

την σχισμοειδή λυχνία με τη χρήση του κυανού φίλτρου του κοβαλτίου, θα φανεί σαν μια κιτρινοπράσινη κηλίδα.

Ο σκληρός χιτώνας είναι το λευκό, παχύ, ινώδες κάλυμμα του ματιού. Προς τα εμπρός έρχεται σε συνέχεια με τον κερατοειδή και σχηματίζει το σκελετό του οφθαλμικού βολβού. Προς τα πίσω συνέχεται με τη σκληρή μήνιγγα επικαλύπτοντας το σημείο εξόδου του οπτικού νεύρου.

Το πρόσθιο διαμέρισμα του οφθαλμού, είναι ο χώρος μεταξύ κερατοειδούς και ίριδας. Ο χώρος αυτός μπορεί να περιέχει αίμα (ύφαιμα) ή λευκοκύτταρα (οξεία ιρίτιδα). Το πρόσθιο διαμέρισμα είναι αρκετά αβαθές σε ασθενείς που πάσχουν από πρωτοπαθές γλαύκωμα κλειστής γωνίας.

Τι χρειάζεστε

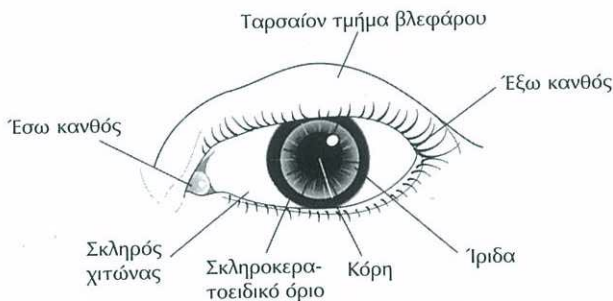
Σχισμοειδή λυχνία με πηγή κυανού φωτός

Ρυθμιζόμενες καρέκλες ή скаμπώ για τον ασθενή και τον εξεταστή

Αποστειρωμένο χαρτί ή διάλυμα φλουροροσκεΐνης για τη χρώση του επιπεφυκότα

Κλινική τεχνική

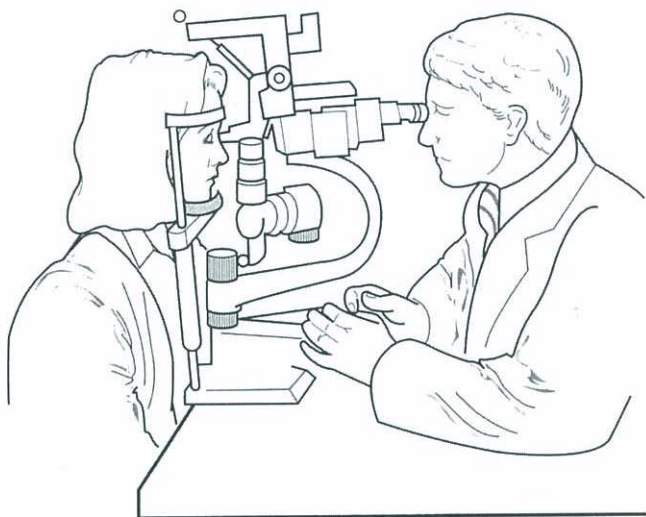
1. Τοποθετήστε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση. Ρυθμίστε το ύψος του καθίσματος ώστε ο ασθενής να μπορεί να γέρνει άνετα προς τα εμπρός και τοποθετήστε το πηγούνι του/της πάνω στο πλαίσιο της σχισμοειδούς λυχνίας (Εικόνα 1.2).
2. Καθίστε αναπαυτικά με το επίπεδο των ματιών σας στο ίδιο ύψος με αυτό των προσοφθάλμιων φακών.
3. Ανοίξτε το διακόπτη της λυχνίας. Επιλέξτε τη ρύθμιση που βρίσκετε δίπλα στη μεγίστη τιμή ισχύος.
4. Επιλέξτε ισχύ 1 x ή 1.6 x για τους προσοφθάλμιους φακούς



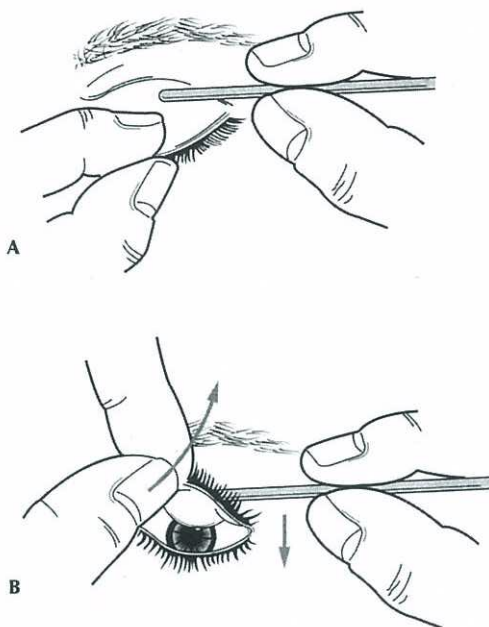
ΕΙΚ. 1.1. Εξωτερική ανατομία του οφθαλμού.

(με τη βοήθεια του μοχλού που βρίσκεται ακριβώς κάτω από τους φακούς).

5. Επιλέξτε το φίλτρο με τη λευκή δέσμη φωτός και ρυθμίστε με τη λαβή το διάφραγμα ώστε να έχετε ευρεία δέσμη φωτός. Εξετάστε το μάτι προσεκτικά για οποιαδήποτε εμφανή βλάβη ή ύπαρξη ξένου σώματος. Χρησιμοποιήστε τη λαβή του διαφράγματος για να στενέψετε τη δέσμη του φωτός στα 2 με 3 χιλιοστά. Χρησιμοποιήστε αυτή τη ρύθμιση για να εξετάσετε το πρόσθιο διαμέρισμα. Εστιάστε μέσα και έξω και μετακινηθείτε από πλευρά σε πλευρά με το χειριστήριο ελέγχου. Εξετάστε για ύπαρξη αίματος (ύφαιμα) ή λευκοκυττάρων (η “λάμψη” της ιρίτιδας).
6. Για να μετρήσετε το βάθος του προσθίου διαμερίσματος μετακινήστε τη φωτεινή πηγή 45 μοίρες προς το πλάγιο μέρος του ματιού που εξετάζετε. Επιλέξτε μια στενή, 2 με 3 χιλιοστά, δέσμη λευκού φωτός και ρίξτε την με κατεύθυνση από την κροταφική προς τη ρινική πλευρά του προσθίου διαμερίσματος. Ένα φυσιολογικό πρόσθιο διαμέρισμα θα επιτρέψει σ’ αυτή την πλάγια δέσμη φωτός να φωτίσει εξ ίσου και τις δύο πλευρές, ενώ σε ένα στενό πρόσθιο διαμέρισμα η κροταφική του πλευρά θα είναι φωτεινή και η ρινική σκιασμένη.
7. Ακολούθως, χρωματίστε τον επιπεφυκότα με τη φθορίζουσα χρωστική. Επανατοποθετήστε τον ασθενή εμπρός σας.



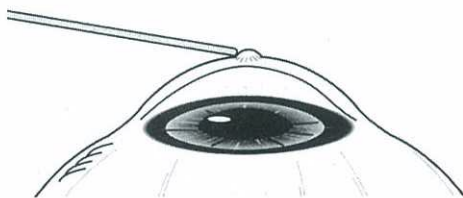
ΕΙΚ. 1.2. Χρησιμοποιώντας την σχισμοειδή λυχνία.



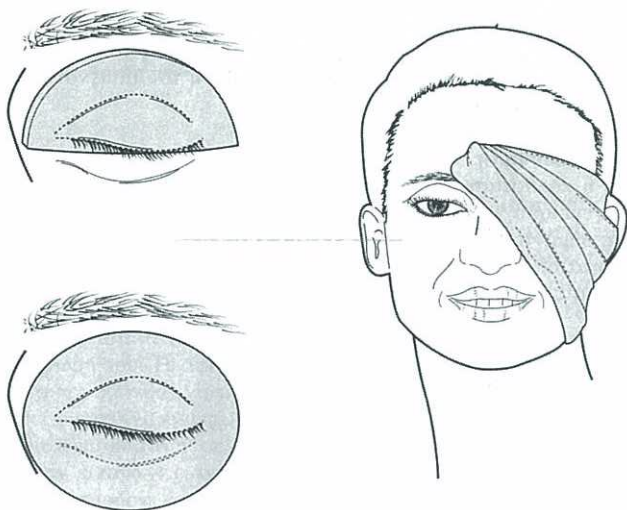
ΕΙΚ. 3.1. Αναστροφή του άνω βλεφάρου προς εξέταση.

Τραύματα μεγαλύτερα από 3 με 4 χιλιοστά απαιτούν τοποθέτηση οφθαλμικής επίδεσης για 24 ώρες (Εικόνα 3.3). Τοποθετήστε αντιμικροβιακό διάλυμα ή κρέμα πριν την επίδεση.

11. Η παρακολούθηση του ασθενούς είναι πολύ σημαντική. Κανονίστε να επισκεφτεί ο ασθενής τον οικογενειακό του γιατρό ή τον οφθαλμίατρο εντός 36-48 ωρών, έτσι ώστε να επιβεβαιωθεί ότι επουλώθηκε το επιθηλιακό τραύμα και ότι δεν υπάρχει λοίμωξη.



ΕΙΚ. 3.2. Απομάκρυνση ξένου σώματος από τον οφθαλμό, με τη χρήση βελόνας 22-gauge.



ΕΙΚ. 3.3. Οφθαλμική επίδεση.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

- Για την αφαίρεση ενός ξένου σώματος από το μάτι χρειάζεται σταθερό χέρι. Στηρίξτε το χέρι σας ακουμπώντας το μικρό και παράμεσο δάκτυλο στο μέτωπο του ασθενούς ενώ κρατάτε την βελόνα ή τον στείλεο με τον αντίχειρα το δείκτη και το μέσο δάκτυλο.
- Το κεφάλι του ασθενούς πρέπει να είναι επίσης σταθερό. Αν χρησιμοποιήσετε σχισμοειδή λυχνία, τοποθετήστε τον ασθενή σταθερά στις βάσεις για τον πώγωνα και το μέτωπο. Αν χρησιμοποιήσετε τη λυχνία του Wood, καλύτερα είναι να τοποθετήσετε ύπτια τον ασθενή με το κεφάλι του να ακουμπά σταθερά πάνω στο κάθισμα.
- Πριν την εφαρμογή οφθαλμικής επίδεσης ή αντιμικροβιακού διαλύματος, η χρήση ενός ήπιου μυδριατικού βοηθά στο να μειωθεί ο πόνος από τη σύσπαση του ακτινωτού μύ. Όταν η δράση της τετρακαΐνης παρέλθει σε 30 με 60 λεπτά, επανεμφανίζεται ο πόνος στο μάτι. Μπορεί να χρειαστούν αναλγητικά από του στόματος.
- ΕΛΕΓΞΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΟΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΤΕΤΑΝΟΥ και αν χρειαστεί ανανεώστε τη. Είναι πολύ σημαντικό όταν το ξένο σώμα είναι οργανικής προέλευσεως.

πρέπει να κρατά μια μικρή λεκάνη για τη συλλογή του αίματος.

- Χρησιμοποιώντας το φωτισμό του μετώπου και ένα άγκιστρο ρινός κάνετε πρόσθια ρινοσκόπηση (ανοίξτε το ρώθωνα καθέτως έτσι ώστε να μην συμπιέζετε το διάφραγμα). Αναρροφήστε προσεκτικά και απομακρύνετε όλα τα πύγματα αίματος.

Φαίνεται η εστία της αιμορραγίας; Πρόσθια αιμορραγία

- Διαποτίστε τα βύσματα του βάμβακος με το διάλυμα του τοπικού αναισθητικού και της αδρεναλίνης. Αυτό θα προκαλέσει αγγειοσύσπαση και συρρίκνωση του ρινικού βλεννογόνου, με αποτέλεσμα μείωση της αιμορραγίας και δυνατότητα εξαιρετικής επισκόπησης της εστίας της αιμορραγίας. Αφήστε το βαμβακερό βύσμα στη θέση του για 5 έως 10 λεπτά πριν την αφαίρεση του.
- Απομακρύνετε το βύσμα. Πάρτε δύο επιθέματα νιτρικού αργύρου και κρατήστε τις άκρες τους μαζί. Τοποθετήστε τα προσεκτικά πάνω στην περιοχή της αιμορραγίας ώστε να σχηματιστεί μια γκρι εσχάρα. Αφήστε τα εκεί για 15 έως 30 δευτερόλεπτα μόνο και απομακρύνετε τα. Η αιμορραγία θα πρέπει να σταματήσει.
- Επιπωματίστε και τις δύο κοιλότητες της ρινός με τις βαζελινούχες ταινίες, όπως φαίνεται στην εικόνα 6.1. Παρατηρήστε ότι το ένα άκρο της γάζας παραμένει έξω από τον ρώθωνα ώστε να επιτυγχάνεται ένα στρωματικό αποτέλεσμα στον επιπωματισμό.

Αν δεν ελεγχθεί η αιμορραγία:

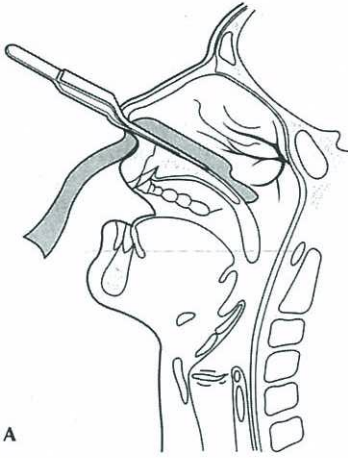
- Αναρροφήστε εκ νέου και τοποθετήστε ξανά επίθεμα εμποτισμένο με τοπικό αναισθητικό και αδρεναλίνη για 5 έως 10 λεπτά.

Αν μετά την αφαίρεση του επιθέματος εξακολουθεί η αιμορραγία:

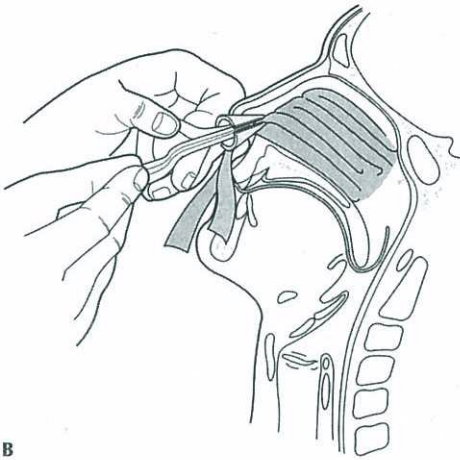
- Εγχύστε κάτω από τη θέση της αιμορραγίας, 1 ή 2 κυβικά εκατοστά διαλύματος 1% λιδοκαΐνης με αδρεναλίνη. Αυτή η ενέργεια θα προκαλέσει αγγειοσύσπωση, αλλά και επιπωματισμό.
- Με τη βοήθεια μιας λαβίδας τύπου bayonet τοποθετήστε μικρά τμήματα τυλιγμένου Surgicel ή Avitene πάνω στην περιοχή της αιμορραγίας. Τα υλικά αυτά σε επαφή με το αίμα δημιουργούν έναν απορροφήσιμο θρόμβο.
- Πάνω από το αιμοστατικό υλικό τοποθετήστε πιεστικά βαζελινούχο γάζα. Επιπωματίστε ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΥΟ κοιλότητες της ρινός.

Αν η αιμορραγία επιμένει:

- Τοποθετήστε καινούργια τμήματα από τα Surgicel ή Avitene και επιπωματίστε ξανά ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΥΟ κοιλότητες της ρινός με βαζελινούχες γάζες.



A



B

ΕΙΚ. 6.1. Τοποθέτηση πρόσθιου ρινικού επιπωματισμού.

12. Εξασκήστε με τα δάχτυλά σας άμεση πίεση.
13. Υποπτευθείτε δευτεροπαθή ρινορραγία από: δυσκρασίες του αίματος, φάρμακα κ.λ.π.
14. Ζητήστε επειγόντως τη γνώμη ωτορινολαρυγγολόγου.

του ΕΑΠ προς το έξω στόμιο, παρασύροντας μαζί της σκόνη και σωματίδια που διαφορετικά θα παρέμεναν εντός του ΕΑΠ. Παρ' όλ' αυτά, σε μερικά άτομα η κυψελίδα ενσφηνώνεται και δεν μπορεί να απομακρυνθεί από τον ΕΑΠ. Σκληρά τμήματα ενσφηνωμένης κυψελίδας μπορεί να προκαλούν πόνο (από πίεση της τυμπανικής μεμβράνης), ζάλη (από πίεση της 7ης εγκεφαλικής συζυγίας κατά την διόδό της από τον ΕΑΠ) ή διαταραχή στην ακοή (λόγω μείωσης της αγωγιμότητας). Συνήθως εκείνο που προκαλεί την ενσφηνωση της κυψελίδας είναι η υπερβολική χρήση ωτικών ταμπόν εκ μέρους του ασθενούς στην προσπάθειά του να «καθαρίσει» τον ΕΑΠ.

Τι χρειάζεστε

Εξεταστική καρέκλα
Ωτοσκόπιο με την κατάλληλη υποδοχή, σύριγγα 30 κ. εκ. με άκρο τύπου Luer και καθετήρα Angiocath-τύπου V 18-gauge

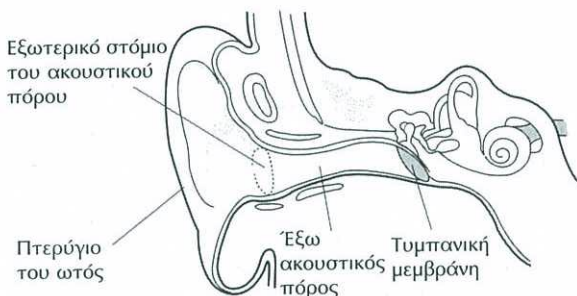
Επιπρόσθετο χρήσιμο υλικό:
Αναρρόφηση τοίχου με ρύγχος Νο. 3 τύπου Fraser, με βαλβίδα ελέγχου μέσω του αντίχειρα

Ζεστό ύδωρ για ψεκασμό, αλκοόλη 70%, διάλυμα λιδοκαΐνης 1% ή 2%
Νεφροειδές
Ωτικό τολύπιο

Λαβίδες τύπου Adson και Alligator (κροκοδειλάκι)
Τμήμα ενδοφλέβιου καθετήρα, σπίρτα

Κλινική τεχνική

1. Αν είναι δυνατόν πάρτε από τον ασθενή το ιστορικό από την ενσφηνωση του ξένου σώματος ή της κυψελίδας.



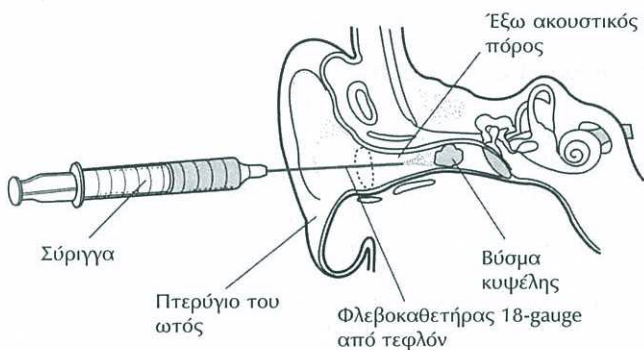
ΕΙΚ. 7.1. Ανατομία του έξω ακουστικού πόρου.

Προσπαθήστε να διευκρινήσετε με ακρίβεια το είδος και την χρονική στιγμή ενσφηνώσης του ξένου σώματος.

2. Προχωρήστε σε ωτοσκόπηση. Εκτιμήστε αν υπάρχει πράγματι ξένο σώμα, καθώς και το είδος του.
3. Συζητήστε με τον ασθενή ή τον συνοδό για το τι βρίσκεται στον ακουστικό πόρο και πώς σχεδιάζετε να το αφαιρέσετε.

Αφαίρεση ενσφηνωμένης κυψελίδας ή μικρών αντικειμένων που φαίνονται κινητά, μέσω πλύσης του ΕΑΠ:

4. Αφαιρέστε τη μεταλλική βελόνα από τον καθετήρα τύπου Angiocath μεγέθους 18-gauge. Βιδώστε τον καθετήρα στην άκρη της σύριγγας των 30 κ. εκ. Αναρροφήστε 30 κ. εκ. ζεστού φυσιολογικού ορού.
5. Τοποθετήστε τον ασθενή σε καθιστική θέση. Απλώστε μια πετσέτα κάτω από το αυτί που πρόκειται να πλύνετε. Δώστε στον ασθενή να κρατά το νεφροειδές κάτω από το αυτί του ώστε να συγκεντρώνεται εκεί το νερό.
6. Με το ένα χέρι τραβήξτε το περύγιο του αυτιού προς τα πίσω ώστε να ανοίξει και να ευθιαστεί ο ΕΑΠ.
7. Εισάγετε το μαλακό καθετήρα κατά ένα εκατοστό εντός του ΕΑΠ. Πιέστε απαλά το έμβολο της σύριγγας για να ψεκάσετε τον ακουστικό πόρο. Κατευθύνετε τη ροή προς τα εμπρός και πάνω. Μην προωθείτε βαθύτερα εντός του ΕΑΠ την άκρη του καθετήρα (Εικόνα 7.2).
8. Επαναλάβετε την πλύση έως ότου το βύσμα της κυψέλης ή το ΞΣ εμφανιστούν στο έξω στόμιο του ΕΑΠ. Αυτή τη στιγμή μπορείτε να απομακρύνετε το βύσμα ή το ΞΣ με μια λαβίδα Adson ή με ένα ωτικό τολύπιο.



ΕΙΚ. 7.2. Πλύση του έξω ακουστικού πόρου με τη βοήθεια σύριγγας 30 κ.εκ. και φλεβοκαθετήρα 18-gauge.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Θλαστικά τραύματα του ωτός

Τα θλαστικά τραύματα του ωτός είναι συνήθη και τα περισσότερα μπορεί να επιδιορθωθούν άμεσα. Η αντιμετώπιση αρχίζει με τη λήψη ενός καλού ιστορικού. Βεβαιωθείτε πώς ακριβώς έγινε το θλαστικό τραύμα (ατύχημα, πάλη κ.λπ) και με τι αντικείμενο (γροθιά, τέμνον όργανο, δάγκωμα ανθρώπου ή ζώου). Ερευνήστε την πιθανότητα να υπάρχει υποκείμενη κλειστή κάκωση στο αυτί που θα μπορούσε να έχει προκαλέσει τραυματισμό του χόνδρου, των οστών ή της τυμπανικής μεμβράνης, οδηγώντας σε απώλεια της ακοής. Η αντικειμενική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει μια σύντομη εξέταση της ακουστικής οξύτητας (μπορεί ο ασθενής να ακούσει και να εντοπίσει έναν απλό ήχο όπως το χτύπημα μεταξύ των δακτύλων μας ή τον ήχο ενός ρολογιού;), καθώς επίσης και εξέταση του πτερυγίου για την ανεύρεση χόνδρου που έχει αποκαλυφθεί και εξέταση του έξω ακουστικού πόρου για ύπαρξη τραυμάτων, ξένων σωμάτων ή τραυματισμού της τυμπανικής μεμβράνης.

Το πτερύγιο του ωτός στηρίζεται πάνω σε χόνδρο και κάθε τμήμα χόνδρου που έχει αποκαλυφθεί ως αποτέλεσμα ενός θλαστικού τραύματος πρέπει να επανέλθει στη θέση του και να καλυφθεί με δέρμα ώστε να προλάβουμε την ανάπτυξη περιχονδρίτιδας και τη νέκρωση του χόνδρου. Η νέκρωση του χόνδρου μπορεί να καταλήξει τελικά σε δυσμορφία του πτερυγίου.

Η καλή αναισθησία του έξω ωτός είναι αναπόσπαστο τμήμα της επιδιόρθωσης κάθε θλαστικού τραύματος. Το έξω ους δέχεται αισθητική νεύρωση από κλάδους του γναθιαίου νεύρου, του ελάσσονος ινιακού νεύρου, του μείζονος ωτιαίου νεύρου και του ωτιαίου κλάδου του πνευμονογαστρικού νεύρου. Αποτελεσματική αναισθησία μπορεί να επιτευχθεί με περιοχική έγχυση του αναισθητικού φαρμάκου (Εικόνα 8.1).

Τι χρειάζεστε

Ιωδιούχο ποβιδόνη ή άλλο παρόμοιο αντισηπτικό διάλυμα δέρματος
Φυσιολογικό ορό για τον καθαρισμό του ωτός
Σύριγγα 10 κ.εκ., βελόνες 1,5

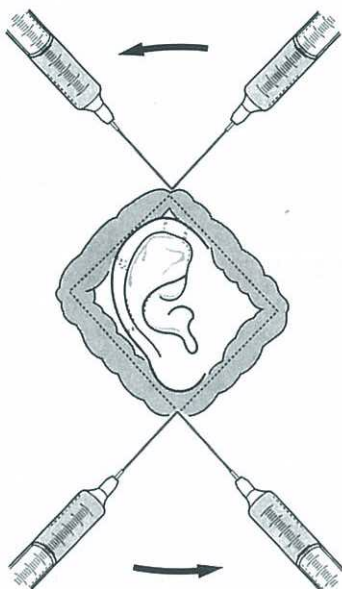
Βελόνα για την επιδιόρθωση του χόνδρου
Ράμμα Prolene ή Ethilon 5.0 με κοφτερή βελόνα για τη συρραφή του δέρματος
Σετ συρραφής

ίντσας 18 και 25-gauge για την έγχυση του αναισθητικού
 Διάλυμα λιδοκαΐνης 1% ή 2% χωρίς αδρεναλίνη
 Ράμμα 5.0 Vicryl ή Dexon σε ταινίες

Βαζελινούχο γάζα, γάζα για πιεστική επίδεση (π.χ. Kerlex)
 Αντιμικροβιακή κρέμα (Polysporin ή παρόμοια)

Κλινική τεχνική

1. Λάβετε ιστορικό του τραυματισμού, πραγματοποιήστε αντικειμενική εξέταση του ωτός και συμπεριλάβετε επιπλέον μια σύντομη εξέταση της ακουστικής οξύτητας.
2. Καθαρίστε γύρω από το περύγιο και εγχύστε διάλυμα λιδοκαΐνης υποδορίως, όπως στην εικόνα 8.1, για να επιτύχετε περιοχική αναισθησία. Αφήστε να περάσουν 5 με 10 λεπτά για τη μέγιστη δράση του αναισθητικού.
3. Καθαρίστε το θλαστικό τραύμα με ένα αντισηπτικό διάλυμα και ξεπλύνετε καλά με φυσιολογικό ορό.
4. Απομακρύνετε με ένα μικρό ψαλίδι κάθε μη-βιώσιμο ιστό γύρω από το τραύμα.



ΕΙΚ. 8.1. Τεχνική περιοχικής αναισθησίας του ωτός.

Για την τεχνική αντερείσματος, συμπεριλάβετε επιπλέον:
 Οδοντικό βαμβάκι ρολό Ράμμα 5.0 Ethilon ή Prolene με
 Εργαλεία συρραφής κόπτουσα βελόνη

Κλινική τεχνική

1. Λάβετε το ιστορικό του τραυματισμού και πραγματοποιήστε αντικειμενική εξέταση συμπεριλαμβάνοντας και ωτοσκόπηση. Εξετάστε το πτερύγιο για τυχόν θλαστικά τραύματα. Βάλτε τη διάγνωση του αιματώματος βάσει της κλινικής του εμφάνισης: εμφανής πολύ επώδυνη, πορφυρο-ερυθρή διόγκωση πάνω από το χόνδρο του πτερυγίου του ωτός.
2. Πλύνετε την περιοχή με το αντισηπτικό διάλυμα (Ιωδιούχος ποβιδόνη).
3. Εφαρμόστε περιοχική αναισθησία στο πτερύγιο του ωτός με την τεχνική που περιγράφηκε στο κεφάλαιο 8, «Θλαστικά τραύματα του ωτός».

Τεχνική αναρρόφησης:

4. Εισάγετε τη σύριγγα των 30 κ.εκ με την βελόνα των 18-gauge εντός του αιματώματος. Αναρροφήστε το πύγμα. Εφαρμόστε πιεστική επίδεση, όπως περιγράφηκε στο κεφάλαιο 8, «Θλαστικά τραύματα του ωτός».

ΧΡΗΣΙΜΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ

• Αν το αιμάτωμα υπάρχει από 6 έως 8 ώρες, θα έχει δημιουργηθεί στερεός οργανωμένος θρόμβος. Σε αυτές τις περιπτώσεις η αναρρόφηση δεν είναι επιτυχής και γι' αυτό θα χρειαστεί διάνοιξη και παροχέτευση του αιματώματος.

Τεχνική διάνοιξης:

5. Εφ' όσον το πτερύγιο έχει αναισθητοποιηθεί, κάτε μια τομή 1 εκατοστού πάνω στο αιμάτωμα και αφαιρέστε το θρόμβο. Εφαρμόστε πίεση έως ότου επιτευχθεί αιμόσταση. Ακολούθως εφαρμόστε πιεστική επίδεση όπως και πριν.

Η χρήση της τεχνικής του αντερείσματος:

6. Με τον τρόπο που περιγράφηκε, αναισθητοποιήστε, τοποθετήστε αντισηπτικό διάλυμα και ακολούθως κάνετε διάνοιξη και παροχέτευση του αιματώματος.
7. Κόψτε το ρολό από το οδοντικό βαμβάκι σε δύο τμήματα.
8. Ισιώστε ελαφρά την κυρτή βελόνα του ράμματος 5.0 Ethilon ή Prolene και περάστε τη βελόνα από το ένα μισό του ρολού, κατόπιν από το πτερύγιο πάνω από το πάνω άκρο της τομής και ακολούθως γυρίστε προς τα πίσω μέσω του άλλου μισού του ρολού και του πτερυγίου αντίστοιχα με το κάτω άκρο

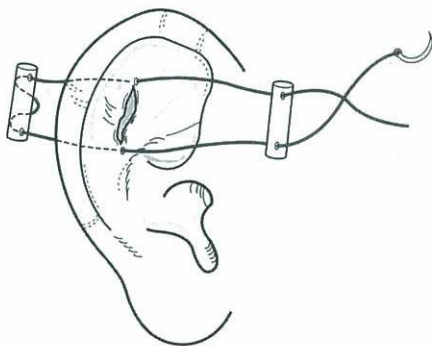
της τομής σας. Τελειώστε περνώντας τη βελόνα δια μέσου του πρώτου μισού του οδοντικού ρολού και δέστε τα άκρα του ράμματος έτσι ώστε να συμπιέσετε σταθερά τα άκρα της τομής σας μεταξύ των δύο τμημάτων του ρολού. (για λεπτομέρειες βλ. εικόνα 9.1)

9. Επαλείψτε την περιοχή με μια αντιμικροβιακή αλοιφή (Polysporin ή κάποια παρόμοια) και εφαρμόστε πιεστική επίδεση.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

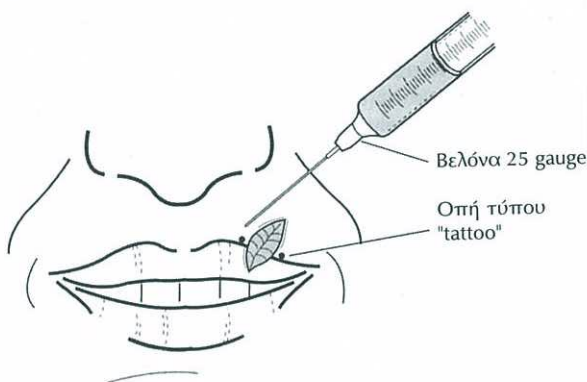
- Επανεξετάστε τον ασθενή ή κανονίστε ένα ραντεβού εντός 24 ωρών. Το αιμάτωμα μπορεί να υποτροπιάσει. Εφαρμόστε ξανά πιεστική επίδεση και αφήστε την για ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ.
- Προτείνουμε την επάλειψη της περιοχής με Polysporin ή κάποια παρόμοια αντιμικροβιακή αλοιφή πριν την εφαρμογή της πιεστικής επίδεσης. Η αλοιφή δρα όχι μόνο ως αντιμικροβιακό, αλλά και ως λιπαντική ουσία μεταξύ του δέρματος και του υλικού της επίδεσης.
- Αν το αιμάτωμα υποτροπιάσει, απαιτείται ξανά διατομή και παροχέτευση. Σε περίπτωση υποτροπής, για να προφυλάξετε τον ασθενή από νέα υποτροπή τοποθετήστε μια μικρή ελαστική παροχέτευση κάτω από το δέρμα του πτερυγίου και ακολούθως εφαρμόστε πιεστική επίδεση. Ξανά, επανελέγξτε τον ασθενή σε 24 ώρες. Αν το αιμάτωμα δεν έχει υποτροπιάσει, αφαιρέστε την παροχέτευση και εφαρμόστε πάλι πιεστική επίδεση.

Η χορήγηση αντιμικροβιακών εξαρτάται από τις κλινικές συνθήκες. Συνιστούμε τη χορήγηση αντιμικροβιακών: αν το αιμάτωμα υπάρχει για περισσότερες από 24 ώρες, αν το αιμάτωμα υποτροπιάσει και χρειαστεί επανάληψη της διάνοιξης και πα-

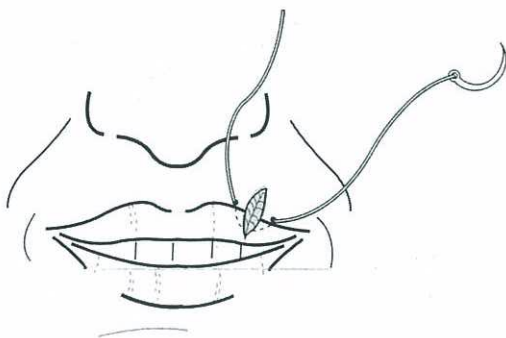


ΕΙΚ. 9.1. Χρήση οδοντικού ρολού για την επίτευξη αιμοστατικού αντερείσματος.

13. Χρησιμοποιώντας τη σύριγγα των 3 κ.εκ με τη βελόνα των 25-gauge, επιλέξτε ένα σημείο της γραμμής των χειλέων σε απόσταση 2 με 3 χιλιοστά από το θλαστικό τραύμα και εγχύστε 0,5 κ.εκ λιδοκαΐνης μέσα στο χείλος. Αυτό δημιουργεί μια οπή τύπου "tattoo" ακριβώς στη γραμμή του χείλους (Εικόνα 11.1). Επαναλάβετε την ενέργεια αυτή και από την απέναντι πλευρά του τραύματος.
14. Χρησιμοποιώντας το μη-απορροφήσιμο ράμμα 5.0, εισέλθετε από τη μία οπή και αφού, διαπεράσετε μέσω του χείλους, εξέλθετε μέσα από την απέναντι οπή. Δέστε το ράμμα έτσι ώστε να συμπλησιάσετε τα χείλη του τραύματος, εφαρμόζοντας ελάχιστη τάση (Εικόνα 11.2).
15. Χρησιμοποιώντας το ράμμα αυτό τραβήξτε προς τα κάτω για να αποκαλύψετε το τραύμα σε όλη του την έκταση. Εξετάστε προσεκτικά για την ύπαρξη τραύματος στο βλεννογόνο. Αν υπάρχει τραυματισμός του βλεννογόνου, η επιδιόρθωση του μπορεί να βοηθηθεί έλκοντας το ράμμα που έχουμε τοποθετήσει στο όριο του χείλους ώστε να επιτύχουμε αναστροφή του τραύματος και αποκάλυψη του βλεννογόνου.
16. Κλείστε το εξωτερικό δέρμα με μη απορροφήσιμο ράμμα 5.0. Για τη συρραφή της γραμμής του χείλους χρησιμοποιήστε απορροφήσιμο ράμμα 5.0.
17. Τα ράμματα θα πρέπει να αφαιρεθούν σε 5 ημέρες από το γενικό γιατρό ή από τον ειδικό.
18. Εφαρμόστε αντιτετανική προφύλαξη ανάλογα με τις ενδείξεις.
19. Αν το θλαστικό τραύμα επεκτείνεται μέσα στη στοματική κοιλότητα, συνιστούμε αντιμικροβιακή αγωγή όπως περιγράψαμε πριν.



ΕΙΚ. 11.1. Δημιουργία οπών τύπου «tattoo» στο χείλος.



ΕΙΚ. 11.2. Συνδέση με ράμμα των οπών τύπου «tattoo», με σκοπό τη συμπλησίαση των χειλέων του τραύματος.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

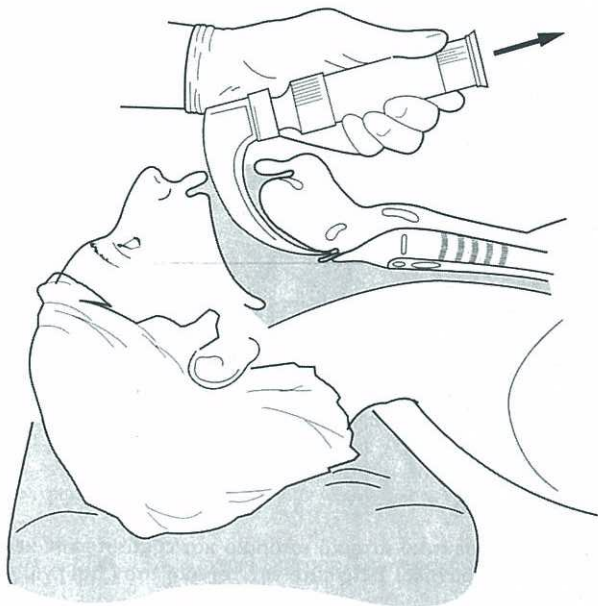
- Ο καλός καθαρισμός του τραύματος είναι πολύ σημαντικός. Ξεπλύνετε πολύ καλά. Αυτό αποτελεί την καλύτερη άμυνα εναντίον της λοίμωξης του τραύματος. Το δέρμα μπορεί επίσης να απολυμανθεί με κάποιο αντισηπτικό του δέρματος όπως ιωδιούχο ποβιδόνη, χλωρεξιδίνη, Zephiran κ.λ.π.
- Διχογνωμία υπάρχει για το αν τα τραύματα του βλεννογόνου πρέπει να συρράπτονται υδατοστεγώς ή αντίθετα να αφήνονται ανοικτά για να παροχετεύονται οι εν τω βάθει ιστοί. Εμείς συνιστούμε να μένει το τραύμα του βλεννογόνου ανοικτό ή να συμπλησιάζεται απλά με μία ή δύο ραφές.
- Χρησιμοποιώντας τη συμπλησιαστική τεχνική “tattoo”, ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ θλαστικό τραύμα που αφορά περιοχή ένωσης βλεννογόνου και δέρματος ΟΠΟΥΔΗΠΟΤΕ στο σώμα μπορεί να επιδιορθωθεί με ακρίβεια.
- Τοποθετώντας ένα ρολό γάζας στην έσω πλευρά του θλαστικού τραύματος επιτυγχάνουμε ένα στεγνό και καθαρό εγχειρητικό πεδίο.

χιστοποιήσει το αντανακλαστικό του εμετού. Συμβουλέψτε τον ασθενή να αφαιρέσει την τεχνητή οδοντοστοιχία ή κάποιο άλλο προσθετικό οδοντιατρικό υλικό.

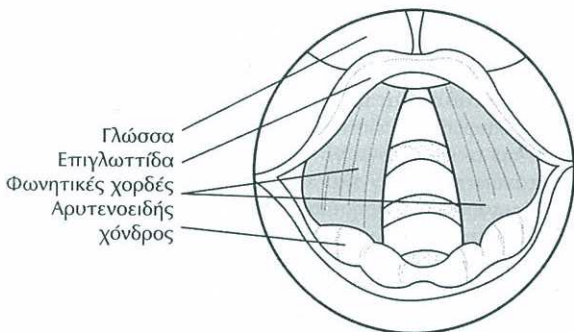
3. Τοποθετήστε τον ασθενή σε ύπτια θέση πάνω σε σταθερή επιφάνεια. Τοποθετήστε μια πετσέτα ή ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι του.
4. Τοποθετήστε το κεφάλι του ασθενούς σε “θέση φταρνίσματος” και πείτε του να ανοίξει όσο μπορεί το στόμα του. *Πείτε στον ασθενή να αναπνέει αργά και σταθερά από τη μύτη του.*
5. Ανοίξτε την λεπίδα του λαρυγγοσκοπίου ώστε να ανοίξει το φως. *Εισάγετε με ήπιους χειρισμούς τη λεπίδα μέσα στο στόμα χρησιμοποιώντας το αριστερό σας χέρι. Προστατέψτε τα δόντια με τα δάχτυλα του δεξιού σας χεριού.*
6. Κρατήστε τη λεπίδα στη ΔΕΞΙΑ πλευρά του στόματος έτσι ώστε η γλώσσα να απωθείται προς τα ΑΡΙΣΤΕΡΑ, έξω από το οπτικό σας πεδίο. Αναρροφήστε όταν είναι απαραίτητο.
7. Ανασηκώστε το χέρι σας που ελέγχει τη θέση του λαρυγγοσκοπίου ώστε να απωθήσετε τη γλώσσα. Προωθήστε όσο μπορείτε προς τα μέσα προς την κατεύθυνση της επιγλωττίδας, όπως φαίνεται στην εικόνα 15.1, παρατηρώντας το στοματοφάρυγγα, τον υποφάρυγγα, την επιγλωττίδα και το λάρυγγα. Αν ενεργοποιηθεί το αντανακλαστικό του εμετού, τραβήξτε την λεπίδα μερικώς ή τελείως προς τα έξω.
8. Ο λάρυγγας και οι φωνητικές χορδές θα φανούν όπως στην εικόνα 15.2.
9. Αν δείτε ένα ξένο σώμα, χρησιμοποιήστε μια λαβίδα Magil με το δεξί σας χέρι για να το συλλάβετε και να το απομακρύνετε.
10. Αποσυναρμολογήστε και απολυμάνετε το λαρυγγοσκόπιο μετά τη χρήση.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

• Η άμεση λαρυγγοσκόπηση χρησιμοποιείται για τη διασώλη-νωση ασθενών χωρίς επίπεδο συνείδησης. Η χρήση του λαρυγγοσκοπίου για την επισκόπηση του ανώτερου αεραγωγού σε ασθενή με πλήρη συνείδηση θα πρέπει να περιορίζεται στις ακόλουθες καταστάσεις: (α) *έλεγχος για την πιθανή ύπαρξη ξένου σώματος ή άλλης παθολογίας σε επίπεδο κεντρικότερο των φωνητικών χορδών...* ΕΦ’ ΟΣΟΝ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ: (β) *βατότητα του αεραγωγού και ικανότητα του ασθενούς να αυτόπροστατεύει τον αεραγωγό του. Αν η βατότητα του αεραγωγού του ασθενούς επαπειλείται (λόγω τραύματος, αιμορραγίας, μειωμένου επιπέδου συνείδησης, πιθανής επιγλωττίτιδας), τότε η τεχνική αυτή δεν θεωρείται κατάλληλη. Καλέστε ειδικευμένο ιατρό.*



ΕΙΚ. 15.1. Τεχνική άμεσης λαρυγγοσκόπησης. Παρατηρήστε ότι η άκρη της λεπίδας του λαρυγγοσκοπίου βρίσκεται στην επιγλωττίδα και η κατεύθυνση της δύναμης που εξασκείται στο λαρυγγοσκόπιο απωθεί την γλώσσα.



ΕΙΚ. 15.2. Οι φωνητικές χορδές και η είσοδος του λάρυγγα όπως φαίνονται στην άμεση λαρυγγοσκόπηση.

μέσα στους πνεύμονες. Εάν φαίνεται ότι ο αέρας εισέρχεται στο στομάχι, αφαιρέστε τον τραχειοσωλήνα και επαναλάβετε τα βήματα 12-13. Συνδέστε τη συσκευή μέτρησης του τελεκπνευστικού διοξειδίου του άνθρακα (εφόσον είναι διαθέσιμη) και βεβαιωθείτε για τη σωστή αλλαγή στο χρώμα.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

- Εάν μόνο ο δεξιός πνεύμονας φαίνεται να αερίζεται, ο ενδοτραχειακός σωλήνας βρίσκεται στο δεξιό κύριο βρόγχο. Τραβήξτε τον ενδοτραχειακό σωλήνα 2 με 3 cm και ελέγξτε τη θέση του.
 - Αν έχει διασωληνωθεί ο οισοφάγος, ακούγεται ένα γουργούρισμα στην περιοχή του επιγαστρίου. Άλλοι τρόποι ελέγχου της οισοφαγικής διασωλήνωσης είναι η πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης στο παλμικό οξύμετρο και η εμφάνιση ροζ χρώματος στη συσκευή μέτρησης του τελεκπνευστικού διοξειδίου του άνθρακα. Αφαιρέστε το σωλήνα και διασωληνώστε ξανά.
 - Κάθε προσπάθεια διασωλήνωσης διαρκεί περίπου 30 δευτ. Εάν περάσει ο χρόνος αυτός και δεν μπορείτε να διασωληνώσετε, απομακρύνετε όλα τα υλικά από το στόμα και αερίστε τον ασθενή με τη χρήση ασκού για 30 με 60 δευτερόλεπτα πριν προσπαθήσετε ξανά.
15. Αν ο ενδοτραχειακός σωλήνας είναι σε σωστή θέση φουσκώστε το μπαλόνι με 10 cc αέρα, ασφαλίστε τον τραχειοσωλήνα στη θέση του με τη χρήση ταινίας και συνδέστε τον ασθενή στον αναπνευστήρα. Κανονίστε για την επείγουσα μεταφορά στη μονάδα εντατικής θεραπείας.
 16. Φρόνιμο είναι να κάνετε μία ακτινογραφία θώρακος για να ελέγξετε τη θέση του τραχειοσωλήνα.

ΡΙΝΟΤΡΑΧΕΙΑΚΗ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ

Η ρινοτραχειακή διασωλήνωση είναι μια ιδιαίτερα χρήσιμη τεχνική για τον οριστικό έλεγχο του αεραγωγού σε ασθενείς με τις ακόλουθες ενδείξεις:

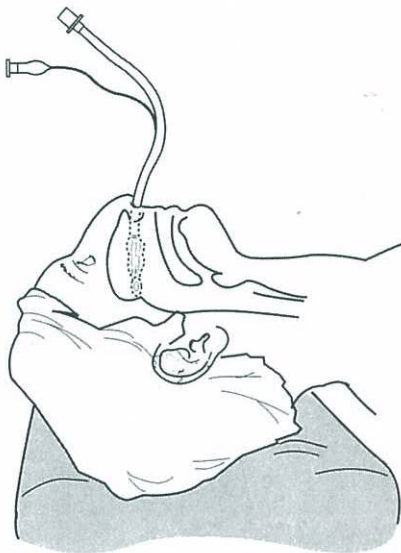
1. Σε ασθενείς που αναπνέουν αυτόματα (π.χ. φαρμακευτική δηλητηρίαση).
2. Σε ασθενείς που έχουν τραυματισμό της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ή ασθενείς που έχουν ταυτόχρονα πολλαπλές επικίνδυνες για τη ζωή κακώσεις, στους οποίους δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα τραυματισμού της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Ο εξοπλισμός, το βοηθητικό προσωπικό και η προετοιμασία που απαιτούνται για την τεχνική αυτή είναι τα ίδια όπως για την

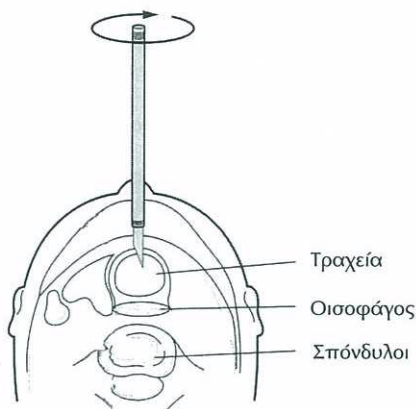
στοματοτραχειακή διασωλήνωση. Μία εξαιρετικά χρήσιμη προσθήκη στον εξοπλισμό είναι ο ειδικός σωλήνας της ρινοτραχειακής διασωλήνωσης. Ο σωλήνας αυτός έχει ένα μικρό καλώδιο το οποίο ενεργοποιείται χειροκίνητα και το οποίο στην πραγματικότητα κατευθύνει τον σωλήνα προς τα εμπρός μέσα στην τραχεία, ακόμα και χωρίς τον άμεσο οπτικό έλεγχο.

Κλινική τεχνική

1. Εάν υπάρχει ή εάν υποπτευόμαστε κάταγμα της αυχενικής μοίρας, ακινητοποιούμε τον αυχένα.
2. Βεβαιωθείτε ότι υπάρχει επαρκής αερισμός και οξυγόνωση του ασθενούς.
3. Ψεκάστε με το spray Neo-Syneprhine στους ρώθωνες. Αυτό θα προκαλέσει αγγειοσυσπαση στο ρινικό βλεννογόνο και θα προφυλάξει τον ασθενή από επίσταξη.
4. Επιλέξτε ένα τραχειοσωλήνα για να περάσετε διαρρινικά. Ο σωλήνας θα πρέπει να είναι ελαφρά μικρότερος από το ρώθωνα. Λιπάνετε τον τραχειοσωλήνα με χειρουργική γέλη.
5. Εισάγετε τον τραχειοσωλήνα μέσα στον επιλεγμένο ρώθωνα κρατώντας τον με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε το κοίλο μέρος του



ΕΙΚ. 17.5. Διαρρινική διέλευση του τραχειοσωλήνα προς τον ρινοφάρυγγα. Παρατηρήστε την καμπύλη του σωλήνα σχετικά με το πρόσωπο.



ΕΙΚ. 18.2. Διατέμνοντας την κρικοθυροειδική μεμβράνη. Το μαχαιρίδιο έχει εισέλθει στην τραχεία.

ιστών και ειδικό σωλήνα, που θα τοποθετηθεί στον αεραγωγό και ο οποίος μπορεί να συνδεθεί είτε με τον ασκό Ambu είτε με το συνήθη αναπνευστήρα.

Θα χρειαστείτε επιπλέον:

Γάντια

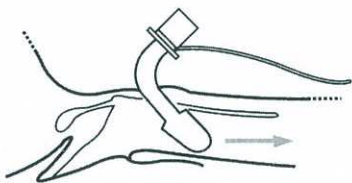
Betadine ή άλλο αντισηπτικό διάλυμα δέρματος

Γάζες

Λιδοκαΐνη 1% ή 2% με επινεφρίνη, σύριγγα 3 cc και βελόνα 25 gauge για τη διήθηση του δέρματος
 Ασκό Ambu και παροχή οξυγόνου

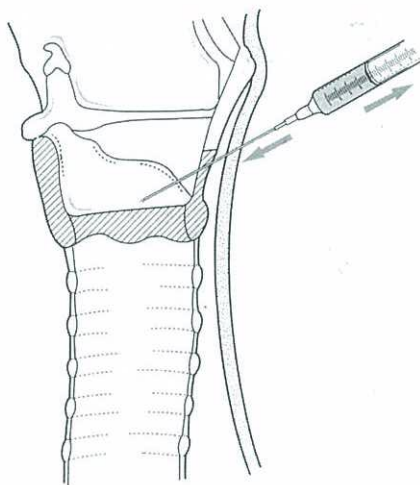
Κλινική τεχνική

1. Εξετάστε τον ασθενή και καθορίστε την ανάγκη για χειρουργικό αεραγωγό.
2. Τοποθετήστε τον ασθενή σε ύπτια θέση.



ΕΙΚ. 18.3. Είσοδος του τραχειοσωλήνα από το άνοιγμα της κρικοθυροειδικής μεμβράνης, στην τραχεία.

3. Εντοπίστε την κρικοθυρεοειδική μεμβράνη και φορέστε γάντια.
4. Καθαρίστε το δέρμα πάνω από την κρικοθυρεοειδική μεμβράνη με Betadine ή άλλο αντισηπτικό διάλυμα δέρματος. Διηθήστε με λιδοκαΐνη τους ιστούς πάνω από την κρικοθυρεοειδική μεμβράνη. Τοποθετήστε το σετ των εργαλείων σε ένα τραπέζι δίπλα σας, όπου μπορείτε να έχετε εύκολη πρόσβαση. Συνδέστε το διαστολέα των ιστών με το σωλήνα που θα μπει στον αεραγωγό.
5. Με το μαχαίρι κάνετε μία τομή 0,75-1 cm κάθετα στη μέση γραμμή πάνω από την κρικοθυρεοειδική μεμβράνη. Πρέπει να βαθύνετε ακολούθως την τομή σας ώστε να αποκαλυφθούν οι χόνδροι. Χρησιμοποιήστε γάζα για να ελέγξετε την αιμορραγία.
6. Συνδέστε τον καθετήρα των 18 gauge με τη βελόνα εισόδου σε μία σύριγγα των 6 cc. Προωθήστε τη βελόνα μέσα από την δερματική τομή και δια μέσου της κρικοθυρεοειδικής μεμβράνης διατηρώντας μία γωνία 45ο με κατεύθυνση προς τα κάτω. Βεβαιωθείτε ότι η βελόνα έχει εισέλθει στην τραχεία, αναρροφώντας ελεύθερο αέρα δια μέσου της σύριγγας (Εικ. 18.4).



ΕΙΚ. 18.4. Παρακέντηση της κρικοθυρεοειδικής μεμβράνης με τον 18-gauge εισαγωγέα του καθετήρα.