη χορήγηση διουρητικών) συνεπάγονται αύξηση της απέκκρισης μαγνησίου. Η υπομαγνησισαιμία οφείλεται συχνά σε νεφρική απώλεια μαγνησίου, ενώ η υπερμαγνησισαιμία είναι σχεδόν πάντα αποτέλεσμα μεγάλης ελάττωσης του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης (Harrison B., et al., 1996).

1.2.8 Νεφρική ορμονική ρύθμιση:

Ο νεφρός αποτελεί το κύριο όργανο παραγωγής ερυθροποιητίνης, η οποία επιδρά με τουλάχιστον δύο τρόπους στον ερυθροποιητικό ιστό. Η ερυθροποιητίνη δρα ως παράγοντας διαφοροποίησης, προάγοντας τη μετάβαση από τη μονάδα σχηματισμού αποικιών ερυθροκυττάρων στο στάδιο της προερυθροβλάστης και ως αυξητικός παράγοντας, προάγοντας τη μίτωση στην κυτταρική σειρά που οδηγεί στο δικτυοερυθροκύτταρο. Η παραγωγή ερυθροποιητίνης αυξάνεται σε καταστάσεις ελάττωσης της παροχής οξυγόνου στους ιστούς, όπως: στη χρόνια υποξαιμία, π.χ. (παραδείγματος χάριν), διαβίωση σε μεγάλο υψόμετρο ή πνευμονοπάθεια, ή στην ελάττωση της ικανότητας μεταφοράς οξυγόνου με το αίμα, παραδείγματος χάριν (π.χ.) αναιμία.

Ο νεφρός συμβάλλει στην ομοιοστάση του ασβεστίου όχι μόνο ρυθμίζοντας την απέκκρισή του, αλλά και επηρεάζοντας την παραγωγή ορμονών. Για να μετατραπεί στην ισχυρή ορμόνη, που ρυθμίζει την εντερική απορρόφηση του ασβεστίου, η βιταμίνη D, έχει ανάγκη από δύο υδροξυλιώσεις, από τις οποίες η πρώτη πραγματοποιείται στο ήπαρ και η δεύτερη στα κύτταρα του εγγύς νεφρικού σωληναρίου.

Όπως προαναφέρθηκε, τα παρασπειραματικά κύτταρα παράγουν και εκκρίνουν *ρενίνη*, η οποία προάγει το σχηματισμό της αγγειοτενσίνης II, που αποτελεί ισχυρή αγγειοσυσταλτική ουσία και διεγείρει την έκκριση αλδοστερόνης, η οποία διεγείρει τη νεφρική απορρόφηση νατρίου και απέκκριση καλίου και ιόντων υδρογόνου. Με τον τρόπο αυτό ο άξονας ρενίνη – αγγειοτενσίνη – αλδοστερόνη παίζει κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση της Αρτηριακής Πίεσης (Α.Π.) του αίματος, της ομοιοστάσης του όγκου των υγρών, του ισοζυγίου του καλίου και της οξεοβασικής ισορροπίας (Abuelo I., 1988, Lieberthal W., et al., 1992).

1.3 Σύνοψη Κεφαλαίου

Οι δύο νεφροί βρίσκονται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης, στο ύψος της οσφυϊκής μοίρας και πίσω από το περιτόναιο. Έχουν σχήμα φασολιού, το βάρος τους κυμαίνεται περίπου από 250-350 γραμμάρια, ενώ οι διαστάσεις τους είναι περίπου 12*5*3 εκατοστά. Ιστολογικά ο νεφρός αποτελείται από το νεφρώνα και ο νεφρώνας από το νεφρικό σπείραμα και το νεφρικό σωληνάριο.

Ο νεφρός συμβάλλει στην ομοιοστάση των υγρών του οργανισμού απεκκρίνοντας στα ούρα την περίσσεια των διαλυτών ουσιών του νερού. Η απέκκριση αυτή πραγματοποιείται με τη δημιουργία ενός υπερδιηθήματος του αίματος στο νεφρικό σπείραμα. Οι κύριες λειτουργίες του νεφρού είναι: η απέκκριση των άχρηστων ουσιών, η ομοιοστάση υγρών και ηλεκτρολυτών και η νεφρική ορμονική ρύθμιση.

2. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ):

Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ), είναι ένα συνεχές φάσμα νόσων που χαρακτηρίζεται από επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Είναι μια κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλλουν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ή να εκτελέσουν τις ρυθμιστικές τους λειτουργίες. Έτσι, τα προϊόντα που φυσιολογικά αποβάλλονται με τα ούρα συσσωρεύονται στο υγρό του οργανισμού και οδηγούν σε αποδιοργάνωση των ενδοκρινικών και μεταβολικών λειτουργιών, καθώς, επίσης και σε διαταραχές υγρών, ηλεκτρολυτών, και οξεοβασικής ισορροπίας. Η ΧΝΑ είναι συστηματική νόσος και αποτελεί το τελικό μονοπάτι πολλών παθήσεων των νεφρών και της ουροφόρου οδού (εικόνα 6).

Διαβαθμίζεται από το στάδιο 1 (μικρή νεφρική βλάβη) έως το στάδιο 5, το οποίο είναι γνωστό ως τη νεφρική νόσο τελικού σταδίου ESRD, σημείο στο οποίο οι ασθενείς χρειάζονται αιμοδιύλιση ή μεταμόσχευση νεφρού.

Η αιμοδιύλιση έχει σημαντικές επιπτώσεις στο προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Οι ασθενείς που ξεκινούν αιμοδιύλιση έχουν ποσοστό επιβίωσης περίπου 5 έτη το 20%, γεγονός που σημαίνει ότι το 80% των ασθενών υπό αιμοδιύλιση θα καταλήξουν μέσα σε 5 χρόνια από την έναρξη της θεραπείας τους. Αυτό το πενταετές ποσοστό επιβίωσης είναι σημαντικά χαμηλότερο από αυτό που παρατηρείται σε πολλούς τύπους καρκίνου. (Θάνου Ι., 2003)

Ως ΧΝΑ ή τελικό στάδιο Νεφρικής Νόσου, ορίζεται η προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Ο οργανισμός αδυνατεί να διατηρήσει μεταβολική και υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία, με αποτέλεσμα την ουραιμία (ένα σύνδρομο που προκαλείται από περίσσεια ουρίας και άλλων αζωτούχων άχρηστων ουσιών στο αίμα). (Κωστανίδου Μ., 2003)

Το τελικό στάδιο της ΧΝΑ, είναι εκείνο το στάδιο όπου η νεφρική λειτουργία έχει ελαττωθεί σε ποσοστό μικρότερο από 5% και χρειάζεται πλέον ο ασθενής να υποστεί αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού. (Θάνου Ι., 2003, Ζηρογιάννης Π., 2005)

2.1 Αίτια της ΧΝΑ

Η σπειραματονεφρίτιδα, στις διάφορες μορφές της, ήταν η συχνότερη αρχική αιτία της ΧΝΑ στο παρελθόν. Πιθανότατα, λόγω της επιθετικής θεραπείας της σπειραματονεφρίτιδας, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερτασική νεφρική νόσος είναι σήμερα οι κυριότερες αιτίες της ΧΝΑ. Ανεξαρτήτως της αιτίας, η τελική επίπτωση της σοβαρής ελάττωσης της μάζας των νεφρώνων είναι μια μεταβολή στη λειτουργία σχεδόν όλων των οργανικών συστημάτων του ανθρώπινου σώματος.

Η *ουραιμία* αποτελεί την κατάληξη κάθε κλινικού συνδρόμου, το οποίο είναι αποτέλεσμα μεγάλης απώλειας νεφρικής λειτουργίας. Παρότι η αιτιολογία του συνδρόμου παραμένει άγνωστη, ο όρος *ουραιμία* έγινε αρχικά αποδεκτός λόγω της παραδοχής ότι οι διαταραχές προκύπτουν από την κατακράτηση στο αίμα της ουρίας και των άλλων τελικών προϊόντων του μεταβολισμού, τα οποία φυσιολογικά απεκκρίνονται στα ούρα. Παρόλα αυτά, η ουραιμία συνεπάγεται πολλά περισσότερα από την ανεπάρκεια του νεφρικού απεκκριτικού μηχανισμού μόνο.

Ένα πλήθος μεταβολικών και ενδοκρινικών λειτουργιών, οι οποίες φυσιολογικά υποστηρίζονται από το νεφρό, επηρεάζονται επίσης και η αμείλικτη πορεία προς τη νεφρική ανεπάρκεια συχνά συνοδεύεται από αναιμία, υποσιτισμό, διαταραχές μεταβολισμού υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών και ελαττωματική χρησιμοποίηση της ενέργειας. Ως εκ τούτου, η ουραιμία αναφέρεται στο σύνολο των σημείων και συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη ΧΝΑ, ανεξάρτητα της αιτίας της. (Ζηρογιάννης Π., 1993, Νικολοπούλου Ν., Καραβάς Ι., 1993)

Πιο συνοπτικά τα αίτια της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) είναι τα εξής:

- ☞ Σακχαρώδης Διαβήτης, ο οποίος μπορεί να δημιουργήσει τη διαβητική νεφροπάθεια.
- ☞ Υπέρταση, ή υψηλή πίεση του αίματος δηλαδή που μπορεί να βλάψει τα αιμοφόρα αγγεία στο νεφρό και συνεπώς να μειώσει την παροχή αίματος σε αυτόν, προκαλώντας την ασθένεια που ονομάζεται 'νεφροσκλήρυνση'.
- ☞ Χρόνια σπειραματονεφρίτις, που προέρχεται από φλεγμονή στο νεφρό και καταστρέφει τον ιστό του. Πολυκυστική νόσος, μια κληρονομική ασθένεια, που αναγκάζει τον κανονικό ιστό του νεφρού να αντικατασταθεί από κύστες.
- ☞ Πυελονεφρίτις, η οποία είναι μία χρόνια μόλυνση του νεφρού.
- ☞ Διάμεση νεφρίτιδα, που είναι μια χρόνια φλεγμονή του νεφρού και μερικές φορές προκαλείται εξαιτίας της χρήσης συγκεκριμένων φαρμάκων.
- ☞ Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, μια συνδετική δυσλειτουργία των ιστών, που μπορεί να επηρεάσει πολλά όργανα του σώματος.
- ☞ Αρτηριοσκλήρωση, ή σκλήρυνση των αρτηριών.

Υπάρχουν και άλλες πιθανές αιτίες μη σωστής λειτουργίας των νεφρών, εκτός από αυτές που αναφέρθηκαν όπως *συστηματικά και μεταβολικά νοσήματα, νεοπλασμάτα και ουρολογικές παθήσεις.*

2.1.1 Αίτια τελικού σταδίου σε ΧΝΑ σε ασθενείς που εισάγονται σε Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση (ΧΠΑ)

- Σπειραματονεφρίτιδα
- Πυελονεφρίτιδα – διάμεση νεφρίτιδα
- Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια άγνωστης αιτιολογίας
- Διάφορα συστηματικά νοσήματα
- Κυστική νεφρική νόσος
- Νεφραγγειακή νόσος
- Νεφροπάθεια από φάρμακα
- Κληρονομικές παθήσεις των νεφρών

2.2 Κλινική εικόνα και συμπτώματα της ΧΝΑ

Κλινική εικόνα:

Στα αρχικά στάδια που η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας είναι μικρή δεν υπάρχουν συμπτώματα. Προοδευτικά, όμως όσο αυξάνει η ουρία του αίματος και αρχίζουν οι κλινικές εκδηλώσεις, επηρεάζονται όλα τα συστήματα. Εμφανίζεται οίδημα γύρω από τα μάτια, τα σφυρά και ανά σάρκα. Ανορεξία, ναυτία και έμετοι. Καταβολή δυνάμεων και αναιμία. Διάρροιες, δύσπνοια, νευροπάθεια, δέρμα ξηρό και κνησμός, πόνος, αιμορραγική διάθεση, καρδιακές αρρυθμίες, συγχυτικά φαινόμενα, λήθαργος, κώμα. (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

Συμπτώματα:

Συνήθως το πρώτο σύμπτωμα ενδείξεως για τη ΧΝΑ, που θα αναγκάσει κάποιον να επισκεφθεί έναν γιατρό, είναι *μια γενική αίσθηση κόυρασης*. Παρόλα αυτά πολλά συμπτώματα μπορούν να προκύψουν όταν τα νεφρά δεν λειτουργούν κανονικά. Έξι από τις σημαντικότερες προειδοποιητικές ενδείξεις είναι οι εξής:

- ☞ Αλλαγή στη συχνότητα ή στη διαδικασία της ούρησης, μείωση ανάγκης ούρησης κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- ☞ Κάψιμο κατά τη διάρκεια της ούρησης.
- ☞ Ούρα που περιέχουν αίμα ή ούρα σε καφέ χρώμα.
- ☞ Πρήξιμο στο πρόσωπο, στα πόδια ή στο στομάχι.

☞ Πόνος στο κατώτερο σημείο της πλάτης.

☞ Υψηλή Αρτηριακή Πίεση.

Είναι πιθανό όμως, ένας άνθρωπος να μην έχει αυτές τις ενδείξεις, ακόμα και όταν τα νεφρά υπολειπوغούν. Πολύ συχνά ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακές έρευνες είναι απαραίτητες για τον εντοπισμό του προβλήματος. Άλλα συμπτώματα ΧΝΑ είναι τα εξής:

☞ Ανικανότητα συγκέντρωσης.

☞ Πονοκέφαλοι.

☞ Ζάλη.

☞ Αϋπνία.

☞ Μπερδεμένη ομιλία.

☞ Δυσκολία στην αναπνοή.

☞ Πόνοι στο στήθος.

☞ Φαγούρα κατά μήκος όλου του σώματος.

☞ Κράμπες και σπασμοί.

☞ Μειωμένη όρεξη, ναυτία.

☞ Ασυνήθιστη γεύση στο στόμα.

☞ Τάση προς εμετό.

☞ Απώλεια βάρους.

☞ Μούδιασμα στα χέρια και στα πόδια.

☞ Ανώμαλη συσσώρευση υγρών στα πόδια και στους αστραγάλους.

☞ « Κάψιμο » στα πόδια.

☞ Χρωμάτωση και εύκολη δημιουργία μωλώπων.

☞ Κρυάδες.

☞ Μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα.

2.3 Γενικές και ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις για τη ΧΝΑ

2.3.1 Δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας:

- I. *Δοκιμασία πύκνωσης και αραιώσης:* Στα φυσιολογικά άτομα η πυκνότητα των ούρων εξαρτάται από την υδάτωση του οργανισμού. Ο φυσιολογικός νεφρός αποκρίνεται στη μεν αφυδάτωση με πύκνωση, στη δε υπερυδάτωση με αραιώση των ούρων. Η αδυναμία του νεφρού να αποκρίνεται σε αυτές τις καταστάσεις, φαίνεται στη δοκιμασία πύκνωσης και αραιώσης. Με αυτή την εξέταση ανιχνεύονται οι πρώιμες διαταραχές.
- II. *Δοκιμασία κάθαρσης:* Μέσα στο διήθημα του αγγειώδους σπειράματος υπάρχουν όλα τα συστατικά του πλάσματος εκτός από τις πρωτεΐνες. Το τοίχωμα του εσπειραμένου σωληναρίου επανααρροφά εκλεκτικά τις χρήσιμες για τον οργανισμό ουσίες, ενώ απεκκρίνει τις ξένες και βλαβερές ουσίες που δεν διηθούνται από το αγγειώδες σπείραμα. Οι δοκιμασίες κάθαρσης ελέγχουν την ικανότητα του νεφρού να καθαρίζει το πλάσμα από μια ουσία, με διήθηση ή απέκκριση.
- III. *Προσδιορισμός ουρίας, κρεατινίνης και ηλεκτρολυτών του πλάσματος,* των οποίων οι τιμές αντανακλούν την λειτουργική επάρκεια των νεφρών.

2.3.2 Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις

I. Ακτινολογικός έλεγχος:

- ☞ *Ακτινογραφία νεφρού, ουρητήρα και κύστης:* Γίνεται για απεικόνιση του μεγέθους, του σχήματος και της θέσης των νεφρών και για να δείξει οποιαδήποτε ανωμαλία.

- ☞ *Ενδοφλέβια ουρογραφία:* Μετά από ενδοφλέβια χορήγηση ακτινοσκοπικής ουσίας, που αποβάλλεται από τους νεφρούς, γίνεται ακτινογραφία νεφρού, ουρητήρα και κύστης. Με την ουρογραφία μπορούν να διαπιστωθούν λίθοι ή άλλες αλλοιώσεις του ουροποιητικού συστήματος.
- ☞ *Ανιούσα πυελογραφία:* Στην ανιούσα πυελογραφία, το σκιαγραφικό εγχέεται μέσα στο αποχετευτικό σύστημα απευθείας με ουροκαθετήρα, ο οποίος εισάγεται από κυστεοσκόπιο. Η τεχνική αυτή δείχνει καλύτερη απεικόνιση της θέσης, του μεγέθους, του σχήματος των νεφρών και της μορφολογίας του αποχετευτικού συστήματος.
- ☞ *Υπολογιστική τομογραφία και μαγνητική αντηχητική απεικόνιση:* Είναι μη αιματηρές τεχνικές, που δίνουν μια άποψη εγκάρσιας διατομής του νεφρού και των ουροφόρων οδών για ανίχνευση παρουσίας και διερεύνηση έκτασης ουρολογικών παθήσεων.
- ☞ *Νεφρική Αρτηριογραφία:* Καθιστά δυνατή την αξιολόγηση της δυναμικής της ροής του αίματος, δείχνει ανώμαλη αγγείωση και βοηθά στη διαφορική διάγνωση νεφρικών κύστεων από νεφρικούς όγκους.
 - II. *Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος:* Ο έλεγχος αυτός αποτελεί δείκτη της νεφρικής λειτουργίας.
 - III. *Υπερηχογράφημα:* Μπορούν να αναγνωριστούν ανωμαλίες του νεφρικού και ουροποιητικού συστήματος.
 - IV. *Διαδερμική βιοψία νεφρού:* Η διαδερμική βιοψία του νεφρού είναι πολύτιμη εξέταση για τη διάγνωση και τον καθορισμό της πρόγνωσης των νεφρικών παθήσεων (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985, Ραγιά Α., 1995).

2.4 Σύνοψη Κεφαλαίου

Ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) ορίζεται η προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Είναι μια κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλλουν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ή να εκτελέσουν τις ρυθμιστικές τους λειτουργίες, με συνέπεια την ουραιμία (περίσσεια ουρίας και άχρηστων ουσιών στο αίμα).

Μερικά από τα αίτια της ΧΝΑ είναι σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, σπειραματονεφρίτιδα, πυελονεφρίτιδα, διάμεση νεφρίτιδα.

Τα κύρια συμπτώματα της ΧΝΑ είναι αλλαγή στη διαδικασία της ούρησης, κάψιμο κατά την ούρηση, αιματουρία, υψηλή αρτηριακή πίεση.

Οι εξετάσεις για τη διάγνωση της ΧΝΑ είναι δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, ακτινολογικός και ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος, υπερηχογράφημα, διαδερμική βιοψία νεφρού.

3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

3.1 Επιπλοκές της ΧΝΑ στη σύσταση ολόκληρου του σώματος οι οποίες κρίνουν απαραίτητη την έναρξη της θεραπείας

Η ΧΝΑ είναι μία μη αναστρέψιμη νόσος και αυτό διότι επηρεάζει ολόκληρη τη σύσταση του σώματος, προκαλώντας μια ποικιλία επιπλοκών αλληλοσυνδεόμενων μεταξύ τους σε κάποιες περιπτώσεις. Οι συχνότερες επιπλοκές είναι οι ακόλουθες: (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993, Βήτα Λ., και συν., 1993, Klahr S., etal., 1991)

3.1.1 Συμπτώματα από το κυκλοφορικό σύστημα:

Υπέρταση

Η υπέρταση δεν αποτελεί επιπλοκή της ΧΝΑ με την αυστηρή έννοια του όρου, αφού θεωρείται περισσότερο μέρος της κλινικής της εικόνας. Πρέπει να αναφερθεί ότι στο 85-90% των περιπτώσεων είναι ογκοεξαρτώμενη. Συνήθως, η υπέρταση της ΧΝΑ μπορεί να ελεγχθεί καλύτερα εφόσον στην αντιυπερτασική αγωγή προστεθούν μέτρα που βοηθούν στη μείωση του κυκλοφορούντος όγκου, όπως η χαμηλής περιεκτικότητας σε νάτριο δίαιτα, ο περιορισμός του νερού ή/ και η χορήγηση διουρητικών. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι η υπέρταση της ΧΝΑ διορθώνεται με την έναρξη της ΧΠΑ σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70-85%. (Klahr S., etal., 1991)

Καρδιακή ανεπάρκεια

Είναι συχνή στους ασθενείς με ΧΝΑ και μπορεί να θεωρηθεί επιπλοκή της νόσου. Οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι:

- η υπέρταση,
- η ισχαιμική καρδιοπάθεια,
- η αναιμία,
- η οξέωση,
- η αρτηριοφλεβική αναστόμωση,
- ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός,
- η κατακράτηση νατρίου και νερού.

Σε περίπτωση που δεν καταστεί δυνατή η αποσυμφόρηση του κυκλοφορικού με τη χορήγηση διουρητικών και η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μη αντιρροπούμενη, η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως κρίσιμη (αρχόμενο πνευμονικό οίδημα) και απαιτείται άμεση έναρξη αιμοκάθαρσης. (Ζηρογιάννης και συν., 1993)

Περικαρδίτιδα

Η περικαρδίτιδα είναι δυνατό να εκδηλωθεί είτε πριν είτε μετά την ένταξη σε πρόγραμμα ΧΠΑ. Ο βαθμός της ουραιμίας φαίνεται ότι δεν παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της περικαρδίτιδας.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της περικαρδίτιδας είναι οι ακόλουθες:

- πόνος στο στήθος που υποχωρεί σε όρθια θέση
- ξηρός, μη παραγωγικός βήχας
- δύσπνοια, ταχύπνοια, ορθόπνοια
- πυρετός
- αρρυθμία
- περικαρδιακός ήχος τριβής

Η εμφάνιση ουραιμικής περικαρδίτιδας σηματοδοτεί την άμεση και εντατική έναρξη ΧΠΑ. (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

3.1.2 Συμπτώματα από το αιμοποιητικό σύστημα:

Αναιμία

Η προοδευτική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας συνοδεύεται από μείωση της στάθμης της αιμοσφαιρίνης στο αίμα των ασθενών. Ο κύριος παθογενετικός παράγοντας της αναιμίας της ΧΝΑ είναι η ανεπαρκής παραγωγή ερυθροποιητίνης από τους νοσούντες νεφρούς. Άλλοι παράγοντες που ευθύνονται για την αναιμία της ΧΝΑ είναι η ανεπάρκεια σιδήρου και φυλλικού οξέος, η ινώδης οστεΐτιδα του υπερπαραθυρεοειδισμού, καθώς και η τοξικότητα από αργίλιο.

Η αντιμετώπιση της αναιμίας περιλαμβάνει χορήγηση σιδήρου από το στόμα ή ενδοφλεβίως, καθώς και χορήγηση ερυθροποιητίνης υποδορίως ή ενδοφλεβίως. (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

Αιμορραγική διάθεση

Οφείλεται σε λειτουργικές διαταραχές των αιμοπεταλίων, καθώς και σε διαταραχές των παραγόντων πήξης. Η σημαντικότερη αιτία της αιμορραγικής διάθεσης των ασθενών με ουραιμία είναι οι λειτουργικές διαταραχές των αιμοπεταλίων, που αντανακλώνται στον παρατεταμένο χρόνο πήξης. (Klahr S., et al., 1991)

Ανοσιακή ανεπάρκεια

Η ανοσιακή ανεπάρκεια συνίσταται σε διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας, σε ανώμαλη λειτουργικότητα των λεμφοκυττάρων και, ενίοτε, σε κοκκιοκυτταροπενία. (Klahr S., et al., 1991)

3.1.3 Συμπτώματα από το ερειστικό σύστημα:

Οστεοδυστροφία

Ο όρος νεφρική οστεοδυστροφία χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει το κλινικό σύνδρομο που περιλαμβάνει ποικιλία οστικών αλλοιώσεων οι οποίες επέρχονται ως αποτέλεσμα της χρόνιας νεφρικής βλάβης. Η νεφρική οστεοδυστροφία οφείλεται σε μεταβολές των συγκεντρώσεων του ασβεστίου και του φωσφόρου στο πλάσμα, οι οποίες οδηγούν σε διαταραχή της λειτουργίας των παραθυρεοειδών αδένων (δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός). Η υπερπλασία των παραθυρεοειδών και τα υψηλά επίπεδα της παραθορμόνης στο αίμα είναι οι πιο συχνά απαντώμενες επιπλοκές στους ασθενείς με ΧΝΑ. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι τα επίπεδα της παραθορμόνης συνεχίζουν να αυξάνονται με την επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας, έτσι ώστε όταν η κάθαρση κρεατινίνης είναι μικρότερη από 20 mL/min, περισσότεροι από το 80% των ασθενών παρουσιάζουν αυξημένες τιμές παραθορμόνης αίματος (Βήτα Λ., και συν., 1993)

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νεφρικής οστεοδυστροφίας είναι οι εξής:

- κυστική ινώδης οστεΐτιδα
- οστεομαλακία
- απλαστική νόσος των οστών
- μικτοί τύποι οστεοδυστροφίας

Τα σημεία και τα συμπτώματα της νεφρικής οστεοδυστροφίας περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- αμβλύ πόνο στην οσφύ, πόνο κάτω άκρων που επιδεινώνεται με την κίνηση,
- παραμόρφωση του θώρακα και της σπονδυλικής στήλης (χαρακτηριστικό σημείο στην οστεομαλακία),
- αυτόματα κατάγματα, μυοπάθεια με αδυναμία των μυών, περιαρθρίτιδα,
- έντονο αίσθημα κνησμού σε οξύ υπερπαραθυρεοειδισμό.

Ψευδο-ουρική αρθρίτιδα

Προκαλείται από την εναπόθεση αλάτων ασβεστίου στα οστά και τις αρθρώσεις.

Εξω-οστικές ασβεστώσεις

3.1.4 Συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα

Οξεωτική αναπνοή

Ουραιμικός πνεύμονας

Η αύξηση της υδροστατικής πίεσης στα τριχοειδή του πνεύμονα, η ελάττωση της κολλοειδωσμητικής πίεσης και η αυξημένη διαβατότητα της μεμβράνης των τριχοειδών συμβάλλουν στην ανάπτυξη πνευμονικού οιδήματος.

Γενικά, οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση αυτού του φαινομένου είναι η μεταβολική οξέωση, η αύξηση του κυκλοφορούντος όγκου και η αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια. (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

Πλευρίτιδα

Αφορά σε ένα από τα πλέον γνωστά χαρακτηριστικά της ΧΝΑ, καθώς εμφανίζεται σε 20% περίπου των ασθενών που καταλήγουν από ουραιμία. Καταστάσεις που είναι δυνατό να συμβάλλουν στην εμφάνιση της είναι η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και οι λοιμώξεις. Στους ασθενείς που έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα ΧΠΑ, το πλευριτικό υγρό είναι συνήθως αιμορραγικό, ενώ στους ασθενείς πριν την έναρξη της ΧΠΑ η πλευρίτιδα συνήθως συνυπάρχει με ουραιμική περικαρδίτιδα. Οι ασθενείς συχνά παραπονούνται για πλευριτικό πόνο συνοδευόμενο από πλευριτική τριβή χωρίς βήχα και σπάνια με χαμηλή πυρετική κίνηση και δύσπνοια. (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

3.1.5 Συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα

Τα συνηθέστερα συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, εμετό και λόξυγκα. Συχνά, η ναυτία και οι έμετοι μοιάζουν με την πρωινή αδιαθεσία των εγκύων. Είναι δυνατό ο ασθενής να ξυπνήσει με αίσθημα ευεξίας, αλλά η εικόνα, η γεύση και η μυρωδιά του πρωινού γεύματος να προκαλέσει ναυτία και έμετο. Εάν ο ασθενής επιμείνει και καταφέρει να καταναλώσει αρκετά υγρά, είναι δυνατό να μην ξαναεμφανίσει τα ενοχλήματα αυτά την υπόλοιπη ημέρα.

Τα ανωτέρω ενοχλήματα συνήθως εξαφανίζονται με την ένταξη του ασθενούς σε αιμοκάθαρση.

Αιμορραγίες από το στόμαχο, το λεπτό ή το παχύ έντερο είναι επίσης συχνές και οφείλονται σε γαστρίτιδα, έλκος δωδεκαδάκτυλου ή στομάχου και στην αιμορραγική διάθεση των ασθενών με ΧΝΑ. (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

3.1.6 Συμπτώματα από το νευρικό σύστημα

Κανένα από τα συμπτώματα της ΧΝΑ δεν είναι τόσο ενοχλητικό για τους ασθενείς όσο τα συμπτώματα που προέρχονται από το νευρικό σύστημα. Η παρουσία κλινικών εκδηλώσεων από το νευρικό σύστημα εξαρτάται από το βαθμό κάθαρσης της κρεατινίνης, δηλαδή όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της κρεατινίνης και της ουρίας στο αίμα, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισής τους. (Βήτα Λ., και συν., 1993)

Ουραιμικό κώμα

Το ουραιμικό κώμα είναι δυνατό να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα της ουραιμικής εγκεφαλοπάθειας, η οποία εκδηλώνεται με ποικιλία νευρολογικών συμπτωμάτων, όπως διαταραχές του ύπνου, βυθιότητα, καταβολή, ευερεθιστότητα, παραισθήσεις, κώμα και σπασμούς. Πιθανολογείται ότι η άθροιση των μέσου μοριακού βάρους ουσιών είναι υπεύθυνη για τις εκδηλώσεις της ουραιμικής εγκεφαλοπάθειας, χωρίς να αποκλείεται η εμπλοκή όλων των αποβλητέων ουσιών στην παθογένεια της.

Ουραιμική νευροπάθεια

Έχει αναγνωριστεί ως μια από τις επιπλοκές της ΧΝΑ και εμφανίζεται σε ποσοστό 65% όλων των ασθενών πριν την ένταξη τους σε ΧΠΑ. Το σύνδρομο δε σχετίζεται με κάποια συγκεκριμένη νεφρική νόσο, αλλά με τη σοβαρότητα της ουραιμίας. Είναι πιο συχνό στους άνδρες ασθενείς. Τα κλινικά χαρακτηριστικά του περιλαμβάνουν:

- αδυναμία μυών,
- απώλεια αίσθησης πόνου, αφής και πίεσης,
- απώλεια τενόντιων αντανακλαστικών, ιδιαίτερα αυτών του αχίλλειου τένοντα και της επιγονατίδας,
- σύνδρομο «ανήσυχων ποδιών», που περιλαμβάνει κνησμό και αιμωδίες των κάτω άκρων,
- σύνδρομο «καυσαλγιών κάτω άκρων»,
- υπόταση κατά την αιμοκάθαρση μη σχετιζόμενη με την απώλεια υγρών, και μείωση της ικανότητας παραγωγής ιδρώτα (χαρακτηριστικά δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος).

Οι γενικότερες κλινικές εκδηλώσεις από το νευρικό σύστημα περιλαμβάνουν:

- εύκολη κόπωση,
- αδυναμία συγκέντρωσης,
- διαταραχές ύπνου και μνήμης,
- δυσκολία εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων,
- κατάθλιψη, ανησυχία.

3.1.7 Συμπτώματα από τους ενδοκρινείς αδένες

Θυρεοειδική λειτουργία

Σπάνια παρατηρείται πρόβλημα με τη θυρεοειδική λειτουργία των ασθενών με ΧΝΑ, καθώς έχει δειχθεί ότι μόνο μια μειονότητα ασθενών εμφανίζει υποθυρεοειδισμό, ενώ στην πλειονότητα τους οι ασθενείς αυτοί είναι ευθυρεοειδικοί.

Γεννητικές ορμόνες

Η υποφυσιακή γοναδική λειτουργία επηρεάζεται στην πλειονότητα των αρρένων ασθενών. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν μείωση της γενετήσιας ορμής (libido), ανικανότητα, αζωοσπερμία και γυναικομαστία.

Οι γυναίκες ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχές της εμμήνου ρύσης, σημαντική αιμορραγία κατά την έμμηνο ρύση, αμηνόρροια, αυξημένα επίπεδα προλακτίνης ορού και χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης. Το ποσοστό επιτυχημένης εγκυμοσύνης είναι μικρότερο του 25% στις ασθενείς υπό ΧΠΑ. (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

3.1.8 Συμπτώματα από το δέρμα

Τα προβλήματα από το δέρμα είναι εξίσου σημαντικά για τους ασθενείς με ΧΝΑ, γιατί μπορεί αφενός μεν να μεταβάλουν την εξωτερική τους εικόνα και αφετέρου να είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά για τους ίδιους. Οι εκδηλώσεις από το δέρμα περιλαμβάνουν: (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

- κνησμό,
- εμφάνιση «γαιώδους χρώματος» δέρματος, που οφείλεται στην εναπόθεση κρυστάλλων ουρίας στο δέρμα,
- ξηρότητα δέρματος,
- λευκονυχία.

3.1.9 Συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα

Τα συμπτώματα που αφορούν στο ουροποιητικό είναι μείζονος διαφοροδιαγνωστικής σημασίας και περιλαμβάνουν: (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993)

- Νυκτουρία, πολυουρία,
- Πρωτεϊνουρία, ανάλογα με το αίτιο της ΧΝΑ,
- Αιματουρία.

3.2 Στάδια έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας:

Τα στάδια έκπτωσης νεφρικής λειτουργίας είναι τα ακόλουθα (Πίνακας 1):

I. Στάδιο μείωσης της νεφρικής εφεδρείας

Στο στάδιο αυτό, η μείωση της νεφρικής λειτουργίας μπορεί να φτάσει μέχρι το 50% του φυσιολογικού, αλλά οι απεκκριτικές και ρυθμιστικές λειτουργίες των νεφρών είναι ακόμη επαρκείς για τη διατήρηση της ισορροπίας του εσωτερικού περιβάλλοντος. Ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός και δε γνωρίζει ακόμη ότι έχει πρόβλημα.

II. Στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας

Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης έχει μειωθεί στο 25-50% του φυσιολογικού και εμφανίζονται οι πρώτες ενδείξεις διαταραχής της ικανότητας του νεφρού να ρυθμίζει το εσωτερικό περιβάλλον. Σε αυτό το στάδιο, διάφοροι παράγοντες είναι δυνατό να οδηγήσουν σε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

III. Στάδιο «εμφανούς» νεφρικής ανεπάρκειας

Η νεφρική ανεπάρκεια έχει επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό (ρυθμός σπειραματικής διήθησης 10-25%), ώστε έχουν αρχίσει να γίνονται κλινικά εμφανείς οι εκδηλώσεις του ουραιμικού συνδρόμου από τα διάφορα συστήματα.

IV. Στάδιο ουραιμίας

Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης έχει μειωθεί σε επίπεδα κάτω του 10% του φυσιολογικού και οι κλινικές εκδηλώσεις και τα συμπτώματα του ουραιμικού συνδρόμου είναι έντονα. Υπάρχει προσβολή όλων των οργάνων, με περισσότερο εμφανή τη συμμετοχή του καρδιαγγειακού, του γαστρεντερικού, του αιμοποιητικού και του νευρικού συστήματος και του δέρματος.

Ο χρόνος ένταξης του ασθενούς με ΧΝΑ σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης (ΧΠΑ) είναι θέμα που κατά καιρούς έχει απασχολήσει τους νεφρολόγους. Έχει γίνει πολύ συζήτηση για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της πρώιμης έναρξης ενός προγράμματος ΧΠΑ. Αρχικά αναφέρουμε ότι ο ασθενής είναι δυνατό να ενταχθεί σε πρόγραμμα ΧΠΑ κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της ΧΝΑ σε χρόνο που θα προσδιοριστεί από την εξέλιξη των βιοχημικών και κλινικών παραμέτρων. Η ένταξη θα γίνει είτε προγραμματισμένα είτε για την αντιμετώπιση κάποιας επιπλοκής.

V. Τελικό Στάδιο

Οι ασθενείς παρουσιάζουν βαρείς ουραιμικές εκδηλώσεις και μπορούν να διατηρηθούν στη ζωή μόνο με υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. (Θανασά Γ., 1998)

3.3 Ενδείξεις ένταξης ασθενούς με ΧΝΑ σε μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η κατάλληλη χρονική στιγμή ένταξης του ασθενούς με ΧΝΑ σε Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση (ΧΠΑ) έχει αποτελέσει κατά καιρούς θέμα μελέτης των επιστημόνων υγείας, οι οποίοι ασχολούνται με τον ασθενή με νεφρική νόσο. Με την πρώιμη έναρξη της αιμοκάθαρσης στοχεύουμε στην αποφυγή της εκδήλωσης των δυσάρεστων και επικίνδυνων για τη ζωή του ασθενούς επιπλοκών.

Η απόφαση για την έναρξη αιμοκάθαρσης βασίζεται σε αντικειμενικές και υποκειμενικές παραμέτρους. Αυτές καθόμουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται ο ασθενής και ο θεράπων ιατρός την έννοια της ποιότητας ζωής, καθώς και την ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής και το πόσο καλά είναι προετοιμασμένος ψυχολογικά και σωματικά για την έναρξη της αιμοκάθαρσης.

Τα κριτήρια έναρξης της αιμοκάθαρσης είναι δυνατό να χωριστούν για πρακτικούς, αλλά και λόγους ουσίας στις «απόλυτες» και τις «σχετικές» ενδείξεις έναρξης της υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. (Πίνακας 2) (Chambers J., 2005, Δημόπουλος Κ., 1981).

3.3.1 Σχετικές ενδείξεις έναρξης υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας

Οι σχετικές ενδείξεις περιλαμβάνουν:

Νευρικό σύστημα

Από το κεντρικό νευρικό σύστημα:

- Υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας

- Μειωμένη ικανότητα παρακολούθησης, εκτέλεσης εργασιών και αδυναμία συγκέντρωσης
- Διαταραχές μνήμης

Καρδιακό σύστημα

- Ουραιμική μυοκαρδιοπάθεια
- Περιφερικά οιδήματα μη ανταποκρινόμενα στη χορήγηση διουρητικών

Γαστρεντερικό σύστημα

- Ανορεξία, ναυτία και εμετοί
- Στοματίτιδα, παρωτίτιδα
- Γαστρίτιδα, δυσκοιλιότητα και δωδεκαδακτυλίτιδα
- Παγκρεατίτιδα
- Ασκίτης μη οφειλόμενος σε ηπατική νόσο

Δέρμα

- Επίμονος κνησμός
- Γαιώδης χροιά

Αιμοποιητικό σύστημα

- Αναιμία με μικρή ανταπόκριση στη χορήγηση ερυθροποιητίνης
- Αυξημένη εμφάνιση επιπλοκών από φλεγμονές
- Αιμορραγική διάθεση με δυσλειτουργία των αιμοπεταλίων

Ψυχική κατάσταση

- Κατάθλιψη

3.3.2 Απόλυτες ενδείξεις έναρξης υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας

- Υπερκαλιαιμία*
- Περικαρδίτιδα*
- Προχωρημένη ή υπό εξέλιξη ουραιμική εγκεφαλοπάθεια ή περιφερική νευροπάθεια (αποπροσανατολισμός, σύγχυση, κλονικοί σπασμοί, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών κ.ά.)*
- Πνευμονικό οίδημα και κατακράτηση υγρών μη αντιμετωπίσιμα με άλλες μεθόδους*
- Υπέρταση που δε ρυθμίζεται ικανοποιητικά με τη φαρμακευτική αγωγή
- Αιμορραγική διάθεση που αποδίδεται στην ουραιμία
- Εμμένουσα ναυτία
- Επίπεδα κρεατινίνης άνω των 12 mg/dL*
- Σημεία υποθρεψίας (μείωση του σωματικού βάρους κατά 5% ή κάτω από το ιδανικό βάρος σώματος, μείωση της μυϊκής μάζας, μείωση της συγκέντρωσης της λευκωματίνης ορού σε επίπεδα κάτω των 4 g/dL) (Bonomini V., et al., 1981)

3.4 Σύνοψη Κεφαλαίου

Στη ΧΝΑ μπορεί να δημιουργηθούν επιπλοκές σε διάφορα συστήματα του σώματος όπως από το κυκλοφορικό, το αιμοποιητικό, το ερειστικό, το γαστρεντερικό, το ουροποιητικό, το νευρικό, τους ενδοκρινείς αδένες και το δέρμα.

Τα στάδια έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας είναι: στάδιο μείωσης της νεφρικής εφεδρείας, στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, στάδιο ουραιμίας και το τελικό στάδιο.

Η ένταξη του ασθενούς με ΧΝΑ σε Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση (ΧΠΑ) πραγματοποιείται για την αποφυγή της εκδήλωσης των δυσάρεστων και επικίνδυνων για τη ζωή του ασθενούς επιπλοκών. Οι ενδείξεις υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας είναι: υπερκαλιαιμία, περικαρδίτιδα, ουραιμική εγκεφαλοπάθεια, υπέρταση, αυξημένα επίπεδα κρεατινίνης.

4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

4.1 Διαιτητικές ανάγκες ασθενών με ΧΝΑ:

Όπως προαναφέρθηκε η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ) είναι το σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από βαθμιαία και μη αναστρέψιμη έκπτωση της λειτουργίας των νεφρών, οπότε ο οργανισμός αδυνατεί να ρυθμίσει το ισοζύγιο του νερού και των ηλεκτρολυτών, καθώς επίσης και την οξεοβασική ισορροπία. Από κλινικής πλευράς, εμφανίζονται εκδηλώσεις από τα διάφορα επιμέρους συστήματα.

Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την επίδραση του γενεσιουργού αιτίου μέχρι την εγκατάσταση του τελικού σταδίου της ΧΝΑ ποικίλλει και κυμαίνεται από μερικούς μήνες μέχρι πολλά έτη, ανάλογα βεβαίως με τη φύση του υποκείμενου νοσήματος.

Στη ΧΝΑ, η απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού που υπό φυσιολογικές συνθήκες επιτελείται μέσω της νεφρικής λειτουργίας, περιορίζεται σε σημαντικό βαθμό ή καταργείται, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να εμφανίζουν κατακράτηση τοξικών ουσιών (π.χ. ουρίας), γεγονός που οδηγεί στην εμφάνιση ουραιμίας.

Η θεραπεία της ΧΝΑ περιλαμβάνει 3 σκέλη:

- Την *αιτιολογική θεραπεία*, κατά την οποία γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης του γενεσιουργού αιτίου, με σκοπό την πιθανή υποστροφή της νεφρικής βλάβης.
- Τη *συμπτωματική θεραπεία*, που στοχεύει στον έλεγχο ή και στην πρόληψη των κλινικών εκδηλώσεων του συνδρόμου και κατά την οποία η δίαιτα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.
- Τη *θεραπεία υποκατάστασης*, που αφορά στους ασθενείς με τελικό στάδιο ΧΝΑ που αντιμετωπίζονται με πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης.

Η δίαιτα των νεφροπαθών, όπως έχει ήδη λεχθεί, αποτελεί βασική παράμετρο της θεραπευτικής αγωγής και αφορά σε όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς με ΧΝΑ. Δηλαδή σ' αυτούς που βρίσκονται υπό συντηρητική αγωγή, σ' αυτούς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση), καθώς επίσης και στους μεταμοσχευμένους ασθενείς.

Ο αντικειμενικός σκοπός της δίαιτας στη ΧΝΑ συνίσταται στην επίτευξη των παρακάτω αποτελεσμάτων:

- α) επιβράδυνση της εξέλιξης της νεφρικής βλάβης,
- β) επίτευξη καλού επιπέδου θρέψης,
- γ) πρόληψη ή βελτίωση του ουραιμικού συνδρόμου, π.χ. της ανορεξίας, των εμέτων κ.λπ.

Το *πότε* πρέπει ένας νεφροπαθής να υποβάλλεται σε δίαιτα έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών συζητήσεων και έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις. Τα τελευταία χρόνια πάντως κερδίζει έδαφος η άποψη που θέλει τους νεφροπαθείς, ακόμη και εκείνους που εμφανίζουν απλή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, να εντάσσονται πρώιμα σε πρόγραμμα δίαιτας πτωχής σε λεύκωμα. Η σύσταση αυτή στηρίζεται όχι μόνο σε κλινικές διαπιστώσεις, αλλά και σε εργαστηριακά δεδομένα. Φαίνεται λοιπόν ότι η ελάττωση της ποσότητας του προσλαμβανόμενου λευκώματος βοηθά όχι μόνο στην αποφυγή των ουραιμικών συμπτωμάτων, αλλά και στην επιβράδυνση της περαιτέρω εξέλιξης της νεφρικής βλάβης. Δεν πρέπει όμως να διαφεύγει της προσοχής το γεγονός ότι οι ακραίες δίαιτες δυνατό να επιφέρουν αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα με την εμφάνιση *υποθρεψίας* και αρνητικού ισοζυγίου αζώτου. Η υποθρεψία οδηγεί σε μειωμένο σωματικό βάρος, μειωμένο πάχος δερματικής πτυχής, μυϊκή ατροφία, αύξηση του όγκου του εξωκυττάριου υγρού, ελάττωση του ενδοκυττάριου νερού και του ολικού σωματικού λίπους.

Η δίαιτα ενός νεφροπαθούς πρέπει να περιλαμβάνει σε καθορισμένες ποσότητες θρεπτικά στοιχεία, όπως οι πρωτεΐνες, τα λίπη, οι υδατάνθρακες, οι ηλεκτρολύτες, όπως

το K^+ το Na^+ , το Ca^{2+} και ο φωσφόρος, οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία (Μητροπούλου Κ., Λαζαρίδου Ε., 2001).

4.1.1 Πρωτεΐνες

Θεωρούνται οι σπουδαιότερες θρεπτικές ουσίες, απαραίτητες για την ανάπτυξη, την αύξηση, τη διατήρηση, αλλά και την αποκατάσταση των ιστών του οργανισμού. Αποτελούν δε δομικό υλικό πολλών υγρών στοιχείων, όπως είναι το αίμα.

Οι πρωτεΐνες προσλαμβάνονται μέσω των τροφών και διασπώνται στο έντερο σε αμινοξέα, τα οποία απορροφώνται από το αίμα. Διακρίνονται σε πρωτεΐοντα και δευτερεύοντα. Ως πρωτεΐοντα χαρακτηρίζονται εκείνα τα αμινοξέα που ο οργανισμός δεν μπορεί να συνθέσει από μόνος του και, συνεπώς, τα προσλαμβάνει μέσω των τροφών. Ως δευτερεύοντα χαρακτηρίζονται τα αμινοξέα τα οποία μπορεί μεν να προσλαμβάνονται μέσω των τροφών, αλλά παράλληλα ο οργανισμός έχει τη δυνατότητα να τα συνθέσει από πρόδρομες ουσίες.

Η χρησιμοποίηση των πρωτεϊνών από τον οργανισμό έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή τοξικών αζωτούχων ενώσεων (ουρία, κρεατινίνη), οι οποίες υπό φυσιολογικές συνθήκες αποβάλλονται με τη νεφρική λειτουργία. Όπως όμως έχει ήδη λεχθεί, σε περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας η δυνατότητα αυτή καταργείται, με αποτέλεσμα να παρατηρείται συσσώρευση των ουσιών αυτών και εμφάνιση των εκδηλώσεων της ουραιμίας. Συνεπώς, για την αποφυγή εμφάνισης ουραιμικών συμπτωμάτων, απαιτείται περιορισμός της ποσότητας του προσλαμβανόμενου λευκώματος.

Οι πρωτεΐνες που περιλαμβάνονται στη διαίτα ενός ασθενούς με ΧΝΑ, αποσκοπούν στο να αποτρέψουν την εμφάνιση αρνητικού ισοζυγίου αζώτου από τον καταβολισμό των ενδογενών πρωτεϊνών του οργανισμού και όχι να καλύψουν θερμιδικά τον ασθενή, έτσι ώστε να εξυπηρετούνται οι βασικές λειτουργίες του σώματος χωρίς παράλληλη αύξηση της ουρίας.

Η ποσότητα του προσλαμβανόμενου λευκώματος σε ασθενείς με ΧΝΑ που δεν έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης και δεν αποβάλλουν σημαντικές ποσότητες λευκώματος με τα ούρα είναι της τάξης των 0,5-0,6 g/Kg ΒΣ/day ή 3 g για κάθε 5 Kg ΒΣ. Από αυτήν την ποσότητα, περίπου 0,35 g/Kg ΒΣ/ day πρέπει να αντιστοιχούν σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας, επειδή οι πρωτεΐνες αυτές εμπεριέχουν υψηλό ποσοστό πρωτεΐοντων αμινοξέων. Υψηλής βιολογικής αξίας πρωτεΐνες θεωρούνται το ζωικό λεύκωμα και τα παράγωγα του (κρέας, ψάρι, γάλα, αυγά), ενώ οι χαμηλής βιολογικής αξίας πρωτεΐνες προέρχονται από τα δημητριακά και τα λαχανικά.

Σε περίπτωση, όμως, ασθενούς με ΧΝΑ και συνοδό λευκωματουρία, που δεν έχει ενταχθεί σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης αλλά βρίσκεται σε επίπεδο νεφρωσικού συνδρόμου (λεύκωμα >3 g σε ούρα 24ώρου), η ποσότητα του λευκώματος που αποβάλλεται με τα ούρα πρέπει να προστίθεται στο λεύκωμα της διαίτας.

Όσον αφορά ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, η ποσότητα του προσλαμβανόμενου λευκώματος είναι της τάξης των 1,2 g/Kg ΒΣ/day, από τα οποία περίπου το 70% πρέπει να καλύπτεται από πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας. Ένας από τους λόγους που απαιτείται μεγαλύτερη πρόσληψη λευκώματος στους εν λόγω ασθενείς, είναι το ότι μια ποσότητα λευκώματος του οργανισμού αποβάλλεται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης μέσω του διαλύματος.

Από πρακτικής πλευράς, καλό είναι το επιτρεπόμενο λεύκωμα να μην προσλαμβάνεται σε μία δόση, αλλά να μοιράζεται στα γεύματα (μεσημεριανό-βραδινό). Εκφράζεται δε με τη μορφή ισοδύναμων ποσοτήτων κρέατος, πουλερικών, ψαριού. Όσον αφορά τα γαλακτοκομικά προϊόντα, επιτρέπονται σε περιορισμένη ποσότητα λόγω της υψηλής περιεκτικότητάς τους σε φωσφόρο. Από τα αυγά, επιτρέπεται να καταναλώνεται μόνο το ασπράδι.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι με την ικανοποιητική λήψη πρωτεϊνών μπορεί να αποφευχθεί η *υποπρωτεϊναιμία*, η οποία μπορεί να προκαλέσει ένα είδος οιδήματος που είναι δύσκολο να απομακρυνθεί με την αιμοκάθαρση. Επίσης, επισημαίνεται ότι η ικανότητα των μηχανισμών άμυνας να αντιμετωπίσουν πιθανή λοίμωξη μειώνεται δευτεροπαθώς σε περίπτωση που τα επίπεδα πρωτεΐνης παραμένουν χαμηλά.

Οι απαιτήσεις του οργανισμού σε λεύκωμα είναι ακόμα μεγαλύτερες σε ασθενείς που βρίσκονται σε πρόγραμμα περιτοναϊκής κάθαρσης, καθώς η απώλεια λευκωμάτων μέσω του περιτοναίου στο περιτοναϊκό διάλυμα είναι μεγάλη. Η απώλεια αυτή είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν συνυπάρχει περιτονίτιδα. Η συνιστώμενη ποσότητα λευκώματος για αυτούς τους ασθενείς είναι της τάξης των 1,2 έως 1,5 g/Kg BΣ/day.

4.1.2 Λίπη – Υδατάνθρακες

Τα *λίπη* και οι υδατάνθρακες που εμπεριέχονται στη δίαιτα των νεφροπαθών αποτελούν πηγές παραγωγής ενέργειας. Παρέχουν δηλαδή *θερμιδική κάλυψη* του οργανισμού. Οι απαιτούμενες θερμίδες είναι της τάξης των 35 Kcal/Kg BΣ/day, από τις οποίες το 50% πρέπει να προέρχεται από υδατάνθρακες και το 40% από τα χορηγούμενα λίπη. Στην περίπτωση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών δεν απαιτούνται περισσότερες θερμίδες από τις προαναφερθείσες, εκτός εάν ο ασθενής εμφανίζει μεγάλη απίσχναση. Απεναντίας, σε ασθενείς που βρίσκονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, απαιτούνται 1600-2000 Kcal το 24ωρο στις οποίες προστίθεται και ένα ποσό 400-500 θερμίδων επιπλέον που προέρχεται από το περιτοναϊκό διάλυμα. Οι θερμίδες αυξάνονται ακόμη περισσότερο και φθάνουν τις 800 αν χρησιμοποιούνται υπέρτονα διαλύματα 4,25%.

Αποστολή των *υδατανθράκων* είναι η παραγωγή ενέργειας στον οργανισμό, η συμβολή τους στη διατήρηση θετικού ισοζυγίου αζώτου και η συμμετοχή τους στο μεταβολισμό των λιπών.

Τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες είναι οι καραμέλες, τα γλυκά του κουταλιού, η μαρμελάδα, το μέλι, οι κομπόστες, τα ζελέ, το ψωμί, το ρύζι, τα ζυμαρικά, τα φρούτα κ.λπ.

Ειδικά για τα φρούτα, οι ασθενείς πρέπει να προσέχουν την ποσότητα που καταναλώνουν λόγω των υγρών και του καλίου που αυτά περιέχουν. Επιτρέπονται τα ωμά λαχανικά, τα λαδερά φαγητά, οι μέτριες πατάτες σε μικρές ποσότητες, μετά από ειδική επεξεργασία που θα περιγράψουμε παρακάτω.

Όσον αφορά τους διαβητικούς ασθενείς, καλό είναι να αποφεύγουν τα γλυκίσματα, τις κομπόστες και τα φρούτα που περιέχουν μεγάλες ποσότητες σακχάρου (σταφύλι, πεπόνι, καρπούζι). Επιτρέπονται μικρές ποσότητες αμυλούχων τροφίμων (ρύζι, μακαρόνια, πατάτες).

Όσον αφορά τα *λίπη*, αποτελούν βασική πηγή ενέργειας, εμπεριέχουν δε τις λιποδιαλυτές βιταμίνες.

Λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο εμφάνισης αθηρωματικής νόσου, συστήνεται η προτίμηση στα πολυακόρεστα λίπη που έχουν μικρότερη βλαπτική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα, όπως είναι οι μαργαρίνες και το λάδι που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ωμό στις σαλάτες και τα φαγητά.

Μια αισιόδοξη αναφορά θα μπορούσε να γίνει πάνω στην ευεργετική δράση του ιχθυελαίου που επιφέρει μείωση του επιπέδου των τριγλυκεριδίων σε ουραιμικούς και μη ασθενείς.

4.1.3 Φώσφορος – Ασβέστιο

Όσον αφορά την περιεκτικότητα της δίαιτας σε φωσφόρο (P), είναι γνωστό ότι με το που εμφανίζεται η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, αρχίζει παράλληλα και η διαδικασία της νεφρικής οστεοδυστροφίας, που χαρακτηρίζεται από κατακράτηση φωσφόρου με συνοδό υπερφωσφαταιμία, και πτώση των επιπέδων του ασβεστίου (Ca^{2+}) στο αίμα. Έτσι, από τα αρχικά στάδια απαιτείται περιορισμός της διαιτητικής πρόσληψης P, σε μια προσπάθεια

ελέγχου του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού αφενός, και επιβράδυνσης της έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας αφετέρου. Συνεπώς, απαιτείται περιορισμός των γαλακτοκομικών προϊόντων. Η μέγιστη επιτρεπόμενη ποσότητα φωσφόρου που δύναται να λαμβάνεται μέσω των τροφών είναι της τάξης των 1,2 g/day.

Η παραπάνω προσέγγιση αφορά τον έλεγχο της υπερφωσφαταιμίας σε ασθενείς με ήπιου βαθμού νεφρική ανεπάρκεια, καθότι σε άτομα με κάθαρση κρεατινίνης <30 ml, ο διαιτητικός περιορισμός από μόνος του αδυνατεί να ελέγξει τα επίπεδα του φωσφόρου και του ασβεστίου και σε αυτές τις περιπτώσεις εξέχουσα θέση κατέχουν το ανθρακικό και το οξικό ασβέστιο. Τα τελευταία καλό είναι να χορηγούνται κατά τη διάρκεια των γευμάτων, έτσι ώστε να δεσμεύουν άμεσα το φωσφόρο των τροφών.

Τα επίπεδα του *ασβεστίου* στο αίμα των ουραιμικών ασθενών ανευρίσκονται συνήθως χαμηλά αφενός μεν εξαιτίας της προσπάθειας του οργανισμού να αντιρροπήσει την υπερφωσφαταιμία, αφετέρου δε λόγω της ελαττωμένης απορρόφησης του ασβεστίου από το γαστρεντερικό σωλήνα που οφείλεται σε ανεπάρκεια παραγωγής βιταμίνης D3 από τους πάσχοντες νεφρούς. Γι' αυτό, δίδονται συμπληρωματικά σκευάσματα ασβεστίου, εάν κριθεί απαραίτητο.

4.1.4 Κάλιο

Μια από τις πλέον επικίνδυνες επιπλοκές που εμφανίζονται στη ΧΝΑ είναι η υπερκαλιαιμία, καθότι ευνοεί την εμφάνιση επικίνδυνων διαταραχών του καρδιακού ρυθμού που πολλές φορές οδηγούν στο θάνατο. Η υπερκαλιαιμία μπορεί να οφείλεται σε αδυναμία του νεφρού να αποβάλλει το κάλιο ή σε εξωγενή πρόσληψη καλίου με τις τροφές. Επίσης, διάφορα φάρμακα που συχνά χορηγούνται σε ασθενείς με ΧΝΑ, έστω και σε τροποποιημένες δόσεις (αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου και β-αναστολείς), μπορεί να οδηγήσουν σε εμφάνιση υπερκαλιαιμίας.

Η μέγιστη επιτρεπόμενη ποσότητα πρόσληψης καλίου προκειμένου για τους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς είναι 2,5 mEq/day, ενώ για τους ασθενείς υπό ΣΦΠΚ 3,5 mEq/day, λόγω μεγαλύτερων απωλειών καλίου στον περιτοναϊκό σάκο.

Τροφές που περιέχουν κάλιο είναι τα πορτοκάλια, τα μανταρίνια, η coca cola, το γκρέιπ-φρουτ, οι μπανάνες, τα βερίκοκα, το σπανάκι, οι πατάτες, τα καρότα, ο αρακάς, το ντοματόζουμο, το νεσκαφέ, τα ξηρά σύκα κ.λπ. Σε ορισμένα από τα φρούτα δε, η περιεκτικότητα σε κάλιο μειώνεται στο μισό όταν βρίσκονται σε μορφή κομπόστας. Ειδικά οι μικρές πατάτες, τα καρότα κομμένα σε μικρά κομμάτια, ο αρακάς, το σπανάκι, εάν μείνουν στο νερό όλη τη νύχτα, βραστούν δύο φορές και σερβιριστούν στραγγισμένα, χάνουν όλο το κάλιο που περιέχουν.

4.1.5 Νάτριο

Βασικό οδηγό για την πρόσληψη νατρίου (Na⁺) αποτελεί η αρτηριακή πίεση, η καρδιακή λειτουργία, οι διακυμάνσεις του σωματικού βάρους μεταξύ δύο διαδοχικών συνεδριών προκειμένου για ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, καθώς επίσης και η υπολειπόμενη διούρηση. Η μέγιστη επιτρεπόμενη πρόσληψη Na⁺ σε νεφροπαθείς ενταγμένους σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης είναι γύρω στα 2 g/day, σε αντίθεση με τους μη ουραιμικούς ασθενείς στους οποίους είναι 6 g/day. Συνεπώς, επιβάλλεται περιορισμός της διαιτητικής πρόσληψης Na⁺. Από πρακτικής πλευράς, μερικές συμβουλές για τον έλεγχο του Na⁺ είναι οι εξής:

- Περιορισμός ή αποφυγή της χρήσης αλατιού κατά την προετοιμασία του φαγητού. Η γεύση, ωστόσο, μπορεί να βελτιωθεί με διάφορα μυρωδικά (μαϊντανό, δυόσμο, ρίγανη, ξύδι, λεμόνι).
- Αποφυγή προσθήκης αλατιού μετά το μαγείρεμα.

- Αποφυγή επίσης τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε αλάτι (παστά, λουκάνικα, κονσέρβες, μπέικον, καπνιστά, ζαμπόν, σάλτσες, συντηρημένες τροφές, μουςτάρδες, κύβοι κρέατος, ελιές, τουρσί κ.λπ.). Υπενθυμίζεται ότι το ψωμί περιέχει αρκετή ποσότητα αλατιού.

4.1.6 Υγρά

Η ποσότητα των προσλαμβανόμενων υγρών είναι συνάρτηση του σταδίου της ΧΝΑ, της ποσότητας των αποβαλλόμενων ούρων και της γενικής κατάστασης του καρδιαγγειακού συστήματος του ασθενούς.

Έτσι, προκειμένου για ουραιμικούς ασθενείς που δεν έχουν ακόμη ενταχθεί σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης (με κάθαρση κρεατινίνης από 30 έως 10 ml/min) και στους οποίους η διούρηση διατηρείται, η συνήθης πρακτική είναι να χορηγούνται υγρά, σε μια προσπάθεια αποφυγής της αφυδάτωσης που οδηγεί σε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και σε εμφάνιση ουραιμικών συμπτωμάτων.

Η παραπάνω θεραπευτική προσέγγιση δεν ενδείκνυται σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο ΧΝΑ και στην πλειονότητα των περιπτώσεων εμφανίζουν δραματική ελάττωση της ποσότητας των αποβαλλόμενων ούρων, που αγγίζει συχνά τα όρια της ανουρίας.

Στην περίπτωση αυτή, η αλόγιστη πρόσληψη υγρών εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας, που μερικές φορές προσλαμβάνει τον χαρακτήρα του πνευμονικού οιδήματος, και δυσκολία ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης. Έτσι, η ποσότητα των προσλαμβανόμενων υγρών πρέπει να ισούται με το άθροισμα των εμφανών απωλειών του οργανισμού συν περίπου 500 ml επιπλέον υγρά (ούρα + άδηλη αναπνοή).

Ας μην ξεχνάμε ότι όταν αναφερόμαστε σε προσλαμβανόμενα υγρά δεν εννοούμε μόνο το νερό, αλλά και πάσης φύσεως ροφήματα, σούπες και κάποια φρούτα, όπως το καρπούζι, το πεπόνι, το σταφύλι. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι μία φέτα καρπούζι αντιστοιχεί σε ένα ποτήρι νερό.

Κάποιες συμβουλές που μπορούν να ακολουθούν οι ασθενείς για τη μείωση του βασανιστικού αισθήματος της δίψας είναι:

- Να ζυγίζονται καθημερινά την ίδια ώρα, στον ίδιο ζυγό, με ισοβαρή ρουχισμό για τον έλεγχο και υπολογισμό του επιτρεπόμενου βάρους.
- Να μοιράζουν τον επιτρεπόμενο όγκο προσλαμβανόμενων υγρών σε ίσα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Τα φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται με το φαγητό, εκτός εάν αντενδείκνυται κάτι τέτοιο.
- Τα παγάκια μειώνουν το αίσθημα της δίψας και περιέχουν μικρή ποσότητα νερού (~30 ml).
- Να πλένουν το στόμα τους ή να κάνουν γαργάρες με νερό, χωρίς να το καταπίνουν.
- Εάν διψούν ή το στόμα τους είναι στεγνό, μπορούν να μασήσουν τσίχλα ή λεμόνι για να παραχθεί σάλιο.

4.1.7 Βιταμίνες

Η ανεπαρκής πρόσληψη και ο διαταραγμένος μεταβολισμός των βιταμινών Β, C και φαλλικού οξέος σε συνδυασμό με τις αυξημένες απώλειες αυτών κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, είναι δυνατό να οδηγήσουν σε υποβιταμίνωση. Αντίθετα, μπορεί να προκληθεί υπερβιταμίνωση με τη μη ελεγχόμενη χορήγηση αυτών.

Όσον αφορά τη βιταμίνη Α, δε συνιστάται συμπληρωματική χορήγηση της. Όσον αφορά τις άλλες όμως βιταμίνες, καλό είναι να λαμβάνονται συμπληρωματικά μετά την κάθαρση. Ιδιαίτερη αναφορά χρειάζεται στα ενεργά παράγωγα της βιταμίνης D, καθώς η ποσότητα που πρέπει να χορηγηθεί σε ασθενείς υπό ΣΦΠΚ για να αναπληρωθούν οι περιτοναϊκές

απώλειες, μπορεί να είναι δύο ή και τρεις φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη ποσότητα που χορηγείται για την αναπλήρωση των απωλειών σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

4.1.8 Ιχνοστοιχεία

Οι διαταραχές στη συγκέντρωση διαφόρων ιχνοστοιχείων στον ορό και τους ιστούς των νεφροπαθών έχουν σχέση με την εμφάνιση πολλών συμπτωμάτων. Έτσι, έχει παρατηρηθεί π.χ. ελάττωση του ψευδαργύρου και του χαλκού λόγω αυξημένων απωλειών και ανεπαρκούς πρόσληψης. Συγκεκριμένα, η ένδεια ψευδαργύρου προκαλεί υπογευσία, ανορεξία και μυϊκή αδυναμία.

Το πλεονέκτημα των ασθενών που βρίσκονται υπό ΣΦΠΚ, είναι ότι οι διαιτητικοί περιορισμοί δεν είναι τόσο αυστηροί όσο είναι σ' αυτούς που ακολουθούν πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Μακροπρόθεσμα, όμως, μπορεί να παρουσιάσουν παχυσαρκία και υπερλιπιδαιμία, με αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων. Γι' αυτό, πρέπει να αποφεύγονται τροφές πλούσιες σ' αυτές τις λιπαρές ουσίες, με κατανάλωση του ασπραδιού του αυγού και του λευκού αντί του κόκκινου κρέατος, ελάττωση της κατανάλωσης οινόπνευματων ποτών, ενώ συνιστάται η αναλογία των πολυακόρεστων προς τα κεκορεσμένα λίπη να είναι 1,5/1.

Οι διαβητικοί νεφροπαθείς αποτελούν μια ειδική κατηγορία ασθενών στην οποία η διαίτα, εκτός από περιορισμό της πρόσληψης λευκώματος, πρέπει να περιλαμβάνει και ελάττωση των προσλαμβανόμενων υδατανθράκων. Η ποσότητα του χορηγούμενου λευκώματος σε διαβητικούς νεφροπαθείς που βρίσκονται σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης είναι ίδια με εκείνη που εμπεριέχεται σε διαίτα μη διαβητικών ουραιμικών.

Επιβάλλεται, όμως, περιορισμός στην πρόσληψη κορεσμένων λιπών λόγω του κινδύνου αύξησης της τιμής των τριγλυκεριδίων που προδιαθέτει σε ακόμα μεγαλύτερη επιδείνωση της αθηρωμάτωσης. Η διαίτα των διαβητικών νεφροπαθών πρέπει να εξατομικεύεται, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος απίσχνασης.

Πολύ συχνά οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα. Κύριες αιτίες είναι τα αντιόξινα δεσμευτικά του φωσφόρου, ο περιορισμός των υγρών και η μείωση της κατανάλωσης τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες και κάλιο.

Η χρήση καθαρικών που δεν περιέχουν φωσφόρο, Na^+ ή Mg^{2+} , καθώς και η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφίμων που παρασκευάζονται από καθαρό σιτάρι (all bran) σε συνδυασμό με την αντικατάσταση του λευκού από μαύρο ψωμί υποστηρίζεται ότι βοηθούν και επιπλέον παρέχουν τις βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία που είναι απαραίτητα.

Μια ειδική κατηγορία νεφροπαθών που χρειάζεται εξειδικευμένο σχεδιασμό της διαιτητικής αγωγής είναι τα *παιδιά*. Ένα παιδί 3 ετών μπορεί λόγω της νεφρικής νόσου να έχει ύψος και ανάπτυξη παιδιού 1 έτους. Η διαίτα του πρέπει να προσαρμοστεί, έτσι ώστε να αντιστοιχεί σε παιδί ηλικίας 1 έτους. Ο έλεγχος των υγρών είναι πολύ δύσκολος στα νεογέννητα, μια και τρέφονται μόνο με υγρά. Η υπερφωσφαταιμία αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση οστεοδυστροφίας και μειωμένη βιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Είναι δύσκολο να πειθαρχήσει ένα παιδί στη φαρμακευτική αγωγή και τους διαιτητικούς περιορισμούς, γι' αυτό απαιτείται συνεργασία πολλών ομάδων υγείας.

Οι *ηλικιωμένοι* ασθενείς αποτελούν μια ακόμη κατηγορία νεφροπαθών που χρήζουν ειδικής μεταχείρισης. Η ηλικία τους επιβάλλει μειωμένες δραστηριότητες, μειωμένο ρυθμό μεταβολισμού, λιγότερες ενεργειακές ανάγκες, ενώ οι απαιτήσεις σε βιταμίνες και μέταλλα παραμένουν ίδιες. Επιπλέον, αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν εντονότερο πρόβλημα δυσκοιλιότητας. Η διαίτα τους πρέπει επίσης να προσαρμόζεται στη διάθεση τους για φαγητό και στην ικανότητα μάσησης. Καλή υγιεινή των δοντιών, μαλακές και εύπεπτες τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, πάντα όμως μέσα στα επιτρεπτά όρια, βοηθούν πολύ.

Πρωταρχικός σκοπός του νοσηλευτή νεφρολογίας είναι η ανάπτυξη ειλικρινούς και αμοιβαίας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Σε συνεργασία και με άλλους επαγγελματίες υγείας, φροντίζει για τη σωστή τήρηση του διαιτολογίου, το οποίο έχει

προσαρμοστεί στις διαιτητικές απαιτήσεις της νόσου και εξατομικευθεί, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στην καθημερινή δραστηριότητα και στις ιδιαιτερότητες κάθε ασθενή.

Η μηνιαία παρακολούθηση των εργαστηριακών εξετάσεων σε συνδυασμό με τη συνεχή παρατήρηση σημείων και συμπτωμάτων που είναι δυνατό να εμφανίσει ο ασθενής, βοηθούν στην κατάλληλη αναπροσαρμογή του καθημερινού διαιτολογίου, με απώτερο σκοπό την προαγωγή της καλής σωματικής και κατ' επέκταση, της ψυχικής υγείας του πάσχοντος.

4.2 Αιμοκάθαρση

Κάθαρση είναι μια μορφή ιατρικής θεραπείας η οποία απομακρύνει τα απόβλητα του σώματος απευθείας από το αίμα των ανθρώπων που έχουν χάσει τη λειτουργία των νεφρών τους. Η κάθαρση αντικαθιστά κάποιες από τις λειτουργίες που τα νεφρά δεν μπορούν πλέον να εκτελέσουν. Υπάρχουν δύο μορφές κάθαρσης. (Σόμπολος Κ., 1984, Ραγιά Α., 1994, Gelald A., 1998)

- Η αιμοκάθαρση και
- Η περιτοναϊκή κάθαρση.

Η Αιμοκάθαρση είναι μέθοδος θεραπείας για όσους βρίσκονται στο τελικό στάδιο ΧΝΑ για να διατηρηθούν στη ζωή. Το αίμα του ασθενούς έρχεται σε επαφή με ένα διάλυμα, μέσω μιας ημιδιαπιδυτής μεμβράνης. Οι τοξικές ουσίες του μεταβολισμού, λόγω διαφοράς πυκνότητας, περνούν στο διάλυμα (διαπίδυση) και αποβάλλονται, ώστε να πετυχαίνεται η αιμοκάθαρση του νεφροπαθούς.

4.2.1 Λειτουργία της αιμοκάθαρσης

Η αιμοκάθαρση γίνεται με την κυκλοφορία του αίματος στον τεχνητό νεφρό που αποτελείται από 3 μέρη α) Το φίλτρο της αιμοκάθαρσης β) το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης και γ) το σύστημα παρασκευής και τροφοδοσίας του υγρού αιμοκάθαρσης. Για την μεταφορά του αίματος του ασθενή στο φίλτρο και αντίστροφα, υπάρχουν ειδικές σωληνώσεις, ενώ με άλλες σωληνώσεις μεταφέρεται το υγρό της αιμοκάθαρσης προς το φίλτρο και από εκεί πηγαίνει στην αποχέτευση. Στην απλή του μορφή, το φίλτρο αποτελείται από μια ημιδιαπιδυτή μεμβράνη που ξεχωρίζει 2 διαμερίσματα το ένα πλάι στο άλλο. Στο ένα διαμέρισμα κυκλοφορεί το αίμα του νεφροπαθούς και στο άλλο το ειδικό διάλυμα διαπίδυσης. Το μηχάνημα αιμοκάθαρσης διευκολύνει και ελέγχει την κυκλοφορία του αίματος και του υγρού αιμοκάθαρσης προς και από το φίλτρο.

Κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης το φίλτρο είναι το μέρος εκείνο, στο οποίο μέσα από τις ημιδιαπερατές μεμβράνες γίνεται μεταφορά διαλυτών ουσιών (ουρίας, κρεατινίνης κ.α.) από το αίμα του ασθενούς προς το υγρό αιμοκάθαρσης και αντίθετα (οξικά κ.α.). Ακόμα εκεί επιτελείται η μετακίνηση νερού από το αίμα προς το υγρό αιμοκάθαρσης. Οι δύο αυτοί τρόποι μεταφοράς (διαλυτών ουσιών – νερού) είναι διαφορετικοί και ρυθμίζονται από διαφορετικές δυνάμεις. Η μεταφορά ή διαπήδηση μιας ουσίας μέσω της ημιδιαπερατής μεμβράνης καθορίζεται από τρεις βασικούς μηχανισμούς (*εικόνα 7 – παράρτημα*):

α) Την διάχυση που σημαίνει διαπήδηση μιας διαλυτής ουσίας ενός διαλύματος μέσω μιας ημιδιαπιδυτής μεμβράνης χωρίς τη σύγχρονη μετακίνηση διαλυτικού μέσου.

β) Την διήθηση που σημαίνει ταυτόχρονη διαπήδηση μέσω της ημιδιαπερατής μεμβράνης διαλυτικού μέσου και μια ποσότητα διαλυτή ουσίας.

γ) Την ώσμωση που σημαίνει διαπήδηση νερού δια μέσου της ημιδιαπερατής μεμβράνης χωρίς την ταυτόχρονη διαπήδηση ουσίας.

Οι ημιδιαπερατές μεμβράνες αιμοκάθαρσης λειτουργούν σαν ένα είδος κόσκινου και έχουν πόρους μέσα από τους οποίους γίνεται η μετακίνηση των διαλυτών ουσιών. Διαλυτές ουσίες με υψηλό μοριακό βάρος διέρχονται βραδύτατα ή καθόλου διαμέσου των

μεμβρανών, σε αντίθεση με ουσίες χαμηλού μοριακού βάρους, που διέρχονται ευκολότερα και ταχύτερα από τις μεμβράνες αιμοκάθαρσης. Η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε μεμβράνης αιμοκάθαρσης καθορίζεται από ορισμένες χαρακτηριστικές ιδιότητες (διαπερατότητας, μηχανικές, τοξικές, θρομβογεννητικές, αιμολυτικές). Η ιδανική μεμβράνη αιμοκάθαρσης θα πρέπει να επιτρέπει τη διέλευση σε κάθε άχρηστη διαλυτή ουσία, ενώ συγχρόνως θα πρέπει να κατακρατεί κάθε χρήσιμη ουσία.

Ακόμα θα πρέπει να είναι απόλυτα συμβατή με κάθε κυτταρικό και χημικό στοιχείο του αίματος. Η διάχυση των ουσιών και η υπερδιήθηση κατά την αιμοκάθαρση ποικίλουν από μεμβράνη σε μεμβράνη. Τα τελευταία χρόνια έχει καταβληθεί σημαντική προσπάθεια στη βελτίωση απόδοσης των μεμβρανών αιμοκάθαρσης με κύρια βαρύτητα στη βελτίωση της διάχυσης των μέσων μοριακού βάρους ουσιών. (Σόμπολος Κ., 1984)

4.2.2 Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό (TN)

Η αιμοκάθαρση με TN επιτυγχάνεται με την εξωσωματική κυκλοφορία του αίματος διαμέσου κλειστού κυκλώματος στον TN ο οποίος αποτελείται από τα παρακάτω κύρια μέρη:

- το μηχάνημα αιμοκάθαρσης,
- το φίλτρο,
- το σύστημα παρασκευής και τροφοδοσίας του υγρού αιμοκάθαρσης. Στηρίζεται στους τρεις βασικούς μηχανισμούς της διαπίδυσης, της διάχυσης, της διήθησης και της ώσμωσης και μπορεί να εφαρμοστεί στο νοσοκομείο και στο σπίτι.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

- Κλασσική αιμοκάθαρση με χρήση οξικών και διττανθρακικών διαλυμάτων (Λάσκαρη Α., 2002)

4.2.3 Ερωτήματα ασθενών και οικογενειών που αφορούν στην προετοιμασία για την αιμοκάθαρση

Το φίλτρο και ο τεχνητός νεφρός έχουν την ίδια σημασία;

Το φίλτρο και ο τεχνητός νεφρός έχουν ακριβώς την ίδια σημασία. Οι δύο αυτοί όροι αναφέρονται σε εκείνο το σημείο του συστήματος της αιμοκάθαρσης που περιέχει την μεμβράνη (που φιλτράρει το αίμα).

Πόσο διαρκεί η θεραπεία;

Οι περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται δύομισι με πέντε ώρες θεραπείας. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από το μέγεθος του σώματος, την πρόσληψη υγρών, πρωτεϊνών, καλίου και άλλων θρεπτικών συστατικών μεταξύ των αιμοκαθάρσεων, τον τύπο του φίλτρου, τον τύπο του μηχανήματος, τη ροή του αίματος που επιτυγχάνεται και την εναπομένουσα νεφρική λειτουργία.

Κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά στην αιμοκάθαρση παρότι αρκετοί άνθρωποι αισθάνονται αρκετά καλύτερα αφότου αρχίζουν να κάνουν θεραπείες αιμοκάθαρσης. Επειδή η αιμοκάθαρση δεν μπορεί να αντικαταστήσει την απώλεια της ερυθροποιητίνης, της ορμόνης που βοηθά να δημιουργηθούν ερυθρά αιμοσφαίρια, μπορεί το άτομο να γίνει αναιμικό με αποτέλεσμα να αισθάνεται κουρασμένο.

Υπάρχουν περισσότεροι από ένας τύπος συσκευής αιμοκάθαρσης;

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι συσκευών αιμοκάθαρσης, κατασκευασμένες από διάφορες εταιρίες. Αυτοί οι διαφορετικοί τύποι μπορεί να διαφέρουν σε τιμή και εμφάνιση. Μερικοί είναι περισσότερο κατάλληλοι για νοσοκομεία, παρά για οικιακή χρήση.

Ποιοι είναι οι τύποι των φίλτρων;

Οι σημαντικότεροι τύποι φίλτρων που χρησιμοποιούνται σήμερα, είναι των παράλληλων πλακών και των κοίλων ινών (ή τριχοειδικά). Παρόλο που κάθε φίλτρο λειτουργεί με την ίδια βασική αρχή, ο γιατρός μπορεί να προτείνει τον έναν ή τον άλλο τύπο.

Τι είναι οι αγγειακές προσπελάσεις και γιατί χρειάζονται;

Στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης το αίμα του ασθενούς πρέπει να φτάσει στο φίλτρο, όπου τα τοξικά προϊόντα και τα υγρά θα απομακρυνθούν και το αίμα στην συνέχεια πρέπει να γυρίσει στο σώμα.

Υπάρχουν τρεις μέθοδοι λήψεως αίματος από τον ασθενή, με τρία συνήθως είδη αγγειακής προσπέλασης. Η εσωτερική αρτηριοβλεβική αναστύλωση (φίστουλα), το μόσχευμα και ο καθετήρας. Ο γιατρός είναι αυτός που θα συστήσει το είδος της αγγειακής προσπέλασης που ταιριάζει στον ασθενή.

Τι είναι η φίστουλα;

Η φίστουλα δημιουργείται με εγχείρηση, και συνδέει κατευθείαν μια από τις αρτηρίες με μια από τις φλέβες. Γίνεται με τοπική αναισθησία και βρίσκεται κάτω από το δέρμα συνήθως κοντά στον καρπό ή στον αγκώνα (εικόνα 8-8(α)). Οι αρτηρίες βρίσκονται βαθιά κάτω από το δέρμα και έχουν γρήγορη και μεγάλη αιματική ροή. Κανονικά οι φλέβες είναι μικρότερες από τις αρτηρίες. Ενώνοντάς τις, το αίμα από την αρτηρία ρέει κατευθείαν στη φλέβα, η οποία γίνεται μεγαλύτερη και αυτό καλείται φίστουλα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εισάγονται πιο εύκολα οι βελόνες που απαιτούνται για την αιμοκάθαρση.

Κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης μια νοσηλεύτρια/της, καθαρίζει την περιοχή γύρω από την εσωτερική φίστουλα. Το δέρμα μπορεί να μουδιάσει με τοπική αναισθησία και δύο βελόνες εισέρχονται, μια στην αρτηριακή πλευρά της φίστουλας ώστε να λάβει αίμα από το άτομο για να το μεταφέρει προς το φίλτρο και μία στη φλεβική πλευρά της φίστουλας, ώστε μέσω αυτής να επιστρέφεται το αίμα στον ασθενή. Οι βελόνες είναι συνδεδεμένες με σωλήνες που μεταφέρουν το αίμα. Αφού γίνει η φίστουλα, χρειάζονται 2-3 εβδομάδες για να μεγαλώσουν οι φλέβες ώστε να είναι πιο εύκολη η εισαγωγή των βελόνων. Ο γιατρός μπορεί να δώσει οδηγίες στο πώς να βοηθηθούν οι φλέβες για να μεγαλώσουν έτσι ώστε οι βελόνες να τις διαπερνούν πιο εύκολα. Οι φίστουλες μπορεί να μολυνθούν, αυτό όμως είναι κάτι σπάνιο. Σημάδια από θρόμβωση μπορεί να είναι διακοπή των σφυγμών της φλέβας και του ήχου του αίματος που κυλά μέσα από τα αγγεία, πόνος και πρήξιμο.

Σημάδια από μόλυνση είναι η ερυθρότητα του δέρματος και πυρετός. Ο ασθενής θα πρέπει να ειδοποιήσει τον γιατρό του αν αντιληφθεί κάτι τέτοιο.

Τι είναι τα μοσχεύματα;

Είναι αυτόλογοι, ομόλογοι, ετερόλογοι ή συνθετικοί σωλήνες που τοποθετούνται υποδόρια, συνδέουν είτε δύο αρτηρίες μεταξύ τους ή μια αρτηρία και μια φλέβα και μπορούν να παρακεντηθούν με βελόνες για τη διενέργεια αιμοκάθαρσης. Χρησιμοποιούνται όταν υπάρχει αδυναμία χειρουργικής παρασκευής φίστουλας. Τα περισσότερο χρησιμοποιούμενα μοσχεύματα είναι τα συνθετικά.

Υπάρχουν κίνδυνοι στην αιμοκάθαρση;

Υπάρχουν, όπως άλλωστε και σε σχεδόν κάθε μορφής θεραπεία. Η αιμοκάθαρση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που πρέπει να ολοκληρωθεί για να εγγυηθεί ασφάλεια. Οι υψηλού επιπέδου εκπαιδευμένοι επαγγελματίες μαζί με τα τεχνικά χαρακτηριστικά και τις δικλίδες ασφαλείας των μηχανημάτων αιμοκάθαρσης, δρουν ταυτόχρονα για να περιορίσουν τους κινδύνους στο χαμηλότερο δυνατό επίπεδο.

Μπορεί να προκληθεί μόλυνση στην αιμοκάθαρση;

Στις περισσότερες περιπτώσεις, μόλυνση από αιμοκάθαρση μπορεί να αποφευχθεί με την χρήση κατάλληλων τεχνικών αποστείρωσης οι οποίες περιλαμβάνουν τον κατάλληλο καθαρισμό και την χρήση αντισηπτικού στο άκρο της βελόνας εισόδου ή στο άνοιγμα των γραμμών αίματος.

Είναι η ηπατίτιδα συνήθης;

Η ηπατίτιδα είναι μια μολυσματική νόσος του ήπατος. Στις περισσότερες περιπτώσεις δημιουργεί ασθένεια μικρής χρονικής διάρκειας που σταδιακά υποχωρεί σε μια περίοδο δύο ή τριών εβδομάδων. Όμως σε μερικές περιπτώσεις η ηπατίτιδα οδηγεί σε χρόνιες μολύνσεις που προξενούν ζημιές στο ήπαρ. Η ηπατίτιδα C είναι μια μορφή ιογενούς ηπατίτιδας που μεταδίδεται αρχικά με την μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του από το ένα άτομο στο άλλο. Άλλος τύπος ηπατίτιδας είναι η ηπατίτιδα B. Ο πιο συνήθης τρόπος μετάδοσης της είναι δια μέσου επαφής με το αίμα. Τα άτομα που υφίστανται αιμοκάθαρση βρίσκονται σε επίπεδο υψηλού κινδύνου προσβολής από την ηπατίτιδα C και την ηπατίτιδα B εξαιτίας της φύσης της θεραπείας, της πιθανής επαφής με μολυσμένη βελόνα (που δεν θα έπρεπε να συμβαίνει) και των μεταγγίσεων αίματος. Υπάρχουν εργαστηριακές δοκιμασίες μέσω των οποίων ανακαλύπτονται οι έχοντες υποστεί μόλυνση, από ηπατίτιδα.

Ποια είναι τα πιθανά ιατρικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης;

Παρά το ότι μερικά προβλήματα μπορεί να προκύψουν κατά την διάρκεια της θεραπείας στον τεχνητό νεφρό, τα περισσότερα από αυτά μπορούν να αποτραπούν ή και να επιλυθούν. Στα προβλήματα αυτά περιλαμβάνονται διαρροές αίματος, λάθος διάλυμα αιμοκάθαρσης, μόλυνση και υπόταση, δηλαδή χαμηλή πίεση.

Τι είναι η διαρροή αίματος;

Η μεμβράνη της συσκευής του τεχνητού νεφρού μπορεί να παρουσιάσει μια μικρή διαρροή και σε σπάνιες περιπτώσεις, ένα μεγαλύτερο άνοιγμα. Αν αυτό συμβεί, το αίμα που αποθηκεύεται προσωρινά στο φίλτρο εισρέει μέσα στο διάλυμα της αιμοκάθαρσης. Μια συσκευή ελέγχου εντοπίζει αμέσως το φαινόμενο και εκπέμπει ένα προειδοποιητικό ήχο, ενώ τα σωληνάκια που συνδέουν τον ασθενή με το μηχάνημα προσωρινά απενεργοποιούνται μέχρι η μεμβράνη του μηχανήματος να αντικατασταθεί. Ένας άλλος τύπος διαρροής αίματος μπορεί να προκύψει στα σωληνάκια που μεταφέρουν το αίμα από τον ασθενή στην συσκευή. Μια συσκευή παρακολούθησης της πίεσης του αίματος στέλνει ένα προειδοποιητικό ήχο και το πρόβλημα διορθώνεται αμέσως.

Είναι σημαντική η συγκέντρωση του διαλύματος;

Το συμπυκνωμένο διάλυμα αναμιγνύεται με την ακριβή και μόνο ποσότητα νερού για την παρασκευή της τελικής μορφής του διαλύματος για την αιμοκάθαρση. Αν το διάλυμα δεν αναμιχθεί επακριβώς και στη σωστή αναλογία, μπορεί να υπάρξουν άμεσες

παρενέργειες όπως εμετός και μυϊκός πόνος. Οι περισσότερες συσκευές αιμοκάθαρσης είναι εξοπλισμένες με ειδικά μηχανήματα ελέγχου που στέλνουν προειδοποιητικό σήμα σε περίπτωση που τελικές αναλογίες δεν είναι ακριβείς.

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι συγκέντρωσης διαλυμάτων;

Υπάρχουν, ωστόσο οι συνηθέστεροι τύποι συγκέντρωσης είναι η όξινη και η διττανθρακική κάθαρση. Η διττανθρακική κάθαρση χρησιμοποιείται περισσότερο καθώς προκαλεί λιγότερες παρενέργειες. (Σόμπολος Κ., 1984)

4.2.4 Πλεονεκτήματα – μειονεκτήματα Αιμοκάθαρσης στο νοσοκομείο και στο σπίτι

4.2.4.1 Αιμοκάθαρση στο Νοσοκομείο

Αν απαιτείται μια ιδιαίτερη φροντίδα για τον ασθενή, λόγω ιατρικής περιπλοκότητας ή αν χρειαστεί να νοσηλευτεί για ιατρικό ή χειρουργικό περιστατικό μπορεί ο ασθενής, να υποστεί τη θεραπεία ως ασθενής νοσοκομείου (*εικόνα 8 (α1)*). Η θεραπεία κατά αυτόν τον τρόπο καλείται αιμοκάθαρση σε εσωτερικό χώρο και περιλαμβάνει ένα σύνολο με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία είναι τα ακόλουθα: (Παπανουδάκη - Μπροκαλάκη Η., 1993 - 1994)

Πλεονεκτήματα

- Η μέθοδος και οι διεργασίες εκτελούνται από εξειδικευμένους νοσηλευτές. Υπάρχει η δυνατότητα για:
- Άμεση αντιμετώπιση των οξέων συμβαμάτων.
- Διαρκή εκτίμηση-αξιολόγηση του πάσχοντος από την ομάδα υγείας.
- Συχνή επαφή με άλλους ασθενείς και ανταλλαγή απόψεων.
- Δεν απαιτείται εξοπλισμός και υλικό στο σπίτι.
- Δεν περιορίζει τις εργασιακές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Μειονεκτήματα

- Αλλαγή κατοικίας προκειμένου να βρίσκεται κοντά σε νεφρολογικό κέντρο.
- Μετακίνηση στο νοσοκομείο τρεις φορές την εβδομάδα.
- Δυσκολία μετακίνησης λόγω κόπωσης μετά τη συνεδρία.
- Ανάγκη μεταφορικού μέσου και συνοδού σε νεφροπαθείς με κινητικά προβλήματα.
- Κίνδυνος νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Εξάρτηση από την ομάδα υγείας.

4.2.4.2 Αιμοκάθαρση στο σπίτι

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή της είναι η έλλειψη ιατρικών αντενδείξεων και η επιθυμία του αρρώστου και του βοηθού του να εκπαιδευτούν στη μέθοδο (*εικόνα 8 (α2)*). Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα η αιμοκάθαρση στο σπίτι δεν έχει τύχει ευρείας αποδοχής. (Παπανουδάκη - Μπροκαλάκη Η., 1993 - 1994)

Πλεονεκτήματα

- Δεν απαιτείται αλλαγή κατοικίας ή μετακίνηση στο νοσοκομείο.
- Η συνεδρία εκτελείται το χρονικό διάστημα που διευκολύνει το νεφροπαθή και την οικογένεια.
- Αναλαμβάνει ο ίδιος την ευθύνη της θεραπείας του.
- Ο ασθενής αισθάνεται λιγότερο εξαρτημένος.

Μειονεκτήματα

- Απαιτείται ειδικός χώρος για την εγκατάσταση του μηχανήματος, του συστήματος επεξεργασίας νερού και τη φύλαξη των υλικών αιμοκάθαρσης.
- Δεν υπάρχει εξειδικευμένος νοσηλευτής κατά τη συνεδρία.
- Απαιτείται η παρουσία βοηθού για την εκτέλεση της θεραπείας.
- Προηγείται εκπαίδευση του νεφροπαθούς και του βοηθού του για 2-3 μήνες στο νοσοκομείο.
- Στερείται των πλεονεκτημάτων της αιμοκάθαρσης στο νοσοκομείο.

4.2.5 Βασικές αρχές χορήγησης φαρμάκων στην αιμοκάθαρση

- Η χορήγηση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης γίνεται ενδοφλεβίως (IV) ή από το στόματος (per-os).
- Η ενδοφλέβια χορήγηση γίνεται με τη μορφή της ταχείας έγχυσης (bolus) ή με τη μορφή της στάγδην έγχυσης διαμέσου του κυκλώματος αιμοκάθαρσης. Η ταχεία έγχυση πρέπει να γίνεται τηρώντας ορισμένους χρονικούς περιορισμούς, διότι διαφορετικά συνεπάγεται την αστραπιαία είσοδο του φαρμάκου στην κυκλοφορία, ενέργεια άκρως επικίνδυνη, ιδίως όταν αυτή γίνεται από το φλεβικό σκέλος του υποκλείδιου καθετήρα.
- Η στάγδην έγχυση εγκυμονεί τον κίνδυνο της εμβολής αέρα, κυρίως όταν αυτή γίνεται από το αρτηριακό σκέλος.
- Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση διαλυμάτων ηλεκτρολυτών απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο χορήγησης. Η ενδεδειγμένη μορφή χορήγησης είναι αυτή της στάγδην έγχυσης σε διάρκεια 4-8'. Απαγορεύεται αυστηρά η ταχεία έγχυση, διότι μπορεί να προκληθεί σημαντικός ερεθισμός των αγγείων, καρδιακή αρρυθμία, ακόμη και θάνατος.
- Η ταχεία έγχυση υπέρτονων διαλυμάτων χλωριούχου νατρίου πρέπει να αποφεύγεται, διότι επιβαρύνει τον ασθενή με σημαντική ποσότητα νατρίου, χωρίς να προσφέρει όγκο. Ο πλέον ενδεδειγμένος τρόπος είναι η έγχυση του νατρίου σε φυσιολογικό ορό.
- Τα φάρμακα (σίδηρος, βιταμίνες, αντιβιοτικά, ερυθροποιητίνη) χορηγούνται στο τέλος της συνεδρίας, διότι απομακρύνονται μέσω της αιμοκάθαρσης. Η χορήγησή τους γίνεται με τη μορφή της ταχείας ή της στάγδην έγχυσης, σύμφωνα με το πρωτόκολλο της Μονάδας. Η ερυθροποιητίνη μπορεί να χορηγηθεί και υποδορίως.
- Η ινσουλίνη χορηγείται υποδορίως στην αρχή της συνεδρίας μετά τη μέτρηση του σακχάρου.
- Η ενδομυϊκή χορήγηση φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται. Υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης αιματώματος στο σημείο της έγχυσης εξαιτίας της σημαντικής ποσότητας ηπαρίνης που κυκλοφορεί στο αίμα. Εάν συντρέχει λόγος για ενδομυϊκή χορήγηση, πρέπει να προτιμάται ο δελτοειδής και να ακολουθεί παρακολούθηση επί 5'.

Σε περίπτωση λήψης σκευασμάτων υπογλωσσίως συνιστάται παρακολούθηση του ασθενούς για την πρόληψη υποτασικών επεισοδίων. (Καλιβρετάκης Ν., 1998, Κοντούλη Δ., 2000, Θάνου Ι., 2003)

4.2.5.1 Φάρμακα στην αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό

Αντιπηκτική αγωγή

Στην εξωσωματική κυκλοφορία, το αίμα των ασθενών έρχεται σε επαφή με τα τοιχώματα των γραμμών και τις μεμβράνες αιμοκάθαρσης, με αποτέλεσμα την πρόκληση αντιδράσεων εξαιτίας της προσρόφησης πρωτεϊνών από τις επιφάνειες των πλαστικών υλικών. Επακόλουθο αυτών αποτελεί η ενεργοποίηση του μηχανισμού πήξεως του ινωδολυτικού συστήματος, της εκλυτικής αντίδρασης των αιμοπεταλίων και του συμπληρώματος.

Οι ανωτέρω μηχανισμοί έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία θρόμβων διαφόρων μεγεθών με ανάλογες συνέπειες. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση τέτοιων συμβαμάτων επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων. (Θάνου Ι., Κωστενίδου Μ., 1998)

Αντιπηκτικά φάρμακα

Ηπαρίνη

Είναι βλεννοπολυσακχαρίτης που συναντάται στους περισσότερους ιστούς, κυρίως όμως στους πνεύμονες και το ήπαρ.

Αποτελεί ουσία υδατοδιαλυτή και αδρανοποιείται από συνθετικές ουσίες, όπως η πρωταμίνη και η κινιδίνη. Δρα στο ενδογενές σύστημα της πήξης, επιταχύνει το ρυθμό δράσης της αντιθρομβίνης III και αυξάνει την ανασταλτική δράση των πρωτεασών. Επιπλέον, εξουδετερώνει την πρωτεολυτική δράση των ενεργοποιημένων παραγόντων της θρομβίνης και της πλασμίνης. Τέλος, δρα στη λειτουργία των αιμοπεταλίων προκαλώντας την κατακράτηση τους στις επιφάνειες των φίλτρων.

Είδη ηπαρίνης

1. Νατριούχος Ηπαρίνη (κλασσική)
2. Χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη
3. Tinzaparine (Innohep)
4. Enoxaparine Sodium (Clexane)
5. Nadroparine Calcium (Fraxiparine)

Οδοί χορήγησης

- Όλες οι ηπαρίνες χορηγούνται ενδοφλεβίως ή υποδορίως.
- Ποτέ δεν πρέπει να χορηγούνται ενδομυϊκώς λόγω του κινδύνου δημιουργίας αιματώματος.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Κάθε φάρμακο μαζί με τις επιθυμητές ενέργειες, μπορεί να προκαλέσει και ορισμένες παρενέργειες. Παρά το γεγονός ότι οι παρενέργειες αυτές δεν εμφανίζονται συχνά, απαιτείται ενημέρωση προσωπικού και ασθενών για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τους.

Παρενέργειες ηπαρίνης

- Αιμορραγία
- Αλλεργικές αντιδράσεις
- Θρομβοπενία
- Αλωπεκία
- Δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός και οστεοδυστροφία
- Αναστολή έκκρισης αλδοστερόνης
- Αναστολή δράσης αντισωμάτων
- Υπερλιπιδαιμία

Η αντικατάσταση της κλασικής ηπαρίνης από τις ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους περιόρισε σημαντικά τις αιμορραγίες, την υπερλιπιδαιμία και άλλες επιπλοκές.

Φύλαξη προϊόντος

- Διατηρείται σε θερμοκρασία περιβάλλοντος (15 —25ο C).
- Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται μετά την αναγραφόμενη ημερομηνία λήξης.
- Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται εάν παρουσιάζει σημεία αλλοίωσης.

Υπολογισμός της απαιτούμενης δόσης ηπαρίνης

Ο υπολογισμός της δοσολογίας της ηπαρίνης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας γίνεται εμπειρικά ή επιστημονικά με τη βοήθεια εργαστηριακών εξετάσεων που αφορούν την πήξη του αίματος.

Κατά τον εμπειρικό υπολογισμό, η δόση εξατομικεύεται για κάθε ασθενή ανάλογα με το σωματικό του βάρος, τη διάρκεια της συνεδρίας, τον τύπο του φίλτρου, την ηπατικότητα του αίματος και τη λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν την πήξη.

Επιστημονικά, η δοσολογία της ηπαρίνης καθορίζεται με εργαστηριακό έλεγχο που περιλαμβάνει τη μέτρηση του ενεργοποιημένου χρόνου πήξης ολικού αίματος (WBACT), τη μέτρηση του χρόνου πήξης κατά Lee-White και τη μέτρηση του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (PIT). (Καλιβρετάκης Ν., 1998, Κοντούλη Δ., 2000)

4.3 Περιτοναϊκή κάθαρση

Η περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) είναι μια άλλη μέθοδος αφαίρεσης αποβλήτων, περισσευούμενου νατρίου και υγρών από το σώμα, όπου αντί να χρησιμοποιείται ένα φίλτρο, όπως στην αιμοκάθαρση, χρησιμοποιείται η επένδυση της στομαχικής κοιλότητας. Ένας καθετήρας περιτοναϊκής κάθαρσης τοποθετείται χειρουργικά στην κοιλιακή χώρα, συνήθως κάτω από τον αφαλό (εικόνα 9-9(α)). Ένα ειδικά προετοιμασμένο διάλυμα, το οποίο καλείται περιτοναϊκό διάλυμα, εισέρχεται στο στομάχι μέσω του καθετήρα. Μετά από κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, το χρησιμοποιημένο διάλυμα εξέρχεται από την κοιλιά μέσω του καθετήρα. Όταν πλέον τελειώσει η έξοδος, τότε ένα καινούργιο εισάγεται μέσω του καθετήρα και η διαδικασία επαναλαμβάνεται.

Αυτή η διαδικασία, πιο γνωστή ως αλλαγή διαλύματος, επαναλαμβάνεται αρκετές φορές την ημέρα (3 με 4 φορές συνήθως).

Η περιτοναϊκή κάθαρση είναι μια μορφή κάθαρσης που χρησιμοποιεί ένα από τα μεμβρανώδη υποστρώματα της κοιλιακής χώρας που ονομάζεται περιτόναιο για τον καθαρισμό των άχρηστων προϊόντων. Ένα ειδικά κατασκευασμένο διάλυμα που ονομάζεται περιτοναϊκό εισάγεται στην κοιλιά από ένα καθετήρα που έχει τοποθετηθεί (χειρουργικά) μέσα στην κοιλιακή χώρα. Το διάλυμα αυτό παραμένει για κάποιο χρονικό

διάστημα, κατά την διάρκεια του οποίου άχρηστα προϊόντα και άλλες ουσίες με πολύ μεγάλη συγκέντρωση στο αίμα διαχέονται κατά πλάτος της περιτοναϊκής μεμβράνης από το σώμα και μέσα στο διάλυμα. Στην συνέχεια το διάλυμα εξέρχεται από το σώμα μέσω του καθετήρα. (Κωστενίδου Μ., 1996)

4.3.1 Μορφές Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΠΚ)

Η μέθοδος βρίσκει ευρεία εφαρμογή με τη μορφή της Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΣΦΠΚ), αλλά και με τη μορφή της Αυτοματοποιημένης Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΑΠΚ). Στην τεχνική αυτών των μεθόδων εκπαιδεύεται ο νεφροπαθής ή ένα άλλο μέλος του περιβάλλοντος του και την εφαρμόζουν στο σπίτι.

Η ΑΠΚ εφαρμόζεται με τις κάτωθι παραλλαγές:

- Διαλείπουσα Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΔΠΚ)
- Συνεχής Κυκλική Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΚΠΚ)
- Παλιρροϊκή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΠΚ)
- Νυχτερινή Διαλείπουσα Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΝΔΠΚ)

Κριτήρια ένταξης στην Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ)

- Μικρά παιδιά
- Διαβητικοί
- Ασθενείς που σύντομα πρόκειται να μεταμοσχευθούν
- Νόσος των στεφανιαίων αγγείων
- Ανεπάρκεια αυτόνομου νευρικού συστήματος
- Υπέρταση δύσκολα ρυθμιζόμενη
- Προβλήματα αγγειακής προσπέλασης
- Βαριά αναιμία
- Βαριά υπόταση
- Κακή ανοχή στην αιμοκάθαρση με Τεχνητό Νεφρό
- Τόπος διαμονής
- Εργαζόμενοι ασθενείς
- Ασθενείς που ταξιδεύουν
- Επιθυμία του ασθενή

Σχετικές Αντενδείξεις

Μείζονες

- Τύφλωση
- Ημιπληγία
- Διαταραχές κινητικότητας
- Βαριές αναπηρίες
- Κολοστομία
- Διανοητική στέρηση
- Ψυχικές διαταραχές

Ελάσσονες

- Εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα
- Διαφραγματοκήλη
- Εκκολπωμάτωση εντέρου
- Πολυκυστικοί νεφροί
- Δισκοπάθεια οσφυϊκής μοίρας ΣΣ
- Ηπατίτιδα
- Υπεριγλυκεριδαιμία
- Χρόνια λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων
- Περιφερική αγγειακή νόσος
- Αναπνευστική ανεπάρκεια

Ψυχοκοινωνικά κριτήρια αμιγώς σχετιζόμενα με τη μέθοδο

- Αποδοχή μεθόδου
- Εργασία ασθενούς, ωράριο
- Οικογενειακή υποστήριξη
- Μη επιθυμία ένταξης
- Μη ικανότητα εκπαίδευσης
- Μη συνεργάσιμοι ασθενείς

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι περιτοναϊκών διαλυμάτων και η πιο συνηθισμένη διαφορά αφορά στο ποσοστό γλυκόζης μέσα στο διάλυμα. Υψηλότερες συγκεντρώσεις γλυκόζης βοηθούν στην απομάκρυνση περισσότερων υγρών από το σώμα και χρησιμοποιούνται όταν είναι αναγκαίο για την επίτευξη ισορροπίας των υγρών. (Καλιβρετάκης Ν., 1998, Κοντούλη Δ., 2000)

4.3.1.1 Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΠΚ)

Τον ορισμό της μεθόδου τον δίνει η ίδια η ονομασία της με την κάθε της λέξη: είναι συνεχής, γιατί εφαρμόζεται σ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου, λέγεται φορητή / διότι ο ασθενής τη φέρει επάνω του, αποτελεί κάθαρση που εφαρμόζεται μέσω του περιτοναίου (εικόνα 10 – παράρτημα). (Σταθάκης Χ., 1984)

Πλεονεκτήματα ΣΦΠΚ

- Εύκολη στην εκμάθηση.
- Φροντίζει ο ίδιος ο ασθενής για τη θεραπεία του.
- Ανεξαρτησία από το νοσοκομείο.
- Δεν απαιτείται φλεβοκέντηση.
- Πιο ελεύθερο διαιτολόγιο.
- Επίσκεψη στο νοσοκομείο για έλεγχο κάθε 4-8 εβδομάδες.
- Ελαστικότερο πρόγραμμα στην εφαρμογή της μεθόδου.
- Επιτρέπει καλύτερη ρύθμιση της ΑΠ.
- Επιφέρει λιγότερο stress (καταπόνηση) στον οργανισμό.
- Παρέχει ποιότητα ζωής.
- Ενδείκνυται σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα.

- Παρέχει συνεχή κάθαρση στον οργανισμό 24 ώρες/24ωρο.
- Γίνεται καλός έλεγχος των υγρών.
- Γίνεται καλός έλεγχος της αναιμίας.
- Ο ασθενής μπορεί να κινείται ελεύθερα όσο κάνει τη θεραπεία.
- Ανεξαρτησία κινήσεων που εκφράζεται με τη δυνατότητα διακοπών, χόμπυ, σπόρ.
- Ικανοποιητική ψυχολογική προσαρμογή στο νέο τρόπο ζωής.

Μειονεκτήματα ΣΦΠΚ

- 3-5 αλλαγές καθημερινά
- Μόνιμος περιτοναϊκός καθετήρας
- Τοποθέτηση καθετήρα με μικρή χειρουργική επέμβαση
- Κίνδυνος περιτονίτιδας
- Απαιτείται χώρος για τη φύλαξη των υλικών στο σπίτι
- Παθολογικές καταστάσεις που δυσχεραίνουν ή αποκλείουν την εφαρμογή της μεθόδου
- Παχυσαρκία σε ορισμένες περιπτώσεις
- Αλλαγή σωματικού ειδώλου

4.3.1.2 Αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (ΑΠΚ)

Εφαρμόζεται αυτόματα από το μηχάνημα, αφού το προγραμματίσει ο χρήστης του. (Σταθάκης Χ., 1984)

Πλεονεκτήματα ΑΠΚ

- Στις περισσότερες περιπτώσεις δε γίνονται αλλαγές στη διάρκεια της ημέρας.
- Το μηχάνημα είναι ασφαλές και εύκολο στη χρήση.
- Η θεραπεία γίνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου.
- Ίδια πλεονεκτήματα με τη ΣΦΠΚ.

Μειονεκτήματα ΑΠΚ

- Απαιτείται μηχάνημα και εξοπλισμός.
- Σύνδεση με το μηχάνημα κάθε βράδυ.
- Ίδια με της ΣΦΠΚ.

4.4 Κριτήρια ένταξης σε εξωνεφρική κάθαρση

Η βαθμιαία έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και η αδυναμία αντιμετώπισης της ουραιμίας με συντηρητική αγωγή, δηλαδή με διαιτητική και φαρμακευτική, οδηγούν στην ανάγκη αντιμετώπισης του ασθενούς με εξωνεφρική κάθαρση.

Βασικό κριτήριο αποτελεί η κάθαρση της κρεατινίνης. Η επικρατέστερη άποψη η οποία βασίζεται και στην υπάρχουσα κλινική εμπειρία θεωρεί ότι η ένταξη σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης πρέπει να γίνεται όταν η κάθαρση κρεατινίνης προσεγγίζει τα 6-7 ml/min. (Κωστενίδου Μ. και συν., 1995)

Άλλα κριτήρια που συνεκτιμώνται για να αποφασιστεί η ένταξη σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης είναι:

- Ουραιμικό σύνδρομο
- Αναιμία
- Γαστρεντερικά ενοχλήματα
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπερκαλιαιμία)
- Καρδιαγγειακά προβλήματα (περικαρδίτιδα, πνευμονικό οίδημα)
- Υπερπαραθυρεοειδισμός με επιπτώσεις στα οστά
- Γενική κατάσταση (ανορεξία, καχεξία, περιφερική νευρίτιδα)

Σχετικές αντενδείξεις, αλλά και ηθικά διλήμματα για την ένταξη ή όχι σε εξωνεφρική κάθαρση αποτελούν ορισμένες ειδικές περιπτώσεις, όπως η παρουσία:

- μεταστατικού καρκινώματος
- εκτεταμένου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου
- ηπατονεφρικού συνδρόμου κ.λπ.

Σήμερα, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, δεν αποκλείεται σχεδόν κανείς από την αιμοκάθαρση. Σε μερικές μόνο χώρες, έχει τεθεί ως κριτήριο αποκλεισμού η πολύ μεγάλη ηλικία.

4.4.1 Μέθοδοι εξωνεφρικής κάθαρσης

Οι πλέον διαδεδομένες και αξιόπιστες μέθοδοι για την αντιμετώπιση του τελικού σταδίου της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) είναι η αιμοκάθαρση με Τεχνητό Νεφρό (ΤΝ) και η Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ).

- Αιμοκάθαρση με μία βελόνα
- Αιμοδιήθηση
- Συνεχής αρτηριοφλεβική αιμοδιήθηση
- Αιμοπροσρόφηση
- Πλασμαφαίρεση

4.5 Μεταμόσχευση Νεφρού

Μια ακόμα βασική θεραπεία για τη νεφρική ανεπάρκεια είναι η μεταμόσχευση νεφρού. Αυτή περιλαμβάνει την αφαίρεση νεφρού είτε από ένα εν ζωή συγγενικό πρόσωπο είτε από κάποιον που έχει πεθάνει (εγκεφαλικά νεκρός) και τοποθετείται χειρουργικά στον ασθενή. Σήμερα μπορεί ως δωρητές οργάνων να χρησιμοποιούνται και μη συγγενικά πρόσωπα εφόσον υπάρχει το κατάλληλο ταίριασμα ιστών (*εικόνα 11*) (Μαλγαρίνου Μ., Κωνσταντινίδου Σ., 1985)

4.5.1 Μεταμόσχευση νεφρού από νεκρό δότη

Αν οι εντατικές προσπάθειες των γιατρών να σώσουν τη ζωή του ασθενούς δεν έχουν επιτυχία τότε υπάρχει η μεταμόσχευση. Προϋπόθεση όμως για αυτό είναι μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, η διατήρηση της σταθερότητας της κυκλοφορίας.

Η αφαίρεση οργάνων γίνεται από μια ομάδα εμπειρών ιατρών. Τα όργανα πρέπει να συντηρηθούν μέχρι την μεταμόσχευση.

Ταυτόχρονα με την αφαίρεση οργάνων γίνεται λήψη δειγμάτων αίματος, προκειμένου να αποσταλούν στο εργαστήριο ιστοσυμβατότητας για την τυποποίηση.

Το διατηρημένο όργανο μεταφέρεται οδικώς ή αεροπορικώς το συντομότερο στο αντίστοιχο μεταμοσχευτικό κέντρο.

Ο λήπτης ειδοποιείται ότι υπάρχει διαθέσιμο συμβατό μόσχευμα. Εκτιμάται η παρούσα κλινική κατάστασή του ώστε να προχωρήσει η μεταμόσχευση.

Οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν μια από τις μεγαλύτερες προόδους της ιατρικής στον 20ο αιώνα. Η επιτυχία τους κυμαίνεται ανάλογα με τα όργανα ή τους ιστούς. Η επιστροφή σε απόλυτα υγιή κατάσταση και φυσιολογική ζωή επιτυγχάνεται σε περισσότερο από 90% στις μεταμοσχεύσεις νεφρού, 70% καρδιάς και ήπατος, 90% κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού.

Οι μεγαλύτερες επιτυχίες παρατηρούνται στα νεφρά όπως επίσης και στον κερατοειδή και στα ακουστικά οστίδια.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει το 2000, 104 μεταμοσχεύσεις νεφρού, 7 καρδιάς, 0 παγκρέατος, 12 ήπατος και 0 πνευμόνων. Παγκοσμίως μέχρι στιγμής έχουν γίνει 500.000 μεταμοσχεύσεις νεφρού. Ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων ήπατος, καρδιάς και παγκρέατος είναι μικρότερος γιατί εδώ τα ιατρικά προβλήματα είναι μεγαλύτερα. Παρά όλα ταύτα εμφανίζεται μια αυξητική τάση στον τομέα των μεταμοσχεύσεων αυτών των οργάνων. Στην πατρίδα μας λόγω κακής πληροφόρησης τα τρία τελευταία χρόνια ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων παραμένει χαμηλός.

Επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού υπάρχει όταν η λειτουργία του καινούργιου νεφρού είναι συνεχής για ικανοποιητικό χρονικό διάστημα, συνήθως τουλάχιστον ενός έτους. Μεταμοσχεύσεις που δουλεύουν καλά για ένα έτος, συχνά, αλλά όχι πάντα, συνεχίζουν να δουλεύουν καλά για πολλά χρόνια .

Το ποσοστό επιτυχίας της εγχείρησης εξαρτάται από το αν το μεταμοσχευμένο νεφρό προέρχεται από συγγενή που είναι εν ζωή ή από νεκρό δότη. Το ποσοστό επιτυχίας του μεταμοσχευμένου νεφρού που εξασφαλίζει καλή λειτουργία, είναι συνήθως μεγαλύτερο όταν το νεφρό προέρχεται από ζωντανό συγγενή. Αν και μεμονωμένα μεταμοσχευτικά προγράμματα μπορεί να έχουν διάφορα αποτελέσματα, τα περισσότερα προγράμματα αγγίζουν ποσοστό επιτυχίας 90% ή και υψηλότερο. (Μαλγαρίνου Μ., Κωνσταντινιδου Σ., 1985)

4.5.2 Κίνδυνοι κατά την εγχείρηση της μεταμόσχευσης

Οι χειρουργικοί κίνδυνοι στα άτομα με προβληματικό νεφρό, είναι μεγαλύτεροι από ότι στα άτομα με νεφρό που λειτουργεί κανονικά. Παρά όλα αυτά, τα ποσοστά επιβίωσης σε εγχείρηση μεταμόσχευσης είναι μεγαλύτερα από 95%.

Κάθε μεταμόσχευση ενός ξένου προς το σώμα του λήπτη οργάνου προκαλεί αντιδράσεις αμύνης που μπορεί να οδηγήσουν στην απόρριψη του οργάνου. Αυτές οι αντιδράσεις μπορεί να ελαχιστοποιηθούν με φάρμακα. Η δραστηριότητα των νέων φαρμάκων που είναι εναντίον των αντιδράσεων αυτών έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Παρά όλα αυτά όμως, συμβαίνουν ακόμα και σήμερα αντιδράσεις του σώματος του λήπτη έναντι του μοσχεύματος που καταλήγουν στην απόρριψη του. Η χορήγηση των φαρμάκων αυτών μπορεί να οδηγήσει σε ελαττωμένη αντίσταση του οργανισμού του ασθενούς σε λοιμώξεις.

Μια λεπτομερής παρακολούθηση του ασθενούς μετά την μεταμόσχευση. Όπως επίσης και αργότερα είναι απαραίτητη, όπως επίσης απαραίτητος είναι και ο αποκλεισμός παρενεργειών των φαρμάκων, ιδίως όταν αυτές είναι εξαρτημένες από τις δόσεις των φαρμάκων. Όταν μετά από μεταμόσχευση νεφρού επιτυγχάνεται καλή λειτουργία του οργάνου, μετά από ένα έτος λειτουργεί το 90% των μοσχευμάτων, ενώ μετά 5 έτη ο αριθμός των μοσχευμάτων που λειτουργούν ανέρχεται στο 60% του αρχικού.

Έχει παρατηρηθεί ότι όλο και περισσότεροι ασθενείς μετά από μεταμόσχευση παραμένουν για πολλά χρόνια χωρίς προβλήματα. Πρέπει να σημειωθεί ότι αν υπάρχει

απόρριψη οργάνου, ο ασθενής μπορεί να επανέλθει στον τεχνητό νεφρό ή σε άλλη μέθοδο υποκατάστασης, περιμένοντας ένα νέο μόσχευμα. Η απόρριψη μολυσματικού προκαλείται με τον ίδιο τρόπο που το σώμα μάχεται τα βακτηρίδια και τους ιούς, οι οποίοι προκαλούν ασθένεια, αντιστέκεται και στην παρουσία ενός ξένου συστατικού, κυττάρου ή ιστού. Αυτή η διαδικασία απόρριψης μπορεί να οδηγήσει στην αντίδραση του σώματος στο ιστό του ξένου μεταμοσχευμένου νεφρού. Πολλά άτομα που έλαβαν νεφρό από μεταμόσχευση αντιμετώπισαν απόρριψη μέχρι ένα βαθμό. Στην περίοδο της απόρριψης δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα χάσουν το νεφρό. Υπάρχουν τρεις γενικοί τύποι απόρριψης:

I. Οξεία απόρριψη;

Είναι η πιο συχνή μορφή απόρριψης και μερικές φορές είναι δύσκολη στη διάγνωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις η άμεση θεραπεία μπορεί να αναστρέψει την απόρριψη. Συμπτώματα μπορεί να είναι πυρετός, πόνοι σε όλο το σώμα, ξαφνική αύξηση του βάρους, μείωση παραγωγής ούρων και ευαισθησία στην περιοχή της μεταμόσχευσης. Συνήθως εμφανίζεται μέσα στους τρεις πρώτους μήνες, χωρίς να αποκλείεται να εμφανιστεί και μετά από μήνες ή και χρόνια.

II. Χρόνια απόρριψη;

Είναι η συνεχής τάση του σώματος να απορρίψει το νεφρό. Η χρόνια απόρριψη δεν εμφανίζεται σε όλους, αλλά συνήθως κάποιον που έχει ιστορικό άμεσης απόρριψης. Υπάρχουν ελάχιστα σημάδια χρόνιας απόρριψης αν και μπορεί να υπάρχει η τάση για πρήξιμο και αύξηση βάρους. Σε αυτή την περίπτωση η απόρριψη μπορεί να επιβραδυνθεί με προσεκτική φαρμακευτική αγωγή, και ίσως χρειαστεί και διαιτητικούς περιορισμούς.

III. Υπεροξεία απόρριψη;

Είναι η καταστροφή του μολυσματικού που εμφανίζεται το πρώτο 24ωρο της μεταμόσχευσης, συνδυάζεται δε με διακοπή της παραγωγής ούρων και δεν είναι αναστρέψιμη.

Αν το σώμα απορρίψει εντελώς το μεταμοσχευμένο νεφρό τους πρώτους μήνες, ή αν αποτύχει να λειτουργήσει ο μεταμοσχευμένος νεφρός μπορεί να χρειαστεί να αφαιρεθεί από το σώμα με εγχείρηση. Τότε ο ασθενής επιστρέφει σε αιμοκάθαρση και αν τον επιλέξουν περιμένει για κάποιο άλλο διαθέσιμο νεφρό.

Μετά την εγχείρηση της μεταμόσχευσης, η περίοδος ανάρρωσης διαφέρει ανάλογα με την περίπτωση εξαρτάται από τον κίνδυνο απειλής απόρριψης, τη ποσότητα των φαρμάκων που χρειάζεται να χορηγηθούν, το κατά πόσο γρήγορα ο μεταμοσχευμένος νεφρός θα λειτουργήσει, πόσο καλά ανέχεται την φαρμακευτική αγωγή και από τις επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε εγχειρητική διαδικασία. Μπορεί να χρειαστεί από δυο εβδομάδες έως ένα μήνα ή ακόμη περισσότερο. (Uttley L., Prowant B., 1994)

4.5.3 Χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων μετά τη μεταμόσχευση

Θα χρειαστεί να ληφθούν φάρμακα μετά την μεταμόσχευση. Μετά τη μεταμόσχευση, ο ασθενής απαιτείται να παίρνει φάρμακα για να αποτρέψει την απόρριψη, γνωστά σαν ανοσοκατασταλτικά για όσο καιρό ο μεταμοσχευμένος νεφρός λειτουργεί, εκτός αν, το νεφρό πάρηκε από δίδυμο αδερφό.

Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα είναι σημαντικά, καθώς ο οργανισμός αντιλαμβάνεται το μόσχευμα ως ξένο σώμα ο σκοπός της θεραπείας με ανοσοκατασταλτικά είναι να αλλάξει η άμυνα του οργανισμού προς το μεταμοσχευμένο νεφρό. Οι κύριες μορφές των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται είναι κορτικοειδή και ανοσοκατασταλτικά. Τα

ανοσοκατασταλτικά φάρμακα βοηθούν στη μάχη του οργανισμού κατά της απόρριψης του μεταμοσχευμένου νεφρού.

Όμως, όπως και πολλά άλλα φάρμακα, έτσι και τα ανοσοκατασταλτικά προκαλούν παρενέργειες. Μια παρενέργεια, την οποία όλα τα συγκεκριμένα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν, είναι η μόλυνση. Τα φάρμακα όχι μόνο αλλάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού στην ανταπόκριση του προς το μεταμοσχευμένο νεφρό, αλλά αλλάζουν επίσης την κανονική ανταπόκριση σε διάφορους μικροοργανισμούς που εισβάλλουν στο σώμα όπως βακτηρίδια, ιούς και μύκητες.

Ο ασθενής είναι περισσότερο επιρρεπής σε μολύνσεις, οι οποίες μερικές φορές μπορεί να είναι σοβαρές ακόμη και θανατηφόρες.

Σημάδια μόλυνσης μπορεί να είναι ρίγος, πυρετός, κόκκινες περιοχές του σώματος, πρήξιμο, βήχας, αδυναμία. Οποιοδήποτε από τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να αναφερθεί στο γιατρό. Κατά τη διάρκεια της περιόδου που λαμβάνει κάποιος υψηλές δόσεις ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, μπορεί να εμφανιστούν παρενέργειες, όπως ευαισθησία σε μόλυνση, συσσώρευση αλάτων στο σώμα, η οποία οδηγεί σε κατακράτηση υγρών, ερεθισμό της γαστρεντερικής περιοχής που προκαλεί καούρα, ορμονικές αλλαγές, όπως λέπτυνση των τριχών, ακμή, ανάπτυξη των τριχών του προσώπου και αλλαγή διάθεσης, τριβή των οστών που προκαλεί πόνο στις αρθρώσεις, αργοπορία στην επούλωση των πληγών, ανακατανομή πάχους στα μάγουλα, στην κοιλιά και την πλάτη, πιθανή ανάπτυξη διαβήτη, καταρράκτη και υπέρτασης.

Πολλές από αυτές τις παρενέργειες, σε μεγάλο μέρος, είναι αναστρέψιμες εάν μειωθεί η δόση των φαρμάκων.

Σε μεταμοσχευμένο νεφρό, μερικές φορές, μπορεί να χρειαστεί να ακολουθηθεί δίαιτα χαμηλού νατρίου εξαιτίας των φαρμάκων που απαιτούνται για την προστασία από την απόρριψη, τα οποία προκαλούν κατακράτηση υγρών στους ιστούς. Επίσης, περιορισμός νατρίου απαιτείται αν ο ασθενής έχει υψηλή πίεση. Μπορεί να χρειαστεί προσοχή στη λήψη θερμίδων για την αποφυγή της αύξησης του βάρους. (Ίφου Α., 1999)

4.5.4 Πλεονεκτήματα – μειονεκτήματα της μεταμόσχευσης του νεφρού

- I. Τα πλεονεκτήματα της μεταμόσχευσης νεφρού σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση είναι μεταξύ των άλλων: καλύτερη υγεία, καλύτερη ποιότητα ζωής, απουσία της ανάγκης για συχνές θεραπείες στο νοσοκομείο και μειωμένα φαρμακευτικά έξοδα μετά τον πρώτο χρόνο. Μια γυναίκα στην ηλικία της τεκνοποίησης, ίσως είναι ικανή να κάνει παιδιά και ένας άνδρας μπορεί να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνει πατέρας.
- II. Ως μειονεκτήματα ενός μεταμοσχευμένου νεφρού μπορούν να θεωρηθούν ο πόνος και η ταλαιπωρία της εγχείρησης, ο κίνδυνος ενός της απόρριψης, η ανάγκη για συχνές επισκέψεις στον γιατρό, πιθανές νοσηλείες σαν αποτέλεσμα των αντιαπορριπτικών φαρμάκων και ανικανότητα να καταπολεμήσει μολύνσεις, οι οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απειλούν την ίδια τη ζωή. Μερικές μόνιμες καταστάσεις που προκαλούνται από τα φάρμακα περιλαμβάνουν καταρράκτη των ματιών, αρθρίτιδα ακόμα και καρκίνο (πιο συχνά, μια ιάσιμη μορφή καρκίνου του δέρματος). Επίσης υπάρχει διαρκής ανησυχία που προκαλείται από το φόβο να σταματήσει η λειτουργία του μεταμοσχευμένου νεφρού και να επιστρέψει ο ασθενής σε αιμοκάθαρση.
- III. Μια επιτυχημένη μεταμόσχευση παρέχει ποιότητα ζωής παρόμοια με αυτή ενός υγιούς ανθρώπου, εκτός και αν υπάρχουν επιπλοκές με τα φάρμακα που είναι απαραίτητα για την μη απόρριψη του μοσχεύματος από το σώμα. Οι μεταμοσχεύσεις όμως δεν είναι πάντα επιτυχημένες ή μπορεί να δουλεύουν ημιτελώς ή μπορεί να υπάρχουν επιπλοκές όπως μολύνσεις. Η απόφαση για μια μεταμόσχευση βασίζεται στην ιατρική κατάσταση του ασθενούς, στην ικανότητα του

να προσαρμοστεί στη νεφρική ανεπάρκεια και τέλος στην προσωπική του προτίμηση.

- IV. Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων με την δημιουργία Εθνικής Λίστας με κριτήρια προτεραιότητας εξασφαλίζει την εξεύρεση του καταλληλότερου λήπτου βάσει των ιατρικών δεδομένων και της σειράς προτεραιότητας. Εμπόριο με όργανα που θα μεταμοσχευθούν αποκλείεται. Τα έξοδα για την μεταμόσχευση (λήψη οργάνων- ιατρικές εξετάσεις- τυποποίηση- μεταφορά- έξοδα χειρουργείου και χειρουργικά έξοδα) επιβαρύνουν αποκλειστικά τα ασφαλιστικά ταμεία.

4.5.5 Θεραπευτικά προβλήματα της μεταμόσχευσης

Οι συνήθεις κλινικές εκδηλώσεις της λοίμωξης, στην περίοδο μετά τη μεταμόσχευση, αμβλύνονται από την ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Η κυριότερη τοξική επίδραση της αζαθειοπρίνης είναι η καταστολή του μυελού των οστών, την οποία δεν έχει η κυκλοσπορίνη. Πάντως, και οι δύο προδιαθέτουν σε ασυνήθιστες ευκαιριακές λοιμώξεις. Τα σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης μπορεί να καλύπτονται και να τροποποιούνται και ο πυρετός χωρίς εμφανή αίτια είναι συχνός. Μόνο μετά από ημέρες ή εβδομάδες θα αποκαλυφθεί η ιογενής ή μυκητική προέλευσή του. Οι βακτηριακές λοιμώξεις είναι περισσότερο συχνές κατά τον πρώτο μήνα μετά τη μεταμόσχευση. Η σημασία των αιμοκαλλιεργιών σ' αυτούς τους ασθενείς είναι πολύ μεγάλη, επειδή είναι συχνή η ύπαρξη συστηματικής λοίμωξης χωρίς εμφανή εστία, μολονότι είναι πολύ συχνές οι λοιμώξεις του τραύματος, με ή χωρίς συρίγγια του ουροποιητικού. Ιδιαίτερα δυσοίωνες είναι οι πνευμονικές βλάβες που αναπτύσσονται ταχύτατα, διότι μπορεί να προκαλέσουν το θάνατο μέσα σε 5 ημέρες από την εμφάνισή τους. Όταν αυτές γίνουν έκδηλες, η ανοσοκατασταλτική θεραπεία πρέπει να διακοπεί, εκτός από τις δόσεις συντήρησης και πρεδνιζόνης. Συχνά απαιτούνται επιθετικές διαγνωστικές δοκιμασίες, όπως η διαβρογχική και η ανοικτή βιοψία του πνεύμονα.

Οι επιπλοκές της θεραπείας με γλυκοκορτικοειδή είναι πολύ γνωστές και περιλαμβάνουν γαστρεντερική αιμορραγία, επιβράδυνση της επούλωσης των τραυμάτων, οστεοπόρωση, σακχαρώδη διαβήτη, καταρράκτη και αιμορραγική παγκρεατίτιδα. Η θεραπεία ανεξήγητου ίκτερου στους μεταμοσχευθέντες ασθενείς πρέπει να περιλαμβάνει τη διακοπή της αζαθειοπρίνης ή της κυκλοσπορίνης, αν υπάρχει υπόνοια ηπατίτιδας ή τοξικότητας του φαρμάκου. Είναι εντυπωσιακό ότι η διακοπή της αζαθειοπρίνης ή της κυκλοσπορίνης σε τέτοιες περιπτώσεις δεν οδηγεί συχνά στην απόρριψη του μοσχεύματος, τουλάχιστον επί αρκετές εβδομάδες. Τα αντισταθμιστικά και αντιπηκτικά φάρμακα, παρότι στη θεωρία είναι αποτελεσματικά, δεν είναι επιτυχή στην πρόληψη χρόνιας αγγειακής βλάβης. Η επίμονη αύξηση των επιπέδων της κρεατινίνης του ορού πάνω από 220 $\mu\text{mol/L}$ (2,5 mg/dL) σε ασθενείς που λαμβάνουν κυκλοσπορίνη είναι ένδειξη μείωσης της δόσης, ιδιαίτερα αν είναι αυξημένα τα επίπεδά της στο αίμα. Μερικά κέντρα, αλλάζουν την αγωγή των ασθενών από κυκλοσπορίνη σε αζαθειοπρίνη μετά από 6- 12 μήνες, αλλά μερικοί ασθενείς έχουν επεισόδια απόρριψης και κάποιοι από αυτούς χάνουν το μόσχευμα τους. Η εναλλακτική θεραπεία είναι η χρήση μικρότερων δόσεων κυκλοσπορίνης. Ο κίνδυνος μακροπρόθεσμης αθροιστικής τοξικότητας στους νεφρούς φαίνεται να είναι μικρός. Γενικά, η ελάχιστη ή καθόλου απόρριψη κατά τη διάρκεια των πρώτων ο μηνών μετά τη μεταμόσχευση είναι ασφαλής ένδειξη για ελάττωση της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας κατά τους επόμενους μήνες.

Παρά τις πιθανές τερατογόνες δράσεις των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων τόσο γυναίκες όσο και άνδρες έχουν γίνει γονείς μετά τη μεταμόσχευση. Η συχνότητα συγγενών ανωμαλιών στο παιδί δεν είναι αυξημένη.

Σπειραματικές βλάβες: Σπειραματικές βλάβες συμβαίνουν στο 10-15% των αλλομοσχευμάτων, ακόμα κι αν η αρχική νόσος ήταν η τυχαία αφαίρεση μονήρους νεφρού. Η παθογένεση σχετίζεται με μια διαδικασία απόρριψης. Σε ορισμένες

περιπτώσεις, οι βλάβες μοιάζουν με αυτές της αρχικής σπειραματικής νόσου. Τις περισσότερες φορές, η επανεμφάνιση των αρχικών νεφρικών βλαβών δεν αποτελεί απειλή για την άμεση πρόγνωση και η πρωταρχική διάγνωση της σπειραματονεφρίτιδας σπάνια είναι αντένδειξη για μεταμόσχευση.

Κακοήθεια: Η επίπτωση των όγκων σε ασθενείς υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία είναι 5-6% ή περίπου 100 φορές μεγαλύτερη από αυτήν του γενικού πληθυσμού ίδιας ηλικίας. Οι συχνότερες κακοήθειες είναι ο καρκίνος του δέρματος και των των χειλέων, το καρκίνωμα *in situ* του τραχήλου της μήτρας, καθώς και λεμφώματα, όπως τα μη Hodgkin. Οι κίνδυνοι αυξάνονται ανάλογα με τη συνολική δόση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και το χρόνο που πέρασε από τη μεταμόσχευση.

Άλλες επιπλοκές: Η υπερασβεστιαϊμία μετά τη μεταμόσχευση μπορεί να οφείλεται σε αδυναμία υποστροφής των υπερπλαστικών παραθυρεοειδών αδένων. Η άσηπτη νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου οστού πιθανότατα οφείλεται στον προϋπάρχοντα υπερπαραθυρεοειδισμό, με τη συμβολή της θεραπείας με γλυκοκορτικοειδή. Με καλύτερο έλεγχο του μεταβολισμού του ασβεστίου και του φωσφόρου κατά τη διάρκεια της χρόνιας κάθαρσης, η επίπτωση των επιπλοκών από τους παραθυρεοειδείς αδένες έχει μειωθεί δραματικά.

Η *υπέρταση* μπορεί να προκληθεί από (1) τους νεφρούς του ασθενούς, (2) τη δραστηριότητα απόρριψης στο μόσχευμα, (3) τη στένωση της νεφρικής αρτηρίας, αν έγινε τελικοτελική αναστόμωση με κλάδο της λαγόνιου αρτηρίας, και (4) την τοξικότητα λόγω της κυκλοσπορίνης. Η τελευταία μπορεί να βελτιωθεί με τη μείωση στη δοσολογία της κυκλοσπορίνης. Αν και οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης μπορεί να φανούν χρήσιμοι, οι αναστολείς των διαύλων ασβεστίου είναι συχνά πιο αποτελεσματικοί σε ασθενείς θεραπευόμενους με κυκλοσπορίνη.

Η *χρόνια ηπατίτιδα*, ιδιαίτερα η προκαλούμενη από τον ιό της ηπατίτιδας Β, μπορεί να είναι μια προοδευτική και θανατηφόρα νόσος μέσα σε μία δεκαετία περίπου. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, οι ασθενείς που είναι μόνιμα θετικοί για HbsAg έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, αλλά και η παρουσία του HCV αποτελεί πρόβλημα όταν εφαρμόζεται ανοσοκατασταλτική αγωγή σε μεταμοσχευθέντα λήπτη.

Τόσο οι χρονίως αιμοκαθαρόμενοι όσο και οι μεταμοσχευθέντες ασθενείς έχουν υψηλότερα ποσοστά θανάτων από έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, και ιδιαίτερα οι διαβητικοί ασθενείς. Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η υπέρταση και η υπερτριγλυκεριδαιμία. Οι υψηλές συγκεντρώσεις λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας και οι χαμηλές των λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας μπορεί να επιταθούν μετά τη μεταμόσχευση και απαιτούν θεραπεία. (Ίφου Α., 1999)

4.6 Σύνοψη κεφαλαίου:

Συμπερασματικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι για κάθε ασθενή με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια απαιτείται εξατομικευμένη επιλογή της μεθόδου θεραπείας που να εξασφαλίζει, εκτός από την επιβίωση, την πρόληψη των επιπλοκών και ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής.

Εκτός από τη ρύθμιση της δίαιτας ώστε να παίρνει ο οργανισμός όλες τις απαραίτητες ουσίες όπως κάλιο, νάτριο και άλλα, οι θεραπευτικές μέθοδοι είναι: η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση οι οποίες απομακρύνουν από το αίμα τις άχρηστες ουσίες του μεταβολισμού, με διαφορετικό τρόπο η κάθε μέθοδος, και η μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό ή νεκρό δότη και είναι και η μόνη μέθοδος θεραπείας, που υπόσχεται ένα καλύτερο μέλλον και μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

5. ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΣΤΗ ΧΝΑ

5.1 Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ) και AIDS

5.1.1 Τρόποι μετάδοσης

Τρεις είναι σήμερα οι τρόποι μετάδοσης του HIV: Η σεξουαλική επαφή, η κοινή χρήση βελόνων ή συριγγών και η μετάδοση από την έγκυο μητέρα στο βρέφος. Από πολλούς ερευνητές συζητείται η πιθανότητα να αποτελεί το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) αιτία ειδικής νεφροπάθειας. Αυτή η νεφροπάθεια, αν υπάρχει εκδηλώνεται κλινικά ως νεφρωσικό σύνδρομο ή ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα, ιστολογικά δε, με βλάβες του τύπου της εστιακής και τμηματικής σκλήρυνσης του σπειράματος (ΕΤΣΣ). (Βλάχος Ε., 1995)

5.1.2 Εκδήλωση AIDS σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια - Επίπτωση του ΣΕΑΑ σε ασθενείς με Χρόνια Αιμοκάθαρση

Η επίπτωση του ΣΕΑΑ σε ασθενείς με τελικό στάδιο ΧΝΑ δεν είναι γνωστή, γιατί δεν έχει γίνει έλεγχος σε μεγάλη κλίμακα σε καμία χώρα. Ο αριθμός όμως των ασθενών με κλινικά έκδηλο ΣΕΑΑ που υποβάλλονται σε Χρόνια Αιμοκάθαρση (ΧΑ) είναι πολύ μικρός εάν ληφθεί υπόψη ότι η μετάγγιση αίματος εξακολουθεί να είναι αναγκαία σε σημαντικό αριθμό ασθενών και ότι η χρήση ναρκωτικών, αποτελεί πλέον μια αιτία στη ΧΝΑ. Μια πιθανή εξήγηση του γεγονότος αυτού είναι ότι οι ασθενείς με ΧΝΑ εμφανίζουν μικρή ευαισθησία στον HIV, γιατί το ανοσολογικό τους σύστημα εμφανίζει μικρή ανταπόκριση στο ερέθισμα που είναι αναγκαίο για ενεργοποίηση του μηχανισμού διπλασιασμού του ΣΕΑΑ. Πρόσφατα δεδομένα ενισχύουν την άποψη αυτή.

Το 1985 το CDC πραγματοποίησε μια μελέτη σε όλες τις MTN των ΗΠΑ με στόχο τη διαπίστωση α) της επίπτωσης του ΣΕΑΑ στις MTN, β) των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή των αρχών ελέγχου των λοιμώξεων και γ) του αριθμού των ασθενών με αντι HIV αντισώματα. Διαπιστώθηκε ότι το 11% των κέντρων που απάντησαν, υπήρχαν 244 ασθενείς (0,3%) με ΣΕΑΑ. Ο αριθμός βέβαια αυτός δεν είναι ο πραγματικός, γιατί πολλοί ασθενείς δεν είχαν ελεγχθεί. Διάφορα κέντρα στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ που υποστηρίζουν ότι έχουν ελέγξει όλους τους ασθενείς τους, αναφέρουν μια συχνότητα οροθετικών που κυμαίνεται από 0 – 5%. Πολλά κέντρα διαπίστωσαν αυξημένη συχνότητα ψευδώς θετικών ευρημάτων που σχετίζονται με τις πολλαπλές μεταγγίσεις που κάνουν οι ασθενείς. (Βλάχος Ε., 1995)

5.1.3 Αντιμετώπιση ασθενών με ΣΕΑΑ στη ΧΝΑ

Όταν υπάρχει μη αναστρέψιμη νεφρική ανεπάρκεια, η λήψη απόφασης για έναρξη αιμοκάθαρσης, είναι δύσκολη και θα εξαρτηθεί από τη γενική κατάσταση του ασθενούς, την παρουσία επιπλοκών και από τη δυνατότητα που θα έχει να παραμείνει στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ως εξωτερικός ασθενής. Η πείρα των μεγάλων κέντρων Τεχνητού Νεφρού σε ασθενείς με ΣΕΑΑ είναι απογοητευτική γιατί η επιβίωσή τους δεν υπερβαίνει τους 3-11 μήνες. Οι ασθενείς αυτοί λόγω της βαριάς γενικής τους κατάστασης και των επιπλοκών που εμφανίζουν σε όλη την πορεία της αγωγής τους, συνήθως παραμένουν εσωτερικοί, γεγονός που δείχνει ότι η φυσική τους κατάσταση και η ποιότητα γενικά της ζωής τους είναι κακή. Η αδυναμία αποτελεσματικής αντιμετώπισης των πολλαπλών λοιμώξεων που επιπλέκουν το ΣΕΑΑ καθώς και η βραχείας διάρκειας επιβίωσή τους στην αιμοκάθαρση, αποδυναμώνουν την απόφαση για την έναρξη της θεραπείας σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, καθώς με τις καλύτερες συνθήκες η επιβίωση δεν ξεπερνά τους μερικούς μήνες.

Η απομόνωση των ασθενών αυτών για την προφύλαξη από λοιμώξεις δεν είναι αναγκαία. Αντίθετα, υποστηρίζεται ότι είναι πιο πρακτικό να υποβάλλεται ο ασθενής σε αιμοκάθαρση στο δωμάτιό του με το «ατομικό μηχανήμα του» για να αποφεύγεται έτσι η ανάγκη για συχνή αποστείρωσή του. Οι ασθενείς που μπορεί να αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί συνιστάται να υποβάλλονται σε ΣΦΠΚ ή να κάνουν αιμοκάθαρση στο σπίτι τους. Με τον τρόπο αυτό, μειώνεται η ανάγκη για έλεγχο λοιμώξεων στο νοσοκομείο και περιορίζεται η πιθανότητα να έλθει σε επαφή με το αίμα του ασθενούς, το προσωπικό (ιατρικό – νοσηλευτικό) και η οικογένειά του. Όλες οι ομάδες ασθενών δεν είναι κατάλληλες για αυτόν τον τρόπο θεραπείας (όπως π.χ. οι χρήστες ναρκωτικών). (Βλάχος Ε., 1995)

5.1.4 Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) και Μεταμόσχευση

Οι δωρητές οργάνων σώματος είναι δυνατόν να μεταδώσουν τον HIV στους λήπτες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ΣΕΑΑ σε αυτούς. Πριν την εφαρμογή ελέγχου για HIV στο μεταγγιζόμενο αίμα, είχαν αναφερθεί περιπτώσεις μεταμόσχευσης νεφρού που οι μεταμοσχευθέντες εμφάνισαν λοίμωξη από HIV.

Έτσι, σήμερα γίνεται δεκτό από όλους, ότι οι δωρητές οργάνων (ανεξάρτητα από το αν αυτοί είναι ζώντες ή πτωματικοί) πρέπει να ελέγχονται υποχρεωτικά για την παρουσία HIV. Παράλληλα επικρατεί η άποψη ότι άτομα από ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να αποκλείονται από το να είναι δωρητές οργάνων σώματος. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι ομοφυλόφιλοι, οι χρήστες ναρκωτικών IV, οι πολυμεταγγιζόμενοι καθώς και αυτοί που έχουν θετική τη δοκιμασία ELISA, ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα των άλλων δοκιμασιών για HIV.

Η συχνότητα του ΣΕΑΑ στους μεταμοσχευθέντες φαίνεται ότι είναι μικρή, όπως προκύπτει από μια μελέτη στην οποία, από 2550 μεταμοσχευθέντες παρουσίασαν το ΣΕΑΑ. Η εξέλιξη της νόσου στους τέσσερις αυτούς ασθενείς ήταν ταχύτατη με αποτέλεσμα το θάνατο, συνέπεια ευκαιριακών λοιμώξεων. (Βλάχος Ε., 1995)

5.1.5 Ο ρόλος και τα νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την αιμοκάθαρση για την πρόληψη μετάδοσης του HIV.

1. Αρχές ελέγχου του περιβάλλοντος, καθώς απολύμανση και αποστείρωση των μηχανημάτων και στενή παρακολούθηση των ασθενών, που υποβάλλονται σε Χρόνια Αιμοκάθαρση. Η απολύμανση των μηχανημάτων, έχει ως στόχο τον έλεγχο της μόλυνσης και γίνεται με τη χρήση 500-750ppm υδροχλωρικού νατρίου για 30' – 40' ή με φορμαλδεϋδη 1,5 – 2% στη διάρκεια της νύχτας. Στο εμπόριο κυκλοφορούν και άλλα χημικά μικροβιοκτόνα που είναι το ίδιο δραστικά για τον HIV.
2. Οι ασθενείς με ΣΕΑΑ που υποβάλλονται σε ΧΑ ή ΣΦΠΚ δεν χρειάζεται να απομονώνονται από τους άλλους ασθενείς. Το φίλτρο μετά τη χρήση του απορρίπτεται. Εάν το κέντρο επαναχρησιμοποιεί τα φίλτρα, αυτό μπορεί να το εφαρμόσει με την ίδια τεχνική και για τον ίδιο τον ασθενή με ΣΕΑΑ.
3. Ο κάθε ασθενής θα έχει το δικό του μηχανήμα.

5.1.6 Νοσηλευτικά μέτρα:

1. Οι βελόνες μετά την χρήση να μην καλύπτονται και να τοποθετούνται αμέσως μαζί με τις σύριγγες σε ερμητικά κλειστό δοχείο. Απαγορεύεται να ρίχνονται οι βελόνες σε άλλα δοχεία πλην εκείνων που προορίζονται για αυτό το σκοπό. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε Χρόνια Αιμοκάθαρση (ΧΑ) στο σπίτι να χρησιμοποιούν τα ίδια δοχεία, τα οποία στη συνέχεια να μεταφέρονται στο νοσοκομείο, όπου θα απορρίπτονται μαζί με τα άλλα.

2. Χρήση γαντιών σε κάθε περίπτωση επαφής με αίμα ή έκκριση του σώματος. Επιπλέον η χρήση γαντιών είναι απαραίτητη και για την προστασία των χεριών όταν υπάρχουν αμυχές, τραύματα ή εξανθήματα.
3. Πλύσιμο των χεριών αμέσως μετά από επαφή με αίμα ή έκκριση του σώματος ή μετά από επαφή με αντικείμενο που μολύνθηκε με αίμα ή άλλο υγρό.
4. Προφυλακτική χρήση γυαλιών, όταν υπάρχει κίνδυνος να εκτιναχθεί αίμα στα μάτια όπως π.χ. κατά τη φλεβοκέντηση, ενδοσκοπήσεις.
5. Χρήση μάσκας όταν ο ασθενής βήχει και η διάγνωση της φυματίωσης δεν έχει αποκλεισθεί ή όταν εκτελείται μία πράξη που περικλείει τον κίνδυνο να εκτιναχθεί αίμα ή υγρά του σώματος στο πρόσωπο.
6. Χρήση μπλούζας για την προφύλαξη από σταγόνες αίματος ή κατά την επαφή με τραύματα ή λοιμώδεις εστίες.
7. Σε περίπτωση τρυπήματος με βελόνα, άμεση προσφυγή σε συμβουλές ειδικού γιατρού.

5.2 Αναιμία στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ)

Οι ασθενείς των οποίων οι νεφροί εμφανίζουν μειωμένη λειτουργία δεν είναι σε θέση να εκκρίνουν ερυθροποιητίνη, μια πρωτεΐνη που παράγεται από τους νεφρούς και η οποία διεγείρει την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων που μεταφέρουν οξυγόνο στο μυελό των οστών. Φυσιολογικά όταν ο οργανισμός ανιχνεύσει μείωση / έλλειψη ερυθρών αιμοσφαιρίων ή μείωση του οξυγόνου (τα ερυθρά αιμοσφαίρια περιέχουν αιμοσφαιρίνη η οποία μεταφέρει οξυγόνο), οι νεφροί παράγουν περισσότερη ερυθροποιητίνη. Όταν αυτός ο φυσικός κύκλος παραγωγής διαταραχθεί, όπως στα άτομα με χρόνια νεφρική νόσο, είναι απαραίτητο να διεγερθεί ο μυελός των οστών με φάρμακα που πυροδοτούν την ερυθροποίηση. (Eschbach J., etal., 1988)

Η αναιμία νεφρικής νόσου, μια συνηθισμένη επιπλοκή της χρόνιας νεφρικής νόσου, είναι υπεύθυνη για ένα σημαντικό ποσοστό των συμπτωμάτων που προκαλούν καταπόνηση και ανικανότητα και πλήττουν την καθημερινή υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η αναιμία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική λειτουργία και στην καρδιαγγειακή λειτουργία και να οδηγήσει σε αποτελέσματα όπως μειωμένη ικανότητα για άσκηση, μειωμένη σεξουαλική λειτουργία, αδυναμία και χρόνια κόπωση, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε φτωχότερη ποιότητα ζωής.

Η αναιμία παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ενδεχομένως θανατηφόρου καρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Ο επιπολασμός της καρδιαγγειακής νόσου στο σύνολο των πληθυσμών με νεφρική νόσο (προ αιμοκάθαρσης, υπό αιμοκάθαρσης και μετά από μεταμόσχευση) είναι περίπου 35 – 45 %. (Foley R., etal., 1996, Eckardt K., 1999, Valderrabano F., 2000)

5.2.1 Αιτιολογία της αναιμίας:

- i. Ανεπαρκής ερυθροποίηση
 - ⊗ Ανεπαρκής παραγωγή ερυθροποιητίνης
 - ⊗ Ουραιμικές τοξίνες – Ανεπαρκής αιμοκάθαρση
 - ⊗ Έλλειψη σιδήρου που οφείλεται σε:
 - Συχνές αιμοληψίες
 - Απώλεια αίματος κατά την αιμοκάθαρση
 - Απώλειες αίματος από το γαστρεντερικό
 - Κακή θρέψη από:
 - Μειωμένη πρόσληψη τροφής
 - Μειωμένη απορρόφηση τροφή
 - ⊗ Ανεπάρκεια φυλλικού οξέος, βιταμίνης B12

- ∞ Τοξικότητα από αργίλιο
- ∞ Ίνωση μυελού λόγω υπερπαραθυρεοειδισμού
- ∞ Φλεγμονή ή λοίμωξη
- ii. Μειωμένη επιβίωση ερυθροκυττάρων
- ∞ Ουραιμικές τοξίνες
- ∞ Υποθυρεοειδισμός
- ∞ Υπερσπληνισμός
- ∞ Φλεγμονή ή λοίμωξη
- ∞ Ανεπάρκεια καρνιτίνης
- ∞ Αιμόλυση από ουσίες σχετικές με την αιμοκάθαρση
- ∞ Απώλεια αίματος (αιμοκάθαρση, αιμοληψίες, απώλειες από το γαστρεντερικό)

5.2.2 Επιπτώσεις της αναιμίας στους ασθενείς με ΧΝΑ:

Η αναιμία επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΑ και επιδεινώνει την καρδιακή καθώς και την ήδη επηρεασμένη νεφρική τους λειτουργία. Οι ασθενείς με ΧΝΑ, ούτως ή άλλως έχουν σε μεγάλο ποσοστό επηρεασμένη καρδιακή λειτουργία, αφενός λόγω των αλλαγών στη γεωμετρία και τη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας (ουραιμική καρδιομυοπάθεια) και αφετέρου λόγω της ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας, που οφείλονται σε μια σειρά από αιτίες, όπως η αύξηση του εξωκυττάριου όγκου, η αρτηριακή υπέρταση, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, οι ουραιμικές τοξίνες και άλλα. Ήδη από την ένταξή τους σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης, οι μισοί περίπου ασθενείς έχουν κλινικά σημεία και συμπτώματα καρδιαγγειακής νόσου και λιγότεροι από 20 – 30 % έχουν φυσιολογικό υπερηχοκαρδιογράφημα.

Η αναιμία αποτελεί έναν επιπρόσθετο και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νοσηρότητας στους ασθενείς με ΧΝΑ. Μείωση της τιμής της αιμοσφαιρίνης κατά 1 gr / dl, σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, συνοδεύεται από αύξηση κινδύνου εμφάνισης διάτασης της αριστερής κοιλίας κατά 42%, υποτροπής ή εξαρχής εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας κατά 18% και θανάτου κατά 14%. Αντίστοιχα, μείωση της τιμής της αιμοσφαιρίνης κατά 1 gr / dl, σε ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση, αυξάνει των κίνδυνο εμφάνισης συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας κατά 24%.

Από αρκετές μελέτες προκύπτει η ύπαρξη μηχανισμών παλίνδρομης αλληλεπίδρασης μεταξύ αναιμίας, καρδιακής ανεπάρκειας και νεφρικής ανεπάρκειας, η οποία αναφέρεται ως καρδιο-νεφρο-αναιμικό σύνδρομο. Η παρουσία της αναιμίας, φαίνεται ότι επιβαρύνει την πορεία της καρδιακής και της νεφρικής ανεπάρκειας, που με τη σειρά τους μπορούν να επιτείνουν την αναιμία. Πρόκειται δηλαδή για μια περίπτωση φαύλου κύκλου, που για την διακοπή του, είναι αναγκαία η έγκαιρη αντιμετώπιση της αναιμίας. Η διακοπή του φαύλου αυτού κύκλου, είναι ιδιαίτερης σημασίας για τους ασθενείς με ΧΝΑ, αν ληφθεί υπόψη ότι η καρδιαγγειακή νόσος, ευθύνεται για το 50% των θανάτων μεταξύ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Πράγματι, φαίνεται ότι η έγκαιρη διόρθωση της αναιμίας μπορεί να βελτιώσει την καρδιακή λειτουργία, να επιβραδύνει την εξέλιξη της νεφρικής βλάβης και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, απαλλάσσοντάς τους από τα συμπτώματα της αναιμίας όπως κεφαλαλγία, ζάλη, διαταραχές ύπνου, αδυναμία πνευματικής συγκέντρωσης, μείωση σεξουαλικής επιθυμίας, αρρυθμίες, δύσπνοια, στηθάγχη. (Gokal R., 1994, Kazmi W., 2001)

5.2.3 Αντιμετώπιση της Αναιμίας στη ΧΝΑ:

- i. Σε γενικές γραμμές, όλοι οι ασθενείς με ΧΝΑ θα πρέπει να διατηρούν τιμές Hb > 11 gr / dl. Η επιλογή όμως της Hb στόχου, θα πρέπει να εξατομικεύεται, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, τη δραστηριότητα και τις συνοδές παθολογικές καταστάσεις, ώστε το κλινικό όφελος να ισορροπεί με

τις δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες, μεταξύ των διαφόρων ομάδων των ασθενών.

- ii. Όλοι οι ασθενείς με ΧΝΑ, θα πρέπει να θεραπεύονται με ερυθροποιητικούς παράγοντες, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν αποκλειστεί άλλα αίτια αναιμίας. Αυτό ισχύει εξίσου και για ασθενείς προ-τελικού σταδίου, για ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία εξωνεφρικής κάθαρσης (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) και για μεταμοσχευμένους.
- iii. Συνιστώμενη οδός και συχνότητα χορήγησης ερυθροποιητικών παραγόντων: Η υποδόρια χορήγηση της ανασυνδυασμένης ερυθροποιητίνης (rhEPO) προτιμάται, γιατί παρέχει σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως μείωση της δόσης και άρα και του κόστους θεραπείας, καθώς και δυνατότητα αυτοχορήγησης. Όσον αφορά στη συχνότητα χορήγησης, φαίνεται ότι οι rhEPO α και β, χορηγούμενες μια φορά την εβδομάδα στη φάση συντήρησης, είναι εξίσου αποτελεσματικές με την ίδια συνολική δόση, χορηγούμενη δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα. Η ενδοφλέβια χορήγηση της rhEPO συνίσταται ως εναλλακτική οδός, μόνο στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, χάριν ευκολίας.
- iv. Η αρχική δόση της rhEPO εξαρτάται από τη σοβαρότητα της αναιμίας. Συνήθως είναι 50 – 150 IU/Kg ΣΒ/εβδομάδα (s.c.) ή 150 – 200 IU/Kg ΣΒ/εβδομάδα (i.v.), ενώ στη φάση της συντήρησης η δόση μειώνεται κατά 20 – 30%.
- v. Ορισμένοι ασθενείς δεν επιτυγχάνουν την Hb στόχο, παρά τη χορήγηση επαρκούς δόσης rhEPO. Η κατάσταση αυτή αναφέρεται ως ανεπαρκής απάντηση στην ερυθροποιητίνη και υποψιάζεται όταν: α) ο ασθενής αποτυγχάνει να πετύχει την Hb στόχο από 300 IU/Kg ΣΒ/εβδομάδα (s.c.) ερυθροποιητίνης ή περισσότερο από 1,5 μg/Kg ΣΒ ή β) όταν ο ασθενής έχει ανάγκη χορήγησης των παραπάνω υψηλών δόσεων, για να διατηρήσει την Hb στόχο.

Η συχνότερη αιτία ανεπαρκούς απάντησης στην ερυθροποιητίνη είναι η ένδεια σιδήρου, απόλυτη ή λειτουργική. Η χορήγηση σιδήρου είναι αναγκαία στην πλειοψηφία των ασθενών με ΧΝΑ και ιδίως στους αιμοκαθαιρόμενους, που βρίσκονται υπό αγωγή με κάποιον ερυθροποιητικό παράγοντα. Προκειμένου να υπάρχει επάρκεια σιδήρου, ώστε οι ασθενείς να φτάσουν και να διατηρήσουν την Hb στόχο, συνιστώνται:

A. Ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου για τους πρώτους έξι μήνες της θεραπείας με τον ερυθροποιητικό παράγοντα, επειδή η απορρόφησή του όταν χορηγείται από το στόμα είναι ανεπαρκής στους ουραιμικούς ασθενείς.

B. Προκειμένου να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η Hb στόχος, ο χορηγούμενος σίδηρος πρέπει να είναι αρκετός ώστε να διατηρεί τις σιδηροκινητικές παραμέτρους στα ακόλουθα επίπεδα:

- Φερριτίνη ορού > 100 μg/l
- Υπόχρωμα ερυθροκύτταρα < 10%
- Κορεσμό τρανσφερίνης > 20%

Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανεπαρκή απάντηση στην ερυθροποιητίνη είναι:

- Οι οξείες και οι χρόνιες φλεγμονές
- Η χρόνια απώλεια αίματος
- Ο σοβαρός υπερπαραθυρεοειδισμός – ινώδης οστεΐτιδα
- Οι αιμοσφαιρινοπάθειες
- Η ανεπάρκεια βιταμινών
- Πολλαπλούν μύελωμα και άλλες κακοήθειες

- Η υποθρεψία
- Η αιμόλυση
- Η ανεπαρκής αιμοκάθαρση
- Οι παρενέργειες κάποιων φαρμάκων (κυτταροτοξικά)

5.2.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες της ανθρώπινης ανασυνδυασμένης ερυθροποιητίνης (rhEPO):

- i. Υπέρταση
- ii. Σπασμοί
- iii. Θρομβωτικά επεισόδια
- iv. Θρομβωκυττάρωση

Το πόσο συχνά θα πρέπει να λαμβάνεται η επαναδομημένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη που απαιτείται για κάθε ασθενή διαφέρει. Ο γιατρός προσδιορίζει την εναρκτήρια δόση και τις υπόλοιπες δόσεις συντήρησης. Η επαναδομημένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη χορηγείται στο τέλος της αιμοκάθαρσης. Αν χρησιμοποιείτε τεχνητό νεφρό, ο γιατρός ή ο νοσοκόμος μπορεί να χορηγήσει ενέσιμα την επαναδομημένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη μέσα στο εξωσωματικό κύκλωμα ώστε να μην υποχρεωθείτε σε ακόμα ένα τσίμπημα βελόνας. Αν πραγματοποιείται περιτοναϊκή κάθαρση, ή θεραπεία στο σπίτι, ο γιατρός θα καθοδηγήσει στο πώς θα λαμβάνεται η επαναδομημένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη. Πολλοί ασθενείς σε θεραπεία με συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση λαμβάνουν την επαναδομημένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη με υποδόρια ένεση.

Αυτός επίσης είναι ένας αποτελεσματικός δρόμος χορήγησης και για τους ασθενείς σε αιμοκάθαρση στις Μονάδες τεχνητού νεφρού. (Eschbach J., etal., 1988, Μελέτης Γ., και συν., 2004 Ζηρογιάννης Π., 2005)

5.3 Σύνοψη κεφαλαίου

Οι χρόνιοι νεφροπαθείς πού υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι δυνατόν να προσβληθούν από διάφορες σοβαρές νόσους όπως είναι το AIDS κι αυτό γιατί το ανοσολογικό τους σύστημα εμφανίζει ευαισθησία στον Ιό αυτό, για το λόγο αυτό απαιτείται ο κάθε ασθενής να έχει το δικό του μηχανήμα αιμοκάθαρσης και το προσωπικό να παίρνει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα.

Η αναιμία είναι επίσης μια συνηθισμένη επιπλοκή της ΧΝΑ προκαλώντας μια σειρά συμπτωμάτων όπως: μειωμένη ικανότητα για άσκηση, μειωμένη σεξουαλική λειτουργία, αδυναμία, κόπωση και την ανάπτυξη ενδεχομένως θανατηφόρου καρδιαγγειακής νόσου. Οδηγώντας τον ασθενή σε μια φτωχότερη ποιότητα ζωής.

6. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ)

6.1 Προσέγγιση και υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειας στην εξωνεφρική κάθαρση

Δεν είναι ασύνηθες να αναπτύσσεται μια σχέση εξάρτησης, μεταξύ προσωπικού και ασθενών. Αυτός ο τύπος της σχέσης μπορεί να ικανοποιεί την ανάγκη των μελών της ομάδας να αισθάνονται ότι τους έχουν ανάγκη. Ωστόσο, αυτού του είδους η στενή σχέση μπορεί να οδηγήσει τον επαγγελματία υγείας σε εσφαλμένες κρίσεις, πράγμα που είναι δυνατό να αποβεί ιδιαίτερα επιζήμιο για τον ασθενή. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν πράγματα για να βοηθήσουν τον εαυτό τους, όποτε αυτό κρίνεται δυνατό, έτσι ώστε να διατηρείται και να προάγεται μια αίσθηση ανεξαρτησίας στο άτομο.

Είναι προτιμότερο, κάθε μέλος της ομάδας να αναλαμβάνει έναν ασθενή και την οικογένεια του. Αυτό θα αποτρέψει τη δημιουργία σύγχυσης σε ασθενείς και οικογένεια, από αντιφατικές απαντήσεις, που προέρχονται από διαφορετικά άτομα. Λόγω του άγχους, οι ασθενείς έχουν την τάση να θέτουν την ίδια ερώτηση, με ελαφρώς διαφορετικό τρόπο, σε κάθε επαγγελματία υγείας, που τους φροντίζει. Το αποτέλεσμα είναι να δημιουργείται ασάφεια και χάος. Για να αποφευχθεί κάτι τέτοιο, οι απαντήσεις που δίνονται πρέπει να είναι ακριβείς και ειλικρινείς και να έχουν συνέχεια. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν ένα συγκεκριμένο μέλος του προσωπικού αναλαμβάνει έναν ασθενή με την οικογένεια του και, επομένως, αποτελεί τη βασική πηγή πληροφοριών για αυτούς. (Κωστανίδου Μ., 1998)

Νεφροπαθής

Δυστυχώς, πολλές φορές, ο νεφροπαθής αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο άσκησης εξουσίας. Γνωρίζουμε όλοι ότι η γνώση είναι δύναμη. Δεν πρέπει όμως να χρησιμοποιείται για την άσκηση εξουσίας, αλλά για την ανακούφιση του πόνου μέσα από την ποιοτική φροντίδα.

Πολλοί θεωρούν ότι οι ασθενείς δεν μπορούν να καταλάβουν τις ιατρονοσηλευτικές έννοιες. Η άποψη αυτή, είναι σαφώς λανθασμένη. Εκείνος που θέλει να ξέρει, μπορεί να καταλάβει ακόμα και τις λεπτομέρειες, αρκεί, να τις προσαρμόσουμε στο επίπεδο του.

Οι ασθενείς είναι ήδη τρωτοί και αδύναμοι, λόγω έκπτωσης της φυσικής τους δύναμης. Αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται, όταν αντιμετωπίζονται σε ένα αφιλόξενο και αναξιοπρεπές περιβάλλον. Σε ένα περιβάλλον όπου ο ασθενής επιβάλλεται να φορά το νυχτικό του, ενώ οι νοσηλεύτριες/τες φορούν τη στολή τους.

Οι περισσότερες συζητήσεις, γίνονται όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος στο κρεβάτι ή στην πολυθρόνα συνδεδεμένος με τον ΤΝ ή την ΠΚ, ενώ σε πολύ κοντινή απόσταση, βρίσκονται συμπάσχοντες ή άλλα άτομα.

Τέλος αν προσέξει κανείς έξω από το χώρο του νοσοκομείου, δεν διακρίνεται καμιά διαφορά του πάσχοντος από το φαινομενικά υγιή πληθυσμό και φυσικά και από τους φροντίζοντες. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι αυτή η προσέγγιση με τέτοιους όρους είναι δυσχερής. (Κωστανίδου Μ., 1998)

Νοσηλευτής

Συχνά ο νοσηλευτής/τρια αποτελεί ένα «ψυχρό γρανάζι», στη διαδικασία της βιομηχανοποιημένης αιμοκάθαρσης. Κι αυτό γιατί, ζώντας όλες τις ώρες και τις μέρες εργασίας, στον ίδιο χώρο, με τις ίδιες εικόνες, τις ίδιες κινήσεις, τους ίδιους χειρισμούς και τους ίδιους ανθρώπους, βουλιάζει σε μια δυσβάσταχτη ρουτίνα. Το φαινόμενο είναι εντονότερο στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ) από ότι στις Μονάδες Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΜΠΚ) επειδή το περιεχόμενο της εργασίας διαφοροποιείται.

Η νοσηλεύτρια/της της γενικής νοσηλευτικής μονάδας, αναφέρεται συνήθως στον άρρωστο με τον αριθμό του θαλάμου και της κλίνης. Αντίθετα ο νοσηλευτής/τρια νεφρολογίας θα αναφερθεί πάντα με το όνομα του αρρώστου. Κι όταν ένας άρρωστος πεθαίνει «κλαίει» η μονάδα. Κλαίει γιατί έφυγε ο σύντροφος, ο γείτονας, ο φίλος. Έφυγε ένα μέλος της μικρής αυτής κοινωνίας. (Κωστανίδου Μ., 1998)

Η Παρέμβαση

Τι μπορεί να γίνει λοιπόν; Εάν η Νοσηλευτική θεωρηθεί απλά, σαν μια τεχνική διαδικασία που πρέπει να εκτελεστεί, θα χαθεί κάθε ικανότητα για ανθρώπινη συμπεριφορά. Όμως η Νοσηλευτική είναι «μια δυναμική διαπροσωπική θεραπευτική διεργασία. Είναι κοινωνικό λειτούργημα, σχέση προσφοράς βοήθειας, διάλογος προσώπου με πρόσωπο. Ασκείται πάντα, μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και περιβάλλον. Αποτελεί ένα αληθινό εργαστήριο ανθρωπίνων σχέσεων».

Για μεγάλη μερίδα συναδέλφων είναι μόνο επάγγελμα ή και επάγγελμα. Σε όλες τις περιπτώσεις, το κλειδί για την επιτυχή άσκηση της είναι η επικοινωνία. Νοσηλευτική χωρίς επικοινωνία δεν μπορεί να υπάρξει.

Η επικοινωνία είναι νοσηλευτική πράξη και κάθε νοσηλευτική πράξη όταν πραγματοποιείται ως διαπροσωπική διεργασία, επηρεάζει ευνοϊκά και την ψυχική υγεία του αρρώστου.

- Τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τις ανάγκες, επιθυμίες, ανησυχίες, αγωνίες και φόβους του.
- Τον βοηθά να προσαρμόζεται σε καταστάσεις που δεν αλλάζουν όπως αυτή της ΧΝΑ. Έτσι καταφέρνει ο ασθενής να εκτονώνεται, να ισορροπεί εσωτερικά και να συνειδητοποιεί την πραγματικότητα και τις αντιδράσεις του.
- Τον κατευθύνει να δοκιμάσει τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς που ελαττώνουν την ψυχική ένταση και τις συγκρούσεις με τους άλλους. Ο διαπροσωπικός χαρακτήρας της νοσηλευτικής επιδρά όμως θετικά και στους νοσηλευτές.
- Έχουν τη μοναδική ευκαιρία να μαθαίνουν απευθείας από τους αρρώστους τη σωστή νοσολογία και πώς βιώνει ο καθένας την αρρώστια του με μοναδικό τρόπο.
- Καλλιεργούν τις διαπροσωπικές τους δεξιότητες.
- Ασκοούνται στη λύση διαπροσωπικών προβλημάτων. Ωριμάζουν προσωπικά.
- Διευρύνουν τη νοσηλευτική χρησιμότητα και αποστολή.
- Δεν κινδυνεύουν να παρασυρθούν από τη συνήθεια και τον απρόσωπο αυτοματισμό των καιρών μας.
- Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία θεωρείται ένα από τα ισχυρότερα μέσα του νοσηλευτή. Για την επιτυχία των σκοπών της και τη δημιουργία θετικού κλίματος, πρέπει, να μεταβιβάζονται από το νοσηλευτή στον άρρωστο ορισμένα θετικά μηνύματα όπως:

Αποδοχή του αρρώστου ως προσώπου με αξία και με το δικαίωμα να ζησει δεχόμενος ποιοτική φροντίδα. Αποδοχή σημαίνει ενδιαφέρον χωρίς όρους και προϋποθέσεις, ανεξάρτητα από την κατάσταση του, τη συμπεριφορά, τις αρνητικές ή θετικές διαθέσεις του. Η επιεικής αυτή ατμόσφαιρα συμβάλλει στη διάλυση του φόβου, του άγχους και της αμυντικής στάσης. Αυτό συντελεί στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και στη δημιουργία κλίματος συνεργασίας.

Θερμό ενδιαφέρον για τον ίδιο και τους προσωπικούς τρόπους που βιώνει την αρρώστια του. Εκφράζεται ως ειλικρινής μέριμνα για το καλό του, ως καλοσύνη, θαλπωρή, αγάπη, ετοιμότητα για εξυπηρέτηση και υποστήριξη.

Σεβασμός προς τον πάσχοντα ως «μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα». Μεταβιβάζεται με την προσεκτική ακρόαση, την εξήγηση του σκοπού της επικοινωνίας, τη ζήτηση της πληροφορημένης συγκατάθεσης, τη συνεργασία στην επιδίωξη κοινών σκοπών, το κάλεσμα με το όνομα του και την τήρηση του απορρήτου. Χρησιμεύει ως βάση στην οικοδομή της συμπάθειας ή του συμπάσχειν. (Κωστανίδου Μ., 1998)

Η Τεχνική

Τέλος ο νοσηλευτής πρέπει να πείσει τον ασθενή για τη διάθεση αλλά και τη δυνατότητα του να βρίσκεται σε ετοιμότητα για παροχή βοήθειας όταν και όπου χρειαστεί. Έτσι του παρέχει προστασία και ασφάλεια. Η έλλειψη αυτής της αίσθησης, κυρίως στις MTN, κρατούν άγρυπνους τους νεφροπαθείς σε ολόκληρη τη διάρκεια της συνεδρίας.

Υπάρχουν πολλές τεχνικές για μια επιτυχημένη θεραπευτική επικοινωνία. Θα δοθεί όμως έμφαση, στη σπουδαιότερη. Μια «χαμένη τέχνη». Την Ακρόαση. Μια τέχνη που χάθηκε μέσα στη βιασύνη της εποχής μας. Μια τέχνη που απαιτεί γνώση και προσπάθεια, κόπο και θάρρος, ενδιαφέρον και κατανόηση, υπομονή και αυτοκυριαρχία, αυτουπέμβαση και προπάντων σιωπή. Η σιωπή αποτελεί ειδικό δίαυλο μεταβίβασης και λήψης μηνυμάτων, ενώ κατά το διάλογο προάγει τη σκέψη. Η σιωπή με σοφή διάκριση, αποτελεί θεραπευτική τέχνη.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε και στις «στρατηγικές αντιμετώπισης» δυναμικών προβλημάτων που απορρέουν από τη χρόνια νόσο.

Το περιεχόμενο αυτών των μαθημάτων αφορά σε θεωρητικές γνώσεις και πρακτικές όπως, τεχνικές για την ανάπτυξη αυτοεπίγνωσης γενικώς, παιχνίδια ρόλου, αυτοσυγκέντρωση, αυτοανάκλαση ομάδα Balint, αντιμετώπιση stress. Μέσα στο γενικό όρο «στρατηγικές αντιμετώπισης» είναι βέβαιο ότι την πρώτη θέση κατέχει η αλάνθαστη στρατηγική που χιλιάδες χρόνια δοκιμάστηκε με θεαματικά αποτελέσματα. Η στρατηγική της Αγάπης. Η στρατηγική που πηγάζει από το Θεό. Γιατί Εκείνος «Αγάπη εστί» και «Πηγή Ανεξάντλητος». (Κωστανίδου Μ., 1998)

Υποστήριξη

Υποστήριξη, σημαίνει στήριξη από κάτω, ενίσχυση, συνδρομή, βοήθεια, παροχή βοήθειας σε δυσκολία, τοποθέτηση υπέρ προσώπου, θέσεως, απόψεως. Πολλοί μελετητές αναφέρονται στην κοινωνική υποστήριξη διαχωρίζοντας τη σε χειροπιαστή ή ενορχηστρωμένη η οποία περιλαμβάνει πρακτική και υλική βοήθεια. Ακόμη σε ενημέρωση και συναισθηματική υποστήριξη η οποία εμπεριέχει εκτίμηση ή σεβασμό και ψυχολογική προσέγγιση.

Όμως, αν και θεωρητικά είναι εφικτό να ξεχωρίσουμε την πρακτική βοήθεια από τη συναισθηματική υποστήριξη, στην πραγματικότητα και τα δύο είδη προσφοράς, μεταφέρουν στον πάσχοντα το ίδιο μήνυμα. Ότι τον αγαπούν και ότι το αξίζει.

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρονται στις θετικές πλευρές της και υποστηρίζουν ότι, επηρεάζει άμεσα την υγεία, αφού λειτουργεί ως «προστατευτική ασπίδα» έναντι του άγχους, μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης stress στη ζωή του ασθενούς, βοηθά στην ανάρρωση από τη νόσο, έχει άμεσο φυσικό αντίκτυπο στη νευροενδοκρινική ισορροπία και μειώνει την ευπάθεια του ασθενούς στη νόσο.

Αγνοούν όμως, ένα μεγάλο κομμάτι πληροφοριών σχετικά με τις ανθρώπινες σχέσεις, που αναδεικνύουν και την αρνητική πλευρά της κοινωνικής προσέγγισης.

Οι προσφορές βοήθειας μπορούν να υποσκάψουν την αυτοεκτίμηση, το αίσθηση αυτοελέγχου και να απειλούν την αυτονομία του ατόμου.

Η αδυναμία του ατόμου, να ανταποδώσει, μπορεί να προκαλέσει αίσθημα υποχρέωσης, να κάνει το άτομο να νιώσει άβολα, να επιβεβαιώνει συναισθήματα εξάρτησης και να επιτείνει το άγχος του.

Ο La Cairra, 1992, τονίζει ότι, το άτομο που ευεργετείται πνίγεται, νιώθει ανεπαρκές ή νιώθει ότι γίνεται βάρος.

Αρνητικές επιπτώσεις της κοινωνικής υποστήριξης έχουν διαπιστωθεί και στους φορείς που την παρέχουν παραδείγματος χάριν (π.χ.) το φαινόμενο burnout, η υπερβολική αφοσίωση τόσο πρακτικά όσο και συναισθηματικά καθώς και το γεγονός ότι οι προσφορές πολλές φορές παρεξηγούνται και δεν εκτιμώνται ανάλογα.

Στο χώρο των χρονίως πασχόντων, το μοντέλο που προτείνει ο Doka, 1993, σκιαγραφεί μια πολύπλοκη ατομική διεργασία. Οι προκλήσεις δεν είναι οι ίδιες για όλους τους αρρώστους και διαφοροποιούνται σε κάθε φάση της αρρώστιας. Είναι οι φάσεις στις οποίες εφαρμόζεται η εξωνεφρική κάθαρση. Η χρόνια φάση ορίζεται ως η περίοδος που ακολουθεί τη διάγνωση και φτάνει μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας που είναι η ίαση ή ο θάνατος του ατόμου. Παρά το ότι είναι μια δύσκολη περίοδος, μπορεί να αποτελέσει μια περίοδο προκλήσεων καθώς ο άρρωστος και η οικογένεια του μαθαίνουν να ζουν με την ασθένεια, την εντάσσουν στη ζωή τους, αξιοποιούν το χρόνο και τις σχέσεις τους και ζουν μια ζωή που έχει νόημα και ουσία για τους ίδιους.

Είναι χαρακτηριστική η θέση ενός νεφροπαθή για τη ζωή των αιμοκαθαιρόμενων. «Ο τρόπος ζωής των αιμοκαθαιρόμενων, αναμφισβήτητα επηρεάζει γενικότερα τον τρόπο σκέψης και τον τρόπο συμπεριφοράς. Πιο ρεαλιστικά, να αναγνωρίζονται και να εκτιμούνται τα θετικά στοιχεία της. Ο ασθενής ζώντας με την αιμοκάθαρση, αναθεωρεί απόψεις, επαναπροσδιορίζει στόχους, αξιολογεί προτεραιότητες, διατηρεί ισορροπίες, σταθεροποιεί την κρίση, καλλιεργεί την επιείκεια, την ανεκτικότητα, την υπομονή. Μέσα από την οδύνη του πόνου και τον ονειδισμό της αρρώστιας, κατακτά την ταπείνωση. Ζει κοντά στο θάνατο και αντιλαμβάνεται τη ματαιότητα κάποιων εφήμερων αξιών, με αποτέλεσμα να νιώθει καλύτερα τον ΑΝΘΡΩΠΟ». Μέσα από αυτό το πρίσμα θα γίνει μια προσπάθεια να σκιαγραφηθούν οι σημαντικότερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο νεφροπαθής και η οικογένεια του. Θα γίνει προσπάθεια να ανιχνευτούν τρόποι υποστήριξης οι οποίοι θα καταστήσουν λιγότερο οδυνηρό το ταξίδι προς την τελική φάση.

Αλλαγή ρόλων και σχέσεων

Ανάλογα με το μέλος που υφίσταται το νόσημα, πολλές φορές χρειάζεται να προστεθούν ή να αφαιρεθούν καινούργιοι ρόλοι. Καθώς λοιπόν αλλάζει η δομή της οικογένειας, το κάθε μέλος μπαίνει σε αναδιοργάνωση.

Έτσι, σε περιπτώσεις που πάσχων είναι ο σύζυγος, η αλλαγή έγκειται στην ανάληψη του ρόλου της μητέρας, της νοικοκυράς, της φροντίδας των παιδιών από το σύζυγο, ενώ η μητέρα αναλαμβάνει το ρόλο του άνδρα, του οικονομικού υποστηρικτή, βγαίνοντας στην παραγωγή για την εξασφάλιση των οικονομικών πόρων.

Όταν ο πάσχων είναι παιδί και συγκεκριμένα στη χώρα μας, με δεδομένη τη γεωγραφική κατανομή των μονάδων υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας, η οικογένεια έχει μόνο δύο επιλογές: ή να μετοικήσει αν διαθέτει καλό οικονομικό υπόστρωμα, ή να διαμελιστεί. Και στις δύο περιπτώσεις η ανατροπή των σχέσεων και του προγράμματος ζωής της οικογένειας, έχει τεράστιες συναισθηματικές και κοινωνικές συνέπειες.

Οι αλλαγές μπορεί να αφορούν και σε σχέσεις φιλικές ή επαγγελματικές, εξαιτίας του κοινωνικού ρατσισμού.

Αλλαγές στο επίπεδο σχέσεων και συμπεριφοράς, πιθανώς να οφείλονται σε διαταραχή της ταυτότητας του πάσχοντος. Είναι αλλαγές τις οποίες χρειάζεται να επεξεργαστούν και να αντιμετωπίσουν από κοινού.

Όμως η τάση της οικογένειας και των φίλων να είναι χαρούμενοι και αισιόδοξοι όταν αντιμετωπίζουν αρνητικά γεγονότα, μπορεί να απομονώσει το πάσχων άτομο κάνοντας το να νιώθει ότι δεν μπορεί να ζητήσει βοήθεια. «Το πάσχων άτομο μπορεί να ερμηνεύσει αυτές τις συμπεριφορές ως απόδειξη της απόρριψης του, τη στιγμή ακριβώς που η υποστήριξη των άλλων του είναι εξαιρετικά πολύτιμη».

Η οικογένεια δεν πρέπει να επικεντρώνεται στα συμπτώματα και να ασχολείται μόνο με τα παράπονα του αρρώστου. Πρέπει να αναζητήσει στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος. Οι στρατηγικές με τις οποίες έμαθαν να ξεπερνούν τις δύσκολες καταστάσεις και τις συγκρούσεις καθώς και η προσωπικότητα τους, φαίνεται να παίζουν σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με τους ίδιους και τα παιδιά τους.

Οι αντιδράσεις των παιδιών εξαρτώνται από το αναπτυξιακό τους στάδιο, την προσωπικότητα τους, το οικογενειακό περιβάλλον και τις εμπειρίες που έχουν ή βιώνουν μέσα σε αυτό.

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι η ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών βοηθά στη διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου, αποτελεί δε ένα σημαντικό βήμα στην περίοδο της κρίσης. Άτομα που στερούνται φυσικής επαφής, τρυφερότητας και στενών δεσμών είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην κατάθλιψη. Οι Hartman και Becker, 1995, διαπίστωσαν ότι ασθενείς που είχαν φτωχή κοινωνική υποστήριξη παρουσίαζαν μικρότερη προσαρμογή. Πολύ σημαντική επίδραση είχε ο γάμος, η οποία εκδηλώθηκε με υψηλού βαθμού προσαρμογή.

Η δυναμική παρέμβαση του συντρόφου στις σχέσεις τους, η στήριξη στην επίπονη προσπάθεια του πάσχοντος για αυτογνωσία, βοηθούν σημαντικά. Η σημασία των σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ των συζύγων ή ατόμων όπου υπάρχει οικειότητα και αμοιβαία εξομολόγηση, έχει από καιρό αναγνωριστεί.

Συνάγεται λοιπόν, το συμπέρασμα ότι, η οικογένεια αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα στη διαδικασία της κοινωνικής υποστήριξης και επανένταξης του χρόνιου πάσχοντα.

Επαγγελματική αποκατάσταση

Κάτω από τις πιέσεις των νέων συνθηκών, ο νεφροπαθής πρέπει τις περισσότερες φορές να αλλάξει ή να τροποποιήσει τις επαγγελματικές του δραστηριότητες. Όποια και αν είναι η δυνατότητα, αλλαγή ή τροποποίηση, πλήρης ή μερική απασχόληση, ο στόχος πρέπει να είναι ένας. Να συνεχίσει να εργάζεται. Να μη νιώσει ότι περιθωριοποιείται. Να μη νιώσει «άχρηστος». Βέβαια, η επαγγελματική αποκατάσταση δεν είναι υπόθεση μόνο των νεφροπαθών και των ψυχοκοινωνικών υποστηρικτών. Είναι συλλογική υπόθεση του Κράτους και της Ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Η λειτουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και επαγγελματικής αποκατάστασης θα συντελέσει και στην ψυχολογική ισορροπία του νεφροπαθούς, αλλά και στη μείωση του έμμεσου κόστους από την απώλεια μισθών. Αποτελέσματα ερευνών σχετικά με το θέμα αυτό δείχνουν ότι την πληρέστερη επαγγελματική αποκατάσταση παρουσιάζουν οι αιμοκαθαιρόμενοι στο σπίτι και οι μεταμοσχευμένοι. Ο επαναπροσδιορισμός λοιπόν της πολιτικής υγείας που αφορά στις εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης του τελικού σταδίου ΧΝΑ είναι πάντα επίκαιρος. (Κωστανίδου Μ., 1998)

Σε ποιο βαθμό κοινωνικής αποκατάστασης αναμένεται να φτάσει ο ασθενής που υποβάλλεται σε Αιμοκάθαρση (ΑΜΚ);

Η αποκατάσταση μπορεί να οριστεί τόσο σε στενά όσο και σε ευρέα όρια. Χρησιμοποιώντας έναν πιο ελεύθερο ορισμό, η αποκατάσταση μπορεί να θεωρηθεί επιτυχημένη, όταν το άτομο έχει έναν υπεύθυνο οικογενειακό ρόλο και επιδίδεται σε αρκετά ουσιώδεις δραστηριότητες.

Αν χρησιμοποιήσουμε τον όρο αποκατάσταση με την πιο περιορισμένη έννοια, δηλαδή την επιστροφή στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας, ο ασθενής έχει λίγες πιθανότητες αποκατάστασης. Οι νοικοκυρές και οι φοιτητές συχνά συνεχίζουν τις συνηθισμένες δραστηριότητες τους, χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς. Ωστόσο, ο αυξανόμενος αριθμός ατόμων με ΤΣΧΝΑ, που εμφανίζουν ταυτόχρονα και άλλα νοσήματα

με συνοδό αισθητηριακά και κινητικά προβλήματα, είχε ως συνέπεια να μειωθούν τα ποσοστά των ασθενών που μπορούν να επιστρέψουν πλήρως στις προηγούμενες δραστηριότητες τους. Οι βελτιωμένες τεχνικές AMK και η διόρθωση της αναιμίας αυξάνουν την πιθανότητα επανόδου των ασθενών με ΤΣΧΝΑ σε κάποιου είδους επαγγελματική απασχόληση, μετά την ένταξη τους σε πρόγραμμα AMK. (Κωστενίδου Μ., 1998)

Συμμόρφωση

Η αντιμετώπιση του αρρώστου με ΧΝΑ απαιτεί συχνές νοσηλείες (αιμοκάθαρση με Τ.Ν., αλλαγές Περιτοναϊκής Κάθαρσης) και διαβίου λήψη πολλών φαρμάκων (μεταμόσχευση). Καταστάσεις ρουτίνας που κουράζουν και που θυμίζουν διαρκώς στο άτομο ότι πάσχει από τη συγκεκριμένη αρρώστια. Καταστάσεις που ωθούν το άτομο σε παρέκκλιση. Είναι αρκετές οι μελέτες που επισημαίνουν ότι ένα ποσοστό 40-50% των αρρώστων δεν συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις του θεραπευτικού προγράμματος.

Ο όρος συμμόρφωση εμπερικλείει τις έννοιες συγκατάθεση, συμφωνία, απείθαρχη συμπεριφορά, μη συμμόρφωση. Ανάγεται στα χρόνια του Ιπποκράτη αλλά τη σύγχρονη ιατρική απασχόλησε στις αρχές του προηγούμενου αιώνα. Στην ουσία σημαίνει υπακοή ή μη στις εντολές των λειτουργών υγείας. Σχετίζεται με τις έννοιες εξάρτηση, πρακτική προστατευτικού και κηδεμονευτικού χαρακτήρα και δηλώνει ιεραρχική σχέση μεταξύ ειδικού-ασθενούς όπου ο ειδικός θεωρείται ότι γνωρίζει τι είναι καλύτερο για τον ασθενή και απλά δίδει οδηγίες. Οι Donovan και Blake, 1992, απορρίπτουν τον όρο «συμμόρφωση» για τους παραπάνω λόγους και υποστηρίζουν ότι τελικά ο ασθενής είναι εκείνος που αποφασίζει για την τήρηση των οδηγιών, τη λήψη των φαρμάκων, τη δοσολογία και τη χρονική στιγμή. Όλα αυτά αφού αξιολογήσει την αναγκαιότητα και χρησιμότητα τους, τις επιπτώσεις στην καθημερινή του ζωή, στις δραστηριότητες, στις σχέσεις με άλλους και στην εικόνα του εαυτού του. Συνεπώς δεν μπορεί να είναι παθητικός δέκτης των εντολών με μοναδική επιλογή τη συμμόρφωση και την υπακοή.

Σήμερα που στην υπόθεση της χρόνιας νόσου εμπλέκονται όλο και περισσότεροι λειτουργοί υγείας με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας απαιτείται κοινή γραμμή μεταξύ των επαγγελματιών, άψογη επικοινωνία και συνοχή στις συμβουλές που δίδονται. Μπορεί εύκολα να τεθεί ένας όρος "ταμπέλα", να επικριθεί μια συμπεριφορά για οποιοσδήποτε μελλοντικές επιπλοκές στην υγεία να απορριφθούν. Η απονομή ενός όρου-ταμπέλα είναι καταστροφική γιατί δημιουργεί έχθρα, ενώ αποτελεί εγγύηση για την επιδείνωση της σχέσης μεταξύ λειτουργών υγείας-ασθενούς. Ακόμη, προκαλεί δυσαρέσκεια του ασθενούς, γεγονός που δεν ενθαρρύνει την αυτοφροντίδα.

Από μια άλλη άποψη, μπορεί να προσφέρει μια επαγγελματική δικαιολογία για μελλοντικά προβλήματα υγείας που θα αντιμετωπίσει ο ασθενής και για τα οποία ευθύνονται οι ίδιοι οι λειτουργοί υγείας.

Τέλος, μπορεί να αποτελεί πρόθεση, για να καλύψουν δικές τους αδυναμίες και να ενοχοποιήσουν τον ασθενή. Έτσι και αλλιώς ο όρος αξιολογεί μονόπλευρα την αυτοφροντίδα στις χρόνιες νόσους. Συνεπώς οι ενέργειες των νοσηλευτών θα πρέπει να στραφούν σε παρεμβάσεις που θα ενισχύσουν την αυτοφροντίδα.

Σκοπός των νοσηλευτών είναι, να βοηθούν το άτομο να αναπτύξει όσο γίνεται περισσότερο τις δυνατότητες του, αναγνωρίζοντας παράλληλα τις αδυναμίες του και έχοντας πάντα υπόψη ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας χρόνιας νόσου αποτελεί μια πολύπλευρη και απαιτητική πρόκληση. Μια ακόμη πρόκληση για τους λειτουργούς υγείας είναι, να συνεργάζονται με τον ασθενή ώστε, εκείνος αναγνωρίζοντας τις ικανότητες του, να παίρνει αποφάσεις που αφορούν την υγεία και τη ζωή του. Η «πληροφόρηση, η κατανόηση των αναγκών του, μπορούν να τον στηρίξουν στις προσωπικές του αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία, την αυτοφροντίδα και την αυτοπροστασία του, ιδιαίτερα δε σε συνθήκες που είναι επιβλαβείς για την υγεία του».

Ηθικά θέματα

Η πληροφορημένη συγκατάθεση είναι μια πολύπλοκη έννοια και εγείρει ηθικά και νομικά διλήμματα. Μπορεί να νοηθεί ως συγκατάθεση, απόφαση, έγκριση ή ακόμη ένα είδος συμβολαίου. Προϋποθέτει εξασφάλιση αποτελεσματικής επικοινωνίας, ώστε ο ασθενής να δίδει τη συγκατάθεση του με γνώση δεδομένων που τον αφορούν. Η διαδικασία αυτή πρέπει, να διέπεται από τις αρχές του σεβασμού της αυτονομίας, του ωφελείν και του μη βλάπτειν.

Η διακοπή της θεραπείας, αποτελεί αντικείμενο για σοβαρό προβληματισμό, αφού το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται σ' αυτή έχει δραματικά αυξηθεί. Συγκεκριμένα το 1988 το ποσοστό ήταν 9,7% ενώ στα 1996 έφτανε στα 17,6%.

Σχεδόν όλες οι αναφορές επιβεβαιώνουν ότι, οι θάνατοι που οφείλονται στη διακοπή θεραπείας κάθαρσης, συμβαίνουν συχνότερα στους ηλικιωμένους από ότι στους νέους ασθενείς. Λαμβάνοντας υπόψη το συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων που εφαρμόζουν πρόγραμμα αιμοκάθαρσης (περίπου 60% του αιμοκαθαιρόμενου πληθυσμού το 2000) γίνεται αντιληπτό το πόσο συχνά, το προσωπικό υγείας των νεφρολογικών μονάδων έρχεται αντιμέτωπο με το θέμα, διακοπής της κάθαρσης. Όταν οι ασθενείς αποφασίζουν μόνοι τους, θεωρητικά δεν τίθεται θέμα. Υπάρχουν όμως και ασθενείς που δεν έχουν την ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις. Στην περίπτωση αυτή, θεωρείται σημαντικός παράγων η γραπτή συναίνεση ή ο καθορισμός ενός κηδεμόνα. (Κωστανίδου Μ., 1998)

Στην Αμερική μόνο ένα ποσοστό 20% δίνει γραπτή συναίνεση, πριν καταστεί ανίκανο να λαμβάνει αποφάσεις. Κι αυτό γιατί οι περισσότεροι πιστεύουν πως, υπογράφοντας μια τέτοια «διαθήκη», όντας ζωντανός, θα επηρεαστεί η μετέπειτα επικοινωνία τους με το ιατρικό προσωπικό. Ακόμη, οι ασθενείς δεν πιστεύουν ότι το προσωπικό θα παίξει το ρόλο του συνηγόρου υπέρ αυτών.

Σημαντικά είναι επίσης, τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από τη γραπτή συναίνεση του παραπάνω ποσοστού.

- Εάν υπάρχει γραπτή συναίνεση συνέχισης της θεραπείας από τον ασθενή, το προσωπικό θα την εφαρμόσει;
- Τι γίνεται εάν η οικογένεια των ασθενών που δεν έχουν υπογράψει απαιτήσει τη συνέχιση της θεραπείας;

Ο Daniel Kalahan το 1987, στο βιβλίο του «Setting Limits» (Θέτοντας όρια) προτείνει για να διαφυλαχθεί το σύστημα υγείας από τη χρεοκοπία, να περιοριστούν οι παροχές στους ηλικιωμένους. Συνιστά την παροχή ελάχιστων μόνο υπηρεσιών, στα άτομα που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο όριο ηλικίας, αφού η αιμοκάθαρση, δεν αυξάνει ουσιαστικά το μέσο όρο ζωής (μόνο 5 έτη). Για την πλειοψηφία των ασθενών, το μόνο όφελος, είναι μια πτωχή ή αμφίβολη ποιότητα ζωής. Οι κοινωνικοί σκοποί και το κοινό καλό τίθενται πάνω από τις επιθυμίες του ατόμου. Η ιατρική δεν θα παρέχει άσκοπη φροντίδα και η κοινωνία θα εξοικονομεί οικονομικούς πόρους.

Τελικά η αποτυχία του να εκλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι ως ιδιαίτερη ομάδα, αποτελεί το αποκορύφωμα του ηλικιακού ρατσισμού.

Στην Ευρώπη, εφαρμόζεται ήδη σε ορισμένες χώρες, ο περιορισμός των παροχών αιμοκάθαρσης σε άτομα που υπερβαίνουν κάποιο όριο ηλικίας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το 1991, από το Ινστιτούτο Ιατρικής υποστηρίζεται ότι, η ηλικία δεν πρέπει να αποτελεί κριτήριο για τη λήψη αποφάσεων ζωής και θανάτου.

Στην Ελλάδα δεν έχει ακόμη τεθεί θέμα ηλικιακού περιορισμού στην αιμοκάθαρση, τουλάχιστον επισήμως.

Φροντίδα στους Φροντίζοντες

Εκτός από τον ασθενή, προσέγγιση, εκπαίδευση, υποστήριξη, χρειάζεται και το περιβάλλον του. Ο Anderson και οι συνεργάτες του παρατήρησαν ότι, η επιβάρυνση της οικογένειας και του περιβάλλοντος φτάνει συχνά πέρα από τα όρια της αντοχής τους. Χρειάστηκε να προσφερθεί ανακουφιστική φροντίδα, υποστήριξη και ενθάρρυνση για να αποτραπεί απώλεια της αισιοδοξίας, της δύναμης και της αποφασιστικότητας τους.

Οι νοσηλεύτριες/τες οφείλουν έγκαιρα να αναγνωρίζουν σημεία ψυχικής κόπωσης στα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα αυτών των ασθενών και να μεριμνούν για τις διακοπές τους. Αυτό, μπορεί να επιτευχθεί, μετά από προγραμματισμό φιλοξενώντας τον ασθενή στη μονάδα, είτε οργανώνοντας ομαδικά προγράμματα διακοπών, με την επίβλεψη έμπειρου προσωπικού. Η επαφή με συμπάσχοντες ή/και μέλη που παρέχουν φροντίδα, συμβάλουν σημαντικά στην αποφυγή της απομόνωσης.

Όμως, ανάγκη φροντίδας έχουν και οι νοσηλεύτριες/τες. Η κόπωση ή η «επαγγελματική εξουθένωση», αρκετές φορές είναι αναπόφευκτη, λόγω της φύσεως της εργασίας η οποία συνδέεται με το ρόλο της υπερπροστασίας, της στενής διαπροσωπικής σχέσεως με το νεφροπαθή και την οικογένεια του αλλά και με τη συχνή έκθεση στην εμπειρία του θανάτου.

Συνεπώς, οι νοσηλεύτριες/τες πρέπει να ασχοληθούν και με τον εαυτό τους, να αναγνωρίζουν τις δυνάμεις και τις αδυναμίες τους, αλλά και τα όριά τους. Πρέπει να παραδεχτούν ότι είναι και αυτοί άνθρωποι τρωτοί και ευάλωτοι και όχι παντοδύναμοι. Μπορούν να φροντίζουν τους άλλους ανεπηρέαστα μόνο αν αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους. Πρέπει να μάθουν να θεωρούν τη φροντίδα της πνευματικής τους υγείας, ως μέρος των επαγγελματικών τους εφοδίων. Έτσι, θα μπορούν να επεξεργαστούν τις εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας τους ώστε, να βρουν νόημα μέσα από όσα προσφέρουν. (Κωστενίδου Μ., 1998)

Η ελπίδα στην πορεία της αρρώστιας

Η διατήρηση της ελπίδας, αποτελεί μέλημα ζωτικής σημασίας. Χωρίς ελπίδα, το άτομο παραιτείται από τη ζωή και πολύ γρήγορα μπορεί να πεθάνει. Το ενδεχόμενο μιας νέας ευκαιρίας για μεταμόσχευση, δεν θα πρέπει να απομακρύνεται. Στην πορεία της νόσου το περιεχόμενο των ελπίδων συχνά τροποποιείται. Συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Μπορεί να αφορά μακροπρόθεσμους στόχους, να αφορά στο παρόν ή στο άμεσο μέλλον, συχνά αφορά στη μετά θάνατο ζωή ή την εξασφάλιση μιας συμβολικής αθανασίας, μέσα από απογόνους, έργα και επιτεύγματα. Στην ενεργητική ελπίδα, το άτομο κινητοποιεί την εσωτερική του ενέργεια και τη μεταπλάθει σε πηγή έμπνευσης και δύναμης. Έτσι, επηρεάζει ουσιαστικά την πορεία του.

Αντίθετα, με την παθητική ελπίδα, το άτομο αποφεύγει να δραστηριοποιηθεί, φαντάζεται ότι οι δυσκολίες θα εξαφανιστούν ως διά μαγείας. Εν ολίγοις ζει σε μια απέραντη φαντασίωση και όχι στην πραγματικότητα. Η ελπίδα λοιπόν, σίγουρα πρέπει να πεθάνει τελευταία. (Κωστενίδου Μ., 1998)

6.2 Απαντήσεις σε ερωτήματα υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των ασθενών

- *Πώς μπορεί το προσωπικό να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του να αντιμετωπίσουν την αναγκαιότητα της Αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ);*

Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς και τα μέλη της οικογένεια τους που αντιμετωπίζουν τη νεφρική ανεπάρκεια και την ανάγκη για ΑΜΚ ως απώλεια, μπορεί να θρηνούν για αυτή την απώλεια. Τα μέλη της ομάδας ΑΜΚ πρέπει να είναι εξοικειωμένα με τη διεργασία της θλίψης και του θρήνου και να γνωρίζουν πότε να επέμβουν ή να καλέσουν έναν ειδικό ψυχικής υγείας, όπως μια νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχολόγο ή έναν ψυχίατρο. Αν τα μέλη της ομάδας ΑΜΚ μπορούν να αναγνωρίσουν τις περιόδους εξαιρετικού άγχους και να επέμβουν προσεγγίζοντας τους ασθενείς, τότε μπορούν να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν αυτές τις περιόδους και να αποφύγουν μεγαλύτερα προβλήματα προσαρμογής. (Ραγιά Α., 1993)

- *Πώς επηρεάζει η κοινωνική υποστήριξη την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΜΚ;*

Η κοινωνική υποστήριξη, τόσο από ποιοτικής όσο και από ποσοτικής πλευράς, έχει συνδεθεί άμεσα με την καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών, που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Τα μέλη της οικογένειας αποτελούν συνήθως τη σημαντικότερη πηγή κοινωνικής υποστήριξης για κάθε ασθενή. Για να καταφέρουν, όμως, να διατηρήσουν την ικανότητα τους να υποστηρίξουν τον ασθενή, χρειάζονται, με τη σειρά τους, βοήθεια και στήριξη από τα μέλη της ομάδας ΑΜΚ. Επιπλέον, πρέπει να ενθαρρυνθούν οι ασθενείς και η οικογένεια τους να διατηρήσουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, μέσα και πέρα από την οικογένεια. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προτείνει ομάδες υποστήριξης οικογένειας που λειτουργούν στην κοινότητα, καθώς και άλλες ευκαιρίες κοινωνικοποίησης, σε επίπεδο κοινότητας. Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να προταθεί η συμμετοχή σε ομάδες φροντιστών, ομάδες αλληλοϋποστήριξης ατόμων με παρόμοια προβλήματα και στις εκδηλώσεις κέντρων ηλικιωμένων πολιτών. (Ραγιά Α., 1993)

- *Πώς αντιμετωπίζονται τέτοιες αρνητικές συμπεριφορές;*

Οι ασθενείς, μερικές φορές, αρνούνται να συζητήσουν με ψυχίατρο. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να αμύνονται και να μην παραδέχονται ότι υπάρχει πρόβλημα ή ότι τα προβλήματα μπορεί να έχουν συναισθηματική βάση. Αν και ο ψυχίατρος αποτελεί αναγνωρισμένο μέλος της ομάδας θεραπείας, υπάρχει τάση αποφυγής μιας τέτοιας συμβουλευτικής βοήθειας. Οι ομαδικές συνεδρίες ψυχοθεραπείας με τους ασθενείς και μέλη της οικογένειας τους, υπό την καθοδήγηση ενός ικανού και αποδεκτού κοινωνικού λειτουργού ή μιας νοσηλεύτριας ψυχικής υγείας (με τον ψυχίατρο ως πηγή βοήθειας), μπορεί να αποτελούν πιο αποδεκτό τρόπο βοήθειας. Μια τέτοια ομάδα, στην οποία οι ασθενείς είναι ισότιμοι μεταξύ τους, μοιράζονται τα ίδια προβλήματα και τα συζητούν μεταξύ τους, μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την επίλυση πολλών προβλημάτων. Ο ψυχίατρος, η νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας και ο κοινωνικός λειτουργός μπορούν να βοηθήσουν το υπόλοιπο προσωπικό να αντιμετωπίσει ασθενείς, που εκδηλώνουν συμπεριφορές αντίστασης. Αυτοί οι επαγγελματίες μπορούν να παίζουν καθησυχαστικό ρόλο και να προτείνουν στα άλλα μέλη της ομάδας τρόπους προσέγγισης των ασθενών, ώστε να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ΑΜΚ. (Ραγιά Α., 1993)

- *Έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΜΚ;*

Συχνά οι ασθενείς περιμένουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα από αυτά που μπορεί να δώσει η ΑΜΚ. Η ΑΜΚ είναι απαραίτητη για την επιβίωση, αλλά δεν μπορεί να θεραπεύσει την ουραιμία. Ακόμα και με τη βοήθεια της ΑΜΚ, ο ασθενής και η οικογένεια του πρέπει να ζήσουν αντιμετωπίζοντας μια χρόνια νόσο. (Ραγιά Α., 1993)

- *Πώς μπορούν αυτά τα προβλήματα να αντιμετωπιστούν;*

Οι ασθενείς και η οικογένεια τους πρέπει να είναι πολύ καλά ενημερωμένοι και να κατανοούν πλήρως τη νόσο και την αναγκαιότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ζωτικής σημασίας πλευρά της φροντίδας κάθε ασθενούς με ΤΣΧΝΑ είναι ο καλός σχεδιασμός και η άρτια εκτέλεση του προγράμματος εκπαίδευσης.

Οι ομαδικές συναντήσεις ασθενών και οικογενειών, σε τακτά χρονικά διαστήματα, υπό την καθοδήγηση ενός εξειδικευμένου μέλους του προσωπικού, παρέχουν σημαντική υποστήριξη και καθοδήγηση για την επίλυση προβλημάτων, μέσω προαγωγής της ικανότητας αυτοβοήθειας. Επίσης, σε τακτά χρονικά διαστήματα πρέπει να γίνονται συσκέψεις, με αντικείμενο τη φροντίδα, που παρέχεται στους ασθενείς, στις οποίες θα συμμετέχουν όλα τα μέλη της ομάδας, ώστε να είναι διαρκώς ενημερωμένα, πάνω στα προβλήματα των ασθενών και τον τρόπο προσέγγισης τους. Διαφορετικά, αν πρέπει να αντιμετωπιστεί μεγαλύτερος αριθμός ασθενών, η προσπάθεια θα είναι αποσπασματική. (Ραγιά Α., 1993)

- *Με ποιο τρόπο μπορεί ένας ασθενής με ΤΣΧΝΑ να αποκτήσει μεγαλύτερο έλεγχο της κατάστασης του;*

Οι ασθενείς που πριν την έναρξη της ΑΜΚ ζούσαν μια πολύ ανεξάρτητη ζωή, είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν δυσκολία ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στη νέα κατάσταση. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό αυτά τα άτομα να συμμετέχουν στη θεραπεία τους, κατά το δυνατό περισσότερο. Οι ασθενείς μπορεί να αποκτήσουν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου, εάν ενθαρρύνονται να εκτελούν ορισμένες διαδικασίες αυτοφροντίδας στη ΜΤΝ ή στο σπίτι. Η ΠΚ αποτελεί πολύ καλή επιλογή για τους ασθενείς που έχουν την ανάγκη ή εκφράζουν την επιθυμία να απελευθερωθούν από τα προγράμματα που επιβάλλει η ΑΜΚ. (Ραγιά Α., 1993)

6.3 Ψυχολογικά Προβλήματα ασθενών με ΧΝΑ

6.3.1 Αυτοκτονία και εγκατάλειψη της θεραπείας

Η ποιότητα ζωής στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια δεν είναι καλή και η θεραπεία προκαλεί άγχος και ψυχολογικά προβλήματα. Σε μερικούς ασθενείς, τα αποτελέσματα αυτών είναι η αυτοκτονία ή η εγκατάλειψη της θεραπείας. Αναφέρεται και ένα ποσοστό θανάτων από αυτοκτονικές τάσεις όπως η λήψη υπερβολικής δόσης φαρμάκων. Σύμφωνα με έρευνες αναφέρεται και ένα ποσοστό θανάτων ασθενών που υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση στο σπίτι.

Για ασθενείς υπέργηρους ή ανίκανους να πάρουν οι ίδιοι απόφαση, και επειδή το όριο ηλικίας των ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση αυξάνεται συνεχώς, είναι πιθανόν η διακοπή της θεραπείας συνεχώς να γίνεται όλο και πιο συχνά στο μέλλον με πρωτοβουλία των συγγενών ή του ιατρικού προσωπικού. Όταν οι ασθενείς αποφασίζουν να διακόψουν την Αιμοκάθαρση (ΑΜΚ), η ομάδα θεραπείας πρέπει να κάνει μια ανοιχτή και περιεκτική συζήτηση, σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές για το συγκεκριμένο ασθενή. Το δικαίωμα να μην ενταχθεί σε πρόγραμμα ΑΜΚ και το δικαίωμα να αποσυρθεί απ' αυτήν, περιλαμβάνονται μεταξύ αυτών των επιλογών. Αυτές οι αποφάσεις στηρίζονται στις

ιδιαίτερες επιθυμίες και ανάγκες του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας του. Η απόφαση να μην ξεκινήσει ή να διακόψει την ΑΜΚ λαμβάνεται, συνήθως, από κοινού με τα μέλη της οικογένειάς του, το γιατρό, τα μέλη της ομάδας ΑΜΚ, αλλά και τον ιερέα και τον ψυχίατρο. Γενικά, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, στους οποίους εμφανίζονται επιπλοκές από υποκείμενα νοσήματα, είναι πιο πιθανό να διακόψουν την ΑΜΚ, συγκριτικά με τους πιο νέους. Όταν ένας ασθενής έχει επιλέξει να διακόψει τη θεραπεία, τα μέλη της ομάδας ΑΜΚ οφείλουν να τον στηρίξουν, δίνοντας περισσότερη έμφαση στην ανακούφιση του από σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα. (Ραγιά Α., 1993)

6.3.2 Κοινωνικά, επαγγελματικά και ψυχολογικά προβλήματα

Ο άνθρωπος είναι μια ενοποιημένη βιοψυχοκοινωνική οντότητα που έχει ανάγκη από εσωτερική σταθερότητα και διατήρηση αρμονίας με το περιβάλλον του. Έτσι κάθε χρόνια αρρώστια αποτελεί απειλή για τον άνθρωπο με πολλούς τρόπους. Με την εμφάνισή της, η αρχική αντίδραση του ανθρώπου είναι συνήθως ο φόβος. Φόβος για το παρόν και το μέλλον, φόβος για το άγνωστο και το απροσδόκητο, φόβος για τις στερήσεις και τις θυσίες που θα απαιτήσει η ίδια η αρρώστια, φόβος για την ανάγκη αναθεώρησης των αξιών, των σκοπών και των στόχων του και τελευταίο και σημαντικότερο φόβος για έντονο πόνο, αναπηρία ή ακόμη και το θάνατο.

Ειδικότερα η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σημαίνει πραγματική απώλεια πολλών δυνατοτήτων και αγαθών, με σημαντικότερη από όλες την απώλεια του αγαθού της υγείας.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και η θεραπεία της με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση που απαιτεί αποδοχή της από τον άρρωστο αφού θα ζήσει με αυτή, η πιθανή αλλαγή του σωματικού ειδώλου, η αναστάτωση και η αναπροσαρμογή των ρόλων μέσα στην οικογένεια, τα οικονομικά και πλήθος άλλων προβλημάτων δημιουργεί αναμφισβήτητα πολλές δυσάρεστες επιπτώσεις στην ψυχολογία αυτών των ασθενών.

Βέβαια, η βασανιστική διαδικασία επιλογής λόγω έλλειψης θεραπευτικών μέσων που αποτελούσε μια πηγή άγχους για τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους το ιατρικό και νοσηλευτικό ανήκει πια στο παρελθόν αφού σήμερα υπάρχουν πολλές μέθοδοι θεραπείας. Η δημοσιότητα όμως για τα θεραπευτικά μέσα που υπάρχουν για τους νεφροπαθείς δημιούργησε μια πλαστή αίγλη στη συνείδηση του κοινού, σε ότι αφορά την εξωνεφρική κάθαρση, αφού στην πραγματικότητα η ζωή αυτών των ανθρώπων είναι ένας μακροχρόνιος αγώνας πολλές φορές αβάσταχτος. Η θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στην καλύτερη περίπτωση είναι μια κουραστική και χρονοβόρα κατάσταση ενώ στη χειρότερη περίπτωση είναι σχεδόν ανυπόφορη, καταναγκαστικό έργο για τον άρρωστο.

Οι περισσότεροι νεφροπαθείς στην πορεία της ζωής τους θα ζήσουν περιόδους αιμοκάθαρσης με παρεμβολή επιτυχημένης ή αποτυχημένης μεταμόσχευσης και τελικά ύστερα από μερικούς μήνες ή χρόνια πολλοί θα επανέλθουν στην αιμοκάθαρση.

Μια τέτοια συνήθως απρόβλεπτη κατάσταση, αναπόφευκτα δημιουργεί πολλά προβλήματα στον άρρωστο και την οικογένειά του.

Στους περισσότερους ασθενείς υπάρχει μια τάση να συνδέονται υπερβολικά με τη μονάδα εξωνεφρικής κάθαρσης και να υπερευαίσθητοποιούνται με τα προβλήματα των συνασθενών τους με αποτέλεσμα να αγωνιούν περισσότερο για τους εαυτούς τους όταν συμβαίνουν αποτυχίες ή θάνατοι.

Γενικά, οι νοσοκομειακές μονάδες νεφρού αποτελούν κλειστές κοινότητες, όπου οι ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους γνωρίζονται μεταξύ τους και δημιουργούν διαπροσωπικές σχέσεις.

Βέβαια από την κλειστή αυτή κοινότητα δεν λείπουν και οι νοσηλευτές οι οποίοι, περισσότερο από κάθε άλλο νοσοκομειακό προσωπικό είναι συνδεδεμένοι με τους νεφροπαθείς και τις οικογένειές τους και στην πραγματικότητα βλέπουν τους νεφροπαθείς περισσότερο σαν φίλους παρά σαν ασθενείς.

Η προσαρμογή του νεφροπαθούς στη θεραπεία με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες αλλά κυρίως από την προσωπικότητα του κάθε ασθενούς με τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της.

Ανεξάρτητα από το αν η θεραπεία αναμενόταν ή ήρθε ξαφνικά, η τελική στιγμή της εφαρμογής της πάντοτε συνοδεύεται από αγωνία, ψυχική ένταση και φόβο.

Η αρχική περίοδος της προσαρμογής, όταν τα ουραιμικά συμπτώματα έχουν πια βελτιωθεί με την αιμοκάθαρση, χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα ευφορίας, ανακούφισης, αυτοπεποίθησης, ευγνωμοσύνης και θέλησης για ζωή και διαπιστώνει ότι η θεραπεία δεν είναι τόσο άσχημη όσο τη φανταζόταν. Ορισμένοι ασθενείς πάντως εκφράζουν κάποια ανησυχία για τη ζωή τους και την εξάρτησή τους από το μηχάνημα. Η περίοδος αυτή διαρκεί 2-6 μήνες.

Μετά συνήθως ακολουθεί η φάση της απογοήτευσης όπου ο ασθενής αισθάνεται ανίκανος, απογοητευμένος, λυπημένος, παγιδευμένος. Στη φάση αυτή που διαρκεί συνήθως 3-12 μήνες συνειδητοποιεί ότι το μηχάνημα αιμοκάθαρσης θα είναι μόνιμος σύντροφος για το υπόλοιπο της ζωής του, εκτός και αν κάνει μία επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Τα αισθήματα αυτά παρουσιάζονται σε πολλές φάσεις της ζωής του αλλά συνήθως όταν ο νεφροπαθής ετοιμάζεται να επιστρέψει στην εργασία του και αναρωτιέται κατά πόσο αξίζει η θεραπεία.

Στη συνέχεια ακολουθεί μια άλλη περίοδος, η περίοδος της λεγόμενης μακρόχρονης προσαρμογής όπου ο νεφροπαθής συμβιβάζεται με την όλη κατάσταση και αποδέχεται τους περιορισμούς που του επιβάλλει η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και η θεραπεία της. Η περίοδος αυτή δεν είναι καθόλου εύκολη και ομαλή και χαρακτηρίζεται από έντονες διακυμάνσεις στην ψυχολογική και σωματική κατάσταση του νεφροπαθούς. Το αίσθημα της ικανοποίησης εναλλάσσεται με αισθήματα κατάθλιψης και ανικανότητας και απαιτείται λεπτός χειρισμός της κατάστασης από το νοσηλευτικό προσωπικό, που πρέπει να αναγνωρίζει ότι ο νεφροπαθής χρησιμοποιεί ειδικούς μηχανισμούς άμυνας (άρνηση, αδιαφορία, αυθάδεια, εχθρικότητα, επιθετικότητα και πολλούς άλλους), και να εκτιμά κάθε αντίδρασή του σε σχέση με την προσαρμοστικότητά του.

Η αντίδραση αυτή μπορεί να βοηθάει στη διατήρηση της ψυχολογικής ισορροπίας, στη σωστή εφαρμογή της θεραπείας, στη σωστή επικοινωνία με την οικογένεια και τους νοσηλευτές και στη σωστή λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της κατάστασής του. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να υποστηρίζονται οι αντιδράσεις αυτές ενώ στην αντίθετη περίπτωση πρέπει να καταπολεμούνται. (Ραγιά Α., 1993)

6.3.3 Σεξουαλική συμπεριφορά - Αναπαράγωγή

Μια ακόμα τροποποίηση που θα υποστεί ο πάσχων από την εξέλιξη της ΧΝΑ αφορά στη σεξουαλική του συμπεριφορά. Για τους άνδρες σημαίνει πτώση της libido, προβλήματα στύσης, ελαττωμένη γονιμότητα λόγω ολιγοσπερμίας και μειωμένης κινητικότητας των σπερματοζωαρίων. Στις γυναίκες η σεξουαλική συμπεριφορά δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα. Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται στην ορμονική ανισορροπία που προκαλεί αραιομηνόρροια ή αμηνόρροια. Σε γυναίκες με κανονική εμμηνορυσία η γονιμότητα είναι περιορισμένη. Η εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός τελειόμηνου βρέφους είναι σπάνια, αλλά όχι απίθανη. Όταν υπάρχει ομαλός κύκλος η εγκυμοσύνη δεν πρέπει να αποκλείεται, αλλά να ενθαρρύνεται.

Μία ρεαλιστική κοινωνική πρόταση με διαχρονική ισχύ θα αποτελούσε η δημιουργία Κρατικής Τράπεζας Σπέρματος. Η κατάθεση υγιούς σπέρματος πριν την εξέλιξη της νόσου, θα διασφάλιζε την επιθυμία αγάμων και εγγάμων νεφροπαθών για απόκτηση παιδιών ακόμα και αν είχαν μεταμοσχευτεί, διότι η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων επιδρά δυσμενώς στην σπερματογένεση.

Η διατήρηση σπέρματος σε τράπεζα για την ομόλογη τεχνητή γονιμοποίηση από απόψεως Χριστιανικής Ηθικής είναι ηθικά αποδεκτή διότι «αφορά στην επέμβαση της επιστήμης για συμπάρσταση στο συζυγικό ζευγάρι, προς υπέρβαση ελαττωμάτων

φυσικής ή ανατομικής μορφής που δυσκολεύουν την πραγμάτωση της σύλληψης του παιδιού και την ολοκλήρωση της διαδικασίας της σαρκικής επικοινωνίας». Εκείνη που προσκρούει στους ηθικούς νόμους είναι η ετερόλογη γονιμοποίηση διότι «ενέχει τον κίνδυνο τελέσεως αιμομικτικών γάμων μεταξύ προσώπων που ενδέχεται να έχουν προέλθει με τεχνητή γονιμοποίηση από κοινό άγνωστο δότη». (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

6.3.4 Θρήνος για την απώλεια του μοσχεύματος

Μια ακόμη πρόκληση που ζητά προσέγγιση και στήριξη είναι η φάση της απώλειας του μοσχεύματος. Ο νεφροπαθής, πραγματικά θρηνεί, διότι η απώλεια αυτή είναι «απώλεια ζωής», για τον ίδιο και το περιβάλλον του. Η φάση αυτή, χρονικά μπορεί να διαρκέσει από μερικές ημέρες (αμέσως μετά τη μεταμόσχευση - Οξεία απόρριψη) έως και χρόνια (χρόνια απόρριψη).

Η απογοήτευση είναι ιδιαίτερα εμφανής και η επιστροφή στην αιμοκάθαρση οδυνηρή. Η παρέμβαση ειδικού ψυχολόγου θεωρείται αναγκαία. Πολύ χαρακτηριστικά ένας ασθενής αναφέρει ότι, «η μεταμόσχευση αναπτερώνει το ηθικό τους και ανοίγει νέους ελπιδοφόρους ορίζοντες. Απολαμβάνοντας το αναβαθμισμένο επίπεδο ζωής, συνειδητοποιείς το μεγαλείο της αγάπης και εκτιμάς το μέγεθος της προσφοράς, σε πλημμυρίζει ένα απέραντο αίσθημα ευγνωμοσύνης και αυθόρμητα αυτοδεσμεύεσαι να εκτεθείς στο κοινωνικό σύνολο και να προβάλλεις το επίπεδο ζωής που η μεταμόσχευση προσφέρει προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί η κοινωνία στην ιδέα της ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ.»

Οι νοσηλευτές νεφρολογίας μπορούν να γίνουν αγγελιοφόροι ενός τέτοιου μηνύματος, ώστε να ευαισθητοποιηθεί το κοινωνικό σύνολο και να αυξηθεί η δωρεά οργάνων.

Μερικά από τα σωματικά προβλήματα που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΜΚΗ αϋπνία, ο χρόνιος κνησμός, τα συμπτώματα νευροπάθειας, οι μυϊκές κράμπες, οι οστικοί πόνοι και οι αρθραλγίες είναι μερικά μόνο από τα σωματικά προβλήματα που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η διαρκής εκτίμηση της απάντησης του οργανισμού στην ΤΣΧΝΑ και την ΑΜΚ είναι πολύ ουσιαστική. Σε πολλές περιπτώσεις, η ιατρική παρέμβαση μπορεί να ανακουφίσει τον ασθενή από τα σωματικά συμπτώματα και να βελτιώσει την ψυχολογική προσαρμογή και την ποιότητα ζωής του. Μερικοί ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αναφέρουν στο προσωπικό τα συμπτώματα που παρουσιάζουν, γιατί διαφορετικά, είναι πιθανό να αποκτήσουν την εντύπωση ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει για αυτά. (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

6.4 Σύνοψη κεφαλαίου:

Οι ασθενείς που πάσχουν από ΧΝΑ αντιμετωπίζουν εκτός των σωματικών και ψυχολογικά προβλήματα, όπως η άρνηση, η κατάθλιψη, το άγχος, η οργή και ο φόβος του θανάτου. Σε μερικούς ασθενείς τα αποτελέσματα είναι η αυτοκτονία και η εγκατάλειψη της θεραπείας. Τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι εξοικειωμένα με τη διεργασία της θλίψης και του θρήνου και να γνωρίζουν πότε πρέπει να επέμβουν ή να καλέσουν έναν ειδικό ψυχικής υγείας όπως μια νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχολόγο ή έναν ψυχίατρο.

Τα μέλη της οικογένειας αποτελούν τη σημαντικότερη πηγή κοινωνικής υποστήριξης για τον ασθενή και επιπλέον πρέπει να ενθαρρυνθούν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους να διατηρήσουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, μέσα και πέρα από την οικογένεια.

7. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΝΑ

7.1 Στάδια προσαρμογής στην αιμοκάθαρση που μπορεί να βιώσει ο ασθενής με τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΤΣΧΝΑ)

Όταν η εγκατάσταση του ΤΣΧΝΑ είναι σταδιακή, ο ασθενής έχει το χρόνο να προσαρμοστεί στην ιδέα της ΑΜΚ και να κάνει τις σωστές επιλογές για τη θεραπεία του. Η αρχική αντίδραση στην ΑΜΚ μπορεί να είναι η ανακούφιση, ιδιαίτερα αν το άτομο Βασανιζόταν από τη νόσο για πολύ καιρό πριν. Δυστυχώς, κάποιοι ασθενείς καθυστερούν την έναρξη της ΑΜΚ σε τέτοιο σημείο, που η νόσος έχει προχωρήσει αρκετά και τότε, είναι πιθανό, η ΑΜΚ να ξεκινήσει μέσα στο νοσοκομείο, ως επείγουσα θεραπεία.

Όταν το ΤΣΧΝΑ εγκατασταθεί απότομα, μπορεί να υπάρξει μια οξεία φάση προσαρμογής, κατά την οποία ο ασθενής είναι σε κατάσταση σοκ και εκδηλώνει αισθήματα δυσπιστίας, απελπισίας και κατάθλιψης. Σε αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυται η προσέγγιση του ασθενούς από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Έχουν προσδιοριστεί τρία στάδια προσαρμογής στην ΑΜΚ:

Η περίοδος του «μήνα του μέλιτος» αποτελεί την πρώτη αντίδραση στην ΑΜΚ, που μπορεί να διαρκέσει από λίγες εβδομάδες έως 6 μήνες ή περισσότερο. Συνήθως, σ' αυτή τη φάση, υπάρχει σωματική και ψυχική βελτίωση που συνοδεύεται από αισθήματα ελπίδας και εμπιστοσύνης. Κατά την περίοδο αυτή, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν το προσωπικό με θετικότητα και ευγνωμοσύνη. Αυτό δε σημαίνει ότι δε βιώνουν συναισθήματα άγχους ή κατάθλιψης, αλλά ότι συνολικά νιώθουν καλύτερα, σε σύγκριση με τα διάστημα πριν την ΑΜΚ.

Η περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης χαρακτηρίζεται από εξασθενημένα αισθήματα εμπιστοσύνης και ελπίδας και διαρκεί από 3 έως 12 μήνες. Αυτή η φάση ξεκινά όταν ο ασθενής επιστρέψει στην καθημερινή ρουτίνα ή την εργασία του και προσπαθήσει να ενσωματώσει τους περιορισμούς που θέτει η ΑΚ σε αυτές τις δραστηριότητες. Σε αυτή τη φάση μπορεί να δημιουργηθούν συναισθήματα λύπης και ανικανότητας.

Η περίοδος της μακροχρόνιας προσαρμογής χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο ασθενής φτάνει σε σημείο να αποδέχεται τους περιορισμούς, τις αδυναμίες και τις επιπλοκές, που η ΑΜΚ έχει φέρει στη ζωή του. Οι ασθενείς μπορεί να βιώνουν μακρές περιόδους ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με επεισόδια κατάθλιψης. Η προσαρμογή του ασθενούς μπορεί συχνά να διευκολυνθεί, είτε με την ανάθεση μιας δουλειάς ουσιαστικής αλλά όχι κουραστικής, είτε με τη μείωση του φόρτου εργασίας του επαγγέλματος του, είτε με την αποχή από οποιαδήποτε εργασία. Η ενσωμάτωση της δίαιτας, των περιορισμένων δραστηριοτήτων και της διαδικασίας της ΑΜΚ στην καθημερινή ζωή είναι μέρος αυτής της μακροχρόνιας προσαρμογής.

Αυτές οι περίοδοι προσαρμογής παρουσιάζονται μόνο ως γενικές κατευθύνσεις. Δε συμφωνούν όλοι οι ερευνητές και οι κλινικοί γιατροί στην αλληλουχία αυτών των φάσεων. Δεν υπάρχει πάντα μια γραμμική εξέλιξη από το ένα στάδιο στο άλλο και σε κάθε άτομο το χρονικό διάστημα που διαρκεί κάθε στάδιο ποικίλλει, είναι είτε πιο Βραχύ είτε πιο μακρύ από ότι υποδεικνύεται παραπάνω. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να παλινδρομούν από το ένα στάδιο στο άλλο, εξαιτίας πολλών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων και των επιπλοκών της νόσου. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994, Ραγιά Α., 1994)

7.2 Η ποιότητα ζωής του νεφροπαθούς και οι στρεσογόνοι παράγοντες

Η ζωή του νεφροπαθούς επηρεάζεται από πολλούς *στρεσογόνους παράγοντες* οι οποίοι είναι οι εξής:

- Φυσική ανικανότητα
- Εξάρτηση από το μηχάνημα
- Οι διαιτητικοί περιορισμοί
- Η αναμονή για μεταμόσχευση
- Οικονομικά προβλήματα
- Ανθρώπινες σχέσεις
- Τα ψυχολογικά προβλήματα

- *Φυσική ανικανότητα:*

Παρά το γεγονός ότι η αιμοκάθαρση δίνει στον άρρωστο την ευκαιρία για μια καλύτερη ζωή, αυτός συνεχίζει να νιώθει ανίκανος επειδή δεν είναι και δεν αισθάνεται απόλυτα υγιής. Παρουσιάζει συνήθως αναιμία και διαταραχές και προβλήματα σε διάφορα όργανα και συστήματα του σώματός του με τα επακόλουθα της εξάντλησης και του πόνου και με το έντονο αίσθημα ότι «χάνει κάτι συνεχώς». (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

- *Εξάρτηση από το μηχάνημα:*

Ελάχιστα άλλα είδη ιατρικής θεραπείες και όχι σε τέτοια ένταση, χρησιμοποιούν τον ασθενή σε θέση αντικειμένου που εξαρτάται από το μηχάνημα. Το γεγονός ότι βλέπεις την κυκλοφορία του αίματος έξω από το σώμα τους επιβεβαιώνει την ύπαρξη της ασθένειας. Πολλοί ασθενείς εκφράζουν συχνά κάποια σύγχυση του κατά πόσο το σώμα τους είναι μέσα στο μηχάνημα ή το μηχάνημα μέσα στο σώμα τους. Επίσης ο χρόνος που σπαταλάει ο νεφροπαθής στο μηχάνημα είναι ένα ουσιώδες εμπόδιο για μία φυσιολογική ζωή.

Παρά όλα αυτά, η ψυχολογική εξάρτηση που δημιουργείται με το μηχάνημα και το προσωπικό είναι πιο ουσιώδης από τις δυσκολίες που προκύπτουν για τη συνέχιση μιας κανονικής ζωής. Στις περιπτώσεις δε που ο νεφροπαθής είναι και σωματικά ανίκανος, η εξάρτηση επεκτείνεται και στις καθημερινές ανάγκες τους, προκαλώντας έτσι το θυμό, τις τύψεις και το αίσθημα της υποτίμησης του εαυτού του. (Ραγιά Α., 1994)

- *Οι διαιτητικοί περιορισμοί:*

Συνήθως δεν αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στο νεφροπαθή όταν αυτός υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση που γίνεται με τις πιο σωστές συνθήκες και όταν η απόδοσή τους ελέγχεται συχνά, ώστε κάθε φορά να γίνεται η ανάλογη προσαρμογή της στις βιολογικές και κλινικές ανάγκες του νεφροπαθούς.

Αυτό βέβαια δεν είναι και κανόνας, αφού υπάρχουν και οι μη συνεργάσιμοι ασθενείς που δεν συμμορφώνονται ή δεν ακολουθούν το απαιτούμενο διαιτολόγιο, σαν αντίδραση στην εξάρτησή τους από το μηχάνημα.

Σε αυτές τις περιπτώσεις το νοσηλευτικό προσωπικό επιβάλλεται να αναγνωρίζει τις αιτίες αυτής τη συμπεριφοράς και να επεμβαίνει κατάλληλα. (Ραγιά Α., 1994)

- *Η αναμονή για μεταμόσχευση:*

Οι ασθενείς που περιμένουν να βρεθεί κάποιο μόσχευμα είναι πάρα πολλοί και βρίσκονται σε θεραπεία με αιμοκάθαρση για ακαθόριστο χρόνο. Η καθημερινή αβεβαιότητα του πότε και αν θα βρεθεί το νεφρό συμπληρώνεται από την μακρόχρονη αβεβαιότητα του κατά

πόσο θα πετύχει η μεταμόσχευση. Πάντως η ελπίδα ότι κάποια μέρα θα αποδεσμευτούν από το μηχάνημα ελαττώνει κάπως το άγχος της αιμοκάθαρσης. (Ραγιά Α., 1994)

- *Οικονομικά προβλήματα:*

Η χρόνια αρρώστια και η φτώχεια συχνά συμπορεύονται και η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του νεφροπαθή συμπεριλαμβάνει και την οικονομική πλευρά.

Ενώ τα Ιατρικά και Νοσηλευτικά έξοδα του νεφροπαθούς αυξάνονται, οι ευκαιρίες για εργασία και οι δυνατότητες εξασφάλισης ικανού εισοδήματος γενικά ελαττώνεται.

Ειδικά όταν η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζεται σε ανθρώπους με μικρό εισόδημα, σε ηλικιωμένους, ανθρώπους μόνους ή σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομική και ψυχολογική υποστήριξη από την οικογένειά τους η κατάσταση είναι ακόμα πιο δύσκολη.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να δείχνουν κατανόηση και να είναι ικανοί να συμβουλεύουν το νεφροπαθή και την οικογένειά του σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση, τη δυνατότητα εργασίας του ίδιου του νεφροπαθούς και την ανάγκη να εργασθούν και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Πρέπει να γνωρίζουν επίσης τις διάφορες υπηρεσίες οικονομικής ενίσχυσης ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και των οικογενειών τους, Κρατικές ή Ιδιωτικές και να τους κατευθύνουν ανάλογα. (Ραγιά Α., 1994)

- *Ανθρώπινες σχέσεις:*

Η επιβίωση με αιμοκάθαρση για το μέσο άτομο έχει την έννοια μιας ζωής πολύ περιορισμένης και μιας αισθητά αυξημένης εξάρτησης από την οικογένειά τους.

Η διάβρωση του ρόλου του γονιού, μειωμένες δυνάμεις για σεξουαλική δραστηριότητα και πλήθος άλλων παρόμοιων αισθημάτων πολλοί νεφροπαθείς παράγουν μια πολύ αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους. Από μελέτες που έγιναν ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών αισθάνονταν ότι δυσκόλευαν και χαλούσαν τη ζωή του συντρόφου τους, ότι ήταν υπερβολικό βάρος και η συμβίωση μαζί τους ήταν πολύ δύσκολη. Στην περίπτωση ασθενών που είχαν παιδιά, ένα μεγάλο ποσοστό, το μεγαλύτερο ίσως αισθάνονταν ότι τώρα δεν είναι πια καλοί γονείς.

Τα άγχη που αφορούν το μέλλον και τις αλλαγές στην ίδια τους την προσωπικότητα, μαζί με το θυμό για τις απώλειες που νιώθουν εξαιτίας της βλάβης των νεφρών, είναι κοινές εμπειρίες όλων των νεφροπαθών.

Αυτές οι εμπειρίες επιβαρύνουν τη ζωή τους η οποία κυβερνιέται από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης και τα πάντα αισθητά συμπτώματα εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου. (Ραγιά Α., 1993)

- *Ψυχολογικά προβλήματα:*

Τα ψυχολογικά προβλήματα των νεφροπαθών καθώς και οι αιτίες που τα προκαλούν αποτελούν εδώ και χρόνια αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημόνων Ελλήνων αλλά και ξένων.

Οι πιο συνηθισμένες *ψυχολογικές αντιδράσεις* στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και στη θεραπεία της, τη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, είναι:

- Η άρνηση
- Η κατάθλιψη
- Το άγχος
- Η οργή
- Ο φόβος του θανάτου
- Η μη συνεργάσιμη συμπεριφορά

- Οι τάσεις αυτοκτονίας

Οι ψυχολογικές αυτές αντιδράσεις απορρέουν:

-Από την εφαρμογή της αιμοκάθαρσης (δυσάρεστες, επώδυνες και συχνές παρακεντήσεις, επιπλοκές κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ιατρική, νοσηλευτική και τεχνολογική εξάρτηση).

-Από την ανίατη ασθένεια (διαιτητικές στερήσεις, διάφορες αναπηρίες) και

-Από τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στη ζωή του νεφροπαθούς που αφορούν την εργασία την κατοικία, τον τρόπο ζωής. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

- *Η άρνηση:*

Είναι ένας υγιής αναμέτρησης με την κρίσιμη και οδυνηρή θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας με την οποία ο νεφροπαθής θα ζήσει όλη του τη ζωή. Σύμφωνα με την Kaplan de Nour (1976) χρησιμοποιείται σαν μηχανισμός άμυνας ενάντια στα άγχη της αιμοκάθαρσης. Η άρνηση όμως μπορεί να είναι και μη προσαρμοστική και σχετίζεται με τις διαταραχές στο διαιτολόγιο ή με τη μη αποδοχή της αρρώστιας. Οι νοσηλευτές πρέπει να διακρίνουν τις δύο περιπτώσεις άρνησης, δηλαδή αυτή που βοηθάει και αυτή που δεν βοηθάει και να επεμβαίνουν ανάλογα με την περίπτωση. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

- *Η κατάθλιψη:*

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική νόσος και αποτελεί ένα από τα συμπτώματα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, κατά τη διάρκεια της οποίας ο νεφροπαθής νιώθει λύπη, απογοήτευση και μοναξιά. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και ενδιαφέρον για τη ζωή, σκέψεις για αυτοκτονία, κοινωνική απομόνωση και ελαττωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης κυρίως την περίοδο που ο ασθενής μαθαίνει για τη νόσο από την οποία πάσχει και τη χρονιότητά της, αλλά και κατά την περίοδο της μακρόχρονης προσαρμογής όπου ο νεφροπαθής συμβιβάζεται με την όλη κατάσταση και αποδέχεται τους περιορισμούς που του επιβάλλει η νόσος και η θεραπεία της.

Η αιτία της κατάθλιψης πρέπει να γίνει κατανοητή σαν μία αντίδραση σε κάποιες απώλειες, όπως η απώλεια της δουλειάς, την απώλεια της ικανότητας για δουλειά που δεν έχει σαν αποτέλεσμα μόνο την οικονομική επιβάρυνση αλλά και την απώλεια της ιδέας ου δίνει η δουλειά στο άτομο, δηλαδή αυτοεκτίμηση, υπερηφάνεια, την ταυτότητά του σαν άτομο. Για το λόγο αυτό πρέπει να παρέχεται η απαιτούμενη συμπαράσταση από τους νοσηλευτές στους νεφροπαθείς, ενθαρρύνοντάς τους να ξεφύγουν από την κατάθλιψη και να προγραμματίσουν από την αρχή το μέλλον και την εργασία τους. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

- *Το άγχος:*

Το άγχος είναι η πιο κοινή αντίδραση του νεφροπαθούς και συνδέεται πάντοτε με την έννοια της απειλής, πραγματικής ή φανταστικής, του αισθήματος της ευεξίας του.

Η απειλή αυτή συνήθως έχει σχέση με το αναγκαστικό τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα της αιμοκάθαρσης με την παρακέντηση, με το μηχάνημα, το νοσηλευτή που θα τον παρακολουθεί και γενικότερα με τη διεξαγωγή της αιμοκάθαρσης. Οι νεφροπαθείς προσπαθούν να αντιδράσουν στο άγχος τους με πολλούς τρόπους. Συγκρούονται με τους

γύρω τους, δείχνουν εχθρικότητα και επιθετικότητα στους νοσηλευτές, στους γιατρούς και στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τη φροντίδα των νεφροπαθών γνωρίζουν πόσο γενική είναι αυτή η αντίδραση. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

- *Η οργή:*

Η οργή είναι ένα κοινό συναίσθημα αν και εξωτερικεύεται ελάχιστα. Εκδηλώνεται κυρίως όταν δεν εκπληρώνονται οι ανάγκες του νεφροπαθούς, ή όταν αντιμετωπίζει καταστάσεις άρνησης από τους γύρω του. Εκδηλώνουν την οργή, τη διαμαρτυρία και τη δυσαρέσκειά τους προς όλους και ιδιαίτερα προς τους νοσηλευτές που είναι περισσότερο από τον καθένα δίπλα τους. Ο νοσηλευτής οφείλει να κατανοεί την οργή του νεφροπαθούς, σαν μία εκδήλωση στις χαμένες χαρές και ευκαιρίες της ζωής.

Είναι λογική αυτή η αντίδραση διότι η ζωή τους αναστατώνεται, από τη μια στιγμή στην άλλη. Πρέπει να εγκαταλείψουν τις προσδοκίες και τους στόχους που είχαν μέχρι τώρα και να θέσουν άλλες προτεραιότητες στη ζωή τους. Τι πιο λογικό από το να αφήσουν την οργή τους να ξεσπάσει πάνω σε ανθρώπους που θα απολαύσουν όσα εκείνοι σαν άρρωστοι θα στερηθούν.

Συνεπώς πρέπει να δειχθεί από τους νοσηλευτές ο σεβασμός, προσοχή και κατανόηση για να ελαττωθούν ή και να εξαλειφθούν αν είναι δυνατόν αυτές οι εκδηλώσεις οργής. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

- *Φόβος του θανάτου:*

Η αιμοκάθαρση συνδυάζεται και με το φόβο της ζωής και με το φόβο του θανάτου ταυτόχρονα. Τα προβλήματα αϋπνίας που έχουν ορισμένοι ασθενείς έχουν σχέση με το φόβο του θανάτου. Ο φόβος αυτός του νεφροπαθούς έχει σχέση τόσο με τη συχνότητα της θεραπείας του όσο και με τη διάρκειά της. Επίσης σχετίζεται με το γεγονός ότι κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης είναι μία περίοδος απόφασης του κατά πόσο θέλει ο ασθενής να ζήσει ή να συντομεύσει το θάνατό του, αρνούμενος τη θεραπεία. Αυτό το δίλλημα παρουσιάζεται πιο έντονα σε ηλικιωμένα άτομα και σε αυτούς που κάνουν κάθαρση στο σπίτι. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

- *Αντιμετωπίζοντας το θάνατο*

Ο θάνατος αποτελεί ένα μέρος της ζωής . Μια πραγματικότητα αναπόφευκτη. Σύμφωνα με την πατερική άποψη «η μνήμη του θανάτου» πρέπει να είναι διαρκής. Έτσι μπορεί ο θάνατος να αποτελεί πέρασμα προς τη Ζωή.

Σύμφωνα με την επιστημονική άποψη, η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο καθώς οδεύει προς το θάνατο, χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια: της άρνησης, του θυμού, της διαπραγμάτευσης ή του παζαρέματος, της κατάθλιψης και τέλος το στάδιο της αποδοχής.

Η διάρκεια και η πορεία της τελικής φάσης ποικίλουν ανάμεσα στα άτομα και συχνά εξαρτώνται από τη φύση και την εξέλιξη της νόσου, από τις παρεμβάσεις του προσωπικού, από τον ίδιο τον ασθενή και από το άμεσο περιβάλλον του.

Με την ανακοίνωση του θανάτου ολοκληρώνεται η τελική φάση και αρχίζει η φάση του θρήνου η οποία βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από τα άτομα που επηρεάστηκαν από τη ζωή και το θάνατο του συγκεκριμένου ασθενή.

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι υποστηρικτικός. Συνοδεύοντας τον άρρωστο στην πορεία του, με διάθεση να του παρέχεται ασφάλεια και φροντίδα για να του εξασφαλίσουμε έναν ειρηνικό θάνατο. Η προσέγγιση του ανθρώπου που πεθαίνει, προϋποθέτει μια υπεύθυνη και αληθινή στάση απέναντι στη ζωή. Δηλωτικό στοιχείο της πνευματικής μας συγκρότησης. Αυτή η διαπίστωση αποτελεί τη βάση κάθε κίνησης μας για την επιμέλεια των τελευταίων φροντίδων προς το συνάνθρωπο που πεθαίνει.

Η υποστήριξη, επιτυγχάνεται «με τη συντρόφευση και την ηθική συμπαράσταση στους θνήσκοντες που σημαίνει, ψυχική συνάντηση μαζί τους στον τόπο που κείνται, πορεία δίπλα τους με τον ίδιο βηματισμό, στο δικό τους ρυθμό, ακρόαση του φόβου τους, της σιωπής τους, των εκρήξεων τους, των αναγκών τους, της εσωτερικής φωνής τους, που ενίοτε εκφράζεται με τα μάτια τους όταν δεν μπορούν πια να μιλήσουν».

Θεωρείται επιβεβλημένη ανάγκη, οι φροντίδες αυτές να βασίζονται στην αλήθεια όσο τραγική και αν είναι για αυτόν που πεθαίνει. Η επιθυμία του να γνωρίζει λεπτομερώς την κατάσταση του πρέπει να είναι σεβαστή. Άλλωστε η αλήθεια δημιουργεί τις προϋποθέσεις για μία «εκ βαθέων» επικοινωνία με τους λειτουργούς υγείας, τους οικείους αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό.

Χωρίς αμφιβολία, «οι φροντίδες για τον άρρωστο που πεθαίνει, αποτελούν κατάκτηση της επιστήμης και του ανθρώπου στην προσπάθεια του να περισώσει την αξιοπρέπεια του. Αρκεί, να διατηρηθούν στα πλαίσια του σεβασμού της προσωπικότητας και να βασιστούν στις ηθικές αρχές που θέλουν τη ζωή δώρο Θεού και το θάνατο μια αναπόφευκτη πραγματικότητα που υπηρετεί έναν υπέροχο σκοπό: Το πέρασμα προς την αιωνιότητα». (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

- *Μη συνεργάσιμη συμπεριφορά:*

Ξεχωρίζεται εδώ γιατί αποτελεί ένα κοινό και ενοχλητικό φαινόμενο αυτών των ασθενών. Η μη συνεργάσιμη συμπεριφορά είναι ένας υποκειμενικός όρος ου υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ του πώς την καταλαβαίνουν οι νοσηλευτές και οι γιατροί και ως την καταλαβαίνουν οι νεφροπαθείς και οι συγγενείς τους.

Μη συνεργάσιμη συμπεριφορά είναι η μα συμμόρφωση των νεφροπαθών στη θεραπεία, στη δίαιτα, στις υποδείξεις των γιατρών και των νοσηλευτών.

Πάντως υπάρχουν και ακραίοι τύποι συμπεριφοράς οι οποίοι εμφανίζονται στους νεφροπαθείς και δημιουργούν μεγάλα προβλήματα στις Μονάδες. Πολλοί από αυτούς πιθανώς να έχουν μεγάλη δυσκολία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της κοινωνίας και στους περιορισμούς της. Το stress της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και οι ειδικές απαιτήσεις δίαιτας, φαρμάκων, διαδικασία αιμοκάθαρσης και άλλα, μπορεί να δημιουργήσουν την αίσθηση του ελαττωματικού ανθρώπου και να οδηγήσουν σε μη συνεργάσιμη συμπεριφορά.

Πολλοί άρρωστοι νιώθουν θυμό που βρίσκονται σε αυτή την κατάσταση. Ο θυμός μπορεί να προκαλέσει μη συνεργάσιμη συμπεριφορά.

Η μονάδα τεχνητού νεφρού όπου γίνεται η αιμοκάθαρση είναι ένα μέρος που οι απογοητεύσεις της καθημερινής ζωής πολλές φορές εκφράζονται από τους νεφροπαθείς.

Έτσι το άγχος, ο θυμός, η απογοήτευση μπορεί με τη σειρά τους να οδηγήσουν σε μη συνεργάσιμη συμπεριφορά.

Για να είναι επιτυχής η συνύπαρξη του ασθενούς με το πρόγραμμα AMK, απαιτείται προθυμία και ικανότητα πιστής εφαρμογής των οδηγιών, όσον αφορά τη δίαιτα και τον περιορισμό των υγρών, τη φαρμακευτική αγωγή και τη διαδικασία της AMK. Οι περισσότεροι άνθρωποι προσαρμόζονται σ' αυτούς τους περιορισμούς και δείχνουν μεγάλη υπευθυνότητα. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

Με ποιους τρόπους επηρεάζει τη φυσική κατάσταση του ασθενούς η μη τήρηση των οδηγιών

Η μη τήρηση των οδηγιών μπορεί να εκδηλωθεί με πολλούς τρόπους:

- Η μη τήρηση των διαιτητικών οδηγιών υποδεικνύει ότι ο μηχανισμός άρνησης έχει υπερβεί τα όρια. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη νοσηρότητα, ακόμα και θνητότητα.
- Η λήψη υπερβολικών ποσοτήτων υγρών υποδηλώνει μη αποδοχή της νεφρικής ανεπάρκειας, με πιθανές βλαβερές συνέπειες.

- Η ανεπαρκής φροντίδα της αγγειακής ή περιτοναϊκής προσπέλασης είναι μερικές φορές πρόβλημα. Η θρόμβωση ή η μόλυνση της αγγειακής προσπέλασης μπορεί να μη γίνει αντιληπτή, μέχρι τη στιγμή της συνεδρίας ή της αλλαγής. Η παράλειψη εφαρμογής των οδηγιών για την περιποίηση του περιτοναϊκού καθετήρα μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη.
- Η αδυναμία τήρησης του προγράμματος θεραπείας μπορεί να είναι μια ακόμα ένδειξη έλλειψης συμμόρφωσης. Η παράλειψη συνεδριών και η βράχυνση της διάρκειας τους είναι παραδείγματα αυτής της συμπεριφοράς.

Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να οδηγήσουν σε κακή θρέψη, νευροπάθεια, οστική νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια και άλλα παρόμοια. Αν αυτές οι συμπεριφορές επιμένουν, θα επιφέρουν σημαντική επιδείνωση της φυσικής κατάστασης και, σε ακραίες καταστάσεις, το θάνατο - ένα είδος παθητικής αυτοκτονίας. (Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., 1994)

7.3 Μέθοδοι εκτίμησης ποιότητας ζωής ασθενών με ΧΝΑ

Η ποιότητα ζωής είναι μια φράση που χρησιμοποιείται εναλλακτικά για να εκφράσει έννοιες, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευημερία και το υψηλό ηθικό. Συνήθως, η έννοια της «ποιότητας ζωής» εμπερικλείει σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική σφαίρα. Το τι σημαίνει όμως ποιότητα ζωής εξαρτάται και σχετίζεται, σε μεγάλο βαθμό, με τις αντιλήψεις του κάθε ασθενούς, οπότε οποιαδήποτε προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψη αυτές τις ιδιαίτερα υποκειμενικές αντιλήψεις. Μια κατάσταση που είναι ανυπόφορη για έναν ασθενή μπορεί να είναι ανεκτή για κάποιον άλλον.

Αυτές οι παράμετροι και οι μεταβολές τους αποτελούν τα στοιχεία ελέγχου των μεθόδων εκτίμησης της ποιότητας ζωής, η οποία έτσι κι αλλιώς δύσκολα μετρείται ποσοτικά γιατί πολλά στοιχεία της δεν είναι δυνατόν να παρατηρηθούν άμεσα και να εκτιμηθούν αντικειμενικά. Βασικά εργαλεία των μεθόδων εκτίμησης της ποιότητας ζωής είναι ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, βιβλιογραφική ανασκόπηση έχουν δημιουργηθεί για να μετρούν την ποιότητα ζωής για ερευνητικούς σκοπούς, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την κλινική εκτίμηση, τα οποία που αφορούν το γενικό περίγραμμα της ζωής, αλλά και τις προτιμήσεις του ασθενούς γιατί η ποιότητα ζωής σχετίζεται και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας κάθε ατόμου, όπως η προσωπική αντίληψη και ιδεολογία, η διανοητική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, οι προσδοκίες του και οι φιλοδοξίες του. Οι μέθοδοι εκτίμησης της ποιότητας ζωής πρέπει να χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία, ισχύ, κύρος, απαντητικότητα και ευαισθησία και να μπορούν να μετρούν τις μεταβολές μεταξύ των ασθενών στη πορεία του χρόνου, να προβλέπουν τη μελλοντική έκβαση αυτών των μεταβολών και να διακρίνουν τις αληθείς διαφορές μεταξύ των ασθενών σε συγκεκριμένο χρόνο. Εκτός από τις επίσημες μετρήσεις, το προσωπικό πρέπει να δίνει την ευκαιρία στους ασθενείς να μιλούν για τα δικά τους συναισθήματα και τις δίκες τους απόψεις, όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους. (Συργκάνης Χ., 2003)

Πως μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους

Η εκτίμηση της κατάστασης και ο σχεδιασμός για ψυχοκοινωνική παρέμβαση πρέπει, ουσιαστικά, να γίνουν πριν φτάσει ο ασθενής στο σημείο να χρειάζεται ΑΜΚ. Οι ασθενείς και η οικογένεια πρέπει να εκπαιδευθούν στην ΑΜΚ, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στις αποφάσεις, σχετικά με το σχεδιασμό της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης και της επιλογής μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης. Αυτή η επιλογή θα βασιστεί στην αξιολόγηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει ο συγκεκριμένος ασθενής, καθώς και ατομικών, οικογενειακών, επαγγελματικών και κοινωνικών παραμέτρων. Είναι πολύ σημαντικό να μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να διακρίνει τα άτομα υψηλού κινδύνου για ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία, ώστε τα άτομα αυτά να ενταχθούν έγκαιρα σε πρόγραμμα επαγγελματικής

και ψυχοθεραπευτικής συμβουλευτικής (σε επίπεδο ατόμου ή οικογένειας). Έτσι θα αυξηθεί η δυνατότητα αποκατάστασης και θα βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους.

Από τη στιγμή που ένας ασθενής εντάσσεται σε πρόγραμμα ΑΜΚ, η ομάδα που έχει την ευθύνη της φροντίδας του πρέπει να βρει τρόπους να αυξήσει τις θετικές και να μειώσει τις αρνητικές επιδράσεις της ΑΜΚ στην ποιότητα ζωής. Ένας από αυτούς τους τρόπους είναι η συμβουλευτική υποστήριξη από τον κοινωνικό λειτουργό της ομάδας ή κάποιον άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας που έχει εξοικειωθεί με τη δυναμική του ΤΣΧΝΑ και τη διαδικασία της ΑΜΚ. (Συργκάνης Χ., 2003)

Εξασφάλιση «φυσιολογικού ρυθμού» και ποιότητα ζωής.

Η μεγαλύτερη πρόκληση για τον ασθενή είναι να μάθει να ζει με την ασθένειά του, τις απαιτήσεις της θεραπείας, την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξή της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές που παρουσιάζει κατά τη χρόνια φάση.

Οι αλλαγές που βιώνει είναι σημαντικές τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στις σχέσεις του με τους άλλους. Αναζητά, μια νέα ισορροπία στις καινούργιες συνθήκες ζωής και προσπαθεί να συγκεράσει τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις ικανότητες του ώστε, εξασφαλίζοντας ένα «φυσιολογικό ρυθμό» ζωής, να αποκτήσει μια αίσθηση ασφάλειας. Η ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που εξασφαλίζει την ικανοποιητική λειτουργία του ατόμου, σε τέσσερις βασικούς τομείς: τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό, τον εργασιακό και τον οργανικό. Εξαρτάται, από τις στρατηγικές που θα ενεργοποιήσει το άτομο, για να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις που προβάλλει η χρόνια νόσος, στους τομείς που προαναφέρθηκαν.

Ερευνητικά δεδομένα επισημαίνουν ότι, η ενεργός και αισιόδοξη αντιμετώπιση του προβλήματος, έχει θετικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής καθώς και στη διάρκεια επιβίωσης του ατόμου. Η αναζήτηση πληροφοριών, η δυνατότητα συμμετοχής του αρρώστου στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν και η διεκδίκηση ικανοποιητικής φροντίδας, αποτελούν στοιχεία της αντιμετώπισης αυτής (Breit-bart, 1990). Στοιχεία που κατά το προσωπικό υγείας χαρακτηρίζουν τους ασθενείς ως «δύσκολους», «επιθετικούς», ή «μη συνεργάσιμους», επειδή απλούστατα διεκδικούν τη διατήρηση του ελέγχου των καταστάσεων που βιώνουν (Derogatis K., etal 1979, Siegel A., 1986).

Ιδιαίτερη ενθάρρυνση και υποστήριξη, χρειάζονται όσοι διστάζουν να λάβουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και στη σχέση με τους επαγγελματίες υγείας (Συργκάνης Χ., 2003)

7.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Η έννοια της <<ποιότητας ζωής>> εμπερικλείει σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας στη σωματική, ψυχολογική, και κοινωνική σφαίρα της ζωής. Το τι σημαίνει όμως ποιότητα ζωής εξαρτάται και σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις αντιλήψεις του κάθε ασθενούς.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΑ δεν είναι καλή καθώς αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα όπως: εξάρτηση από το μηχάνημα, ψυχολογικά προβλήματα, φόβος θανάτου, αλλαγή στον τρόπο ζωής, επαγγελματικές, οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες, δυσκολίες μετακίνησης. Επίσης δεν είναι λίγα και τα σωματικά προβλήματα όπως: αϋπνία, συμπτώματα νευροπάθειας, μυϊκές κράμπες, οστικοί πόνοι και οι αρθραλγίες που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

8.1 Νοσηλευτική εκτίμηση – διάγνωση:

Η νοσηλευτική εκτίμηση αποτελείτο πρώτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διαδικασίας. Έχει ως σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας του νεφροπαθούς, την εξακρίβωση διαταραχών και προβλημάτων, την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία του, την επισήμανση των δυνατοτήτων του, την εκτίμηση των αντιδράσεων του, καθώς και του τρόπου αντιμετώπισης της κατάστασης από τον ίδιο και το περιβάλλον του. Οι στρατηγικές με τις οποίες επιτυγχάνεται η νοσηλευτική εκτίμηση είναι:

- Συνέντευξη
- Παρατήρηση
- Κλινική εξέταση
- Μελέτη του ατομικού φακέλου
- Επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας
- Επικοινωνία με τα μέλη της ομάδας

Το Νοσηλευτικό Ιστορικό λαμβάνεται στην πλήρη του μορφή όταν ο ασθενής βρίσκεται στη Νεφρολογική Κλινική ή στο Εξωτερικό Ιατρείο πριν την ένταξη του σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης και έχει σκοπό τη συλλογή πληροφοριών που αφορούν όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης (βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική, πολιτιστική, πνευματική), τη στάση του ασθενούς απέναντι στην υγεία και τη νόσο, τις συνήθειες του και τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται.

Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται στον ατομικό του φάκελο, έτσι ώστε να λαμβάνονται υπόψη στη μετέπειτα πορεία του.

Όταν ο νεφροπαθής έχει πλέον ενταχθεί σε ΧΠΑ, η νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση γίνονται κάθε φορά που προσέρχεται στη μονάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος. Λαμβάνεται ένα σύντομο νοσηλευτικό ιστορικό, του τύπου της λίστας αναγκών (check list). Οι ανάγκες αναγνωρίζονται μέσα από τη συνέντευξη, την παρατήρηση και την κλινική εξέταση και καταγράφονται. Επιπλέον στοιχεία είναι δυνατό να ληφθούν από τον ατομικό φάκελο και το περιβάλλον του ασθενούς.

Τέλος, διατυπώνονται οι ανάγκες και μελετώνται από τα μέλη της ομάδας, ιεραρχούνται τα προβλήματα και ακολουθεί ο προγραμματισμός της φροντίδας. (Κωστανίδου Μ. και συν., 1995)

8.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αιμοκάθαρση

Για την επείγουσα αγγειακή προσπέλαση είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί υποκλείδιος, μηριαίος και σφαγιτιδικός καθετήρας.

Η μακροβιότητα τους εξαρτάται από τη σωστή φροντίδα και συμπεριφορά του προσωπικού υγείας, αλλά και του ίδιου του ασθενούς. Οι παρακάτω οδηγίες (πρωτόκολλα) στοιχειοθετούν κανόνες για την καλύτερη και περισσότερο μακροχρόνια λειτουργία τους.

παρεμβάσεις πριν την αιμοκάθαρση. (Βουζάβαλη Φ., 1994)

Η πρώτη συνεδρία

Ανεξάρτητα από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες θα προσέλθει ο νεφροπαθής στη Μονάδα τεχνητού Νεφρού (MTN), π.χ. μετά από επαρκή ή πλημμελή ενημέρωση, με καλή επικοινωνία ή σε συγχυτική κατάσταση, θα πρέπει να τύχει της καλύτερης δυνατής υποδοχής. Η αποφυγή τραυματικών εμπειριών είναι σημαντική για την πορεία της υγείας

του, ενώ η δημιουργία θετικού κλίματος στις σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί βασική επιδίωξη μέσα σε αυτό το πλαίσιο.

Η ξενάγηση στους χώρους της μονάδας, η γνωριμία με το προσωπικό και τους συμπάσχοντες, η ενημέρωση για τις νοσηλευτικές πράξεις που πρόκειται να διενεργηθούν, συμβάλλουν στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και πραγματικού ενδιαφέροντος. Εάν όλα αυτά συνοδεύονται από πνεύμα σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ενώ εμπνέεται παράλληλα αίσθημα ασφάλειας για την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος, τότε εξασφαλίζεται η πλέον ανώδυνη μετάβαση στις νέες συνθήκες που δημιουργεί η αντιμετώπιση της νόσου.

Στην πρώτη αυτή συνάντηση-ξενάγηση πρέπει να συμμετέχει και ο συγγενής ή συνοδός του πάσχοντος, γιατί δίνοντας του την ευκαιρία να ενημερωθεί, τον βοηθάμε να περιορίσει την αγωνία του και να κατανοήσει την ανάγκη στήριξης και ενίσχυσης της αυτονομίας του πάσχοντος. (Βουζάβαλη Φ., 1994)

Εκτός από την προσέγγιση και τη στήριξη, σπουδαία σημασία για μια επιτυχημένη πρώτη συνεδρία έχει η γνώση και η ρύθμιση παραμέτρων όπως:

- Διάρκεια συνεδρίας
- Ρυθμός παροχής αίματος
- Ρυθμός παροχής υγρού αιμοκάθαρσης
- Επιλογή φίλτρου
- Επιλογή ηλεκτρολυτικού διαλύματος
- Προσδιορισμός ξηρού βάρους
- Χειρισμός πρόσκαιρης αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (υποκλείδιος)
- Χειρισμός μόνιμης αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (φλεβοκέντηση)
- Αντιπηκτική αγωγή
- Διαιτητική αγωγή
- Φαρμακευτική αγωγή
- Έλεγχος για ιογενείς λοιμώξεις

Διάρκεια συνεδρίας

Η πρώτη συνεδρία πρέπει να είναι ήπια και η διάρκεια της να μην υπερβαίνει τις 2 ώρες. Η αύξηση της χρονικής διάρκειας θα είναι σταδιακή, ανά ημίωρο ή ανά ώρα, μέχρι να φθάσουμε στην επιθυμητή ολική διάρκεια.

Ρυθμός παροχής αίματος

Ο ρυθμός παροχής αίματος στο φίλτρο πρέπει να ξεκινάει αρχικά από χαμηλά επίπεδα, δηλαδή από τα 100 ml/min, και να αυξάνεται σταδιακά χωρίς να ξεπερνάει τα 200 ml/min σε όλη τη διάρκεια της.

Η ρύθμιση των προαναφερθέντων παραμέτρων στοχεύει στην αποτροπή εκδήλωσης του συνδρόμου διαταραχής της ισορροπίας της ωσμωτικής πίεσης (Disequilibrium Syndrome).

Ρυθμός παροχής υγρού αιμοκάθαρσης

Το ίδιο σταδιακή πρέπει να είναι και η αύξηση του ρυθμού παροχής του υγρού αιμοκάθαρσης, ο οποίος ξεκινά από τα 250 ml/min και δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 300 ml/min.

Επιλογή φίλτρου

Η επιλογή του κατάλληλου φίλτρου γίνεται με κριτήριο την κάθαρση των ουσιών, το συντελεστή υπερδιήθησης, την ποσότητα αίματος που απαιτείται για την πλήρωση του, το είδος της μεμβράνης και το μέγεθος της επιφάνειάς της. Στα παραπάνω συνυπολογίζεται πάντα το σωματικό βάρος του νεφροπαθούς.

Επιλογή του ηλεκτρολυτικού διαλύματος

Το διάλυμα αιμοκάθαρσης πρέπει να σχεδιάζεται με βάση τις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη μορφή διαλύματος είναι ένα ηλεκτρολυτικό διάλυμα με την κάτωθι συγκέντρωση ουσιών (*πίνακας 3 - παράρτημα*).

Η σύσταση του διαλύματος ως προς την περιεκτικότητα του σε γλυκόζη, κάλιο και ασβέστιο εξασφαλίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου, οι οποίες προσδιορίζονται με βάση τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου.

Το διάλυμα δεν είναι αποστειρωμένο. Για τη φύλαξη του απαιτείται ξηρό και σκιερό μέρος με θερμοκρασία 5 — 25° C. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται αν περιέχει στερεά αδιάλυτα στοιχεία και η αραιώση του πρέπει να γίνεται ακριβώς πριν τη χρήση του.

Προσδιορισμός του ξηρού βάρους

Ως ξηρό βάρος ορίζεται το βάρος εκείνο, στο οποίο ο ασθενής διατηρεί αρτηριακή πίεση εντός των φυσιολογικών ορίων, δεν παρουσιάζει δύσπνοια και δεν έχει οιδήματα στα κάτω άκρα και το θώρακα (δεν παρουσιάζει εντύπωμα κατά τη πίεση του αντίχειρα στην κνήμη και το στέρνο). Γενικότερα, ξηρό βάρος είναι το βάρος το οποίο εξασφαλίζει στον ασθενή καλή ποιότητα ζωής.

Φλεβοκέντηση

Η επιτυχής φλεβοκέντηση καθορίζει και την πορεία της συνεδρίας που θα ακολουθήσει. Συνεπώς, θα πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα τήρησης ορισμένων κανόνων όχι μόνο στην πρώτη φλεβοκέντηση, αλλά και σε όλες όσες θα ακολουθήσουν.

Κανόνας 1ος

Η φλεβοκέντηση πρέπει να διενεργηθεί από έμπειρο και δεξιότεχνη νοσηλεύτη, ο οποίος πρέπει να γνωρίζει ότι:

- Η εφαρμογή της σωστής τεχνικής στη φλεβοκέντηση συντελεί στην ανάπτυξη της Fistula, προάγει τη μακροβιότητα της και περιορίζει τις επιπλοκές (θρόμβωση, στένωση),
- Λόγω της αιμορραγικής διάθεσης που συνοδεύει την ουραιμία, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά την πρόωρη φλεβοκέντηση της Fistula, έτσι ώστε να αποτραπούν προβλήματα όπως αιματώματα, φλεγμονές κ.λπ.

Κανόνας 2ος

- Πριν την φλεβοκέντηση επιβεβαιώνεται η καλή λειτουργία της Fistula με ακρόαση και ψηλάφηση του ρυθμού, για να ακολουθήσει η επιλογή των σημείων φλεβοκέντησης. Η περίδεση πρέπει να εφαρμόζεται μετά την αντισηψία και για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

Κανόνας 3^{ος}

- Επιβάλλεται αυστηρή τήρηση των αρχών ασηψίας και αντισηψίας. Στόχος είναι η πρόληψη των λοιμώξεων.

Κανόνας 4^{ος}

- Επιβάλλεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης κάθε όλη τη διάρκεια της συνεδρίας για τυχόν εξαγγελίωση αίματος και δημιουργία αιματώματος.

Κανόνας 5^{ος}

- Για την πρόληψη της πρόκλησης βλάβης στα τοιχώματα των αγγείων πρέπει πρώτα να γίνεται αφαίρεση των βελονών και μετά να ασκείται πίεση για αιμόσταση. Η πίεση πρέπει να είναι ελεγχόμενη.

8.2.1 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις πριν την αιμοκάθαρση

- Πλύσιμο χεριών πριν και μετά από κάθε επαφή με τον καθετήρα
- Αφαίρεση επιθέματος του σημείου εξόδου του καθετήρα
- Χρήση αποστειρωμένων γαντιών
- Έλεγχος του σημείου εξόδου για στοιχεία φλεγμονής (πόνος, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα, εκροή πύου). Η ψηλάφηση του σημείου εξόδου πρέπει να γίνεται με αποστειρωμένα γάντια.
- Λήψη καλλιιεργειών από το σημείο εξόδου, αν κριθεί απαραίτητο.
- Έλεγχος για την επιβεβαίωση της ασφαλούς στερέωσης του καθετήρα.
- Καθαρισμός του σημείου εξόδου με αποστειρωμένες γάζες, εμποτισμένες με N/S 0,9% εφαρμόζοντας κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια.
- Καλό στέγνωμα με γάζα
- Επάλειψη του σημείου εξόδου με αλοιφή ή διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης 10% (εάν χρησιμοποιηθεί διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης 10%, επιβάλλεται στέγνωμα της περιοχής πριν τοποθετηθεί το επίθεμα). Όσον αφορά τη δερματική αντισηψία δεν υπάρχουν πολλές μελέτες αξιολόγησης των διαφορετικών αντισηπτικών επιθεμάτων που εφαρμόζονται στο σημείο εξόδου του καθετήρα. Σε πρόσφατη συγκριτική μελέτη που έγινε σε 129 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με υποκλείδιους καθετήρες, διαπιστώθηκε δραστική μείωση των λοιμώξεων του στομίου εξόδου, του αποικισμού του άκρου και της βακτηριαιμίας με τη χρήση αλοιφής ιωδιούχου ποβιδόνης. Υπάρχουν επίσης μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν τη χρήση διαλύματος ιωδιούχου ποβιδόνης, ενώ άλλες υπερασπίζονται την άποψη ότι όταν υπάρχει λύση της συνέχειας της επιδερμίδας στο σημείο εξόδου η φροντίδα πρέπει να γίνεται με N/S 0,9%. Προσωπική μας άποψη είναι ότι δοκιμασμένες τεχνικές που αποδίδουν καλά αποτελέσματα δεν πρέπει να εγκαταλείπονται.
- Αντισηψία των άκρων των σκελών του καθετήρα με γάζα, εμποτισμένη με διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης 10%.
- Τοποθέτηση τετράγωνου σχιστού για τη δημιουργία αποστειρωμένου πεδίου.
- Αφαίρεση των πωμάτων των αυλών του καθετήρα.
- Έλεγχος της βατότητας των αυλών του καθετήρα με αναρρόφηση. Διαδικασία που δεν πρέπει να παραλείπεται ποτέ.

- Εάν διαπιστωθεί απόφραξη των αυλών του καθετήρα, μην επιχειρείτε βίαιη είσοδο φυσιολογικού ορού και ηπαρίνης. Υπάρχει κίνδυνος μεταφοράς θρόμβου και πρόκλησης εμβολής.
- Μην μετακινείτε το εξωτερικό τμήμα του καθετήρα προς οποιαδήποτε κατεύθυνση (μέσα ή έξω), γιατί υπάρχει κίνδυνος εισόδου μικροβίων στην κυκλοφορία.
- Σύνδεση των σκελών του καθετήρα με τις γραμμές αιμοκάθαρσης
- Έναρξη συνεδρίας

8.2.2 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις μετά την αιμοκάθαρση

Ηπαρινισμός τον καθετήρα

Η μακροβιότητα του καθετήρα της αιμοκάθαρσης εξαρτάται από το σωστό ηπαρινισμό των αυλών μετά το τέλος της συνεδρίας.

Ο ηπαρινισμός εξαρτάται από:

- το πρωτόκολλο της μονάδας
- τις συστάσεις της κατασκευάστριας εταιρίας

Σε γενικές γραμμές, όμως, η διαδικασία ηπαρινισμού του καθετήρα είναι η ακόλουθη:

- Μετά το τέλος της συνεδρίας, κάθε αυλός ξεπλένεται με 20 cc N/S 0,9% (flush) και εν συνεχεία χορηγείται νατριούχος ηπαρίνη σε κάθε αυλό. (7.500-10.000 IU)
- Τα στόμια των αυλών καλύπτονται με αποστειρωμένα stop cock.

Φροντίδα των σημείων εξόδου του καθετήρα

- Επιβεβαίωση της ασφαλούς στερέωσης του καθετήρα (ράμματα)
- Σχολαστική φροντίδα του σημείου εξόδου του καθετήρα
- Τοποθέτηση αποστειρωμένου επιθέματος στο σημείο εξόδου
- Ακινητοποίηση του ελεύθερου τμήματος με αποστειρωμένη γάζα και αυτοκόλλητη ταινία

Οδηγίες για τον ασθενή που φέρει καθετήρα αιμοκάθαρσης:

- Να εφαρμόζει όλους τους κανόνες ατομικής υγιεινής, με ιδιαίτερη προσοχή στην αποφυγή επαφής του σημείου εξόδου του καθετήρα με το νερό.
- Να αποφεύγει χειρισμούς στον καθετήρα. Η φροντίδα του σημείου εξόδου γίνεται στη MTN από το προσωπικό υγείας. Σε περίπτωση που το επίθεμα αποκολληθεί, υγρανθεί ή λερωθεί, αλλάζεται στο σπίτι από άτομο που έχει εκπαιδευτεί στην εφαρμογή της διαδικασίας αυτής.
- Να μην επιχειρεί τη μετακίνηση του καθετήρα προς οποιαδήποτε κατεύθυνση (μέσα ή έξω). Υπάρχει κίνδυνος λοίμωξης.
- Να προσέχει τις κινήσεις τις κινήσεις, ειδικά κατά τη διάρκεια του ύπνου.
- Να προσέχει την ενδυμασία. Τα ρούχα πρέπει να είναι καθαρά και να μην πιέζουν την περιοχή του καθετήρα.
- Εάν διαπιστώσει σημεία φλεγμονής ή αιμορραγίας, πρέπει να προσέλθετε έγκαιρα στο Νοσοκομείο. (Βουζάβαλη Φ., 1994)

8.3 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια σε ασθενείς με Χρόνια Αιμοκάθαρση.

Αν υπάρχει κατηγορία αρρώστων που η φροντίδα τους αποτελεί πρόκληση για την ομάδα υγείας, εξ αιτίας των πολλών και δύσκολων προβλημάτων που δημιουργεί η ίδια η πάθηση και οι επιπλοκές της, είναι οι άρρωστοι στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση (ΧΑ).

Η φροντίδα τους αποτελεί το πιο εύγλωττο παράδειγμα της σημαντικότητας της ομαδικής συνεισφοράς για το τελικό αποτέλεσμα και τονίζει την ανάγκη αρμονικής και συντονισμένης συνεργασίας.

Τα άτομα αυτά που έφτασαν στα πρόθυρα του θανάτου, πρέπει να επιστρέψουν πίσω στη ζωή και μέσα από τους περιορισμούς της πάθησης και της θεραπευτικής αγωγής να ζήσουν πάλι μια ζωή χρήσιμη, αποδοτική και ποιοτικά καλή.

Για να ικανοποιούνται αποτελεσματικά οι ανάγκες του αρρώστου – νεφροπαθούς χρειάζεται η παροχή εξατομικευμένης, ολοκληρωμένης, συνεχόμενης και ανθρώπινης νοσηλευτικής φροντίδας.

Έτσι, οι νοσηλευτές έχουν μετακινηθεί από έναν ρόλο άσκησης ρουτίνας σε ένα πιο αυτόνομο, διευρυμένο και δημιουργικό ρόλο, που εκτός από τη νοσηλευτική φροντίδα έχει δυνατότητα αμεσότερης επικοινωνίας, συντονισμού και παρέμβασης τόσο στον άρρωστο όσο και στο σύνολο της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσπάθειας.

Ο νοσηλευτής βλέπει τον άρρωστο σαν πολύτιμο συνεργάτη στη φροντίδα για αυτόν και όχι παθητικό μόνο αποδέκτη. Του δίνει ευκαιρίες να συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό της τρέχουσας και της μελλοντικής φροντίδας του, στους στόχους για την αποκατάστασή του, μέσα στις δυνατότητές του και το δικό του τρόπο ζωής.

Κατανοεί τις αντιδράσεις του και τη δυσκολία προσαρμογής του στα προβλήματα και τις καταστάσεις που δημιουργεί η πάθηση ή η θεραπευτική μέθοδος και τον βοηθάει να τα ξεπεράσει με επιτυχία.

Μέσα στα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι και προσέγγιση του συγγενικού περιβάλλοντος του νεφροπαθούς. Κατανοεί την αγωνία τους, την οικογενειακή τους αναστάτωση, τους ενημερώνει για την εξέλιξη του αρρώστου, τους ενισχύει ηθικά και τους παροτρύνει να τον αποδεχθούν με όλα του τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο ή το θεραπευτικό σχήμα και τους ζητά να συνεργαστούν στην εφαρμογή της θεραπευτικής μεθόδου.

Παράλληλα, ο νοσηλευτής προσαρμόζει, εξατομικεύει και ολοκληρώνει την περίθαλψη του αρρώστου, συντονίζοντας τις επί μέρους φροντίδες. Για αυτό και συνεργάζεται:

- Με το διαιτολόγο για τη δίαιτα και την προσαρμογή της στις ανάγκες και προτιμήσεις του συγκεκριμένου αρρώστου.
- Με τα διάφορα εργαστήρια για το σωστό προγραμματισμό των διαγνωστικών εξετάσεων ώστε:
 - να μη συμπίπτουν
 - να μη συγκρούονται
 - να μην αναβάλλονται
 με συνέπεια την καθυστέρηση της διάγνωσης και της θεραπείας του αρρώστου.
- Μεταφέρει στον κοινωνικό λειτουργό ή τον ψυχολόγο τα ειδικά και ποικίλα προβλήματα των αρρώστων ή των συγγενών τους, προς επίλυση.
- Πληροφορεί έγκαιρα και σωστά τον τεχνικό για βλάβες ή κακή λειτουργία της συσκευής αιμοκάθαρσης ή άλλων μηχανημάτων της μονάδας.
- Συνεργάζεται στενά με τον επισκέπτη υγείας ώστε να εξασφαλιστεί:
 - Η συνέχιση της φροντίδας του αρρώστου νεφροπαθούς στην κοινότητα.
 - Η κοινωνική επανένταξή του και η προσαρμογή του.

- Διατηρεί ανοικτή επικοινωνία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ενδονοσοκομειακές είτε εξωνοσοκομειακές για την επίλυση ειδικών προβλημάτων.
- Με την έκρηξη της ιατρικής γνώσης η ικανότητα του γιατρού περιορίζεται σε πλάτος και αυξάνεται σε βάθος. Έτσι, την ευθύνη του για τον άρρωστο τη μοιράζεται με τους συνεργάτες του, οι οποίοι παίζουν σήμερα αναντικατάστατους ρόλους μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας. Έτσι ο νοσηλευτής, σήμερα, συνεργάζεται με το γιατρό μέσα στα πλαίσια άλλων διαπροσωπικών σχέσεων με κατανόηση της συμπληρωματικότητας των ρόλων και των ευθυνών τους.

Με βάση την ενδεικνυόμενη θεραπευτική αγωγή σχεδιάζουν και υλοποιούν το θεραπευτικό σχήμα του αρρώστου, αξιολογούν την απόκριση της θεραπείας, εξασφαλίζουν ανάλογες συνθήκες για την αποκατάστασή του και την κοινωνική επανένταξή του.

Στην αρμονική συνεργασία με όλη την υγειονομική ομάδα και στον καλό συντονισμό των επί μέρους φροντίδων στηρίζεται η επιτυχία του αντικειμενικού σκοπού, που δεν είναι άλλος από την εξασφάλιση καλής και σύγχρονης φροντίδας για τον νεφροπαθή με τον οποίο ο νοσηλευτής έχει την πιο στενή σχέση και μακροχρόνια επαφή.

Παράλληλα όμως με την διεύρυνση και ενίσχυση του ρόλου του νοσηλευτή αυξήθηκαν και οι ευθύνες του που αφορούν τις νοσηλευτικές δραστηριότητες και την ποιότητά τους, αλλά και τις νοσηλευτικές παραλείψεις. Άλλωστε, το αίσθημα ευθύνης είναι ο κύριος μοχλός κάθε νοσηλευτικής δραστηριότητας και σύμφωνα με το Διεθνή Κώδικα Νοσηλευτών, η ευθύνη του νοσηλευτή είναι πολλαπλή:

- Πρόληψη της νόσου.
- Προαγωγή της υγείας.
- Προσδιορισμός των αναγκών υγείας ατόμων και ομάδων.
- Αποκατάσταση φυσική – ψυχολογική – κοινωνική – ηθική.

Έτσι, οι σημερινοί νοσηλευτές πρέπει να προβληματιστούμε και να αναλάβουμε τις ευθύνες μας προς όφελος του αρρώστου νεφροπαθούς που είναι ο τελικός αποδέκτης των υπηρεσιών μας. (Βουζάβαλη Φ., 1994)

Φροντίδα ΣΕ (scrub)

Η διαδικασία αφορά νοσηλευτική πράξη η οποία εφαρμόζεται μετά τη φάση σταθεροποίησης και επούλωσης του ΣΕ.

Στην προσπάθεια να καθοριστεί ο καλύτερος τρόπος φροντίδας του ΣΕ έγιναν πολλές μελέτες και προτάθηκαν ισάριθμα πρωτόκολλα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν ο καθαρισμός του ΣΕ με σαπούνι και νερό (Prowant K., etal., 1988, Hanna M., etal., 1989), ο καθαρισμός του ΣΕ με Ιωδιούχο Ποβιδόνη 7,5% (Starzomski L., etal., 1984, Piraino A., etal., 1986) και ο καθαρισμός του ΣΕ με Γλυκονική Χλωρεξιδίνη 4% (Fush K., etal., 1990).

Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με το ποια μέθοδος περιορίζει την επίπτωση της λοίμωξης. Υπάρχουν όμως μελέτες που δείχνουν ότι η Γλυκονική Χλωρεξιδίνη 4% αποτελεί τον παράγοντα επιλογής.

Η δική μας πολυετής εμπειρία έχει αναδείξει την Ιωδιούχο Ποβιδόνη 7,5% ως παράγοντα επιλογής.

Ανεξάρτητα, όμως, από το αντισηπτικό που χρησιμοποιείται, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα ακόλουθα σημεία:

- Τα σκληρά διαλύματα πρέπει να αποφεύγονται, γιατί μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό του δέρματος ή λύση της συνέχειας του, κατάσταση η οποία ευνοεί τον αποικισμό βακτηριδίων.

- Η επιλογή του διαλύματος για τη φροντίδα του ΣΕ πρέπει να εξατομικεύεται. Για παράδειγμα, σε έναν ανοσοκατασταλαμένο ασθενή πρέπει να χρησιμοποιηθεί ουδέτερο αντισηπτικό διάλυμα, γιατί η φυσιολογική χλωρίδα του δέρματος είναι δυνατό να αποτελέσει πηγή λοιμώξεων.
- Οποιαδήποτε μέθοδος κι αν χρησιμοποιηθεί εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι να διατηρηθεί το ΣΕ τελείως στεγνό, διότι η παρουσία υγρασίας ευνοεί την ανάπτυξη βακτηριδίων και, ιδιαίτερα, μυκήτων.
- Υπάρχει διχογνωμία για το εάν είναι απαραίτητη η κάλυψη του ΣΕ. Τα περισσότερα όμως κέντρα χρησιμοποιούν κάλυψη, έστω και ελάχιστη (Uttley & Gokal, 1986).

Νοσηλευτική φροντίδα αγγειακών προσπελάσεων

Οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις, σε έναν άρρωστο με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, γίνονται για να του εξασφαλίσουν ικανοποιητική αγγειακή προσπέλαση που θα πρέπει να είναι εύχρηστη και να μην δυσκολεύει την καθημερινή του ζωή. Ακόμη θα πρέπει να έχει ικανοποιητική παροχή αίματος, χωρίς κινδύνους για το καρδιαγγειακό του σύστημα, και να παρατηρηθεί για πάντα, αν είναι δυνατό. (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

Νοσηλευτική φροντίδα εξωτερικής αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (shunt)

Στην *προεγχειρητική φάση*, εκτός από τον κλασικό καθαρισμό και αποτρίχωση της περιοχής που θα γίνει το shunt, η κύρια συμβολή του νοσηλευτή είναι να εξηγήσει στον άρρωστο τη χειρουργική διαδικασία και το σκοπό της.

Μετεγχειρητικά, το μέλος που φέρει το shunt, πρέπει να ακινητοποιηθεί, για να επιτραπεί στους ιστούς που τραυματίστηκαν κατά τη διάρκεια της επέμβασης να επουλωθούν. Τα άκρα που φέρουν shunt δεν πρέπει να σηκώνουν βάρος για 10 τουλάχιστον ημέρες.

Στην *άμεση μετεγχειρητική περίοδο*, το άκρο θα πρέπει να ανυψωθεί, έτσι ώστε να μειωθεί το οίδημα.

Οι σωλήνες του shunt πρέπει να ακινητοποιηθούν στην πλευρά εξόδου. Έτσι θα προληφθούν χειρισμοί που μπορεί να μεταθέσουν το σωλήνα από το υποδόριο κανάλι, καθώς και προκαλέσουν διεύρυνση του στομίου εξόδου.

Ο άρρωστος, ανάλογα με την ιατρική εντολή, θα καλύπτεται με κατάλληλο αντιβιοτικό προληπτικώς, καθώς και με αναλγησία.

Για το πρώτο 24ωρο θα πρέπει να ελέγχεται η λειτουργία του shunt κάθε 2 ώρες, για να διαπιστώνεται το φύσημα πάνω στη φλέβα, καθώς και η ομαλή ροή του αίματος.

Επίσης παρακολουθήση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), έτσι ώστε να αντιμετωπισθεί έγκαιρα κάθε υποτασικό επεισόδιο και να προληφθεί πιθανή θρόμβωση.

Το μέλος που βρίσκεται το shunt πρέπει να διατηρείται θερμό, επειδή αυτό βοηθά στην ικανοποιητική ροή αίματος μέσα σ' αυτό, ενώ το κρύο συντελεί στην πιθανή θρόμβωση του shunt. Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάμε ποτέ τη χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων. (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

Νοσηλευτική φροντίδα αναστομώνσεων (fistula)

Η *προεγχειρητική φροντίδα* που ακολουθείται για τη fistula είναι ίδια με εκείνη του shunt. Πιο σπουδαίος παράγοντας, για μια πετυχημένη αρτηριοφλεβική αναστόμωση, είναι η καλή κατάσταση των αγγείων, η οποία πρέπει να εξασφαλίζεται με την αποφυγή φλεβοκέντησης άκρου του που θα γίνει η αναστόμωση.

Μετεγχειρητικά θα πρέπει να ανυψωθεί για 24 ώρες το μέλος σε μαξιλάρια και να παρακολουθείται το φύσημα κάθε 2 ώρες. Ακόμη, χρειάζεται παρακολούθηση της ΑΠ του αρρώστου για την πρόληψη υποτασικών επεισοδίων, καθώς και χορήγηση αναλγησίας.

Ο νεφροπαθής κινητοποιείται αμέσως μετά το χειρουργείο. Όταν αφαιρεθούν τα ράμματα, δεν υπάρχει ανάγκη επίδεσης. Το μέλος (χέρι) με τη Fistula πρέπει να ασκείται με την περιοδική σύνθλιψη μιας μικρής μπάλας πλαστελίνης και ταυτόχρονη περιδεση με λάστιχο για 1-3' κάθε φορά. Ο χρόνος μεταξύ δημιουργίας της Fistula και χρήσης της είναι 2-4 εβδομάδες.

Η επιτυχία και η επιβίωση των αναστομώνσεων είναι συνήθως ικανοποιητική. Εντούτοις υπάρχουν νεφροπαθείς με κακή ποιότητα αγγείων, καθώς και ασθενείς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια στους οποίους προτιμάται ή είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση παραλλαγών του shunt και της fistula. Δηλαδή η χρησιμοποίηση *υποκλείδιων* και *μηριαίων καθετήρων* και η τοποθέτηση *μοσχευμάτων*. (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

Υποκλείδιος – μηριαίος καθετήρας

Είναι μια απλή μέθοδος προσπέλασης που επιτρέπει στον άρρωστο να κινείται και δεν καταστρέφει αγγεία που μπορεί να χρειαστούν για μία μόνιμη προσπέλαση.

Προεγχειρητικά: Ο καθετήρας μπορεί να εισαχθεί στο χειρουργείο ή στο θάλαμο κάτω από αυστηρά άσηπτη μέθοδο. Προηγείται σχολαστική καθαριότητα της περιοχής, καθώς και αποτρίχωση. Ο καθετήρας, μετά την εισαγωγή του, καθλώνεται με ράμμα και εφαρμόζεται αυτοκόλλητος επίδεσμος.

Μετεγχειρητικά: Θα πρέπει να παρακολουθείται για μικροαιμορραγία, με συχνές αλλαγές κάτω από άσηπτη τεχνική. Μέριμνα του νοσηλευτή καθώς και ευθύνη είναι να αναφέρει στο γιατρό καινούργια συμπτώματα του /αρρώστου όπως: δύσπνοια, κυάνωση, βήχα, πτώση ΑΠ, που ενδέχεται να σημαίνουν πνευμονοθώρακα, αιμοπερικάρδιο και άλλα.

Η διαβατότητα του καθετήρα διατηρείται ή με συνεχή έγχυση ηπαρινισμένου ορού ή εφάπαξ δόση ηπαρίνης. Οι καθετήρες αυτοί συνήθως αλλάζονται κάθε 3-4 εβδομάδες, για πρόληψη λοιμώξεων. (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

Μοσχεύματα

Για τα αγγειακά μοσχεύματα ακολουθείται παρόμοια νοσηλευτική φροντίδα με εκείνη της Fistula με τη διαφορά ότι η περιοχή του άκρου χρειάζεται μεγαλύτερη περιποίηση και αιμόσταση.

Υπάρχει ενδεχόμενο ο χειρουργός να τοποθετήσει μόσχευμα υποδορίως στο κάτω μέρος της κοιλίας ή στο άνω μέρος του θώρακα. (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

8.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ο ρόλος του νοσηλευτή στην περιτοναϊκή κάθαρση

8.4.1 Παρεμβάσεις πριν την Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ)

Αφορά στην *προετοιμασία τον δέρματος* της εγχειρητικής περιοχής με ευτρεπισμό, ο οποίος γίνεται με ηλεκτρική ξυριστική μηχανή ή αποτριχωτική κρέμα. Δε χρησιμοποιείται ξυράφι προς αποφυγή λύσης της συνέχειας του δέρματος. Στόχος είναι η ελαχιστοποίηση των παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν ανάπτυξη εστιών λοίμωξης στην περιοχή. Ακολουθεί καθαρισμός με αντισηπτικό σαπουνι Chlorexidine Gluconate 4% ή Povidon Iodine 7,5%. Ο καθαρισμός επαναλαμβάνεται πριν το χειρουργείο.

Επίσης, η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει την *προετοιμασία του εντέρου*, η οποία επιτυγχάνεται με διατροφή που δεν αφήνει υπόλειμμα από διημέρου και καθαρτικό υποκλυσμό την ημέρα πριν τη χειρουργική επέμβαση. Ακόμη, *προετοιμάζεται η ουροδόχος κύστη* η οποία πρέπει να είναι άδεια και αυτό επιτυγχάνεται με ούρηση πριν το χειρουργείο ή με καθετηριασμό.

- Τέλος, γίνεται *έλεγχος για χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο* (Staph, aureus) στη ρινική κοιλότητα και εάν υπάρχει εποικισμός εφαρμόζεται θεραπευτική αγωγή και μετά την

αποθεραπεία γίνεται η τοποθέτηση του καθετήρα. Αυτό γίνεται, γιατί υπάρχουν μελέτες (Coles και συν. 1994) που έδειξαν ότι οι ασθενείς που είναι φορείς του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης του ΣΕ και περιτονίτιδας. Τα αποτελέσματα μιας πολυκεντρικής μελέτης σχετικά με τη χρήση ρινικής κρέμας mupirocine για την πρόληψη τέτοιων λοιμώξεων δείχνουν ότι η χρήση αυτού του σκευάσματος στους ρινικούς φορείς χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου περιορίζει τις λοιμώξεις του ΣΕ από 1 επεισόδιο ανά 28 μήνες θεραπείας σε 1 επεισόδιο ανά 99 μήνες θεραπείας. Εξίσου αποτελεσματική στον περιορισμό των λοιμώξεων σε ασθενείς υπό συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) θεωρείται και η διαλείπουσα χρήση του ίδιου σκευάσματος. Παρά τα θετικά όμως αποτελέσματα, δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών λόγω της χρήσης τέτοιων σκευασμάτων. (Βουζάβαλη Φ., 1994)

- *Προφυλακτική αγωγή με αντιβιοτικά*

Δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η χορήγηση αντιβιοτικών πριν την τοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα περιορίζει τις λοιμώξεις (Gokal και συν. 1993). Παρά ταύτα, εφαρμόζεται προφυλακτική αγωγή με το σκεπτικό πως όταν εισάγεται στον οργανισμό οτιδήποτε ξένο φαίνεται λογικό να χορηγούνται αντιβιοτικά. (Βουζάβαλη Φ., 1994)

- *Ψυχολογική προετοιμασία*

- Σημαντικό μέρος της προεγχειρητικής φροντίδας αποτελεί η ψυχολογική προετοιμασία. Ο ασθενής πρέπει να έχει εξοικειωθεί με το χώρο, την ιδέα της εφαρμογής της μεθόδου και το προσωπικό της μονάδας. Επίσης, πρέπει να έχει ενημερωθεί για όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις που θα γίνουν σ' αυτόν. Επιβάλλεται να επιδειχθεί σοβαρότητα, συνέπεια και συνοχή εκ μέρους της διεπιστημονικής ομάδας. Μόνο έτσι ο ασθενής θα νοιώσει σιγουριά και θα δώσει πληροφορημένη συγκατάθεση. Ακόμη, η μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο με τη συνοδεία ενός νοσηλευτή της μονάδας του δημιουργεί την αίσθηση ότι βρίσκεται σε γνώριμο και οικείο περιβάλλον, με αποτέλεσμα να περιορίζεται το άγχος του. (Βουζάβαλη Φ., 1994)

8.4.2 Διεγχειρητική παρέμβαση Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ)

Η διεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση διαδραματίζεται σε τρεις φάσεις:

- Την προετοιμασία
- Την παρέμβαση
- Τον έλεγχο
- *Νοσηλευτική προετοιμασία:*

Η συνήθης τακτική είναι η τοποθέτηση του μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα να γίνεται στο χειρουργείο. Οποιοσδήποτε κι αν είναι ο τύπος του καθετήρα που έχει επιλέγει, η μέγιστη απόδοση εξασφαλίζεται μόνο εάν τοποθετηθεί σωστά. Αυτός είναι και ο λόγος που επανειλημμένα τονίζεται η ανάγκη για μια τέλεια συντονισμένη διεπιστημονική ομάδα με ειδική εκπαίδευση στην περιτοναϊκή κάθαρση, όπως αυτή ορίζεται από τη Διεθνή Εταιρία Περιτοναϊκής Κάθαρσης (International Society Peritoneal Dialysis, ISPD). Βασικά μέλη της ομάδας αυτής αποτελούν ο υπεύθυνος νεφρολόγος της μονάδας ΠΚ, ο ειδικός χειρουργός, η προϊσταμένη της μονάδας ΠΚ, ενώ κατά περίπτωση η ομάδα συμπληρώνεται από το

βοηθό χειρουργό, τη νοσηλεύτρια του χειρουργείου, τον αναισθησιολόγο και το μικροβιολόγο, προσωπικό θετικά προσκείμενο προς την ΠΚ.

- *Νοσηλευτική παρέμβαση*

Οι εύστοχες παρεμβάσεις ενός έμπειρου και με πίστη στη μέθοδο νοσηλευτή καθιστούν αδιαμφισβήτητη τη σπουδαιότητα της νοσηλευτικής παρουσίας για τη διασφάλιση της επιτυχούς τοποθέτησης του καθετήρα.

- Η διεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση συνοψίζεται στις κάτωθι ενέργειες:
- Σύνδεση της συσκευής με το σάκο του περιτοναϊκού διαλύματος.
- Ανάρτηση του σάκου στη στήλη του ορού.
- Απαέρωση του κυκλώματος.
- Διαβροχή των δακτυλίων (cuffs) με διάλυμα φυσιολογικού ορού και νατριούχου ηπαρίνης για να εξασφαλιστεί η απρόσκοπτη ανάπτυξη συνδετικού ιστού στους πόρους του δακτυλίου και η ασφαλής στερέωση του περιτοναϊκού καθετήρα.

- *Νοσηλευτικός έλεγχος*

Η αυστηρά σχολαστική αξιολόγηση της λειτουργίας του περιτοναϊκού καθετήρα πριν και μετά την τοποθέτηση του καθορίζει τη μετέπειτα πορεία της μεθόδου. Συνεπώς, οι ενέργειες που παρατίθενται πρέπει να τηρούνται με «ιερή ευλάβεια».

- Έλεγχος της βατότητας του καθετήρα πριν την τοποθέτηση για τη διασφάλιση της ανεμπόδιστης λειτουργίας του.
- Έλεγχος της ικανοποιητικής ροής εισόδου και εξόδου τον περιτοναϊκού διαλύματος σε τρεις χρόνους: πριν και μετά την περίδεση της περίπαρσης, μετά τη δημιουργία της υποδόριας σήραγγας και πριν τη σύγκλειση του χειρουργικού τραύματος.
- Έλεγχος της στεγανότητας μετά την περίδεση της περίπαρσης. Ο έλεγχος διενεργείται με τη χορήγηση μικρών όγκων διαλύματος (500 mL).
- Έλεγχος για την ακριβή δημιουργία του ΣΕ στην επιλεγείσα θέση.
- Σύνδεση καθετήρα-συνδετικής γραμμής με μεταλλικό ή πλαστικό συνδετικό, ώστε να διασφαλιστεί η λειτουργία του κλειστού κυκλώματος

- *Σταθεροποίηση του καθετήρα*

Από τη στιγμή της εμφύτευσης του, ο καθετήρας πρέπει να ακινητοποιείται και να αποφεύγονται οι βίαιες και οι περιστροφικές κινήσεις, διότι μπορεί να προκληθεί αλλαγή της θέσης του. Πολύ χαρακτηριστικά, ο Smith για να δείξει τη σπουδαιότητα της ακινητοποίησης αναφέρει ότι ο καθετήρας πρέπει να «αγκυροβολεί», ενώ οι Gokal και συν. (1993) αναφέρουν ότι με αυτόν τον τρόπο περιορίζονται οι λοιμώξεις του ΣΕ

Η σταθεροποίηση του καθετήρα επιτυγχάνεται με ισχυρό ελαστικό λευκοπλάστη (Tensorplast), με μακριά αυτοκόλλητη αποστειρωμένη γάζα ή με ειδική συσκευή ακινητοποίησης που διατίθεται στο εμπόριο.

8.4.3 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Αμέσως μετά την τοποθέτηση του μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα εφαρμόζονται ορισμένες εξειδικευμένες νοσηλευτικές πράξεις που στοχεύουν στην πρόληψη πρώιμων και αψώτερων επιπλοκών.

☞ Έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας με μικρούς όγκους διαλύματος

Γίνεται μέχρι να καθαρίσουν μακροσκοπικά τα υγρά. Η παραμονή θρόμβων αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα ενοχοποιείται για το σχηματισμό συμφύσεων με αποτέλεσμα την απόφραξη μίας κατεύθυνσης του καθετήρα. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται ανά εβδομάδα μέχρι την έναρξη του προγράμματος ΠΚ. Στα μεσοδιαστήματα αυτής της διαδικασίας, ο καθετήρας παραμένει κλειστός, αφού χορηγηθούν 100 mL περιτοναϊκού διαλύματος με 1000-2000 IU ηπαρίνη.

☞ Έλεγχος της βατότητας τον περιτοναϊκού καθετήρα

Γίνεται με σύριγγα η οποία περιέχει διάλυμα φυσιολογικού ορού (N/S 0,9%) και ηπαρίνης 1000-2000IU. Στη συνέχεια κλείνεται ο καθετήρας με ειδικό κλείστρο και πώμα. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται σε τακτά διαστήματα. Εάν παρατηρηθεί δυσκολία στην είσοδο ή στην έξοδο του υγρού, εφαρμόζεται η διαδικασία έκπλυσης της περιτοναϊκής κοιλότητας με 2—4 L περιτοναϊκού διαλύματος.

☞ Επιβεβαίωση της σωστής θέσης του καθετήρα

Με απλή ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση.

Το ιδανικό είναι να παραμείνει το ΣΕ κλειστό για 7-10 ημέρες και το πρόγραμμα ΠΚ να ξεκινήσει μετά την επούλωση του χειρουργικού τραύματος και του ΣΕ και την ανάπτυξη συνδετικού ιστού στο δακτύλιο από dacron. Ωστόσο, οι μηχανισμοί επούλωσης διαφοροποιούνται εξαιτίας της επίδρασης διαφόρων επιβαρυντικών παραγόντων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η ουραιμία κ.λπ.

Αρκετά κέντρα εφαρμόζουν πρόγραμμα ΠΚ 20-30 ημέρες μετά την τοποθέτηση του καθετήρα. Κατά τη διάρκεια αυτών των ημερών, εάν η γάζα παρουσιάσει διαβροχή, αλλάζεται από το νοσηλευτή. Εάν η γάζα ξεκολλήσει, απλώς αντικαθίσταται από μια αποστειρωμένη. Δε γίνεται φροντίδα του ΣΕ (scrub) για την αποφυγή μετακίνησης του καθετήρα.

Εάν κριθεί αναγκαία η εφαρμογή προγράμματος κάθαρσης πριν την παρέλευση 10 ημερών και εφόσον ο TN δεν είναι διαθέσιμος ή υπάρχει αντένδειξη εφαρμογής του, ως μέθοδος επιλογής χρησιμοποιείται η Αυτοματοποιημένη Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΑΠΚ). Με τη μέθοδο αυτή περιορίζεται ο κίνδυνος διαρροής, καθώς χρησιμοποιούνται μικροί όγκοι διαλύματος σε ύπτια θέση, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ενδοκοιλιακή πίεση.

Ο ασθενής μπορεί να εξέλθει του νοσοκομείου αμέσως μετά την τοποθέτηση του καθετήρα, αφού δοθούν σαφείς οδηγίες για την προστασία του καθετήρα. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα ανάπτυξης του θεσμού της Κοινοτικής Νοσηλευτικής για τη συνέχεια της φροντίδας στην κοινότητα.

☞ Ενδείξεις αφαίρεσης του Περιτοναϊκού καθετήρα

Ο περιτοναϊκός καθετήρας αποτελεί τη μόνη οδό πρόσβασης στη θεραπεία με ΠΚ. Συνεπώς, θεωρείται πολύτιμο εξάρτημα και η απομάκρυνση του δεν πρέπει να γίνεται αλόγιστα, αλλά μόνο όταν συντρέχουν σοβαροί λόγοι όπως:

- Υποτροπιάζουσες περιτονίτιδες αγνώστου αιτιολογίας
- Περιτονίτιδα οφειλόμενη σε επιμένουσα λοίμωξη του ΣΕ και της ΥΣ
- Περιτονίτιδα μετά από διάτρηση εντέρου
- Επίμονος κοιλιακός πόνος λόγω πίεσης ενδοκοιλιακών οργάνων από το ενδοκοιλιακό άκρο του καθετήρα
- Αποικισμός του καθετήρα από μύκητες
- Φυματίωση

- Επιθυμία του ασθενούς λόγω κόπωσης από την εφαρμογή της μεθόδου

8.4.4 Οδηγίες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ)

Από την παρούσα ανασκόπηση συνάγεται το συμπέρασμα ότι ο μόνιμος περιτοναϊκός καθετήρας αποτελεί «πηγή ζωής» για το νεφροπαθή που υποβάλλεται σε περιτοναϊκή κάθαρση.

Η επιλογή του κατάλληλου καθετήρα και η επιτυχής εφαρμογή της χειρουργικής τεχνικής διασφαλίζουν την αποτροπή των λοιμώξεων και τη μακροβιότητα της μεθόδου.

Ο συντονισμός της διεπιστημονικής ομάδας η οποία πρέπει να ακολουθεί ορθό προγραμματισμό και να βασίζεται στην ολιστική θεώρηση της φροντίδας, αποφέρει το μέγιστο δυνατό κέρδος στον ασθενή.

Οι έμπειροι νοσηλευτές με πίστη στη μέθοδο και άρτια θεωρητική κατάρτιση εμπνέουν σιγουριά και ενισχύουν τον πάσχοντα ώστε να διατηρεί την αυτονομία του και να φροντίζει «στοργικά» τον καθετήρα του.

Παρακολούθηση του νεφροπαθούς:

Τηλεφωνική Επικοινωνία

Στη Μονάδα ΠΚ λειτουργεί πρόγραμμα τηλεφωνικής επικοινωνίας και στήριξης με έμπειρο και ικανό Νοσηλευτικό Προσωπικό. Οι ασθενείς μπορούν να επικοινωνούν με τη μονάδα οποιαδήποτε χρονική στιγμή καθ' όλο το 24ωρο~και να παίρνουν οδηγίες και πληροφορίες για την αντιμετώπιση έκτακτων συμβαμάτων.

Η στενή επαφή και ενθάρρυνση του ασθενούς ανανεώνεται με τακτικά τηλεφωνήματα από τη μονάδα προς τον ασθενή. Έτσι, το ενδιαφέρον του προσωπικού γίνεται εμφανές και μειώνεται η απροθυμία για κλήση αν προκύψει πρόβλημα.

Επίσκεψη στο Εξωτερικό Ιατρείο της μονάδας ΠΚ

Η μονάδα ΠΚ εξασφαλίζει στους ασθενείς πρόγραμμα παρακολούθησης με προκαθορισμένο ραντεβού σε τακτά διαστήματα. Ο νεφροπαθής προσέρχεται για έλεγχο ανά εβδομάδα ή ανά 15ήμερο, μέχρι να σταθεροποιηθεί η βιοχημική του κατάσταση. Στη συνέχεια, η παρακολούθηση γίνεται ανά μήνα ή δίμηνο.

Η προγραμματισμένη επίσκεψη περιλαμβάνει :

- Κλινική εξέταση
- Αλλαγή συνδετικού συστήματος
- Έλεγχο σωματικού βάρους
- Έλεγχο δερματικής εξόδου καθετήρα
- Έλεγχο ζωτικών σημείων
- Έλεγχο και, αν χρειαστεί, τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Εκτίμηση κατάστασης θρέψης και επαναπροσδιορισμό του διαιτολογίου
- Επανεκτίμηση της ικανότητας του ασθενή στην εφαρμογή της τεχνικής της μεθόδου
- Εκτίμηση της επάρκειας κάθαρσης
- Προμήθεια υλικών
- Εργαστηριακό έλεγχο

Κάθε μήνα ή δίμηνο

- Γενική αίματος

- Ουρία, κρεατινίνη
- Σάκχαρο, ουρικό οξύ
- SGOT, SGPT, CK, γ-GT
- Αλκαλική φωσφατάση
- Χοληστερίνη, τριγλυκερίδια
- Ολικά λευκώματα
- Λευκωματίνες
- K⁺, Na⁺, Ca²⁺, P
- Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, HbAc (στους διαβητικούς)

Κάθε 6 μήνες

- Έλεγχος υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας
- Εβδομαδιαία κάθαρση κρεατινίνης (clearance creatinine) και/ή ΚΤ/V ουρίας
- Φερριτίνη
- Προσδιορισμός απώλειας λευκώματος από το διάλυμα

Κάθε χρόνο

- Ακτινογραφία θώρακος
- ΗΚΓ

Οι εξετάσεις αυτές ίσως χρειαστεί να γίνονται πιο συχνά, αν υπάρχει κλινική ένδειξη. Ο νοσηλευτής ΠΚ ολοκληρώνει την εξέταση συζητώντας με τον ασθενή προβλήματα που τον απασχολούν. Αυτά μπορεί να αφορούν τη σχέση μεταξύ των συζύγων, την αλλαγή της εικόνας του σώματος, την εργασιακή και κοινωνική του επανένταξη. Τα στοιχεία του ελέγχου καταχωρούνται στον προσωπικό φάκελο του ασθενούς. Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας μελετούν όλα τα ευρήματα και στη συνέχεια σχεδιάζουν και εφαρμόζουν πρόγραμμα επίλυσης των προβλημάτων.

Ο ασθενής ενημερώνεται γραπτώς για το επόμενο ραντεβού. Σε επείγουσες καταστάσεις, η μονάδα ΠΚ πρέπει να διαθέτει πρόγραμμα παρέμβασης στην κοινότητα από έμπειρο προσωπικό σε 24ωρη βάση.

Παρακολούθηση κατ' οίκον

Ο νοσηλευτής ΠΚ εφαρμόζει πρόγραμμα επίσκεψης στο σπίτι πριν την επιλογή του ασθενούς και μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης του.

Στόχοι της επίσκεψης είναι:

- Ο έλεγχος των συνθηκών ζωής και η τροποποίηση αυτών, εάν χρειάζεται.
- Η μείωση των επισκέψεων στο νοσοκομείο και η ελαχιστοποίηση των ημερών νοσηλείας.
- Η πρόληψη και αντιμετώπιση εκτάκτων συμβαμάτων και επιπλοκών.
- Η συνέχεια και ενίσχυση της διαδικασίας της εκπαίδευσης.
- Η ενθάρρυνση για εργασιακή και κοινωνική επανένταξη.
- Η ηθική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Το οργανωμένο πρόγραμμα παροχής ποιοτικής φροντίδας στην ΠΚ είναι φιλόδοξο και απαιτητικό. Από τους Νοσηλευτές Νεφρολογίας καλούνται να χρησιμοποιηθούν μεθοδικά

οι γνώσεις και οι δεξιότητες τους για να καταστήσουν ανεξάρτητο τον ασθενή, αφού ο ίδιος αναλαμβάνει την υπόθεση της υγείας του.

Η σωστή εκπαίδευση στοχεύει στη μείωση της συχνότητας των επιπλοκών με απώτερο σκοπό τον περιορισμό του κόστους της μεθόδου.

Η ανάπτυξη δικτύου παρακολούθησης στο σπίτι θα έχει ως αποτέλεσμα την ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειας, καθώς επίσης και την ενθάρρυνση για εργασιακή και κοινωνική επανένταξη.

Μέσα από τις δραστηριότητες του νοσηλευτή ΠΚ αναδεικνύεται η σπουδαιότητα του ρόλου του, η καθοριστική συμβολή του στην επιτυχία της μεθόδου, καθώς και η ικανοποίηση του ως επαγγελματία υγείας. (Βουζάβαλη Φ., 1994)

8.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ο ρόλος του νοσηλευτή στην μεταμόσχευση

Όταν ο άρρωστος που έχει επιλεγεί να πάρει το πτωματικό μόσχευμα κάνει εισαγωγή στο Νοσοκομείο, υπάρχει περιορισμένος χρόνος πριν την επέμβαση για πολλά από αυτά που πρέπει να γίνουν, όπως: (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

- I. Ψυχολογική προετοιμασία
- II. Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου
- III. Άμεση προεγχειρητική φροντίδα.

I. Ψυχολογική προετοιμασία

Η στάση του νεφροπαθούς απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει σημαντικά τη μετεγχειρητική του πορεία. Η εξασφάλιση της ψυχολογικής υποστήριξης πριν το χειρουργείο είναι ένα από τα σπουδαιότερα έργα του νοσηλευτή.

Ο φόβος, η αγωνία για την επέμβαση και την εξέλιξη αυτής μπορεί να συμβάλλουν σε μεγάλο ψυχικό stress του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής πρέπει να καταλαβαίνει και να εκτιμά κάθε ανησυχία του αρρώστου καθώς και να γνωρίζει ότι έχει σχέση με τα φάρμακα του και την αιμοκάθαρση.

Θα πρέπει να γνωρίζει λεπτομερώς κάθε τι που μπορεί να βοηθήσει τη μετεγχειρητική πορεία και πιο συγκεκριμένα:

α) Αν έχει ούρα ο νεφροπαθής, διότι κάθε σταγόνα μετά τη μεταμόσχευση θα είναι από τον καινούργιο νεφρό.

β) Εάν ο νεφροπαθής έχει κάποια συνοδό πάθηση, όπως διαβήτης, υπέρταση, προδιάθεση για καρδιακή κάμψη από υπερφόρτωση υγρών ή κάποιο χρόνιο πεπτικό έλκος.

γ) Ο νεφροπαθής πρέπει να είναι προετοιμασμένος για πιθανότητα αποβολής του μοσχεύματος καθώς και πιθανότητα προσωρινής αιμοκάθαρσης, έως ότου αναλάβει ο νέος νεφρός.

Η μεταμόσχευση είναι ένα καθοριστικό γεγονός στη ζωή του νεφροπαθούς. Πρέπει να του δώσουμε να καταλάβει ότι θα κάνουμε οτιδήποτε χρειαστεί προκειμένου να στεφθεί με επιτυχία. Οι ερωτήσεις τους μπορεί να είναι δύσκολες και οι απαντήσεις αδύνατες. Τότε ζητάμε τη βοήθεια του γιατρού. Αυτού του είδους η άριστη επικοινωνία θα εξασφαλίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς. (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

II. Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου

Στη φάση αυτή, αφού γίνει απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, δίδεται φαρμακευτική αγωγή και τοποθετείται κλειστή παροχέτευση της ουροδόχου κύστης (Folley). (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

III. Άμεση προεγχειρητική φροντίδα.

- *Παρατήρηση και εκτίμηση* της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Δηλαδή, κατά την πρωινή θερμομέτρηση, λήψη ΑΠ και σφυγμών, παρατήρηση τυχόν παρέκκλισης από τα φυσιολογικά. Ακόμη ο νοσηλευτής προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα.
- *Κατάλληλο ντύσιμο* και αφαίρεση ρούχων, κοσμημάτων, τεχνητών μελών, χρώμα νυχιών.
- *Προνάρκωση*: Αυτή γίνεται πάντα με εντολή του αναισθησιολόγου 1 - 2 ώρες πριν το χειρουργείο.
- Όλες οι βασικές ενέργειες του νοσηλευτή πρέπει να καταγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο.

Με την ολοκλήρωση μιας επιτυχημένης μεταμόσχευσης δεν σημαίνει ότι ο ασθενής παύει να αντιμετωπίζει άλλα προβλήματα. Οι άμεσες μετεγχειρητικές ημέρες είναι αρκετά αγχώδεις και στη *Μεταμόσχευση* περισσότερο ίσως από κάθε άλλη ιατρική θεραπεία, όπου η έκβαση της επιτυχίας εξαρτάται από τη συνεργασία μεγάλου αριθμού ειδικοτήτων.

Ο νοσηλευτής του ορόφου παίζει τον κεντρικό συντονιστικό ρόλο όλων των τμημάτων και υπηρεσιών.

Παράδειγμα: Η ανοσοκατασταλτική θεραπεία θα δοθεί χωριστά για κάθε άρρωστο, η δε δόση εξαρτάται από το νεφρικό και αιματολογικό έλεγχο. Η νοσηλεία μπορεί να αλλαχθεί και δύο φορές την ημέρα. Αυτό μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε σύγχυση, εκτός εάν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει στενή συνεργασία και υπάρχει ένα ασφαλές σύστημα καταγραφής φαρμάκων και υγρών που χορηγούνται.

Οι στόχοι και η φροντίδα της μετεγχειρητικής περιόδου μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών ενοχλημάτων όπως:

- α) πόνος.
- β) έμετος - λόξυγκας.
- γ) δυσφορία - ανησυχία - δίψα.
- δ) διάταση ουροδόχου κύστης και εντέρου.

2. φροντίδα για

- α) θέση αρρώστου στο κρεβάτι.
- β) έγερση από το κρεβάτι.
- γ) φροντίδα επούλωσης τραύματος.
- δ) φυσιοθεραπεία - κινησιοθεραπεία.
- ε) σχολαστική καθαριότητα σώματος και περιβάλλοντος.

3. Παρακολούθηση για πιθανή εκδήλωση συμπτωμάτων

- α) απόρριψης
- β) τοξικότητας φαρμάκων,
- γ) λοιμώξεων.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί πόσο ουσιαστικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και φροντίδα του ασθενούς. Έτσι, παίρνοντας ως κίνητρο την προσφορά του, πρέπει να θεωρείται βασικός συντελεστής κάθε θεραπευτικής προσπάθειας.

Στη συγκεκριμένη ομάδα αρρώστων και όσον αφορά τη μεταμόσχευση είναι πολλά αυτά που πρέπει να προνοήσουμε, να προλάβουμε και να συμβάλλουμε, δίνοντας προσοχή και στην πιο μικρή λεπτομέρεια. Διότι εδώ δεν υπάρχει κανένα περιθώριο λάθους. (Σαχίνη Α, Πάνου Μ., 1985)

8.6 Γενικό σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας

Πρόβλημα

I. Διαταραχή ισοζυγίου υγρών.

Σκοπός

- α. Διατήρηση ή αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών.
- β. Έγκαιρη ανίχνευση αν ισοζυγίων
- γ. Υποστήριξη συμπεριφοράς αυτοφροντίδας

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Καθημερινό ζύγισμα - την ίδια ώρα, με τον ίδιο ζυγό, με τα ίδια ρούχα.
- β. Ακριβής μέτρηση Προσλαμβανόμενων - Αποβαλλόμενων υγρών. Ενθάρρυνση του αρρώστου να ακολουθεί πιστά το σχήμα πρόσληψης υγρών.
- γ. Εκτίμηση οιδήματος (ποδικού, ιερού, περιοφθαλμικού) τουλάχιστον κάθε 8 ώρες. Εκτίμηση ελαστικότητας δέρματος.
- δ. Χορήγηση διουρητικών και παρακολούθηση για απόκριση,
- ε. Αρτηριακή Πίεση, σφύξεις, Κεντρική Φλεβική Πίεση (Κ.Φ.Π.), Πνευμονική Τριχοειδική Σφηνοειδή Πίεση (ΠΤΣΠ - Swan Guanz) κάθε 4 ώρες, τουλάχιστον Πίεση Πνευμονικής Αρτηρίας (ΠΠΑ - από Swan Guanz) κάθε ώρα.
- στ. Έλεγχος καρδιακών και πνευμονικών ήχων τουλάχιστον κάθε 8 ώρες· έλεγχος για διάταση σφαγίτιδων φλεβών.

Πρόβλημα

II. Διαταραχή ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου

Σκοπός

- α. Διατήρηση ή αποκατάσταση ισοζυγίου ηλεκτρολυτών»
- β. Έγκαιρη ανίχνευση αν ισοζυγίων

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Προσεκτική συλλογή εργαστηριακών δειγμάτων.
- β. Γνώση της ηλεκτρολυτικής συμπύκνωσης των ΕΦ. υγρών και των φαρμάκων που χορηγούνται στον άρρωστο.
- γ. Παρακολούθηση για σημεία:
 - Αρρυθμιών - (Monitor) μεταβολές στο ΗΚΓ.
 - Υπονατριαιμίας - Αίσθημα αδυναμίας
 - Υπερνατριαιμίας - Έντονο αίσθημα δίψας
 - Υπασβεστιαμίας - Τετανία, Θετικά σημείο του Chvostek
- δ. Υπερκαλιαιμία - Χορήγηση ΚΑΥΕΧΑΛΑΤΕ α) από το στόμα – μπορεί να αναμιχθεί (από το φαρμακείο) με Sorbitol για ωσμωτική διούρηση, β) με υποκλυσμό - παραμένει 30'-45'. Περιορισμός διαιτητικού καλίου.
- ε. Υπερφωσφαταιμία - Χορήγηση δεσμευτικών φωσφορικής ρίζας με τα γεύματα. Μείωση Ρ δίαιτας (περιορισμός κρέατος, γάλακτος, οσπρίων, αεριούχων ποτών).
- στ. Υπασβεστιαμίας - Αύξηση απορρόφησης εντερικού ασβεστίου με διαιτητικά και φαρμακευτικά (ανθρακικό ή γλυκονικό ασβέστιο) μέσα.
- ζ. Προσαρμογή διαιτητικού νατρίου ανάλογα με τις ανάγκες (καθορίζεται από το ποσό που αποβάλλεται από τα ούρα το 24ωρο).

Πρόβλημα

III. Διαταραχή οξεοβασικού ισοζυγίου.

Σκοπός

- α. Διατήρηση ή αποκατάσταση οξεοβασικού ισοζυγίου.
- β. Έγκαιρη ανίχνευση ανισοζυγίου,

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Παρακολούθηση για αύξηση της συχνότητας και του βάθους της αναπνοής (αντισταθμιστική).
- β. Παρακολούθηση για μείωση διανοητικής εγρήγορσης (σύγχυση, λήθαργος, κώμα).
- γ. Παρακολούθηση και εκτίμηση λειτουργίας της καρδιάς.
- δ. Χορήγηση διττανθρακικού νατρίου ή προδρόμων του.

Πρόβλημα

- IV. Μείωση απέκκρισης και επομένως κατακράτηση προϊόντων μεταβολισμού.

Σκοπός

- α. Διατήρηση ή αποκατάσταση επιπέδων μεταβολικών προϊόντων σε φυσιολογικά όρια.
- β. Έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση αζωθαιμίας.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Αναγραφή ποσότητας και όγκοι ούρων,
- β. Εκτίμηση για νυκτουρία, συχνουρία, ανάγκη για ούρηση, πόνο, καύσωνα, διάταση, κατακράτηση, αφρώδη ούρα.
- γ. Παρατήρηση και αναγραφή παθολογικού Ειδικού Βάρους ούρων και ωσμωλικότητας, αιματοουρίας, πρωτεϊνουρίας, αύξησης ουρίας αίματος, κρεατινίνης, ουρικού οξέος, μείωσης καθαρού κρεατίνης.
- δ. Αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων που δημιουργεί η αζωθαιμία.

Πρόβλημα

- IV. Διαταραχή θρεπτικού ισοζυγίου.

Σκοπός

- α. Προαγωγή πρωτεϊνικής ομοιόστασης.
- β. Πρόληψη κατάστασης αρνητικού ισοζυγίου αζώτου (καταβολισμός).
- γ. Υποστήριξη συμπεριφοράς αυτοφροντίδας.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει τη δίαιτα που του έχει ορισθεί.
 - Μικρή ποσότητα ζωικής πρωτεΐνης για χρησιμοποίηση της σε αναβολικές επεξεργασίες και μείωση, επομένως, επιπέδων ουρίας και ουρικού οξέος.
 - Πολλές θερμίδες για προαγωγή μεταβολισμού των πρωτεϊνών.
 - Σχεδιασμός γευμάτων με τον άρρωστο.
 - Έξι μικρά γεύματα.

- β. Πλήρης παρεντερική θρέψη, αν υπάρχει εντολή.

Πρόβλημα

- V. α Προβλήματα από διάφορα συστήματα.

Κυκλοφορικό : Συμφορητική Καρδιακή, Ανεπάρκεια, Αρρυθμίες, Περικαρδίτιδα, Collapse

Σκοπός

- α. Πρόληψη προβλημάτων.
- β. Έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

α. Εκτίμηση και αναφορά:

- Αύξησης: Αρτηριακή Πίεση (Α.Π), Βάρος Σώματος (Β.Σ), ιστικού οιδήματος, Κεντρική Φλεβική Πίεση (Κ.Φ.Π.), διάτασης σφαγίτιδας.
- Ασυνηθών καρδιακών ρυθμών (καλπασμός, ταχυκαρδία).

β. Αρρυθμίες (K⁺) - Εκτίμηση και αναφορά:

- Αιχμηρού κύματος T.
 - Αύξησης διαστήματος QRS.
- Έτοιμα για χρήση
- ΚΑΥΕΧΑΛΑΤΕ (από το στόμα ή με υποκλισμό).
 - Υπέρτονα διαλύματα γλυκόζης και κρυσταλλική ινσουλίνη για είσοδο του K στο κύτταρο.
 - Διπτανθρακικό νάτριο για διόρθωση της οξέωσης και είσοδο του K στο κύτταρο, και διάλυμα 10% γλυκονικού ασβεστίου για αλλαγή της καρδιακής διεγερσιμότητας.

γ. Περικαρδίτιδα – Εκτίμηση και αναφορά.

- Χαμηλού πυρετού (37,° C).
- Παράδοξου σφυγμού.
- Ήχου περικαρδιακής τριβής.
- Θωρακαλγίας που επιδεινώνεται στην οριζόντια και μειώνεται στην καθιστή, με κλίση προς τα εμπρός θέση.

Έτοιμα τα απαραίτητα για περικαρδιοκέντηση.

δ. Κυκλοφορικό Collapse - Εκτίμηση για:

- Απότομη πτώση Α.Π., Κ.Φ.Π., μεγέθους σφυγμού (μικρός).
- Ταχυκαρδία.
- Εφίδρωση, ψυχρά άκρα.
- Μειωμένη διανοητική εγρήγορηση.

Πρόβλημα

VI. β Αναπνευστικό - πνευμονικό οίδημα, πνευμονία.

Σκοπός

- α. Πρόληψη, έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων,
- β. Ενθάρρυνση συμπεριφοράς αυτοφροντίδας.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

α. Εκτίμηση αλλαγών στη συχνότητα, το βάθος και τη ρυθμικότητα αναπνοών.

β. Σημείωση αλλαγών στους πνευμονικούς ήχους (υγροί ρόχχοι).

γ. Γύρισμα στο κρεβάτι, βήξιμο, βαθιές αναπνοές κάθε 2 - 4 ώρες. Χρησιμοποίηση φιάλης εμφύσησης κάθε 4 ώρες.

δ. Αναφορά κυάνωσης, μεγάλου βαθμού ανησυχίας, αιμόφυρτα και αφρώδη πτύελα.

ε. Παραγωγή έγκαιρης έγερσης και δραστηριοποίησης.

στ. Παρακολούθηση αερίων αρτηριακού αίματος και ακτινογραφίας θώρακα.

Πρόβλημα

VI. γ. Νευρικό, Μειωμένη διανοητική λειτουργία, Αισθητικές - Κινητικές διαταραχές.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Έλεγχος προσανατολισμού στο χρόνο, τόπο, πρόσωπα, τουλάχιστον κάθε 8 ώρες.
- β. Συχνός έλεγχος επιπέδου συνείδησης,
- γ. Συνομιλία με τον άρρωστο για σύντομα χρονικά διαστήματα.
- δ. Παροχή λίγων πληροφοριών κάθε φορά στον άρρωστο.
- ε. Υπομονή αν είναι απαραίτητη ή συχνή επανάληψη και ανακεφαλαίωση πληροφοριών και οδηγιών.
- στ. Αξιολόγηση οξύτητας αισθήσεων.
- ζ. Εκτίμηση αρρώστου για κινητικά προβλήματα: Δυσκολία στη βάσιση, Αιμωδία κατά τη βάδιση.
- η. Εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- θ. Βοήθεια στην αυτοφροντίδα του αρρώστου ανάλογα με τις ανάγκες του.

Πρόβλημα

VI. δ. Γαστρεντερικό. Στόμα: δυσάρεστη μεταλλική γεύση, ξηρότητα, εξελκώσεις, ναυτί και έμετοι, λόξιγκας.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Βοήθεια αρρώστου στη φροντίδα στόματος.
 - Πλύση (ξύδι).
 - Σκληρά ζαχαρωτά και τεμάχια πάγου αντί νερού
- β. Σε επώδυνες στοματικές αλλοιώσεις: γλοιώδης ξυλοκαΐνη.
- γ. Σε αιμορραγία ούλων: αντικατάσταση οδοντόβουρτσας με γάζα.
- δ. Χορήγηση αντιεμετικών 30' - 45' πριν από το φαγητό και αντί όξινων, αν βοηθούν.
- ε. Χορήγηση φαρμάκων, αν υπάρχει εντολή, για αντιμετώπιση του λόξιγκα.
- στ. Συμπτωματική θεραπεία του λόξιγκα με εισπνοή CO₂.
- ζ. Παρακολούθηση κενώσεων, εμεσμάτων, υγρού αναρρόφησης για αίμα.
- η. Αύξηση συχνότητας παρακολούθησης των ζωτικών σημείων.
- θ. Συχνά μικρά γεύματα με φαγητά που μπορεί να μασήσει και να καταπιεί ο άρρωστος.
Χορήγηση συμπληρωματικών θερμίδων.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Παρακολούθηση για κνησμό και για εξάνθημα, ξηρότητα ή ερυθρότητα του δέρματος.
- β. Μπάνιο κάθε δεύτερη μέρα με χλιαρό νερό.
- γ. Μαλακτικά δέρματος (λοσιόν λανολίνης).
- δ. Κομμένα νύχια.
- ε. Αύξηση της υγρασίας του περιβάλλοντος σε ξηρές μέρες.

Πρόβλημα

VI. ε. Ουροποιητικό: Μειωμένη απέκκριση φαρμάκων, Ουρολοιμώξεις.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Στενή παρακολούθηση προσλαμβανόμενων - αποβαλλομένων υγρών (χρόνος, ποσότητα, τύπος υγρού).
- β. Εκτίμηση αρρώστου για πιθανές ανεπιθύμητες τοξικές ενέργειες φαρμάκων.

- γ. Προσεκτική συλλογή ούρων για καλλιέργεια.
- δ. Αποφυγή καθετηριασμού και στάσης ούρων.

Πρόβλημα

VI. στ. Μυοσκελετικό: Αυτόματα κατάγματα, Σπασμοί, Πόνος.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Λήψη μέτρων ασφάλειας,
 - Προφυλακτήρες
 - Βοήθεια στην έγερση
 - Χρήση μηχανικών βοηθημάτων για βάρδιση
- β. Αναλγητικά.
- γ. Μέτρα για πρόληψη κράμπας.
 - Θερμά επιθέματα
 - Ασκήσεις (ισομετρικές)
 - Ασκήσεις σε ορθή θέση, αν μπορεί ο άρρωστος.
- δ. Τακτοποίηση για έναρξη φυσικοθεραπείας που στοχεύει στη βελτίωση του μυϊκού τόνου.

Πρόβλημα

VI. ζ. Ενδοκρινικό: Μεταβολές στη σεξουαλική λειτουργία.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

α. Δημιουργία και διατήρηση περιβάλλοντος στο οποίο θα μπορεί ο άρρωστος να εκφράζει τα αισθήματά του και να συζητά τα προβλήματά του.

Πρόβλημα

VI. η Αιμοποιητικό: Μειωμένη μεταφορά O₂ στους ιστούς: μείωση δραστηριοτήτων (αίσθημα κόπωσης, αδυναμίας), κακή λειτουργία εγκεφάλου, θωρακαλγία, δύσπνοια. Κίνδυνοι αιμορραγίας και λοιμώξεων.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Βαθμιαία αύξηση επιπέδου δραστηριότητας βάσει σχεδίου που καταρτίζεται σε συνεργασία με τον άρρωστο.
- β. Αποφυγή σιτίων που δημιουργούν αέρια.
- γ. Ανάρροπη θέση.
- δ. Χορήγηση O₂ όταν είναι ανάγκη.
- ε. Ειδοποίηση γιατρού για δύσπνοια και θωρακαλγία που δεν υποχωρούν.
- στ. Λήψη μέτρων για αποφυγή τραυματισμών.
- ζ. Έλεγχος απεκκριμάτων για παρουσία αίματος.
- η. Χορήγηση σκευασμάτων Fe. Να μη χορηγούνται με δεσμευτικά φωσφόρου γιατί μειώνουν την απορρόφηση του Fe.
- θ. Ασηπτη τεχνική στη φροντίδα τραυμάτων ή σημείων ενδοφλέβιας χορήγησης.
- ι. Φροντίδα καθετήρα και περινέου κάθε 8 ώρες.
- κ. Μέτρα για αποφυγή πνευμονίας.
- λ. Φροντίδα στόματος, δέρματος.
- μ. Προαγωγή θρέψης του αρρώστου,

ν. Μέτρα για αποφυγή πνευμονία

ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Οι δύο νεφροί, βρίσκονται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης, στο ύψος της οσφυϊκής μοίρας και πίσω από το περιτόναιο (οπισθοπεριτοναϊκός χώρος). Ο δεξιός νεφρός βρίσκεται κατά 1,5 εκατοστά χαμηλότερα από τον αριστερό και έχουν σχήμα φασολιού. Το βάρος των νεφρών, είναι περίπου 250 – 350 γραμμάρια, Ο νεφρώνας αποτελείται από δύο κύρια στοιχεία, το νεφρικό σπείραμα και το νεφρικό σωληνάριο. (Χατζημπούγιας Ι., και συν., 2003, Κορτσίδης Ε., 1983)

Ο νεφρός συμβάλλει στην ομοιοστάση των υγρών του οργανισμού απεκκρίνοντας στα ούρα την περίσσεια των διαλυτών ουσιών και του νερού. Οι κύριες ομοιοστατικές λειτουργίες του νεφρού είναι απέκκριση άχρηστων ουσιών, η ομοιοστάση υγρών και ηλεκτρολυτών και η νεφρική ορμονική ρύθμιση. (Harrison B., etal., 1996)

Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (ΧΝΑ), είναι ένα συνεχές φάσμα νόσων που χαρακτηρίζεται από επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Είναι μια κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλλουν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ή να εκτελέσουν τις ρυθμιστικές τους λειτουργίες. (Θάνου Ι., 2003, Ζηρογιάννης Π., 2005)

Τα αίτια που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ΧΝΑ είναι η σπειραματονεφρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερτασική νεφρική νόσος, η ουραιμία, η πυελονεφρίτιδα, η διάμεση νεφρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η αρτηριοσκλήρωση. (Ζηρογιάννης Π., 1993)

Τα συμπτώματα της ΧΝΑ είναι μια γενική αίσθηση κούρασης, αλλαγή στη συχνότητα ή στη διαδικασία της ούρησης, μείωση ανάγκης ούρησης κατά τη διάρκεια της νύχτας, κάψιμο κατά τη διάρκεια της ούρησης, ούρα που περιέχουν αίμα ή ούρα σε καφέ χρώμα, πρήξιμο στο πρόσωπο, στα πόδια ή στο στομάχι, πόνος στο κατώτερο σημείο της πλάτης, υψηλή Αρτηριακή Πίεση, ανικανότητα συγκέντρωσης, ζάλη, δυσκολία στην αναπνοή, πόνοι στο στήθος, φαγούρα κατά μήκος όλου του σώματος, κράμπες και σπασμοί, μειωμένη όρεξη, ναυτία, ασυνήθιστη γεύση στο στόμα, τάση προς εμετό, απώλεια βάρους, κάψιμο στα πόδια, μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα. (Bonomini V., et al., 1981, Ζηρογιάννης Π., 1993)

Η ΧΝΑ φέρει ένα σύνολο επιπλοκών από όλα τα συστήματα όπως, από το κυκλοφορικό σύστημα, το αιμοποιητικό, το ερειστικό, το γαστρεντερικό, το νευρικό, τους ενδοκρινείς αδένες, το ουροποιητικό, συμπτώματα από το δέρμα. (Ζηρογιάννης Π., και συν., 1993, Βήτα Λ., και συν., 1993, Klahr S., etal., 1991)

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι για κάθε ασθενή με ΧΝΑ απαιτείται εξατομικευμένη επιλογή της μεθόδου θεραπείας που να εξασφαλίζει, εκτός από την επιβίωση, την πρόληψη επιπλοκών και ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Οι μορφές θεραπείας είναι η Αιμοκάθαρση, η Περιτοναϊκή Κάθαρση και οι μορφές της όπως η εξωνεφρική κάθαρση και η ΣΦΠΚ και η μεταμόσχευση νεφρού σε συνδυασμό με την κατάλληλη δίαιτα του ασθενούς. (Σόμπολος Κ., 1984)

Η μεγαλύτερη πρόκληση για τον ασθενή είναι να μάθει να ζει με την ασθένειά του, τις απαιτήσεις της θεραπείας, την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξή της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές που παρουσιάζει κατά τη χρόνια φάση. (Κωσταντίδου Μ., 1998)

Οι αλλαγές που βιώνει είναι σημαντικές τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στις σχέσεις του με τους άλλους. Αναζητά, μια νέα ισορροπία στις καινούργιες συνθήκες ζωής και προσπαθεί να συγκεράσει τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις ικανότητες του ώστε, εξασφαλίζοντας ένα «φυσιολογικό ρυθμό» ζωής, να αποκτήσει μια αίσθηση ασφάλειας. Η ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που εξασφαλίζει την ικανοποιητική λειτουργία του ατόμου, σε τέσσερις βασικούς τομείς: τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό, τον εργασιακό και τον οργανικό. Εξαρτάται, από τις στρατηγικές που θα ενεργοποιήσει το άτομο, για να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις που προβάλλει η χρόνια νόσος, στους τομείς που προαναφέρθηκαν. (Παπανουδάκη - Μπροκαλάκη Η., 1994, Ραγιά Α., 1993)

Οι ασθενείς που πάσχουν από ΧΝΑ αντιμετωπίζουν εκτός των σωματικών προβλημάτων τους και ψυχολογικά προβλήματα, όπως είναι η άρνηση, η κατάθλιψη, το άγχος, η οργή και ο φόβος του θανάτου. Επίσης η θεραπεία προκαλεί άγχος και ψυχολογικά προβλήματα. Σε μερικούς ασθενείς, τα αποτελέσματα αυτών είναι η αυτοκτονία ή η εγκατάλειψη της θεραπείας τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό και κυρίως τα μέλη της οικογένειας, πρέπει να στηρίζουν ψυχολογικά τον ασθενή και να του δώσουν κουράγιο και δύναμη για να αποδεχτεί το πρόβλημά του και να συνεχίσει τη ζωή του με αισιοδοξία για το μέλλον. (Κωστανίδου Μ., 1998)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι δύο νεφροί, βρίσκονται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης, στο ύψος της οσφυϊκής μοίρας, και πίσω από το περιτόναιο (οπισθοπεριτοναϊκός χώρος). Ο νεφρός συμβάλλει στην ομοιοστάση των υγρών του οργανισμού απεκκρίνοντας στα ούρα την περίσσεια των διαλυτών ουσιών και του νερού. (Χατζημπούγιας Ι., και συν., 2003, Κορτσιδής Ε., 1983)

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ΧΝΑ είναι μία συστηματική νόσος που καθιστά αδύνατη τη φυσιολογική λειτουργία των νεφρών, με αποτέλεσμα την αδυναμία αποβολής των άχρηστων προϊόντων, προκαλώντας μια σειρά σωματικών προβλημάτων, που επηρεάζουν τη σύσταση ολόκληρου του οργανισμού. Έτσι, ο νεφροπαθής απαιτείται να μπει σε ένα πρόγραμμα θεραπειών οι οποίες αφορούν την αιμοκάθαρση ή την περιτοναϊκή κάθαρση με τις διάφορες μορφές της ή τη μεταμόσχευση αν βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ΧΝΑ, σε συνδυασμό με την συμμόρφωσή του στην κατάλληλη διατροφή. (Θάνου Ι., 2003, Ζηρογιάννης Π., 2005)

Ο ασθενής που κάνει αιμοκάθαρση είναι αναγκασμένος να πηγαίνει 3 φορές εβδομαδιαία στο νοσοκομείο και η ζωή του να εξαρτάται από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης, ή στην Περιτοναϊκή Κάθαρση να πρέπει να υποστεί μια επέμβαση για να τοποθετηθεί κάτω από τον αφαλό ένας καθετήρας μέσω του οποίου θα λαμβάνει τα περιτοναϊκά διαλύματα 3 – 4 φορές ημερησίως, ενώ στη ΣΦΠΚ έχει ένα καθετήρα μόνιμο έτσι ώστε η θεραπεία του να γίνεται επί 24ώρου βάσεως. Εξαιτίας λοιπόν, όλων αυτών η ζωή των νεφροπαθών είναι πολύ δύσκολη, γιατί πρέπει να συνηθίσουν σε αυτόν το νέο τρόπο ζωής που θα επηρεάσει τη διατροφή τους, την ψυχολογία τους ακόμη και την επαγγελματική τους ζωή, τη σεξουαλική συμπεριφορά τους που όλα αυτά συντελούν σε μια κακή ποιότητα ζωής με πολλούς περιορισμούς. (Λάσκαρη Α., 2002)

Η μόνη θεραπεία που υπόσχεται μια καλύτερη ποιότητα ζωής είναι η μεταμόσχευση νεφρού, εφόσον βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα, γιατί όπως είναι γνωστό λίγοι είναι αυτοί που γίνονται δότες. Στην περίοδο της αναμονής όμως, μέχρι να πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση, ο ασθενής περνάει από μια περίοδο μεγαλύτερης αγωνίας και φόβου για την πορεία της ζωής του. Ακόμη όμως και αν βρεθεί το μόσχευμα, η επέμβαση δεν είναι πάντοτε επιτυχής λόγω πιθανής απόρριψης του μοσχεύματος από τον οργανισμό, αναγκάζοντας έτσι τον ασθενή να επιστρέψει σε μία από τις άλλες μορφές θεραπείας. (Ίφου Α., 1999)

Η κοινωνική υποστήριξη, τόσο από ποιοτικής όσο και από ποσοτικής πλευράς, έχει συνδεθεί άμεσα με την καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών, που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Τα μέλη της οικογένειας αποτελούν συνήθως τη σημαντικότερη πηγή κοινωνικής υποστήριξης για κάθε ασθενή. Για να καταφέρουν, όμως, να διατηρήσουν την ικανότητα τους να υποστηρίζουν τον ασθενή, χρειάζονται, με τη σειρά τους, βοήθεια και στήριξη από τα μέλη της ομάδας ΑΜΚ. Επιπλέον, πρέπει να ενθαρρυνθούν οι ασθενείς και η οικογένεια τους να διατηρήσουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, μέσα και πέρα από την οικογένεια. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προτείνει ομάδες υποστήριξης οικογένειας που λειτουργούν στην κοινότητα, καθώς και άλλες ευκαιρίες κοινωνικοποίησης, σε επίπεδο κοινότητας. Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να προταθεί η συμμετοχή σε ομάδες φροντιστών, ομάδες αλληλοϋποστήριξης ατόμων με παρόμοια προβλήματα και στις εκδηλώσεις κέντρων ηλικιωμένων πολιτών. (Ραγιά Α., 1993, Κωστενίδου Μ., 1998)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

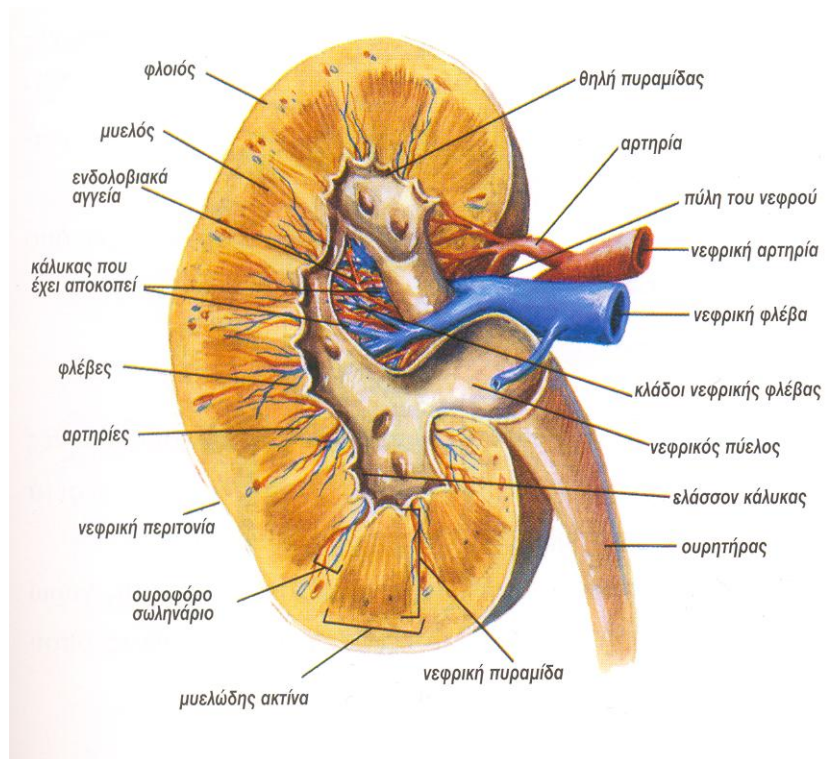
1. Abuelo I., (1988), Renal Pathophysiology: the essentials., Baltimore, Williams and Wilkins, 50:30 – 33.
2. Becker G., Whitworth J., Smith P., (1992), Chronic renal failure in clinical nephrology in medical practise, London, pp 143 – 163.
3. Bernard G., Brigham K., (1983), Pulmonary Complications of uremia, London: Williams and Wilkins, pp. 7 – 43.
4. Biesten W., et al., (2000), An evaluation of an Integrative Care Approach for End – Stage Renal disease Patients, Journal of the American Society of Nephrology, 11: 1340- 1350.
5. Bonomini V., (1979), Early Dialysis – Nephron, 24:157 – 160.
6. Bonomini V., et al., (1981), Pathology of patients treated for 10 years or more, Milano: Wichting, pp, 133 – 137.
7. Chambers J., Fluid and electrolyte problems in renal and urologic disorders, Nurs Clin North Am, 22:815 – 826.
8. Eckardt K., (1999), Cardiovascular consequences of renal anaemia and erythropoietin therapy, 14:1317 – 1323.
9. Eschbach J., (1989),The anaemia of chronic renal failure: pathophysiology and the effects of erythropoietin, 35:134 – 148.
10. Eschbach J., Adamson J., (1988), Recombinant human erythropoietin: implications in nephrology, 11:203 – 209.
11. Foley R., Parfey P., Harnet J., et al., (1996), The impact of anaemia n cardiomyopathy, morbidity and mortality in end-stage renal disease, 28:53 – 61.
12. Gelald A., (1998), What is the place of Patients Disease treatment of renal failure, Kidney International, 54:2234 – 2240.
13. Harrison B., etal., (1996), Acute renal failure, 5th education, Philadelphia, pp. 1200 – 1252.
14. Kazmi W., Kausz A., Khan S., et al., (2001), Anaemia: an early complication of chronic insufficiency renal., 38:803 – 804.
15. Klahr S., Schreiner G., Ichikawa I., (1998), The progression of renal disease, 318:1657 – 1668.
16. Klahr S., et al., (1991), Chronic renal failure: management, 338:423 – 427.
17. Knochel J., (1983), Endocrine changes in patients on chronic dialysis, Boston, pp.71.
18. Lieberthal W., etal., (1992), Acute clinical renal failure, Physiology and Pathophysiology, pp.3181.
19. Uttley L., Prowant B., (1994), Organization of the Peritoneal dialysis program - the nurses role, The Textbook of Peritoneal Dialysis , p. 335-336.
20. Valderrabano F., Horl W., Jacobs C., et al., (2000), Evaluating Anaemia and initiating treatment, Nephrol Dial Transplant, 15:8 – 14.
21. Βήτα Λ., (1993), Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Κλινική Νεφρολογία – Νοσηλευτική, 1^η έκδοση, Αθήνα, σελ. 285.
22. Βλάχος Ε., (1995), Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας κατά την αιμοκάθαρση και τα μέτρα των νοσηλευτών, Αθήνα, σελ., 167 – 190
23. Βουζάβαλη Φ., (1993 – 1994), Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Πρακτικά Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, σελ. 176 – 181.

24. Δημόπουλος Κ., (1981), Μαθήματα Ουρολογίας., Αθήνα. Παλμός, σελ. 29, 34, 40.
25. Ζηρογιάννης και συν., (1993), Κλινική Νεφρολογία – Νοσηλευτική, σελ. 259 – 262.
26. Ζηρογιάννης Π., Αλεβιζάκη Φ., (2005), Ερυθροποιητίνη και Κλινική Νεφρολογία, 1^{ος} τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, σελ. 410 – 415.
27. Ζηρογιάννης Π., Τριανταφύλλης Γ., (2005), Αναιμία και Κλινική Νεφρολογία, 2^{ος} τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, σελ. 1261 – 1281.
28. Ζηρογιάννης Π., Σακκά Ε., (2005), Επιπλοκές από τη χρήση της Ερυθροποιητίνης και Κλινική Νεφρολογία, 4^{ος} τόμος, Αθήνα, σελ. 3303 – 3318.
29. Ζηρογιάννης Π., (2005), Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, 1:45 – 52.
30. Ζηρογιάννης Π., (1993), Εξέλιξη Νεφρικής Βλάβης – Πρόσφατες εξελίξεις στη Νεφρολογία σχετικά με τη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, 19^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, σελ. 12- 28.
31. Θάνου Ι., Κωστανίδου Μ., (2003), Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Η τεχνική της ΣΦΠΚ, σελ. 20- 24.
32. Ίφου Α., (1999) Μεταμόσχευση νεφρού και οι μορφές απόρριψης, Αθήνα, σελ. 590 - 700
33. Κορτσιδης Ε., (1983), Στοιχεία περιγραφικής ανατομικής., Ίδρυμα Ευγενίδου, σελ. 108 – 114.
34. Κωστανίδου Μ. και συν., (1995), Ενημέρωση ασθενούς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια πριν την ένταξή του σε εξωνεφρική κάθαρση, 6^η Επιστημονική Ημερίδα ΕΝΕΝ., Αθήνα, σελ. 25 – 29.
35. Κωστανίδου Μ., (1996), Εφαρμογή Κλινικών Προτύπων στη Μονάδα Περιτοναϊκής Διάλυσης, 7η Επιστημονική Ημερίδα Αθήνα, σελ. 59-63.
36. Κωστανίδου Μ., (1998), Σχέση νοσηλευτών – νεφροπαθούς, Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων, Αθήνα, σελ. 132 – 139.
37. Λάσκαρη Α., (2002) Αιμοκάθαρση με Τεχνητό Νεφρό, Αθήνα, σελ. 150 - 160
38. Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Α., (1985), Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, σελ. 200 – 205.
39. Μελέτης Γ., Τέρπος Ε., Παπανικολάου Γ., (2004), Βασικά στοιχεία που αφορούν την ερυθροποίηση., Αθήνα, σελ., 9 – 40.
40. Μητροπούλου Κ., Λαζαρίδου Ε., (2001), Διατροφικές ανάγκες ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια ΧΝΑ, Αθήνα, σ. 190 – 235
41. Νικολοπούλου Ν., Καραβάς Ι., (1993), Αιτιολογία και παθογένεια, διάγνωση και κλινική εικόνα της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας, σελ. 254 – 258.
42. Παπανουδάκη – Μπροκαλάκη Η., (1993 – 1994), Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Πρακτικά Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, σελ. 121 – 126.
43. Ραγιά Α., (1993), Ένταση, άγχος και Ψυχολογική Νοσηλευτική Παρέμβαση – Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα, σελ., 193 - 223
44. Ραγιά Α., (1994), Ποιότητα στη Νοσηλευτική, Πρακτικά 21ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, σελ. 27-40.
45. Ραγιά Α., (1995), Βασική Νοσηλευτική, Αθήνα, σελ. 329.

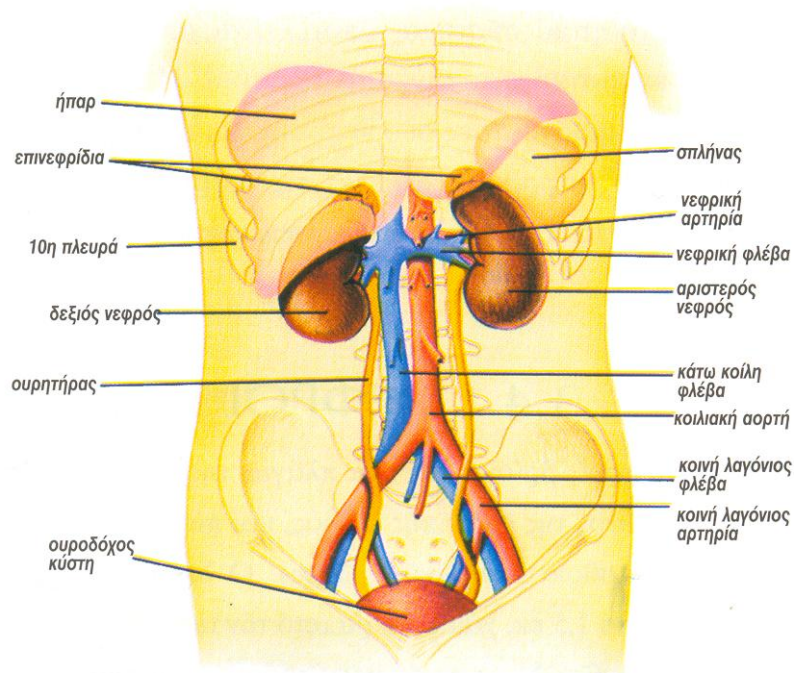
46. Σαχίνη Α, Πάνου Μ., (1985), Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, σελ 414 – 426.
47. Συργάνης Χ., (2003), Η ποιότητα ζωής των νεφροπαθών, Επιμορφωτικό Σεμινάριο Νοσηλευτών, Θεσσαλονίκη, σελ. 450 - 555
48. Σόμπολος Κ., (1983), Η συνηθισμένη αιμοκάθαρση, Θεσσαλονίκη, σελ., 149 - 160
49. Σόμπολος Κ., (1984), Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 540 – 565.
50. Σταθάκης Χ., (1984), Κριτήρια επιλογής ασθενών για Συνεχή Φορητή Περοτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΠΚ), 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεφρολογίας, Πάτρα, σελ. 643 – 648.
51. Χατζημηνάς Ι., (1987), Επίτομη Φυσιολογία, 2^η έκδοση, Αθήνα , Παρισιάνος, σελ. 230 – 234.
52. Χατζημπούγιας Ι., και συν., (2003), Στοιχεία Ανατομίας, Αθήνα, σελ. 180 – 250
53. Χατζημηνάς Ι., (1987), Επίτομη Φυσιολογία, 2^η έκδοση, Αθήνα , Παρισιάνος, σελ. 230 – 234.
54. Χριστοδουλάκης Ν., και συν, (1996), Ανατομική του Νεφρικού Συστήματος, Θεσσαλονίκη, σελ. 55 - 70

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:

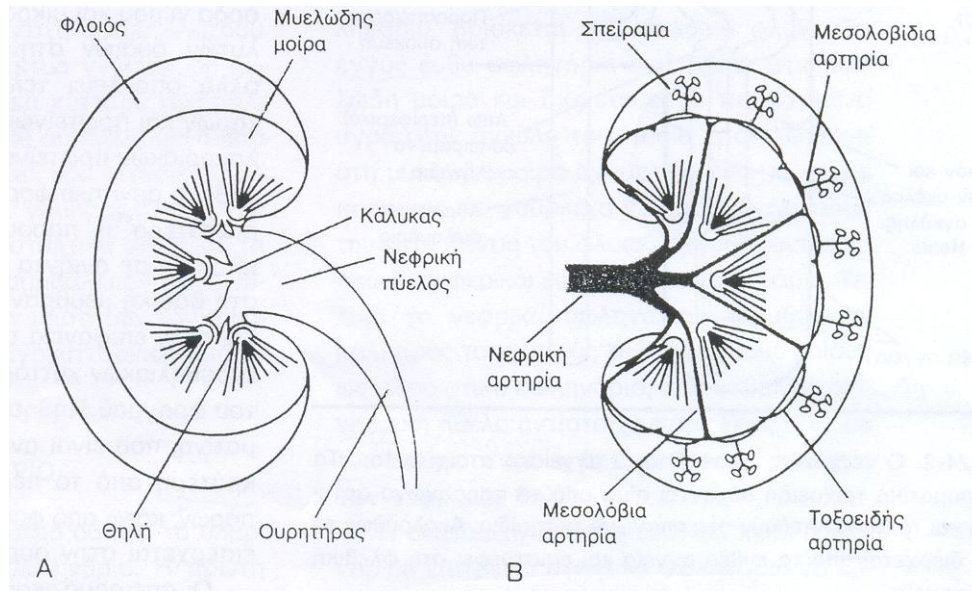
Εικόνα 1: Το νεφρό σε κατά μήκος τομή



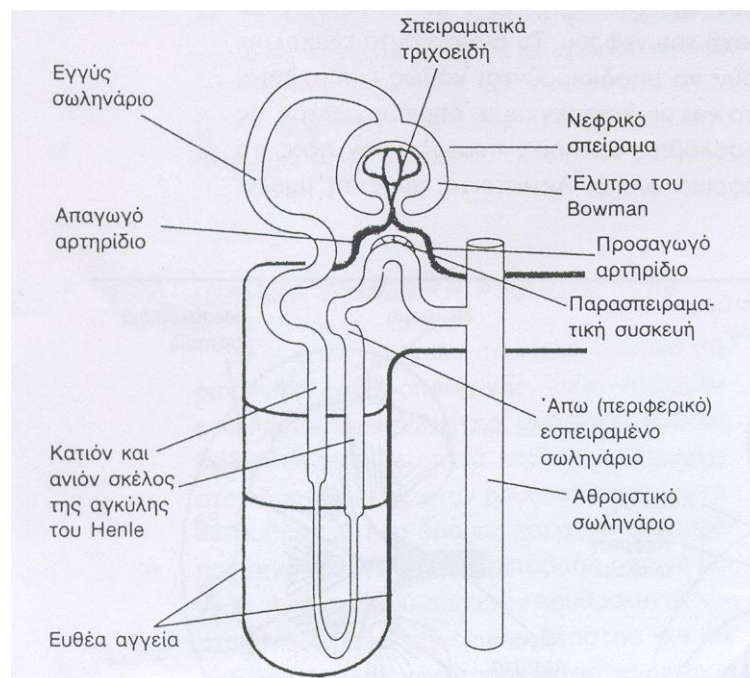
Εικόνα 1.1: Ανατομική εικόνα νεφρών



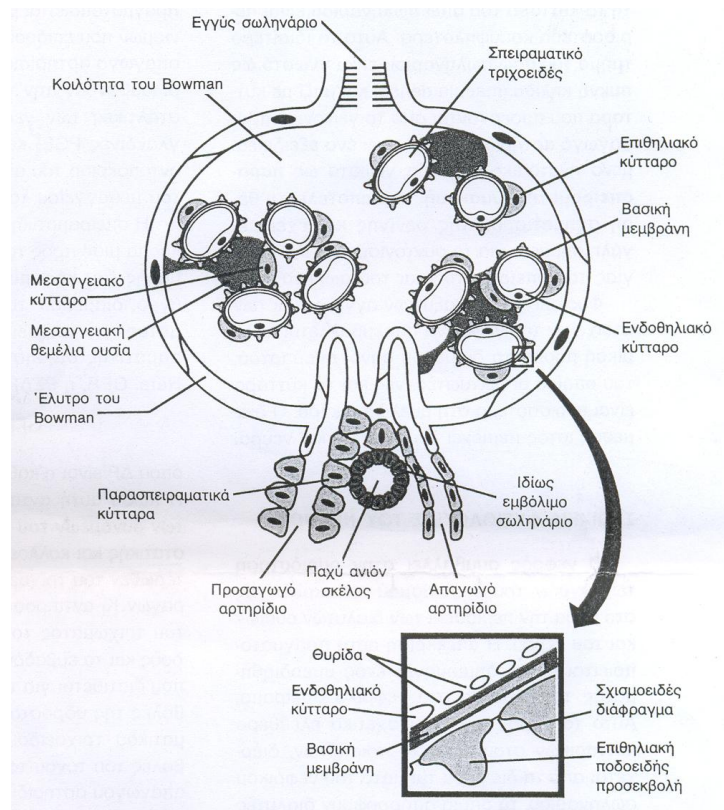
Εικόνα 2 - Εικόνα 3: Αδρή ανατομική του νεφρού
 Α. Το σύστημα συστολής των ούρων
 Β. Το σύστημα των αρτηριών



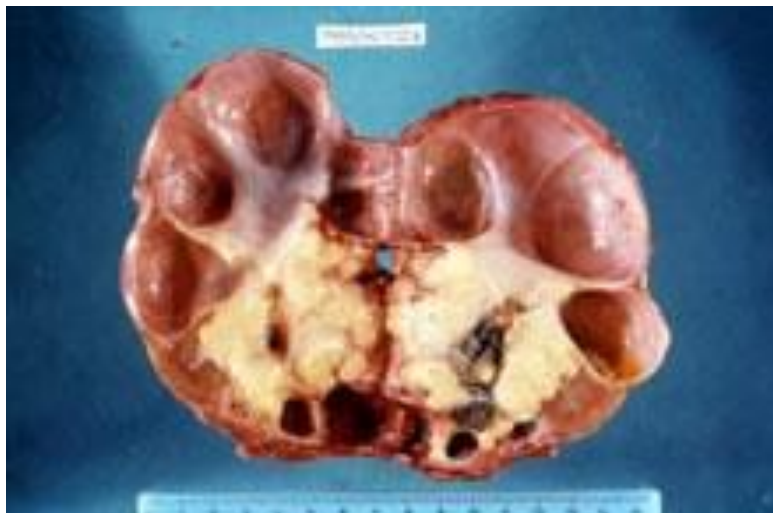
Εικόνα 4: Ο νεφρώνας με τα βασικά αγγειακά στοιχεία του. Τα σπειραματικά τριχοειδή δέχονται αίμα από το προσαγωγό αρτηρίδιο και το παροχετεύουν στα απαγωγά αρτηρίδια. Ακολούθως το αίμα διέρχεται από τα ευθεία αγγεία και επιστρέφει στη φλεβική κυκλοφορία.



Εικόνα 5: Το νεφρικό σπείραμα. Στην ένθετη εικόνα τα στοιχεία που σχηματίζουν το φραγμό διήθησης.



Εικόνα 6: Νεφρό από ΧΝΑ



Πίνακας 1: Στάδια έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας.

-
1. Στάδιο μείωσης νεφρικής εφεδρείας $\geq 50\%$
 2. Στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας (GFR 25-50%)
 3. Στάδιο «εμφανούς» νεφρικής ανεπάρκειας (GFR 10-25%)
 4. Στάδιο ουραιμίας (GFR < 10%)
-

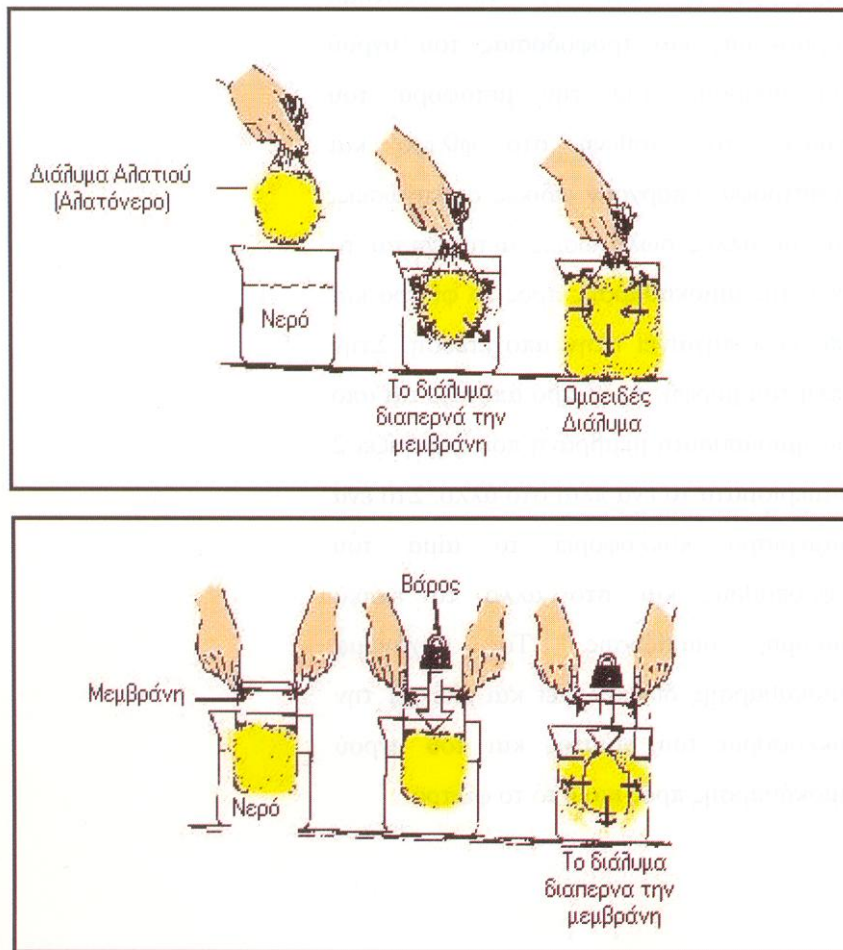
Πίνακας 2: Κλινικές και εργαστηριακές ενδείξεις επείγουσας έναρξης αιμοκάθαρσης.

-
1. Υπερκαλιαιμία
 2. Περικαρδίτιδα
 3. Ουραιμική εγκεφαλοπάθεια, προχωρημένη νευροπάθεια
 4. Πνευμονικό οίδημα
 5. Τιμές κρεατινίνης άνω των 12 mg/dL
-

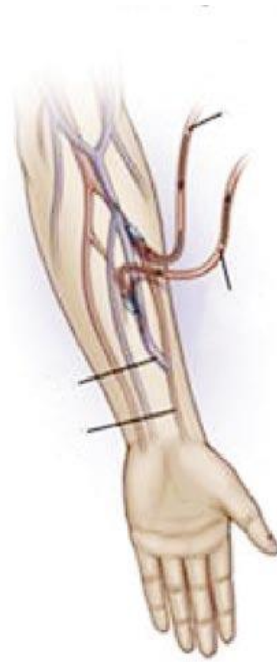
Πίνακας 3 Επιλογή του ηλεκτρολυτικού διαλύματος

Νάτριο	136-140	mEq/L
Κάλιο	1,7-2	mEq/L
Ασβέστιο	2,5-3	mEq/L
Μαγνήσιο	0,6-1,6	mEq/L
Χλώριο	109-114	mEq/L
Διττανθρακικά	30-40	mEq/L

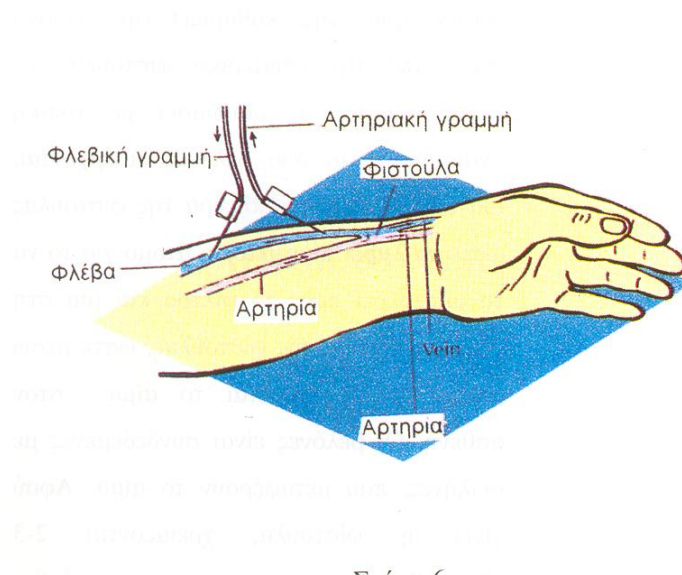
Εικόνα 7: Η μεταφορά της ουσίας της αιμοκάθαρσης με τρεις βασικούς μηχανισμούς



Εικόνα 8: Αρτηριοφλεβώδες συρίγγιο (Φίστουλα). Αίμα από και προς ο μηχανήμα της αιμοκάθαρσης



Εικόνα 8(α): Η φίστουλα



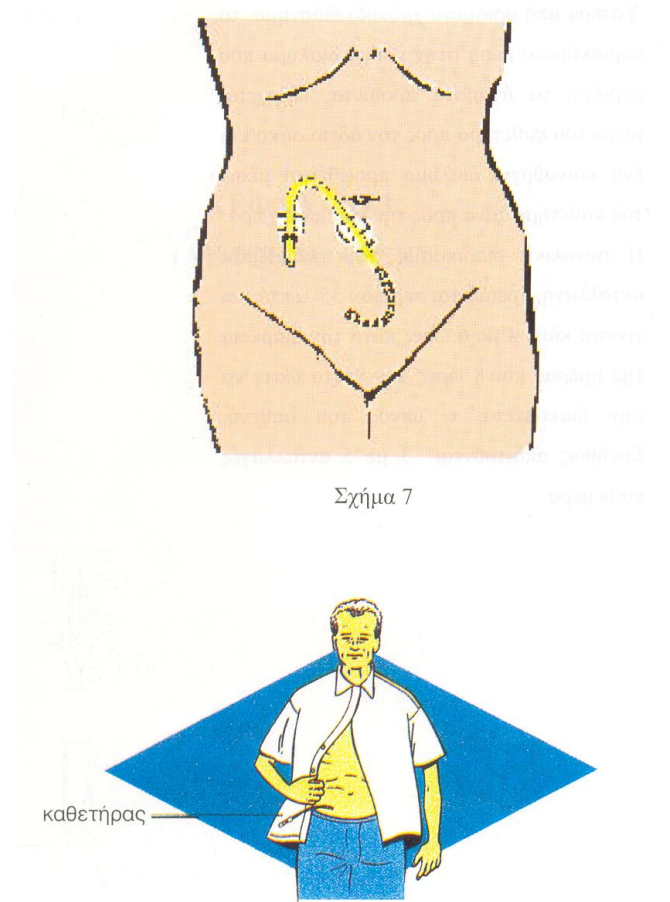
Εικόνα 8(α1): Αιμοκάθαρση στο σπίτι ή σε μονάδα Τεχνητού Νεφρού



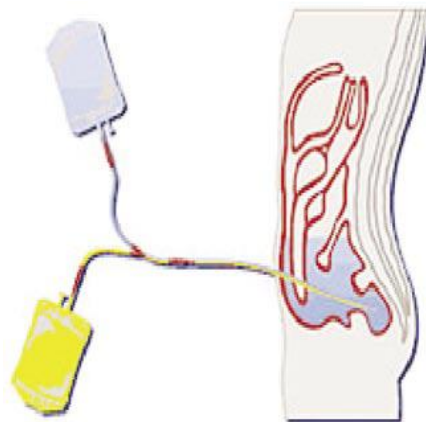
Εικόνα 8(α2): Αιμοκάθαρση στο σπίτι



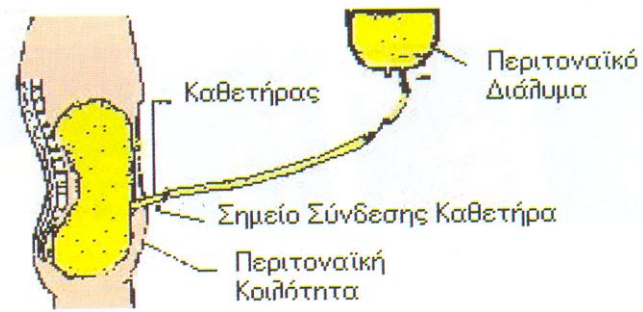
Εικόνα 9: Καθετήρας περιτοναϊκής κάθαρσης στην κοιλιακή χώρα



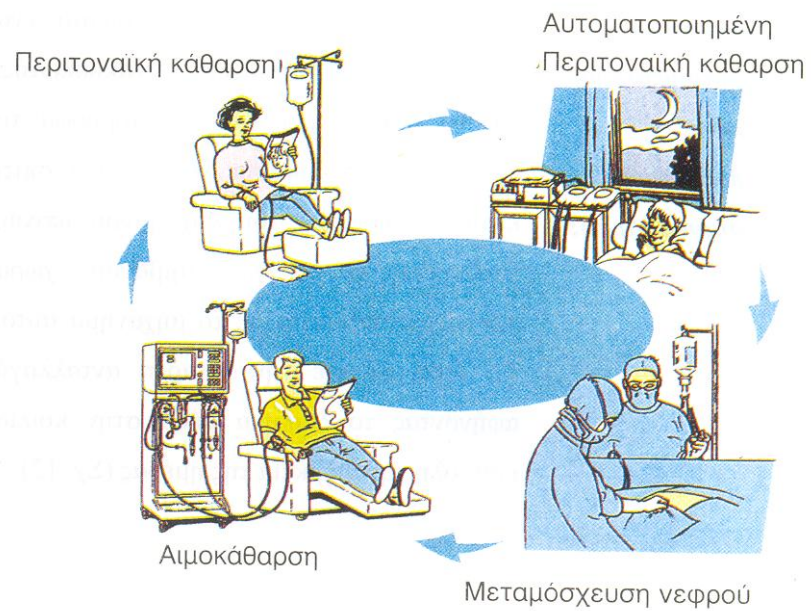
Εικόνα 9(α): Διάλυμα και καθετήρας Περιτοναϊκής Κάθαρσης



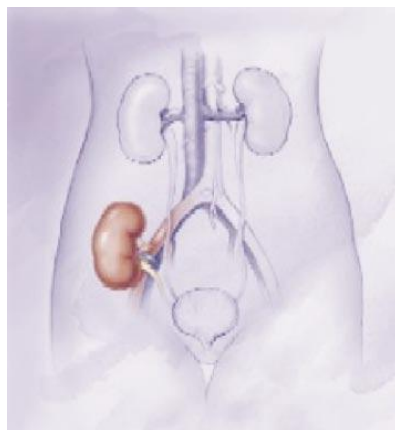
Εικόνα 10: Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση



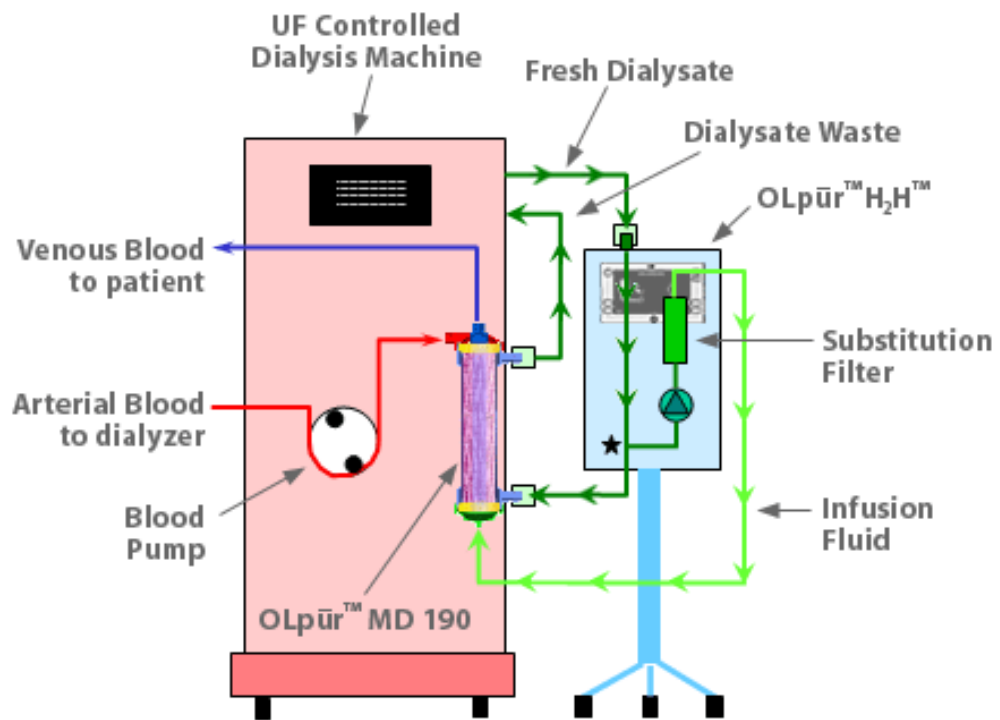
Εικόνα 11: Μεταμόσχευση Νεφρού

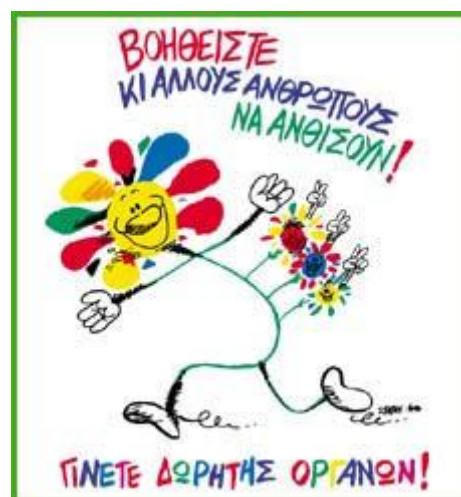


Μεταμόσχευση Νεφρού



Εικόνα 12: Αιμοδιήλυση





ΣΤΑ ΤΑΞΙΔΙΑ
ΜΗΝ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΜΑΖΙ
ΣΑΣ ΕΝΑ ΣΟΦΟ ΑΧΡΗΤΑ
ΠΡΑΓΜΑΤΑ...



ΓΙΝΕΤΕ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ!

Μάθε για τη
δωρεά οργάνων

1147

Ε.Ο.Μ.
Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων



Θεμιστοκλέους 1
106 77 Αθήνα
Τηλ: 210 33.06.716-8
Fax: 210 33.00.122
<http://www.san.gr>
E-mail: san@san.gr

ΓΙΝΕΤΕ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ!

Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ
ΟΤΙ ΠΟΛΥΤΙΜΟΤΕΡΟ
ΕΧΕΤΕ... Σ' ΑΥΤΗ

ΤΗ ΖΩΗ... ΣΚΕΦΤΕΙΤΕ

ΤΟ... ΚΑΙ ΦΕΥΓΟΝΤΑΣ

ΧΑΡΙΣΤΕ ΤΗ

Σ' ΑΥΤΟΥΣ

ΤΟΥ... ΖΟΥΝ!



Μάθε για τη
δωρεά οργάνων

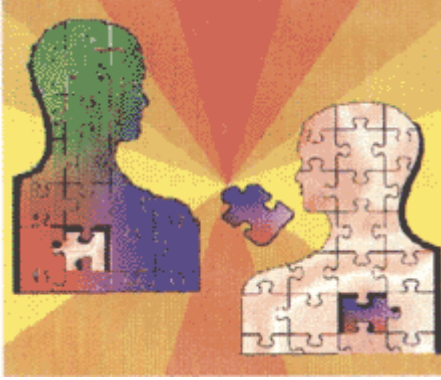
1147

E.O.M.

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων



Θεμιστοκλέους 1
106 77 Αθήνα
Τηλ: 210 33.06.716-8
Fax: 210 33.00.122
<http://www.san.gr>
E-mail: san@san.gr



Δωρεά Οργάνων

Δωρεά οργάνων μπορεί να γίνει με 3 τρόπους:

- Δωρεά από κλινικά νεκρούς ανθρώπους που βρίσκονται στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης κάποιου νοσοκομείου.
- Δωρεά οργάνων από ασθενείς των οποίων η καρδιά έχει σταματήσει να λειτουργεί.
- Δωρεά από άτομα που βρίσκονται εν ζωή (συγγενικά ή συναισθηματικά συνδεδεμένα άτομα).

Η πλειοψηφία των οργάνων προέρχονται από κλινικά νεκρούς δωρητές - ανθρώπους των οποίων οι εγκεφαλοι νεκρώθηκαν ενώ αυτοί βρισκότουσαν σε μονάδα εντατικής θεραπείας και ανέπνεαν με τη βοήθεια μηχανήματος και των οποίων η καρδιά δεν έχει σταματήσει να χτυπάει. Αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να είχαν πάθει εγκεφαλικό ή να είχαν εμπλακεί σε ατύχημα.

Στον ασθενή που είναι κλινικά νεκρός, η κυκλοφορία του αίματος του εγκεφάλου έχει διακοπεί και ο εγκέφαλος νεκρώθηκε. Σε αυτή την περίπτωση, μερικά όργανα μπορεί να λειτουργούν όσο συνεχίζεται η μηχανική υποστήριξη του ασθενή (αναπνευστήρας) και η καρδιά του δεν έχει σταματήσει να λειτουργεί.

Μερικές φορές τα νεφρά (αλλά όχι άλλα όργανα) μπορεί να αφαιρεθούν από δωρητές των οποίων η καρδιά έχει σταματήσει. Τα νεφρά πρέπει να αφαιρεθούν μέσα σε 30-45 λεπτά από τη στιγμή που σταμάτησε η καρδιά, αλλιώς δε θα είναι κατάλληλα για μεταμόσχευση.

Άνθρωποι που είχαν μολύνσεις, καρκίνο ή ξεπερνούν τα 65 χρόνια σε ηλικία είναι ακατάλληλα για δωρητές.

Όταν το προσωπικό του νοσοκομείου αναγνωρίσει ένα πιθανό δωρητή, θα πρέπει να προσεγγίσει την οικογένεια του με σεβασμό και ευαισθησία για να συζητήσουν την πιθανότητα δωρεάς των οργάνων του. Σε πολλές περιπτώσεις οι οικογένειες βρίσκουν μια παρηγοριά για το θάνατο του ανθρώπου τους δωρίζοντας τα όργανά του.

Όργανα μπορούν να δωριστούν από συγγενείς ή σε λιγότερες περιπτώσεις, από κάποιον που είναι συναισθηματικά δεσμευμένος, όπως οι σύζυγοι. Η πιο κοινή περίπτωση δωρεάς από ζωντανό δωρητή είναι αυτή των νεφρών. Επίσης μπορεί να γίνει δωρεά ενός μέρους του ήπατος από ένα γονέα στο παιδί του.

Παγκόσμια Ημέρα Νεφρού. Χρόνια Νεφρική Νόσος: Σιωπηλή, συχνή και επικίνδυνη.

Τετάρτη, 12 Μάρτιος
2008

Γράφει ο **Πετρόχειλος Χαράλαμπος**, δημοσιογράφος

Με μήκος 10-13 εκατοστά, πλάτος 6 εκατοστά και βάρος περίπου 140 γραμμάρια στους ενήλικες οι νεφροί, παρά το σχετικά μικρό τους μέγεθος – στην ουσία λόγω σχήματος μοιάζουν με δύο μεγάλα φασόλια - παίζουν έναν πολυδιάστατο και καθοριστικό ρόλο για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού.

Γι' αυτό η 13η του Μάρτη έχει καθιερωθεί ως Παγκόσμια Ημέρα Νεφρού με σκοπό να ενημερωθεί το ευρύ κοινό σχετικά με τη σημασία των νεφρών – των θαυμαστών αυτών οργάνων που παίζουν κρίσιμο ρόλο στην επιβίωση και την υγεία μας.

Ειδικά φέτος στόχος είναι να διαδοθεί το μήνυμα ότι η Χρόνια Νεφρική Νόσος είναι μια νόσος συχνή και επιβλαβής, που όμως μπορεί να αντιμετωπισθεί.

Ας πάρουμε όμως τα πράγματα με τη σειρά και πριν μιλήσουμε για τη Χρόνια Νεφρική Νόσο ας δούμε πρώτα-πρώτα τι είναι οι νεφροί και ποιες οι βασικές τους λειτουργίες.

Οι νεφροί είναι το φυσικό φίλτρο του οργανισμού, που έχει ως σκοπό την αποτοξίνωσή μας από τις βλαβερές και άχρηστες ουσίες. Το νεφρικό σύστημα λειτουργεί ως “μονάδα καθαρισμού” η οποία αποβάλλει κάθε περιττή και επικίνδυνη ουσία από το αίμα. Η απομάκρυνση των τοξινών και της περίσσειας νερού από το αίμα είναι μια από τις κύριες λειτουργίες των νεφρών, οι οποίοι καθημερινά φιλτράρουν και καθαρίζουν 200 λίτρα αίματος – ποσότητα που αντιστοιχεί σε περίπου 1.000 φλιτζάνια του τσαγιού. Έτσι οι νεφροί διατηρούν την ισορροπία των υγρών του σώματος, ενώ παράλληλα ρυθμίζουν την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και ενεργοποιούν τη βιταμίνη D.

Χρόνια Νεφρική Νόσος: «Σιωπηλή» στα αρχικά στάδια.

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος αναπτύσσεται όταν οι νεφροί αδυνατούν, λιγότερο ή περισσότερο, να εκτελέσουν τις βασικές του λειτουργίες (καθαρισμός αίματος, παραγωγή ορμονών, ρύθμιση pH αίματος). Το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, αναιμία και νόσο της καρδιάς και των αγγείων.

Η ΧΝΝ είναι μια «σιωπηλή» νόσος – οι μισοί πάσχοντες δε γνωρίζουν ότι έχουν προσβληθεί από τη νόσο. Τα συμπτώματα της ΧΝΝ συχνά δεν εμφανίζονται παρά μόνο όταν έχει ήδη χαθεί περισσότερο από 50% της λειτουργίας των δύο νεφρών.

Τα συμπτώματα σε προχωρημένο στάδιο της ΧΝΝ είναι:

Μειωμένη ή και καθόλου παραγωγή ούρων (ανουρία)

Κόπωση
Μειωμένη εγρήγορση
Σύγχυση
Χλωμό δέρμα
Ταχυπαλμία
Ξηροστομία
Αίσθημα δίψας

Βοηθάει η έγκαιρη διάγνωση

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος, δυστυχώς, μπορεί, εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, να έχει σοβαρές επιπλοκές.

Η πρώτη συνέπεια της ΧΝΝ είναι ο κίνδυνος προοδευτικής απώλειας της νεφρικής λειτουργίας, η οποία οδηγεί σε νεφρική ανεπάρκεια και τελικά στην ανάγκη αιμοκάθαρσης ή / και μεταμόσχευσης νεφρού.

Η δεύτερη συνέπεια είναι ο πρόωρος θάνατος από σχετιζόμενη καρδιαγγειακή νόσο. Τα άτομα που δείχνουν υγιή και στη συνέχεια αποδεικνύεται ότι πάσχουν από ΧΝΝ διατρέχουν τουλάχιστον δεκαπλάσιο κίνδυνο πρόωρου θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο (στεφανιαία νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερειακή αρτηριακή νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια), ανεξαρτήτως του αν θα παρουσιάσουν νεφρική ανεπάρκεια.

Γι' αυτό λοιπόν βοηθάει η όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη διάγνωση, η οποία μπορεί να γίνει με τη βοήθεια των παρακάτω απλών εξετάσεων:

Γενική ούρων (ανίχνευση πρωτεϊνουρίας, αιματουρίας κλπ.)

Εξέταση αίματος (μέτρηση κρεατινίνης) για τον υπολογισμό του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης GFR, ενός πολύ αξιόπιστου δείκτη της νεφρικής λειτουργίας, που πρέπει να ελέγχεται τακτικά στις ομάδες κινδύνου.

Απεικονιστικές εξετάσεις, όπως για παράδειγμα υπερηχογράφημα.

Ομάδες Υψηλού Κινδύνου

Τις εξετάσεις αυτές είναι χρήσιμο να κάνουν όσοι ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Χρόνιας Νεφρικής Νόσου, δηλαδή:

Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη & υπέρταση
Παχύσαρκα άτομα ή καπνιστές
Άτομα με οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης και νεφρικής νόσου
Ασθενείς με άλλες νεφροπάθειες

Βασικά προληπτικά μέτρα

Γενικότερα καλό είναι να γνωρίζετε ότι για την προστασία τόσο έναντι της νεφρικής όσο και έναντι της καρδιαγγειακής νόσου απαιτείται:

Τακτικός ιατρικός έλεγχος
 Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης
 Έλεγχος της γλυκόζης, της χοληστερίνης και της αναιμίας
 Διακοπή του καπνίσματος
 Αύξηση της σωματικής δραστηριότητας
 Έλεγχος του σωματικού βάρους

Οι αριθμοί μιλούν από μόνοι τους για τη σοβαρότητα του προβλήματος της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου

Περισσότερα από 500 εκατομμύρια άτομα, δηλαδή 1 στους 10 ενήλικες στο γενικό πληθυσμό, πάσχουν από κάποια μορφή Χρόνιας Νεφρικής Νόσου.

Κάθε χρόνο γίνονται σε όλο τον κόσμο περίπου 250.000 νέες διαγνώσεις Χρόνιας Νεφρικής Νόσου
 Περίπου 1,7 εκατομμύρια άτομα βρίσκονται σε θεραπεία λόγω νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου παγκοσμίως
 Η αιμοκάθαρση αντιπροσωπεύει το 2% του προϋπολογισμού για την υγεία σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες

Εκστρατεία Ενημέρωσης

Με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Νεφρού η Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία (ENE) διοργανώνει εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού για τη Χρόνια Νεφρική Νόσο.

Στο πλαίσιο της σήμερα Τετάρτη 12 Μαρτίου από τις 4-6 το απόγευμα στο αμφιθέατρο του ραδιοφωνικού σταθμού 9,84 στη «Τεχνόπολις» στο Γκάζι, θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο ημερίδας, ανοιχτός διάλογος μεταξύ ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο και Νεφρολόγων της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας.

Επίσης μέχρι και την Παρασκευή θα λειτουργήσουν περίπτερα ενημέρωσης του κοινού στην Πλατεία Συντάγματος στην Αθήνα και στην πλατεία Αριστοτέλους στη Θεσσαλονίκη