

Γ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



<<ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ>>

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της Σπουδαστριας

ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΑΚΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1.
- 2.
- 3.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 203 β



Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η ανακήρυξη από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα του έτους 1990 σαν Ευρωπαϊκό έτος ενάντια στον καρκίνο, επισημαίνει το μέγεθος του κινδύνου που αντιμετωπίζει η ανθρωπότητα από την συνεχή ανάπτυξή του.

Μπροστά στον μεγάλο κίνδυνο οι λειτουργοί της Υγείας έχουν υποχρέωση να καταβάλλουν εντατικότερες προσπάθειες για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου, που έχει πάρει τη μορφή μάστιγας στην σημερινή κοινωνία.

Η σπουδαιότητα του εγκεφάλου, σαν το μοναδικό όργανο υψηλής εξειδίκευσης, η έλλειψη πειστικών αποδείξεων για την αιτιολογία των νεοπλασματικών όγκων του εγκεφάλου και το γεγονός ότι το 1% του συνολικού αριθμού των θανάτων οφείλεται στους όγκους αυτούς, με οδήγησε στην επιλογή αυτού του θέματος για την διπλωματική μου εργασία.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να κατανοηθεί η λειτουργία των νεοπλασμάτων στην ενδοκρανιακή κοιλότητα και κυρίως να συμβάλει στην οργάνωση ενός προγράμματος νοσηλευτικής αγωγής για τους ασθενείς που πάσχουν από νεοπλασματικές νόσους του εγκεφάλου.

Λόγω της δυσμενούς πρόγνωσης των ενδοκρανιακών όγκων, ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι πολύπλευρος και ουσιαστικός. Επεξεργάζεται όχι μόνο στην Γενική Νοσηλευτική Παρέμβαση, αλλά και στην Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του.

Η εργασία αποτελείται από τρία κύρια μέρη. Στο πρώτο

μέρος παρουσιάζεται η ανατομία της κρανιακής κοιλότητας και του εγκεφάλου, και εξετάζεται ο τρόπος ανάπτυξης, η συμπτωματολογία, η φύση και οι τύποι των ενδοκρανιακών όγκων.

Το δεύτερο μέρος επεκτείνεται στις Νοσηλευτικές Διαδικασίες που ακολουθούνται κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων, της νοσηλείας και της αποκατάστασης του ασθενή που πάσχει από όγκο του εγκεφάλου.

Στο τρίτο μέρος αναφέρεται η πορεία 3 χαρακτηριστικών περιπτώσεων ασθενών που έπασχαν από νεοπλασματικές νόσους εγκεφάλου και νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών << Άγιος Ανδρέας >>.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	I
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</u>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΟΓΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥΣ	2
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</u>	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	4
-Κρανιακή μολλότητα	5
-Εγνέφαλος	5
-Εγκεφαλική κυκλοφορία	7
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ	9
ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ	11
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΟΓΚΩΝ	16
-Πρωτοπαθείς Όγκοι	16
-Ενδοκρανιακές Μεταστάσεις	28
-Όγκοι Λοιμώδους Προέλευσης	30
-Σύνδρομα Ψευδοόγκων	30
ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ	33
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΩΨΙΑ ΟΓΚΟΥ	35
ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	46
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ	56

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	63
Χειρουργική Θεραπεία	63
-Προεγχειρητική Ετοιμασία	63
-Μετεγχειρητική Φροντίδα	68
-Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες	71
-Μετεγχειρητικές Επιπλοκές	73
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	76
-Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της	
χημειοθεραπείας	77
-Χημειοθεραπευτικά φάρμακα	78
-Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση	
των τοξικών ενεργειών	80
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ	
ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	88
-Αντιμετώπιση Παρενεργειών-Επιπλοκών Ακτινοθεραπείας	90
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	91
ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ	
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	92
ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	94
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV</u>	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑ	
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	96
-Περιοριστικό I	96
-Περιοριστικό II	123
-Περιοριστικό III	138
ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	150

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εγκέφαλος αντιπροσωπεύει στον άνθρωπο ένα όργανο υψηλής εξειδίκευσης, του οποίου σκοπός είναι η περιουλογή, απομνημόνευση και επεξεργασία δεδομένων που αντλούνται είτε από το εσωτερικό είτε από το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, με σκοπό την κατασκευή απαντήσεων ικανών να επιτρέψουν την προοδευτική προσαρμογή της ανθρώπινης ζωής στις μεταβαλλόμενες συνθήκες του περιβάλλοντος.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η κατανόηση της παθολογίας και δράσης των νεοπλασμάτων που αναπτύσσονται στον εγκέφαλο και η εμπάθυνση της Νοσηλευτικής αντιμετώπισης τους.

Όμως τι προσδιορίζουμε σαν Όγκο Εγκεφάλου;

<<Κάθε καλοήγη ή κακοήγη αυξητική επεξεργασία, η οποία αναπτύσσεται και καταλαμβάνει χώρο μέσα στην κοιλότητα του κρανίου, θεωρείται ΟΓΚΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ>>.

Ο εγκέφαλος είναι ένα από τα όργανα που συχνά προσβάλλεται από την εμφάνιση νεοπλασμάτων. Περίπου το 1% από το συνολικό αριθμό των θανάτων οφείλεται σε ενδοκρανιακούς όγκους, που εμφανίζονται σε μεγάλη ποικιλία: οι περισσότεροι είναι κακοήγεις και αποτελούν το 15% περίπου όλων των κακοήγων όγκων που συμβαίνουν στον άνθρωπο. Από αυτούς οι περισσότεροι αρχίζουν σαν πρωτοπαθείς μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και καθώς είναι διηθητικοί σπάνια μπορεί να αφαιρεθούν χειρουργικά, ενώ πολλοί είναι μεταστατικοί, από

κακοήθες νεόπλασμα που αναπτύσσεται αλλού στο σώμα και δίνει δευτεροπαθείς εστίες στον εγκέφαλο ή στα οστά της κρανιακής κοιλότητας. Υπάρχει ακόμα ένας αριθμός από καλοήθη νεοπλασμάτα που αναπτύσσονται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και που η αναγνώρισή τους είναι ιδιαίτερα σημαντική επειδή γενικά μπορεί να αφαιρεθούν χειρουργικά ολόκληρα (ή ένα τμήμα τους) με εξαιρετικά αποτελέσματα.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΚΑΙ ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥΣ

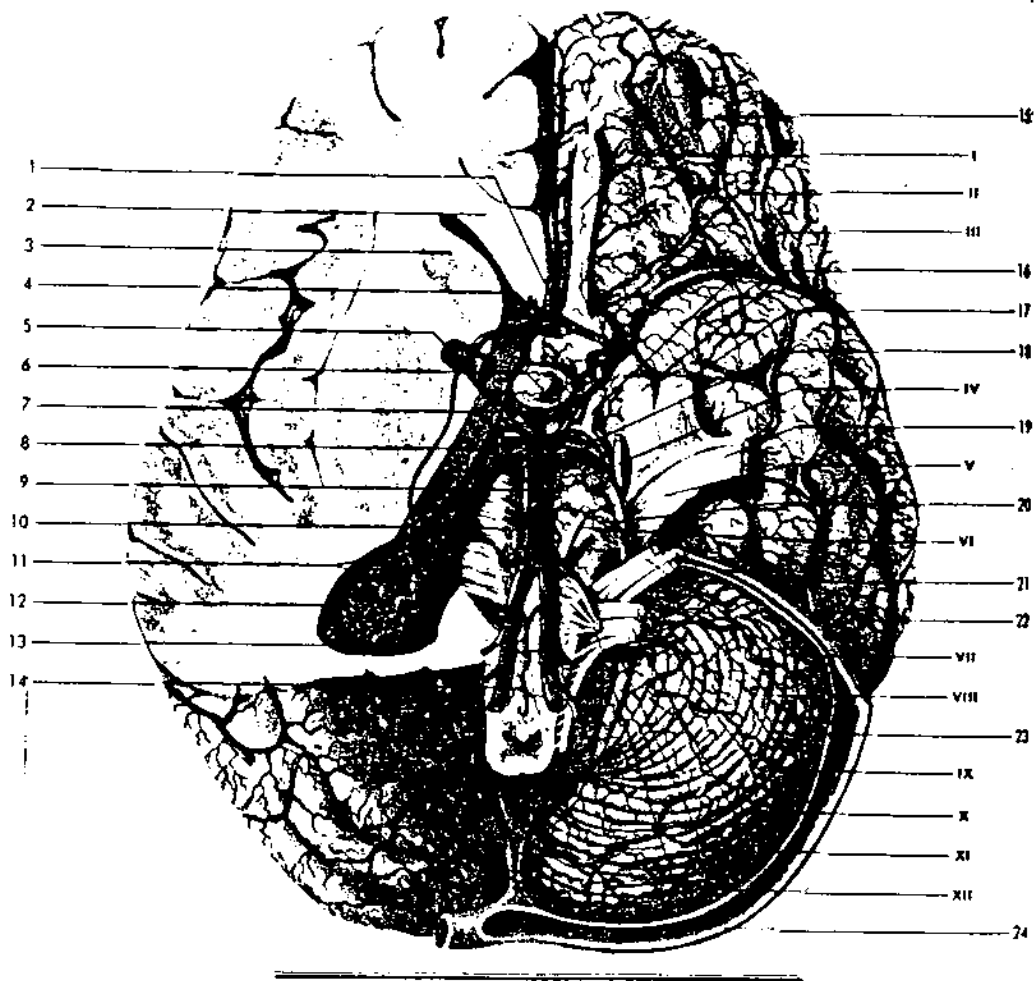
Από τα δεδομένα που δίνονται παρακάτω, οι ενδοκρανιακοί όγκοι πρέπει να υπερέχουν αριθμητικά των δευτεροπαθών, σε αναλογία 10 προς 1. Αλλά σχεδόν σε όλες τις σειρές που έχουν ανακοινηθεί (ZULICH, GUSHING, OLIVECRONA) λιγότερο από 15% του συνόλου των όγκων του νευρικού συστήματος είναι αυτού του τύπου. Μελέτες βασισμένες σε αυτοψίες αποκαλύπτουν ότι οι μεταστατικοί όγκοι είναι συχνότεροι από τους πρωτοπαθείς και ακόμα και οι τελευταίοι αριθμοί δεν είναι εντελώς αξιόπιστοι, διότι υπάρχει μία τάση να μην εξετάζεται ο εγκέφαλος σε καρκινοπαθείς. Με αυτές τις επιφυλάξεις σχετικά με την φυσική συχνότητα, οι αριθμοί του παρακάτω πίνακα θα μπορούσαν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικοί.

	Τοις εκατό
-Γλοιώματα:	45
Πολύμορφο γλοιοβλάστωμα	20
Αστροκύτωμα	10
Επενδύωμα	6
Μυελοβλάστωμα	4
Ολιγοδενδροκύτωμα	5
-Μηνιγγίωμα	15
-Υποφυσιακό αδένωμα:	7
-Νευρολιήωμα:	7
-Μεταστατικό κοιλίωμα:	6
-Κρανιοφαρυγγίωμα και δερμοειδές, επι- δερμοειδές ή τεράτωμα	4
-Αγγειώματα και αγγειακές δυσμορφίες	4
-Αταξινόμητα (κυρίως γλοιώματα)	5
-Διάφορα (κωνάρωμα, χόρδωμα, κοιλίωμα)	<u>3</u>
	100

Τύποι Ενδοκρανιακών Όγκων σε περίπου 15.000 περι-
πτώσεις στην συνδυασμένοι σειρά των ZULCH, GUSHING
OLIVECRLNA. (1975).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

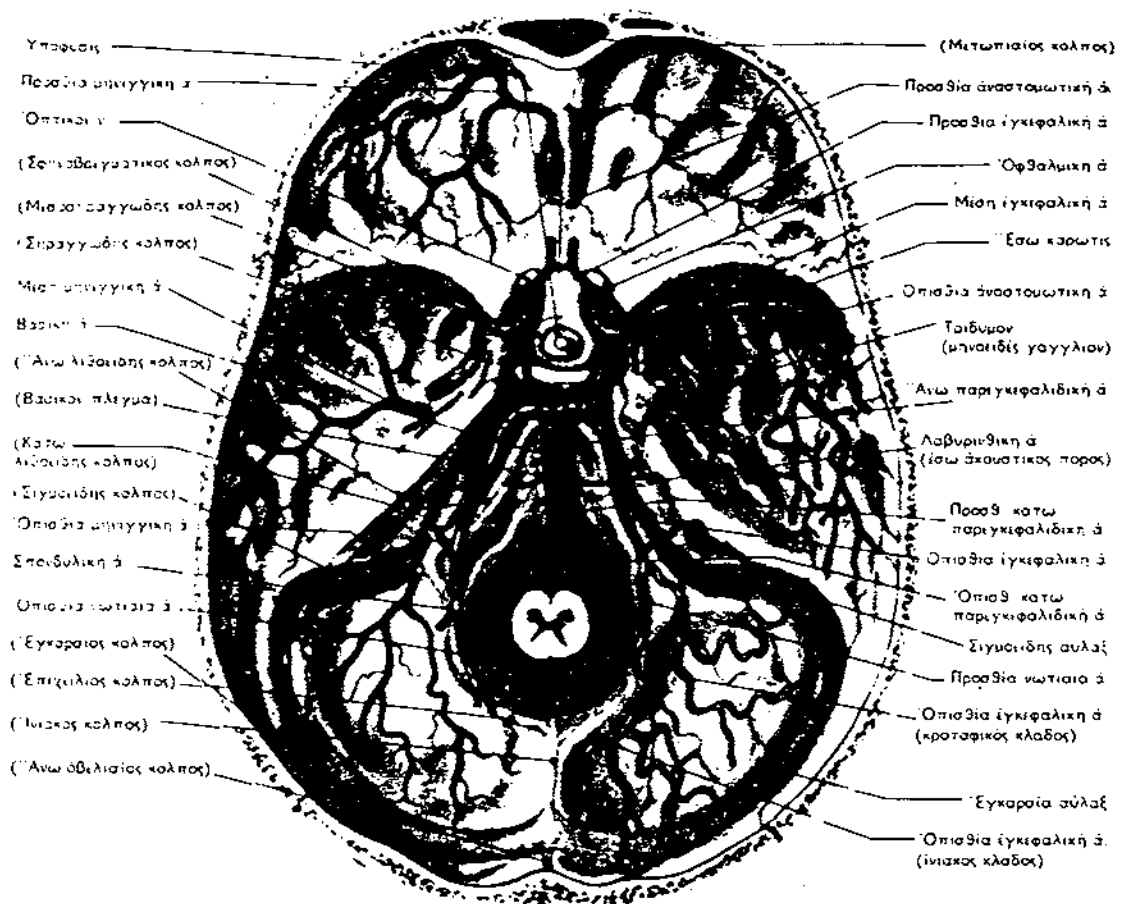


1. Προσθία έγκεφαλική αρτηρία
2. Ίσμο του μεσολοβίου
3. Κεφαλή του κερκοφόρου πυρήνος
4. Προσθία άναστομωτική αρτηρία
5. Μέση έγκεφαλική αρτηρία
6. Υπόφωσις
7. Όπισθία άναστομωτική αρτηρία
8. Άνω παρεγκεφαλική αρτηρία
9. Βασική αρτηρία
10. Έσω έγκεφαλική φλέβη
11. Χοιροειδής αρτηρία και φλέβη
12. Χοιροειδές πλέγμα της πλάγας κοιλίας

13. Άοχή κροταφικού και ίνιοκού κέρατος της πλάγας κοιλίας
14. Σπονδυλική αρτηρία
15. Μετωπιαίος λοβός
16. Οφθαλμικών νεύρων
17. Άνω γναθικών νεύρων
18. Προσθία έγκεφαλική αρτηρία
19. Κάτω γναθικών νεύρων
20. Γέφυρα
21. Διάμεσον νεύρον του Wrisberg
22. Βασιματικός λοβός
23. Παρεγκεφαλις
24. Άριστερός έγκάρσιος κόλπος

ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ

- I. Όσφρητικών
- II. Όπτικών
- III. Κοινόν κινητικών
- IV. Τραχίλιακόν
- V. Τρίδυμον
- VI. Άπαγωγόν
- VII. Προσωπικόν
- VIII. Άκουστικόν
- IX. Γλωσσαφαργγικόν
- X. Πνευμονογαστρικόν
- XI. Παραπληρωματικόν
- XII. Υπογλώσσιον

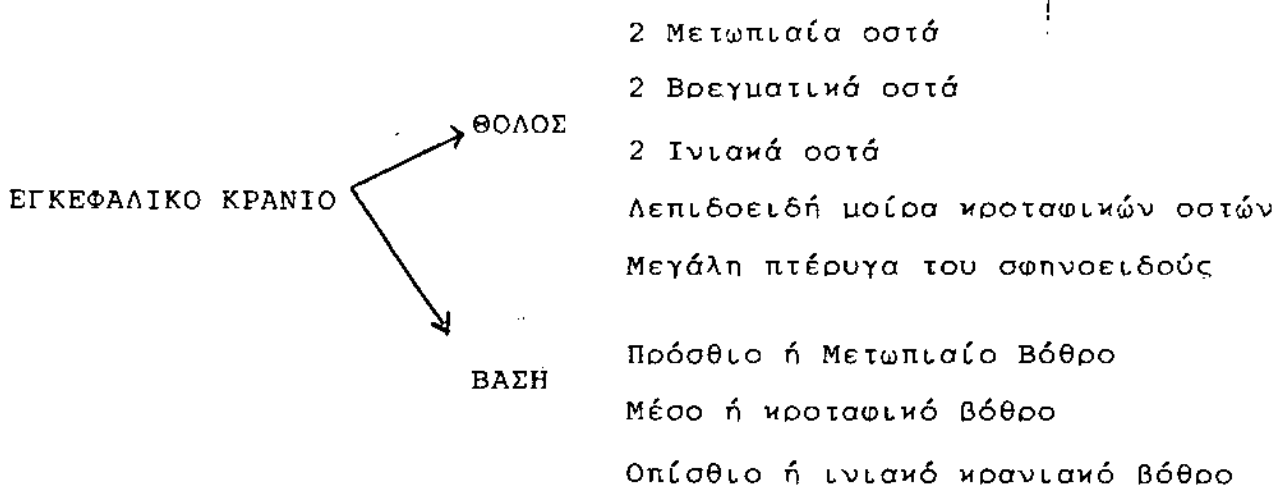


Ανατομία του εγκεφάλου.

Το Κ.Ν.Σ. αποτελούν ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός, που βρίσκονται μέσα στην κοιλότητα του κρανίου και στον σπονδυλικό σωλήνα.

ΚΡΑΝΙΑΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Το κρανίο διαιρείται στο σπλαγχχνικό και το εγκεφαλικό. Χωρίζονται από μία νοητή γραμμή, η οποία περνά γύρω από την ρίζα της μύτης, τους έξω ακουστικούς πόρους και το λυίο. Στο εγκεφαλικό κρανίο διακρίνουμε το θόλο και την βάση του.



Στην βάση του κρανίου υπάρχουν σχισμές και τρήματα από τα οποία διέρχονται οι αρτηρίες και τα εγκεφαλικά νεύρα.

Στο εσωτερικό του κρανίου υπάρχει η κρανιακή κοιλότητα, η οποία περιέχει τον εγκέφαλο, τμήμα του νωτιαίου μυελού, την έκφυση των εγκεφαλικών νεύρων, τις μηνιγγες ή περιβλήματα του εγκεφάλου και τα αγγεία του.

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα. Για

να προστατεύεται καλύπτεται από 3 περιβλήματα, τις ΜΗΝΙΓΓΕΣ (Σκληρή, Αραχνοειδή και Χοριοειδή). Μεταξύ των Μηνίγγων κυκλοφορεί εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Το πάνω τμήμα του εγκεφάλου αποτελείται από τον τελικό εγκέφαλο, ο οποίος χωρίζεται από μία επιμήκη σχισμή σε δύο συμμετρικά εγκεφαλικά ημισφαίρια, αριστερό και δεξιό, που συνδέονται μεταξύ τους με έναν παχύ σχηματισμό λευκής ουσίας, το μεσολόβιο. Σε κάθε ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο, εξωτερικά, διακρίνουμε την μετωπιαία περιοχή, την βρεγματική, την ινιακή και την κροταφική με τους αντίστοιχους λοβούς του, ενώ εσωτερικά υπάρχει μια κοιλότητα, η πλάγια κοιλία. Ο εγκέφαλος διαθέτει συνολικά 3 κοιλίες μέσα στις οποίες παράγεται και κυκλοφορεί το εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Σε κάθε ημισφαίριο υπάρχει ένα επιφανειακό γκρίζο στρώμα, ο εγκεφαλικός φλοιός, στην επιφάνεια του οποίου διακρίνουμε προεξοχές, τις έλικες και εμβυθύνσεις, τις αύλακες, ενώ στο εσωτερικό του βρίσκεται μια κεντρική λευκή ουσία, η οποία αποτελείται από αθροίσματα νευρικών κυττάρων με συγκεκριμένη λειτουργία, που ονομάζονται πυρήνες της βάσης ή κεντρικοί πυρήνες. Οι πιο σημαντικοί είναι ο αμυγδαλοειδής και το ραβδωτό σώμα, που συνδέεται από την μια μεριά με το εγκεφαλικό φλοιό και από την άλλη με τα κινητικά κέντρα του κορμού και του νωτιαίου μυελού.

Μεταξύ των δύο ημισφαιρίων και προς την έσω και κάτω επιφάνειά τους, βρίσκεται η περιοχή του οπτικού θαλάμου, υποθαλάμους, το εγκεφαλικό στέλεχος με την γέφυρα και τα εγκεφαλικά σκέλη ως τέλος ο προμήκης μυελός. Πάνω από τον

προμήκη μυελό και μέσα στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο έχει σχηματισθεί η παρεγκεφαλίδα με τα δύο ημισφαίριά της, αριστερό και δεξιό και ανάμεσά τους τον σιώληνα.

Θάλαμος -> Σταθμός ανάλυσης και μετάδοσης της αισθητικής πληροφορίας μεταξύ νωτιαίου μυελού και εγκεφαλικού φλοιού.

Υποθάλαμος -> Ελέγχει λειτουργίες ζωτικής σημασίας π.χ. πείνα, δίψα, επιθετικότητα, σεξουαλική συμπεριφορά κ.λ.π.

Εγκεφαλικό στέλεχος -> Εκεί βρίσκονται οι πυρήνες από τους οποίους ξεκινούν τα εγκεφαλικά νεύρα.

Γέφυρα -> Είναι υπεύθυνη για την ισορροπία και τον συντονισμό των κινήσεων.

Προμήκης Μυελός -> Είναι υπεύθυνος για την εθελοντική κινητικότητα.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Η κυκλοφορία αίματος στον εγκέφαλο εξασφαλίζεται από την πρόσθια, μέση και οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία, που προέρχονται από τις δύο έσω καρωτίδες αρτηρίες και από τις δύο σπονδυλικές αρτηρίες, οι οποίες ενώνονται και σχηματίζουν την βασική αρτηρία. Από την βασική αρτηρία χορηγούνται κλάδοι όπως οι άνω, οι μέσες και οι κάτω παρεγκεφαλιδικές αρτηρίες για να αγγειώσουν την παρεγκεφαλίδα και τον προμήκη μυελό. Το φλεβικό σύστημα του εγκεφάλου έχει ιδιαίτερη σημασία για την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, διότι το αίμα μεταφέρεται από τις αρτηρίες στο κέντρο της

κυκλοφορίας, την καρδιά. Μία φλεβική απόφραξη, αόμα και μικρή, μπορεί να προκαλέσει έντονο εγκεφαλικό οίδημα ή άλλες διαταραχές, οι οποίες δεν είναι πάντοτε εύκολο να θεραπευτούν.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ

Αρχικά πρέπει να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο οι ενδοκρανιακοί όγκοι μεταβάλλουν την λειτουργία του εγκεφάλου και δημιουργούν σημεία και συμπτώματα.

Το κρανίο είναι γεμάτο με τρία σχεδόν μη συμπιέσιμα στοιχεία - εγκεφαλικό ιστό, αίμα και εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) - κατά συνέπεια ένας όγκος που αυξάνει την μάζα του εγκεφάλου πρέπει να αναπτυχθεί σε βάρος των άλλων δύο στοιχείων. Καθώς ο όγκος του όγκου και το περιβάλλον εγκεφαλικό οίδημα αυξάνουν, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό αναγκάζεται να βγει από τις κοιλίες και τον εγκεφαλικό υπαρχνοειδή χώρο, μέσω του μείζονος τμήματος και των οπτικών τμημάτων στις νωτιαίες και περιοπιτικές περιοχές του υπαρχνοειδούς χώρου. Η πίεση του οσφυϊκού Ε.Ν.Υ. αυξάνει και η αυξημένη περιοπτική πίεση παραβλάπτει την φλεβική επάνοδο από τις κεφαλές του οπτικού νεύρου και τους προσκειμένους αμφιβληστροειδείς, με αποτέλεσμα οίδημα των θηλών (<<πνιγμένες θηλές>>) και σε σοβαρές περιπτώσεις αμφιβληστροειδικές αιμορραγίες.

Η πίεση της μάζας του όγκου στον προσκειμένο εγκεφαλικό ιστό στενεύει καθ' υπόθεση ή εξαλείφει τα φλεβίδια, ιδιαίτερα στη λευκή ουσία του εγκεφάλου. Η επιβράδυνση της κυκλοφορίας και η αλλοιωμένη διαπερατότητα των αγγείων οδηγεί σε τοπικό αγγειογενές οίδημα του εγκεφάλου. Καθώς η ενδοκρανιακή πίεση αυξάνει, η εγκεφαλική κυκλοφορία πρέπει να διατηρείται. Στην αρχή αυτό επιτυγχάνεται με διάταση των αρτηριδίων. Αργότερα μόλις αποδειχθεί ανεπαρκής η αντιρ-

ρόπηση, η συστηματική πίεση αυξάνει και ο σφυγμός επιβραδύνεται. Σπάνια είναι δυνατόν η αιματική ροή να μειωθεί τόσο πολύ, ώστε να συμβεί έμφρακτο.

Η αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση από την μάζα του όγκου ή ο συνοδός αποφρακτικός υδροκέφαλος εκδηλώνεται με γενικευμένη κεφαλαλγία, επιβράδυνση της νοητικής δραστηριότητας, απάθεια και διάχυτη επιβράδυνση στο Η.Ε.Γ..

Ένα άλλο αποτέλεσμα της ενδοκρανιακής πίεσης είναι η συμπίεση των αναπνευστικών και καρδιακών κέντρων του εγκεφαλικού στελέχους, ώστε και η αναπνοή και ο καρδιακός ρυθμός γίνονται με βραδύτερο ρυθμό· χαρακτηριστικός είναι ο πλήρης και αργός σφυγμός. Σε σοβαρές περιπτώσεις με προοδευτική επιδείνωση τα κέντρα του εγκεφαλικού στελέχους (δικτυωτός σχηματισμός) μπορεί να συμπιεστούν τόσο ώστε να προκληθεί κώμα. Σε τέτοια προχωρημένα στάδια η αναπνοή γίνεται ανώμαλη ή τύπου CHEYNE - STOKES και ύστερα παύει, ενώ τελικά εμφανίζεται ταχυκαρδία αντί για βραδυκαρδία.

Η γνώση των φαινομένων αυτών είναι απαραίτητη για την κατανόηση της κλινικής συμπεριφοράς των ενδοκρανιακών εκβλαστήσεων.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ

Οι όγκοι του εγχεφάλου μπορεί να υπάρχουν, χωρίς σχεδόν καθόλου συμπτώματα. Συχνά μόνο μια ελαφρή ανεπάρκεια διανοητικής δυνάμεως, μια βραδύτητα αντιλήψεως ή μια απώλεια της ικανότητας αντοχής σε συνεχή διανοητική δραστηριότητα, υποδηλώνει παρέκκλιση από την φυσιολογική υγεία. Τα ειδικά σημεία που θα οδηγούσαν σε υποψία πραγματικής εγχεφαλικής νόσου μπορεί να λείπουν εντελώς. Σε ορισμένους ασθενείς, από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ενδείξεις εγχεφαλικής νόσου με την μορφή σπασμών ή κάποιου άλλου εντυπωσιακού συμπτώματος, αλλά οι ενδείξεις μπορεί να μην είναι αρκετά σαφείς, ώστε να δικαιολογούν την διόγκωση εγχεφαλικού όγκου. Σε μια τρίτη ομάδα, η ύπαρξη εκβλαστήσεως στον εγχεφαλο μπορεί να προσδιορίζεται με μεγάλη πιθανότητα από την παρουσία σημείων ενδοκρανιακής πίεσης, αλλά χωρίς συμπτώματα που να αποκαλύπτουν την εντόπιση της εκβλαστήσεως. Τέλος, ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα μπορεί να είναι τόσο σαφές και καθορισμένο, ώστε να κάνει πιθανή όχι μόνο την ύπαρξη νέας εκβλαστήσεως μέσα στο κρανίο, αλλά και την εντόπισή τους σ'ένα συγκεκριμένο σημείο και το γεγονός ότι ανήκει σ'ένα συγκεκριμένο ιστολογικό τύπο. Αυτοί οι τελευταίοι όγκοι δημιουργούν ορισμένα μοναδικά σύνδρομα, που σπάνια εμφανίζονται σε οποιαδήποτε άλλη νόσο.

Παρόλα αυτά οι εγχεφαλικοί όγκοι μπορεί να δημιουργήσουν αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης και σε κάθε σχεδόν

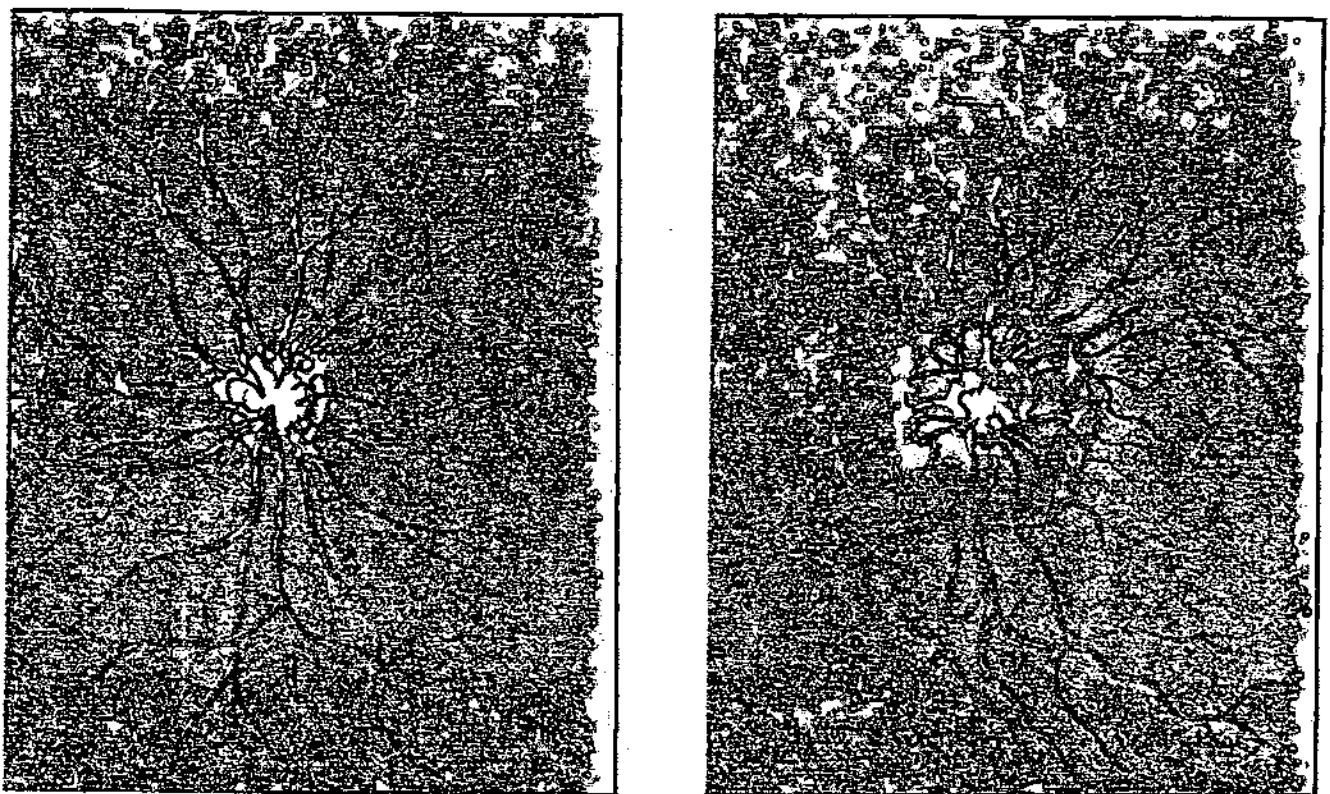
περίπτωση εμφανίζονται τελικά τα χαρακτηριστικά συμπτώματα και σημεία που είναι ο ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ, οι ΕΜΕΤΟΙ, το ΟΙΔΗΜΑ ΤΗΣ ΟΠΤΙΚΗΣ ΘΗΛΗΣ, και οι ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

Α) Ο ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ έχει μικρή εντοπιστική αξία και γενικά αφορά την πλευρά του κεφαλιού που βρίσκεται ο όγκος. Συχνότερα είναι μετωπιαίος, ινιακός ή και τα δύο. Κατά κύριο λόγο είναι διαλείπων, σφύζων και παροξυσμικός. Είναι γενικά πιο σοβαρός κατά το ξύπνυμα και τείνει να βελτιώνεται καθώς προχωρεί η μέρα. Τυπικά χειροτερεύει με το βήμα, το σκύψιμο ή με την προσπάθεια αφόδευσης, αλλά τα χαρακτηριστικά αυτά δεν είναι σταθερά και σε μερικές περιπτώσεις ο πόνος είναι ακαθόριστος.

Β) ΟΙ ΕΜΕΤΟΙ των ασθενών με ενδοκρανιακά νεοπλάσματα δεν έχουν συχνά ειδικά χαρακτηριστικά, αν και γενικά είναι ενιονότιεροι τις πρωΐνες ώρες, όπως και ο πονοκέφαλος, και μερικές φορές είναι ρουκετοειδείς, χωρίς να προηγείται ναυτία.

Γ) ΤΟ ΟΙΔΗΜΑ ΤΗΣ ΟΠΤΙΚΗΣ ΘΗΛΗΣ δεν παράγει κατά κανόνα σύμπτωμα στα πρώιμα στάδια. Τυπικά οι αμφιβληστροειδικές φλέβες είναι διογκωμένες, οι οπτικές θηλές πιο έντονα ροζ από ότι φυσιολογικά, η φυσιολογική κοίλανση απουσιάζει και τα όρια της οπτικής θηλής είναι ασαφή. Καθώς το οίδημα αυξάνει μπορεί να φανούν αιμορραγίες σε ένα τοπικό υπεραγγειακό σχηματισμό γύρω από την θηλή και ο ασθενής συχνά θα παραπονεθεί για κάποια ασάφεια στην όραση ή για κά-

ποια άλω γύρω από τα φώτα. Παρόλο που το οίδημα της οπτικής θηλής μπορεί να υπάρχει χωρίς εμφανή μείωση της οπτικής οξύτητας, όταν αυτή εμφανιστεί είναι συχνά γρήγορη στην εξέλιξή της, ολική και μη αναστρέψιμη και οφείλεται σε απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας.



... : Φυσιολογικός βυθός οφθαλμού και χαρακτηριστική εικόνα οιδήματος της οπτικής θηλής από ενδοκρανιακή υπέρταση.

... Δ) Η αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση ή υδροκέφαλος μπορεί να προκαλέσουν ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ και ΨΕΥΔΗ ΕΝΤΟΠΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ. Τα διανοητικά συμπτώματα μπορούν να πάρουν την μορφή διανοητικής απάθειας που καταλήγει σε STUPOR και κόμα,

ενώ νωρίτερα υπάρχουν συχνά ενδείξεις ελαφράς άνοιξης με
μείωση της μνήμης, της κρίσης και της κοινωνικής προσαρμο-
γής. Αργότερα μπορεί να παρατηρηθεί ακράτεια ούρων και κο-
πράνων. Η ούγχυση και η διαίτασχή του προσανατολισμού στο
χρόνο και το χώρο είναι συνηθισμένο, ενώ σπάνια εγασθίστα-
ται πλήρες σύνδρομο KORSAKOFF.

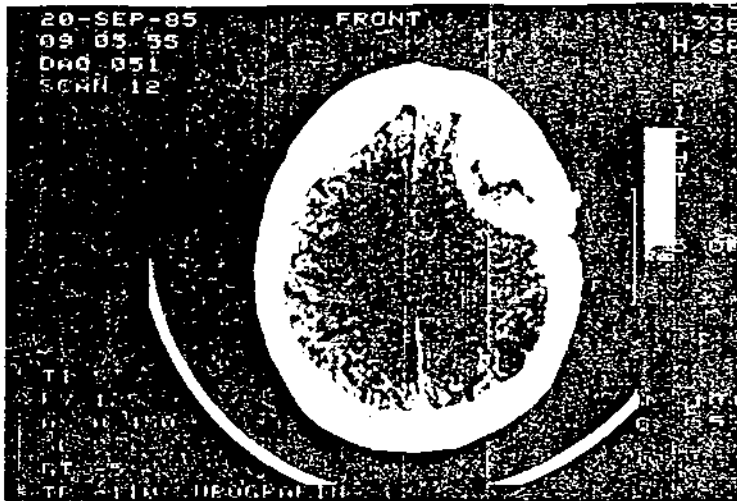
Τα πιο συνηθισμένα ψευδή εντοπιστικά σημεία είναι μο-
νόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη παράλυση του απαγωγού (που οφεί-
λεται σε πίεση πάνω στο στέλεχος του νεύρου στη μακριά εν-
δοκρανιακή πορεία του), μερική παράλυση του κοινού κληντι-
κού (που οφείλεται στο εγκελεασμό στο σπηνίδιο) και εξια-
τική πελματιαία απάντηση στη μιά ή και στις δύο πλευρές
(που οφείλεται σε πίεση του εγκεφαλικού στελέχους).

Θα ήταν σκόπιμο στη συνέχεια να περιγραφθούν οι διά-
φοροι τρόποι κληνικής εμφάνισης των ενδοκρανιακών όγκων.
Όπως στις περισσότερες παθήσεις του νευρικού συστήματος
τα φυσικά σημεία βοηθούν γενικά στον εντοπισμό της βλάβης,
ενώ στο κληνικό ιστορικό σιηρίζεται κανείς στην προσπάθεια
της διαπίστωσης του όγκου.

Κατά κανόνα η έναρξη είναι σχετικά γρήγορη όταν ο ό-
γκος είναι γλοιοβλάστωμα, μυελοβλάστωμα ή μεταστατικός,
ενώ τα συμπτώματα αναπτύσσονται συνήθως ύπουλα όταν είναι
αστροκύτωμα, ολιγοδενδροίωμα, μηνιγγίωμα, ακουστικό νευρί-
ωμα ή υποφυσιακό αδένωμα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η κληνική εικόνα των
νεοπλασμάτων χαρακτηρίζεται από:

α) Εγκεφαλικό οίδημα με προοδευτικά εστιακά συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά εγκεφαλικής πίεσης ή καταστροφής.



: Υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου σε γυναίκα ηλικίας 55 χρόνων. Πριν από 15 χρόνια της αφαιρέθηκε ένα μηνιγγίωμα της δεξιάς μετωπιαίας περιοχής και πρόσφατα ενεγράνισε συμπτώματα φλεγμονής στο σημείο της παλιάς εγχείρησης και τον σχηματισμό μιας πυώδους συλλογής όπως απεικονίζεται που χρειάστηκε για θεραπεία να υποβληθεί σε νέα εγχείρηση

β) Αύξηση ενδοκρανιακής πίεσης

γ) Επιληπτικές κρίσεις οι οποίες μπορεί να είναι είτε εστιακές είτε γενικευμένες. Όταν η κρίση έχει εστιακό χαρακτήρα (τύπου JACKSON) κινείται αμέσως η υποψία ότι μπορεί να είναι αποτέλεσμα εστιακής βλάβης, όπως είναι ένας όγκος. Όταν όμως οι κρίσεις είναι από την αρχή γενικευμένες και έχουν παρουσιαστεί στην διάρκεια μηνών ή και πιο σπάνια αρκετών χρόνων, η ένδειξη ότι δεν είναι ιδιοπαθείς έρχεται αργότερα με άλλα συμπτώματα και σημεία.

δ) Εστιακά νευρολογικά ελλείμματα τα οποία εμφανίζουν συμπτώματα με κάποια ασάφεια αλλά με προοδευτική εξέλιξη. Αναθόριστος πονοκέφαλος, διαλείπουσα ζάλη, αόριστη απώλεια της μνήμης και έλλειψη συγκέντρωσης είναι τα κύρια συμπτώματα. Είναι η πιο δύσκολη περίπτωση επειδή η κλινική εικόνα συγχέεται εύκολα με ψυχικές νόσους.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΟΓΚΩΝ

Επειδή λείπουν πειστικές αποδείξεις για την αιτιολογία των ενδοκρανιακών και ενδονωτιαίων όγκων, η κατάταξή τους γίνεται προς το παρόν με βάση την κλινική τους προέλευση.

I. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

1. ΝΕΥΡΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΚΥΤΤΩΜΑΤΑ

Τα νεοπλάσματα αυτά αναπτύσσονται από νευρινές ίνες ή από κύτταρα εμβρυϊκής προέλευσης και είναι σπάνια.

2. ΓΛΟΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΟΓΚΟΙ των υποστηρικτικών κυττάρων.

α. Γλοιβλάστωμα

Σε όλες τις στατιστικές αναλύσεις χειρουργικού και υλικού νεκροψίας, το πολύμορφο γλοιβλάστωμα είναι υπεύθυνο για άνω του 25% των ενδοκρανιακών γλοιωμάτων και για άνω του 90% των γλοιωμάτων των εγκεφαλικών ημισφαιρίων στους ενήλικες. Αν και η θέση είναι κυρίως εγκεφαλική αυτοί οι όγκοι μπορούν να παρατηρηθούν στο εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα ή το νωτιαίο μυελό. Η κορυφαία συχνότητα εμφανίζεται στην μέση ωριμότητα, αλλά καμία ομάδα ηλικιών δεν είναι απρόσβλητη.

Το γλοιβλώστωμα είναι εξαιρετικά μακροήθης όγκος, που διηθεί εκτεταμένα τον εγκέφαλο και μπορεί να προσβάλει μεγάλο μέγεθος, πριν επισύρει την προσοχή. Μπορεί να επεκταθεί ιδιαιτέρως σε νεαρούς ασθενείς στην επιφάνεια των μηνίγγων ή το τοίχωμα των κοιλιών, πράγμα που πιθανόν εξηγεί την αύξηση του επιπέδου της πρωτεΐνης καθώς και την πλειοκύτωση

με 10 έως 100 κύτταρα ή περισσότερα, κυρίως λεμφοκύτταρα.

Είναι εξαιρετικά αγγειοβριθής και η αρτηριογραφία μπορεί να δείξει συχνά δίητυο ανώμαλων αγγείων. Τα αγγεία στον όγκο είναι εξαιρετικά διαπερατά στον ραδιενεργό φώσφορο, το ραδιενεργό αρσενικό, τον υδράργυρο και το τεχνητίο. Η υπολογιστική τομογραφία μπορεί να δείξει διαστρέβλωση κάποιου τμήματος μιας πλαγίας κοιλίας καθώς και αύξηση της αντιθέσεως της μάζας του όγκου και του περιβάλλοντος χαμηλής πυκνότητας οιδήματος του εγκεφάλου. Τα χαρακτηριστικά μικροσκοπικά παθολογικά ευρήματα είναι μεγάλη κυτταροβρίθεια, γιγαντοκύτταρα όγκου, νέκρωση, αιμορραγία, θρόμβωση αγγείων, συμπίεση του μεσεγκεφάλου, και αιμορραγίες του μεσεγκεφάλου και της γέφυρας καθώς και αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση.

Κλινικώς, τα διάχυτα εγκεφαλικά συμπτώματα είναι οι σπασμοί (που υπάρχουν στο 30-40% των περιπτώσεων). Σπάνια όμως τα συμπτώματα και τα σημεία δείχνουν τον λοβό που έχει προσβληθεί και συχνά είναι κανείς ευχαριστημένος αν μπορεί να καθορίσει την περιοχή του ημισφαιρίου που έχει προσβληθεί.

β. Αστροκύτωμα

Το αστροκύτωμα μπορεί να εμφανισθεί οπουδήποτε στον εγκέφαλο ή στον νωτιαίο μυελό. Ευνοούμενες θέσεις είναι ο εγκέφαλος, η παρεγκεφαλίδα, ο θάλαμος, το οπτικό χίασμα και η γέφυρα. Είναι ένας βραδέως αυξανόμενος όγκος διηθητικού χαρακτήρα, με τάση να σχηματίζει μεγάλες κοιλότητες ή ψευδοκύστεις. Εναποθέσεις ασβεστίου μπορεί να απαντούν

σε μέρη του όγκου στις απλές ακτινογραφίες ή στις υπολογιστικές τομογραφίες. Το E.N.Y. δεν περιέχει κύτταρα, με μόνη ανωμαλία την αυξημένη πίεση και το αυξημένο επίπεδο πρωτεΐνης σε ορισμένες περιπτώσεις. Μετατοπισμένες πρόσθιες και μέσες εγκεφαλικές αρτηρίες παρατηρούνται στην υπολογιστική τομογραφία ή την αρτηριογραφία της καρωτίδας. Σε αρχικό όμως στάδιο όλες οι ακτινολογικές και ηλεκτρογραφικές δοκιμασίες μπορεί να είναι αρνητικές.

Το αστροκύτωμα μπορεί να προκαλεί συνήθη συμπτώματα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σπασμοί, κεφαλαλγία και παράδοξα νοητικά συμπτώματα μπορεί να υπάρχουν επί αρκετά χρόνια. Σε λίγες περιπτώσεις μπορεί να περάσουν πάνω από 10 χρόνια πριν γίνει η διάγνωση. Η μέση περίοδος επιβίωσης μετά τα πρώτα συμπτώματα είναι 67 μήνες στους εγκεφαλικούς όγκους και 89 μήνες στους παρεγκεφαλιδικούς.

γ) Μυελοβλάστωμα

Είναι ταχέως αναπτυσσόμενος όγκος, που εμφανίζεται στο πίσω μέρος του σφάληκα παιδιών και σπάνια στο παρεγκεφαλικό ημισφαίριο ενηλίκων. Διασπορά του όγκου μπορεί να παρατηρηθεί στα τοιχώματα της τρίτης και της πλαγίας κοιλίας, στις μηνιγγικές επιφάνειες του εγκεφάλου και γύρω από το νωτιαίο μυελό. Είναι πολύ κυτταροβριθής και τα κύτταρα είναι μικρά, στενά στιβαγμένα με ελάχιστο κυτταρόπλασμα.

Η κλινική εικόνα είναι χαρακτηριστική. Τυπικά ο ασθενής γίνεται ανήσυχος, κάνει επανειλημμένα εμετό και έχει πρωϊνή κεφαλαλγία. Η πρώτη διάγνωση που επιβάλλεται μπορεί

να είναι γαστροεντερική νόσος ή κοιλιακή ημικρανία. Σύντομα όμως διστακτικό βάδισμα, συχνές πτώσεις, ετερόπλευρη από-
λειψα της ακοής, ή αλλοιθώρισμα, οδηγούν σε νευρολογική ε-
ξετάση και ανακάλυψη του οιδήματος της θηλής. Προσβολές
απεγκεφαλισμού μπορεί να εμφανισθούν στα όψιμα στάδια της
νόσου.

Όχι σπάνια ο αποφρακτικός υδροκέφαλος δημιουργεί την
ανάγκη εισαγωγής κοιλιοπεριτοναϊκής παροχετεύσεως. Σε τέ-
τοιες καταστάσεις συχνά παρεμβάλλεται ένα φίλτρο, για να
μειώσει την διασπορά του όγκου. Ο όγκος είναι εξαιρετικά
αιτινοευαίσθητος και η εγχείρηση με κρανιονωτιαία θεραπεία
με ακτίνες Χ, ακολουθούμενη από συστηματική χημειοθεραπεία
συνδέεται με 5ετή επιβίωση για την πλειονότητα των ασθε-
νών..

δ. Ολιγοδενδρομάτωμα

Οι ασυνήθιστοι αυτοί όγκοι, που αναπτύσσονται συνήθως
σ'ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο και ιδιαίτερα στο κροταφικό λο-
βό, είναι εξαιρετικά καλοήθεις. Οι περισσότεροι άρρωστοι εμ-
φανίζουν εστιακές και γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις για
πολλά χρόνια πριν από την έναρξη άλλων συμπτωμάτων. Συχνά
αποτιτανώνονται και μία στικτή περιοχή ασβέστωσης στην α-
κτινογραφία του κρανίου μπορεί να είναι παθογνωμική.

ε) Επενδύωμα

Αν και μερικές φορές αυτός ο όγκος εμφανίζεται ως μο-
νής μάζα σ'ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο στους ενήλικους, που
προέρχεται καθ'υπόθεση από το επενδυματικό τοίχωμα της πλά-

γιας κοιλίας η χαρακτηριστικότερη μορφή του είναι θηλώδεις
εμβλάστισης, που γεμίζει την τέταρτη κοιλία των παιδιών.
Στα πρώιμα στάδια είναι συνηθισμένος ο έλιγγος θέσης, ο
ινιακός πονοκέφαλος και οι πρωϊνοί έμετοι, που μπορεί να
είναι και τα μόνα συμπτώματα, ενώ συχνά τα μόνα φυσικά ση-
μεία είναι ε_ν_υ_σ_τ_α_γ_μ_ός με διαφόρου βαθμού α_υ_χ_ε_ν_η_κή_δ_υ_σ_η_α_μ-
ψ_ία ή ο έ_λ_ι_γ_γ_ος που προκαλείται στην προσπάθεια κάμψης του
αυχένα.

Ο όγκος δεν είναι πολύ ευαίσθητος στις ακτίνες X και
η χειρουργική εξαίρεση προσφέρει τη μόνη ελπίδα για επιβίω-
ση. Η παράταση της ζωής επιτυγχάνεται μερικές φορές με κοι-
λιοκοιλιακή προχέτευση του E.N.Y..

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΛΟΙΩΜΑΤΟΣ: Η χρήση κορτικοστεροειδών (δεξαμεθα-
ζόνης, 6 έως 8 MG κάθε 6 ώρες), για τον έλεγχο του εγκε-
φαλικού οιδήματος, βελτιώνει την νευρολογική λειτουργία κα-
τά την προ-τι μετεγχειρητική περίοδο. Με εξαίρεση ασθε-
νείς με βαθιά εδραζόμενους όγκους, η δι_ά_γ_ν_ω_σ_η_γ_λ_ο_ί_ω_μ_α_τ_ο_ς
τίθεται συνήθως με ε_γ_χ_ε_ι_ρ_η_τ_η_κή_ε_ξ_α_ί_ρ_ε_σ_η ή β_ι_ο_ψ_ία_β_ε_λ_ό_ν_α_ς.
Ο όγκος δεν μπορεί να εξαιρεθεί πλήρως. Η χειρουργική थे-
ραπεία σπάνια είναι δυνατή. Η μετεγχειρητική θεραπεία α-
σθενών με κακοήθες γλοίωμα περιλαμβάνει ακτινοβολία του
όγκου και του γύρω ιστού. Η χημειοθεραπεία γίνεται κυρίως
με την λιποδιαλυτή νιτροζουρία καρμουςτίνη (BCNU), που χο-
ρηγείται με ελεβηκή ή αρτηριακή έγχυση.

Η χρήση μετεγχειρητικής ακτινοβολίας και χημειοθερα-
πείας βελτιώνει το μέσο χρόνο επιβιώσεως και το επίπεδο λει-
τουργίας των περισσότερων ασθενών, αλλά σπάνια υπάρχει επι-
βίωση πάνω από δύο χρόνια αν το γλοίωμα είναι κακοήθες.

3. ΜΗΝΙΓΓΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

α. Μηνιγγίωμα

Είναι καλοήθης όγκος που αποτελείται από εξειδικευμένα αραχνοειδικά επενδυτικά κύτταρα, που εμφανίζονται συνήθως σε θέσεις όπου υπάρχουν πολλές αραχνοειδείς λάχνες. Πολλοί είναι εξαιρετικά αγγειοβριθείς και δέχονται την αιμάτωσή τους από τους κλάδους της έξω καρωτίδας αρτηρίας.

Οι συνήθεις θέσεις των όγκων αυτών είναι η οσφρητική αύλακα, το φύμα του ελιπίου, η παρατοξοειδής περιοχή, η σχισμή του SILVUS, η παραγνεφαλιδογεφυρική γωνία και ο νωτιαίος σωλήνας. Επειδή βρίσκονται στην επιφάνεια του εγκεφάλου μέσα ή δίπλα στην σκληρά, οι αλλοιώσεις του κρανίου είναι συχνές.

Επειδή τα μηνιγγιώματα προσφέρουν μία ευρεία αγγειακή μηνιγγική επιφάνεια, συχνά αυξάνουν το επίπεδο πρωτεΐνης στο Ε.Ν.Υ.. Η υπερβολική διαπερατότητα των αγγείων και η επιφανειακή εντόπιση των όγκων, τους κάνει ιδεώδη αντικείμενο για εντόπιση με ραδιενεργό ισότοπα. Ο υποκείμενος εγκεφαλικός ιστός είναι φανερά οίδηματώδης στις υπολογιστικές τομογραφίες. Τα πολλαπλά μηνιγγιώματα μέσα στο κρανίο ή το νωτιαίο σωλήνα μπορεί να εμφανισθούν, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις νευρινωματοώσεως.

Αυτοί-οι όγκοι μπορεί να βρεθούν σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι συχνότεροι στις πιο προχωρημένες ηλικίες ιδιαίτερα στις γυναίκες. Η θεραπεία συνίσταται σε εγχειρητική εξαίρεση, με επιφύλαξη της ακτινοβολίας, για μη εξαίρεσιμες, υποτροπιάζουσες ή κακοήθεις παραλλαγές.

β. Ιστοκυτταρικό Λέμφωμα (Διητυοκυτταρικό Λέμφωμα)

Αυτοί οι όγκοι μπορεί να είναι πρωτοπαθείς στον εγκέφαλο (μικρογλοίωμα) ή τις μήνιγγες και να εμφανίζουν κλινική εικόνα σχεδόν ταυτόσημη με την κλινική εικόνα του πολύμορφου γλοιοβλαστώματος. Υπάρχει τάση αυτού του όγκου να εμφανίζεται σε ανοσοκατασταλμένα άτομα, σε μερικά από τα οποία υπάρχει ιστορικό χρόνιας λογενοούς παρωτίτιδας και ιριδοκυκλίτιδας και στα παιδιά, σε συνδυασμό με αταξία τελαγγειεκτασία.

Η μάζα του όγκου έχει την τάση να εμφανίζεται στις περικοιλιακές και υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου και της παρεγκεφαλίδας και μπορεί να είναι πολυεστιακή. Τα τρία τέταρτα των ασθενών θα ωφεληθούν από την θεραπεία με κορτικοστεροειδή, που ακολουθείται από ακτινοβολήση. Ο όγκος είναι εξαιρετικά ακτινοευαίσθητος. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με βιοψία τουλάχιστον στο 50% των ασθενών.

4. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΕΚΚΡΙΤΙΚΩΝ Ή ΑΔΕΝΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ

α. Αδενώματα της υπόφυσης

Αυτοί οι όγκοι είναι πολύ συνηθισμένοι, ιδιαίτερα στην προχωρημένη ώριμη ζωή και ανακαλύπτονται συχνά όταν ένας ασθενής αρχίζει να παραπονιέται για διαταραχή της όρασης.

Υπάρχουν δύο κύριες ποικιλίες υποφυσιακού αδενώματος που δίνουν όμοια νευρολογικά σημεία ενώ έχουν διαφορετικές ενδοκρινικές συνέπειες. Το αδένωμα των οξεόφιλων κυττάρων δίνει γιγαντισμό πριν την ήβη και μεγαλακρία κατόπιν, ενώ τα περισσότερα χρωμόφοβα αδενώματα δίνουν σημεία

υπολειτουργίας της υπόφυσης. Οι πρόσφατες ενδείξεις πάντως αποκαλύπτουν ότι μερικά περιέχουν λίγα ενεργά οξεόφιλα ή βασεόφιλα κύτταρα και ότι πολλά άλλα εκκρίνουν προλακτίνη που προκαλεί γλακτόρροια και αμηνόρροια (προλακτινώματα). Τα βασεόφιλα αδενώματα είναι σπάνια και προκαλούν τα ενδοκρινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου GUSHING που συχνότερα δημιουργείται από υπερλειτουργία του επινεφριδικού φλοιού.

Μερική ή ολική αμφωροταφική ημιανοψία, που προχωρεί σε τύφλωση, με ατροφία του οπτικού νεύρου, σύνδρομο υποφυσιακής αποπληξίας (οξεία έναρξη κεφαλαλγίας, συγχύσεως ληθάργου ή κώματος, τύφλωση και αμφοτερόπλευρη οφθαλμοπληγία), ακτινογραφικές ενδείξεις διευρυσμένου τουρκικού επιπέου και ενδοκρινικής διαταραχής οδηγούν σε διάγνωση αδενώματος της υποφύσεως.

Αν η όραση είναι ελαττωματική ή υπάρχει βαθιά ενδοκρινική δυσλειτουργία (μεγαλακρία ή νοσος του GUSHING) η διασφηνοειδική χειρουργική εξαίρεση είναι ενδεδειγμένη. Η ακτινοβόληση με δέσμη πρωτονίων (ή ακτίνες γάμμα, αν δεν υπάρχουν διαθέσιμα πρωτόνια) είναι η θεραπεία εκλογής, για μικροαδένωμα που δεν εκκρίνει προλακτίνη. Η ενδοκρινική θεραπεία αποκαταστάσεως είναι επίσης απαραίτητη. Η βρωμοκρπτίνη χρησιμοποιείται σήμερα για την καταστολή της παραγωγής προλακτίνης από ένα μικροαδένωμα.

β. Επιφυσίωμα, θήλωμα και όγκος του Σφαγιτιδικού Βόλου

Το επιφυσίωμα είναι ένας σπάνιος όγκος των παιδιών ή των νέων ενηλίκων που συνήθως παρουσιάζεται μόνο με ση-

μεία αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης, από συμπίεση του υδραγωγού, και υδροκέφαλο· πάντως η συμπίεση του τετραδύμου και του ανώτερου μεσεγκεφάλου μπορεί να δώσει χαρακτηριστική διαταραχή της συζυγούς κίνησης του βλέμματος προς τα πάνω. Πολλά από τα επονομαζόμενα επιφυσιώματα είναι τερατώματα ή γλοιώματα. Οι ασυνήθιστοι όγκοι που ξεκινούν από τα παρεγχευματικά κύτταρα του κωναρίου μπορεί επιπρόσθετα να προκαλέσουν πρόωμη ήβη ή άποιο διαβήτη. Τα θηλώματα των χοριοειδών πλεγμάτων είναι επίσης υπεύθυνα για υποτροπιάζουσες υπαραχνοειδείς αιμορραγίες ή για υδροκέφαλο χωρίς άλλα ειδικά χαρακτηριστικά. Οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις του σπάνιου χρωμοφινώματος του σφαγιτιδικού βόλου είναι πολλαπλές παράλυσεις των κατωτέρων εγκεφαλικών συζυγιών (κώφωση, παράλυση του προσώπου, δυσφαγία, ημιατροφία της γλώσσας), συνδυασμένης μερικές φορές με ένα αγγειακό πολύποδα στο έσω ως η μία ψηλαφτητή μάζα προστιά από το μαστοειδή οστό.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα υφίσταται μεταβολή κατά τα τελευταία χρόνια. Αν ο υδροκέφαλος απειλεί την ζωή, ενδείκνυται ως επείγον μέτρο κοιλιοκολπική παροχέτευση. Στην Ιαπωνία και την Ταϊβάν, όπου οι όγκοι της επιφύσεως αποτελούν το 4 έως 9% του συνόλου των ενδοκρανιακών όγκων στις παιδιατρικές και ενήλικες σειρές όγκων του εγκεφάλου έχει εφαρμοσθεί εμπειρική ακτινοβολία, ακολουθούμενη από στερεοτακτική βιοψία βελόνας αν ο όγκος δεν συρρικνωθεί.

5. ΟΓΚΟΙ ΑΝΑΠΤΥΣΙΑΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

α. Κρανιοφαρυγγίωμα

Πρόκειται για καλοήγη, συγγενή ή <<εξ υπολειμματικών

κνιτιάρων>> όγκο. Συνήθως βρίσκεται πάνω από το τουρκικό ε-
φίππιο, πιέζοντας το οπτικό χίασμα και επεκτεινόμενος προς
τα πάνω στην τρίτη κοιλία. Λιγότερα συχνά είναι υποδιαφραγ-
ματικός, δηλαδή μέσα στο εφίππιο, όπου συμπιέζει το σώμα
της υποφύσεως.

Στα παιδιά ή κλινική εικόνα αποτελείται από παχυσαρ-
κία, καθυστερημένη ή νηπιακή σωματική και σεξουαλική ανά-
πτυξη, κεφαλαλγίες, έμετο, θόλωση της φάσεως με ελλείματα
των χιασματικών οπτικών πεδίων, ατροφία του οπτικού νεύρου
ή οίδημα της θηλής. Στους ενήλικους βρίσκονται συχνά έξα-
σθένηση της σεξουαλικής επιθυμίας, αμηνόρροια, ελαφρή σπα-
στική αδυναμία των κνημών, κεφαλαλγία και νοητική άμβλυωση
και σύγχυση. Αργότερα μπορεί να εμφανισθεί υπηληλία, άποιος
διαβήτης και διαταραχές της ρυθμίσεως της θερμοκρασίας, δείχνει
βλάβη του υποθαλαμίου.

Οι σύγχρονες νευροχειρουργικές μέθοδοι, ενισχυόμενες
από θεραπεία με κορτικοστεροειδή πριν και μετά την εγχεί-
ρηση και προσεκτικός έλεγχος της θερμοκρασίας και του ισο-
ζυγίου ύδατος μετά την εγχείρηση, επιτρέπουν πλήρη εξαίρε-
ση του όγκου στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Μεγάλες α-
νεγχείρητες βλάβες έχουν απορροφηθεί και η ακτινοθεραπεία
υπήρξε ευεργετική σε μερικές από αυτές.

β. Αιμιάγγειοβλάστωμα της παρεγκεφαλίδας

Ζάλη, αταξία της βαδίσσεως ή των άκρων στην μία πλευ-
ρά, συμπτώματα και σημεία αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσεως
και σε μερικές περιπτώσεις αγγείωμα του αμφιβληστροειδούς

(νόσος του VON HIPPEL) και πολυκυτταραιμία αποτελούν το νευρολογικό σύνδρομο. Η οικογενειακή συχνότητα είναι υψηλή. Η κρανιοτομία με διάνοιξη της παρεγκεφαλιδικής κύστεως και εξαίρεση του τοιχωματικού οζιδίου μπορεί να είναι θεραπευτική. Μερικές από τις βλάβες του αμφιβληστροειδούς μπορούν να εξαλειφθούν με θεραπεία με ακτίνες λέιζερ.

γ. Αρτηριοφλεβικό αγγείωμα

Οι χαρακτηριστικές κλινικές εκδηλώσεις του προκύπτουν από τις αγγειακές αυτές δυσπλασίες είναι επιληψία, υπαρχνοειδής αιμορραγία, εστιακά νευρολογικά σημεία ανάλογα με την εντόπιση και το κρανιακό φύσημα. Μικρές αγγειακές δυσπλασίες (αμαρτώματα) μπορεί να παραμένουν σιωπηλά για πολλά χρόνια πριν δώσουν, σαν την μόνη τους κλινική εκδήλωση, επιληπτικές κρίσεις.

δ. Χόρδωμα

Ο μαλακός σαν ζελατίνα αυτός όγκος αναπτύσσεται συνήθως είτε ανάμεσα στην βάση του σφηνοειδούς και την πρόσθια πλευρά του εγκεφαλικού στελέχους ή στον ιερό σωλήνα. Όταν αναπτύσσεται ενδοκρανιακά, υπάρχουν τυπικά πολλαπλές παραλύσεις κρανιακών νεύρων στην ιερή περιοχή προκαλεί σημεία προσβολής πολλών ριζών στο χαμηλότερο μέρος της ιππούριδας. Η θεραπεία είναι θεραπεία με ακτίνες Χ.

ε. Επιδερμοειδείς ή Δερμοειδείς κύστεις

Αυτοί οι σπάνιοι, σαν μαργαριτάρια όγκοι (χολοστεατώματα) βρίσκονται συνηθέσταρα στον οπίσθιο βόθρο και συ-

νήθως δεν διακρίνονται κλινικά από άλλους όγκους του οπισθίου βόθρου. Η διάγνωση γίνεται κατά την διάρκεια της εγχείρησης..

στ.Κολλοειδείς κύστεις της τρίτης κοιλίας

Αυτές οι καλοήθειες κύστεις μπορεί να υπάρχουν, χωρίς να προκαλούν συμπτώματα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Προκαλούν νευρολογικά συμπτώματα, αποκλείοντας την τρίτη κοιλία και προκαλώντας αποφρακτικό υδροκέφαλο. Πρέπει να δημιουργείται υποψία παρουσίας αυτού του όγκου, όταν βρίσκονται τα ακόλουθα κλινικά σύνδρομα: σύγχυση, ή άνοια με ή χωρίς κεφαλαλγία, διαλείπουσες γενικευμένες κεφαλαλαγίες, διαταραχή της βαδίσσεως, έμετος, θόλωση της οράσεως, ζάλη, ακράτεια τύπου <<μετωπικού λοβού>>, αμφοτερόπλευρες παραισθήσεις και αδυναμία των κνημών με αιφνίδιες πτώσεις.

Η θεραπεία είναι χειρουργική εξαίρεση, αλλά πρόσφατα έχουν επιτευχθεί ικανοποιητικά αποτελέσματα με κοιλιολογική παροχέτευση του ΕΝΥ, αφήνοντας άθικτο τον καλοήθη όγκο. Η στερεοταξική απορρόφηση της κύστεως έχει γίνει με επιτυχία σε μικρό αριθμό περιπτώσεων.

6. ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΡΙΖΩΝ

α. Νευρίνωμα

Το σχετικά συνηθισμένο αυτό ενδοκρανιακό νεόπλασμα είναι μερικές φορές μονήρες και άλλες πολλαπλό. Στην δεύτερη περίπτωση ο άρρωστος υποφέρει συνήθως από νευροϊνωμάτωση και υπάρχουν γενικά και άλλα στίγματα της νόσου. Μπορεί να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό και η προσεκτική εξέταση θα

αποκαλύψει δερματικά νευρίνωματα και μελάγχρωση στο δέρμα. Η πιο συχνή εντόπιση αυτού είναι το όγδοο ή ακουστικό νεύρο (ακουστικό νευρίνωμα). Ο όγκος αυτός είναι συχνός σε αρρώστους μέσης ηλικίας και στην γεροντική ηλικία (εκτός από την περίπτωση ατόμων με νευροϊμάτωση).

Μονόπλευρη κώφωση νευρικού τύπου, ακαθόριστη ζάλη, νυσταγμός, μονόπλευρη κατάργηση της αισθητικότητας του προσώπου και αργότερα ομόπλευρη παράλυση του προσώπου ή συσπάσεις που οφείλονται σε συμπίεση του προσωπικού νεύρου, συνθέτουν την κλινική εικόνα. Το λεύκωμα του E.N.Y. είναι συχνά πολύ αυξημένο και οι ακτινογραφίες δείχνουν συνήθως διάβρωση του έσω ακουστικού πόρου. Η μόνη θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση με χρήση του διαχωριστικού μικροσκοπίου.

II. ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Τα καρκινώματα φθάνουν στον εγκέφαλο με αιματογενή διασπορά. Πιθανόν τον 35 με 40% των μεταστατικών όγκων προέρχονται από τον πνεύμονα και περίπου 15% από τον μαστό. Μελανώματα, καρκινώματα του παχέως εντέρου, όγκοι των όρχεων και του νεφρού αντιστοιχούν το καθένα σε 10 έως 15% ενώ οι υπόλοιποι προέρχονται από το στομάχο, το ήπαρ, το θυροειδή, τη μήτρα, την ωοθήκη και άλλα όργανα. Το καρκίνωμα του προστάτη, του οισοφάγου, του στοματοφάρυγγα ή του δέρματος (εκτός από το μελανοκαρκίνωμα) σπάνια κάνουν διασπορά στον εγκέφαλο. Οι μεταστάσεις στον εγκέφαλο θα αναπτυχθούν σε ποσοστό μέχρι 80% των ασθενών με μελανοκαρκίνωμα και 25% των

ασθενών με καρκίνωμα του μαστού. Σε περισσότερο από το 75% των περιπτώσεων οι μεταστάσεις είναι πολλαπλές και είναι διασπαρμένες στον εγκέφαλο και την παρεγκεφαλίδα, με εξάπλωση 5 έως 10% διαμέσου των μηνίγγων. Οι αιμορραγικές μεταστάσεις είναι πιθανόν να προέρχονται από τον πνεύμονα, το νεφρό ή την μήτρα (χοριοεπιθηλίωμα). Ο εμψυτευμένος ιστός όγκου είναι συνήθως πολύ αγγειοβριθής, προκαλώντας ελάχιστη ιστική αντίδραση, αλλά μεγάλο οίδημα.

Η συνηθισμένη κλινική εικόνα στο μεταστατικό καρκίνωμα του εγκεφάλου δεν διαφέρει από την εικόνα του πολύμορφου γλοιοβλαστώματος. Κεφαλαλγία, νευρικότητα, κατάθλιψη, τρόμος, νοητική σύγχυση, σημεία αμνησίας και υδροκέφαλος μπορεί να συνθέτουν την κλινική εικόνα.

Μία οσφυονωτιαία παρακέντηση, ακτινογραφία θώρακα, ταχύτητα καθιζήσεως, ακτινογραφίες και αξονικές τομογραφίες συνιστώνται, αν υπάρχει υποψία ενδοκρανιακής μετάστασης. Η βιοψία ή εξαίρεση απαιτείται συχνά για διάγνωση στον ασθενή με μονήρη ενδοεγκεφαλική βλάβη.

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς επωφελούνται από τα κορτικοστεροειδή για τον έλεγχο του εγκεφαλικού οιδήματος και τα αντισπασμωδικά, για την ελάττωση του κινδύνου σπασμών. Εντοπισμένη ακτινοβολήση ή ακτινοβολήση ολόκληρου του εγκεφάλου προκαλεί σημαντική ελάττωση <<ακτινοευαίσθητων>> μεταστάσεων. Η χημειοθεραπεία έχει αποδειχθεί ότι έχει ελάχιστη αξία σε άτομα με μεταστατικές εγκεφαλικές βλάβες. Βέβαια η χορήγηση χημειοθεραπευτικών παραγόντων διαμέσω της καρωτίδας προσφέρει μία νέα προσέγγιση στην θεραπεία των εγκεφαλικών μεταστάσεων.

ΙΙΙ. ΚΟΚΚΙΩΜΑ (Όγκοι Λοιμώδους Προέλευσης)

Το φυμάτωμα είναι πολύ λιγότερο συχνό στις Η.Π.Α. από ό,τι πριν από 30 χρόνια και το κοκκίωμα έχει πάψει σχεδόν να υπάρχει.

Το φυμάτωμα μπορεί να εμφανισθεί σε οποιοδήποτε μέρος του εγκεφάλου, αλλά στα παιδιά είναι πιθανότερο να αναπτυχθεί στον οπίσθιο βόθρο, δηλ. στην παρεγκεφαλίδα ή το εγκεφαλικό στέλεχος, παρά στον εγκέφαλο. Συχνά υπάρχει μικρός αριθμός κυττάρων και αυξημένη περιεκτικότητα πρωτεΐνης στο ΕΝΥ.

Ο κυστίκερκος της μονήρους ταινίας και οι υδατίδες κύστες είναι συνηθισμένες βλάβες και πρέπει πάντα να τις υποπτευόμαστε, όταν εμφανίζονται στον ενήλικο σπασμοί, αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση ή διάχυτα εγκεφαλικά συμπτώματα.

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΨΕΥΔΟΟΓΚΩΝ

Η κλινική κατάσταση του ψευδοόγκου, που έχει ονομασθεί επίσης τοξικός υδροκέφαλος ή ορώδης μηνιγγίτιδα, μπορεί να μοιάζει πολύ με την εικόνα του όγκου του εγκεφάλου, καθώς τα κυρίαρχα συμπτώματα είναι ο πονοκέφαλος και το αμφοτερόπλευρο οίδημα της οπτικής θηλής. Η αξονική τομογραφία αποκαλύπτει όμως ότι οι εγκεφαλικές κοιλίες είναι είτε φυσιολογικές σε μέγεθος και θέση ή πιο συχνά μικρές. Η κατάσταση μπορεί να επιπλέξει τη μέση ωτίτιδα, την εγκευμοσύνη, την καχεξία ή μπορεί να ακολουθήσει κάκωση της κεφαλής, είναι ιδιαίτερα συχνή σε ευτραφείς νεαρές ή μέσης ηλικίας γυ-

ναΐνες.

Ο ψευδοόγκος οφείλεται σε άσπτη θρόμβωση ενός ή περισσότερων ενδοκρανιακών φλεβωδών κόλπων ή πιο συχνά σε διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα αγνώστης αιτιολογίας. Είναι μία αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή που αποκαθίσταται τελείως σε μερικές εβδομάδες ή μήνες. Στο οξύ όμως στάδιο το οίδημα της οπτικής θηλής αποτελεί απειλή για την όραση και είναι αναγκαία η επείγουσα θεραπεία, συνήθως σε στεροειδή για την ελάττωση του εγκεφαλικού οιδήματος.

Πίνακας 7. Ταξινόμηση των ενδοκρανιακών και ενδονωτιαίων όγκων

Συχνότητα κατά
προσέγγιση στο κρανίο

I. Πρωτοπαθείς όγκοι	
1. Νευροβλαστώματα και νευροκυτώματα	Σπάνιοι
2. Γλοιώματα και άλλοι όγκοι των υποστηρικτικών κυττάρων	} 40%
α. Γλοιοβλάστωμα	
β. Αστροκύτωμα	
γ. Μυελοβλάστωμα	
δ. Ολιγοδενδρογλοίωμα	
ε. Επενδύωμα	
3. Μηνιγγικοί όγκοι	
α. Μηνιγγίωμα	15%
β. Ινοσάρκωμα και δικτυοκυτταρικό σάρκωμα	
γ. Μελάνωμα	Σπάνιο
4. Όγκοι των εκκριντικών ή αδενικών ιστών	} 8%
α. Υποφυσιακά αδενώματα	
β. Κωναριώματα	
γ. Θηλώματα των χοριοειδών πλεγμάτων	
δ. Όγκοι του σφαγιτιδικού βήλου	
5. Όγκοι αναπτυξιακής προέλευσης	} 10%
α. Κρανιοφαρυγγίωμα	
β. Αιμαγγειοβλάστωμα	
γ. Αρτηριοφλεβικό αγγείωμα	
δ. Χόρδωμα	
ε. Επιδερμοειδείς και δερμοειδείς κύστεις	
στ. Κολλοειδείς κύστεις της τρίτης κοιλίας	
6. Πρωτοπαθείς όγκοι των οστών του κρανίου και των σπονδύλων	
α. Οστέωμα	Σπάνια
β. Οστεογενές σάρκωμα	
γ. Αιμαγγείωμα του σπονδυλικού σώματος	
7. Όγκοι των νεύρων και των νευρικών ριζών	
α. Νευρίνωμα και δικτυωτό νεύρωμα	10%
II. Δευτεροπαθείς όγκοι	
1. Ενδοκρανιακές και ενδονωτιαίες μεταστάσεις	} 15%
α. Καρκίνωμα (πνεύμονα, μαστού, νεφρού, θυρεοειδούς, ωθηκής, κόλου)	
β. Σάρκωμα	
γ. Μελάνωμα	
2. Όγκοι που αφορούν τα οστά του κρανίου, τα σπονδυλικά σώματα και τις μηνιγγες	
α. Καρκίνωμα του ρινοφάρυγγα και των παραρρινικών κόλπων	
β. Μεταστατικό καρκίνωμα των οστών (πνεύμονα, προστάτη, μαστού, θυρεοειδούς)	
γ. Πολλαπλό μυέλωμα και μονήρες μυέλωμα	
III. Κοκκίωμα (κομμίωμα, φυμάτωμα, σαρκοειδές, παρασιτικές κύστεις)	
	2%

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του ενδοκρανιακού όγκου επηρεάζεται από την φύση του όγκου, την εντόπισή του και άλλους παράγοντες. Κατά γενικό κανόνα, εκτός αν γίνει εγχείρηση, σχεδόν όλοι οι ενδοκρανιακοί όγκοι καταλήγουν στο θάνατο.

Ο θάνατος, στις περισσότερες περιπτώσεις, ακολουθεί άνοδο της ενδοκρανιακής πίεσης και κήλη του σιηνιδίου ή του μείζονος τμήματος. Οι πιο κακοήθεις όγκοι, όπως το πολύμορφο γλοιοβλάστωμα, το μυελοβλάστωμα και το μεταστατικό καρκίνωμα, καταλήγουν σε θάνατο σε διάστημα λίγων μηνών έως ενός έτους κατά κανόνα, ενώ τα βραδέως εξελισσόμενα μηνιγγιώματα και αστροκυτώματα επιτρέπουν συχνά επιβίωση επί πολλά χρόνια.

Οι προοπτικές αναρρώσεως μετά την εγχείρηση εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον τύπο του όγκου. Στην περίπτωση των μηνιγγιωμάτων, των κωναριωμάτων, των κρανιοφαρυγγιωμάτων και των ακουστικών νευρινωμάτων, αν εξαιρεθούν εντελώς, η ίαση είναι πλήρης. Στα γλοιώματα η έκβαση είναι ηπιότερη. Η περίοδος μετεγχειρητικής επιβιώσεως για το γλοιοβλάστωμα είναι μόνο 6 έως 12 μήνες, μόνο 20% ζουν επί ένα χρόνο και 10% επί δύο χρόνια. Η δυσμενής αυτή στατιστική έχει παραταθεί λίγο ή και καθόλου από την θεραπεία με ακτίνες X και την χημειοθεραπεία (BCNM). Η ίαση είναι σπάνια, γιατί σπάνια μπορεί να επιτευχθεί πλήρης εξαίρεση. Ωστόσο στην περίπτωση των βραδέων εξελισσόμενων γλοιωμάτων, η μερική εξαίρεση, η μαρσιποποίηση μιας κύστεως, η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία και η ανακούφιση της αυξημένης ενδο-

κράνιας πίεσης, με μακροχρόνια θεραπεία με κορτικοστεροειδή, μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση και επανέναρξη μιας χρήσιμης ζωής για πολλά χρόνια.

Σε περίπτωση μεταστατικού όγκου η προοπτική είναι δυσοίωνη αν και δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα και η εναπόθεση στον εγκέφαλο φαίνεται να είναι μονήρης, όπως προσδιορίζεται από την κλινική εξέταση και την υπολογιστική τομογραφία, η εγχείρηση έχει μερικές φορές ως αποτέλεσμα παροδική ανάρρωση επί λίγους μήνες ή ένα ή δύο χρόνια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΩΪΑ

ΟΓΚΟΥ

Όταν το ιστορικό του αρρώστου δίνει την υπόνοια ότι για τα συμπτώματά του μπορεί να είναι υπεύθυνος ένας ενδοκρανιακός όγκος, είναι πρώτα επιτακτική μια προσεκτική φυσική εξέταση.

Ο ασθενής οδηγείται στο ιατρείο. Εκεί τον υποδέχεται η νοσηλεύτρια, η οποία παρακαλεί τους συνοδούς του να παραμείνουν στην αίθουσα αναμονής και τους καθησυχάζει, σε περίπτωση ανησυχίας, για την κατάσταση του αρρώστου. Βοηθάει τον ασθενή να ξαπλώσει, καταγράφει τα στοιχεία του, παίρνει τα ζωτικά σημεία (θερμοκρασία, σφυγμό, αναπνοές και αρτηριακή πίεση) και ειδοποιεί τον ιατρό. Αν κατά την διάρκεια της εξέτασης παρατηρείται οίδημα της οπτικής θηλής και ημιπάρεση σε έναν άρρωστο με ιστορικό αυξανόμενου πονοκεφάλου και υπνηλίας από λίγες εβδομάδες δεν θα είναι δύσκολο το συμπέρασμα ότι ένα γλοιοβλάστωμα σε ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο είναι η πιο πιθανή διάγνωση, ενώ από το άλλο μέρος η μονόπλευρη αταξία θα υποδεικνυε σαν πιθανότερη εντόπιση το ένα παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο. Επιληπτικές κρίσεις τύπου JACKSON που υποδεικνύουν την παρουσία βλάβης κοντά στον κινητικό ή αισθητικό φλοιό, έχουν μεγάλη εντοπιστική αξία.

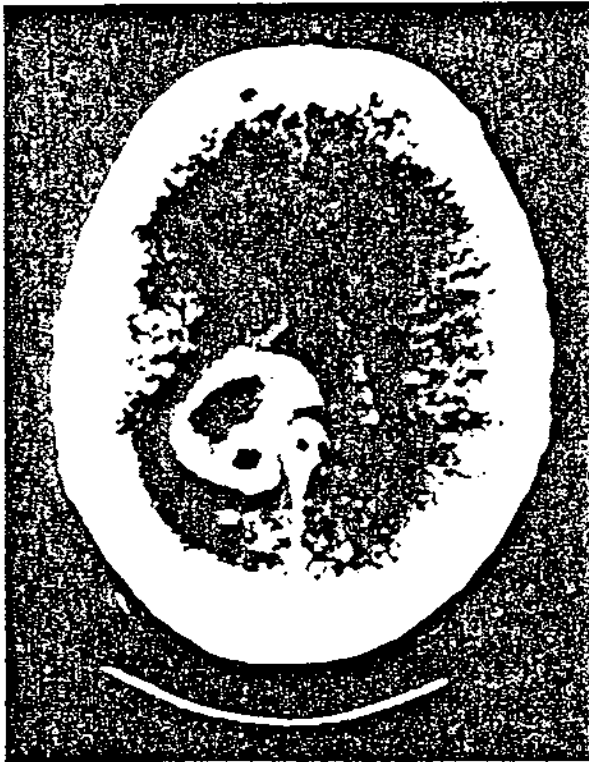
Οι δυσκολίες για την διάγνωση αρχίζουν όταν τα φυσικά σημεία είναι ελάχιστα ή αναθρόριστα. Σε τέτοια περίπτωση η κλινική εξέταση, που διεξάγεται από τον γιατρό και περιλαμ-

βάνει τις μεθόδους της ψηλάφησης, επίκρουσης και ακρόασης του κρανίου δεν πρέπει να παραγνωρίζεται. Η νοσηλεύτρια προσεγγίζει τον ασθενή και του εξηγεί τι πρόκειται να γίνει, τι θα περιλάβει η εξέταση, το σκοπό της καθώς και πως ο ίδιος μπορεί να βοηθήσει, εφ'όσον επικοινωνεί με το περιβάλλον του. Η ψυχική υποστήριξη είναι αναγκαία ώστε να διατηρηθούν το μυϊκό και νευρικό σύστημα χαλαρό, για την διευκόλυνση της κλινικής εξέτασης, αλλά και για να διαλυθούν εμφανιζόμενα συναισθήματα φόβου. Μια εντοπιζόμενη περιοχή οστικής ευαισθησίας ή υπερδότησης υπάρχει μερικές στο κρανίο πάνω από ένα μηνιγγίωμα, ενώ σε μικρά παιδιά με όγκους του οπίσθιου βόθρου μπορεί να υπάρχει διάσταση των κρανιακών ραφών και να ακούγεται στην επίκρουση, ένας τυπικός ήχος ραγισμένου κανατιού, όπως στον οποιασδήποτε αιτιολογίας υδροκέφαλο.

Σε περίπτωση που η κλινική εξέταση δεν δίνει πληροφορίες, η επόμενη διερεύνηση που πρέπει να γίνει είναι η ακτινογραφία κρανίου και θώρακος. Οι απλές ακτινογραφίες του κρανίου μπορεί να αποκαλύψουν μετατόπιση του κωναρίου από τη μέση γραμμή, διεύρυνση του τουρκικού επιπέδου (που οφείλεται σε υποφυσιακό όγκο), ενδοκρανιακές αποτιτανώσεις και διάβρωση των κλινοειδών αποφύσεων (που οφείλεται σε αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση). Στις ακτινογραφίες θώρακος μία σκίαση ενδεικτική παρουσίας ενός <<οιωπηλού>> βρογχογενούς νεοπλασματος θα ερμηνεύσει την ενδοκρανιακή βλάβη σαν πιθανή μετάσταση

Η υπολογιστική αξονική τομογραφία, αν είναι διαθέσιμη, θα γίνει κατόπιν στις περισσότερες περιπτώσεις. Όχι μόνο θα εντοπίσει το νεόπλασμα, αλλά συχνά θα υποδείξει μια παθολογοανατομική διάγνωση.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε ο ασθενής να είναι νηστικός και συνεργάσιμος. Στις περιπτώσεις που η συνεργασία είναι δυσχερής καθώς και σε μικρά παιδιά, απαιτείται γενική νάρκωση. Οι ασθενείς παρακολουθούνται για τυχόν εμφάνιση αναφυλακτικών αντιδράσεων ή συμπτωμάτων SHOCK από το σκιαγραφικό (Σχήμα Εικόνα 50).



Εικόνα 55 : Υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου σε άνδρα ηλικίας 65 χρόνων που δείχνει ένα ανεγγχείρητο κακοήγη όγκο στο βάθος του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου.

Αν δεν μπορεί να γίνει αξονική τομογραφία, τότε ένα η-λεκτροεγκεφαλογράφημα (Η.Ε.Γ.) μπορεί να εντοπίσει την βλάβη σε ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο. Η προετοιμασία για το Η.Ε.Γ. είναι ο καθαρισμός της κεφαλής, για να τοποθετηθούν τα η-λεκτρόδια, ενώ στα παιδιά ή στα ανήσυχα άτομα μπορεί να χρειαστεί ελαφριά νάρκωση, ή χορήγηση κατευναστικού, μετά από οδηγία του ιατρού. Σε τέτοια περίπτωση χρειάζεται η συγκατάθεση του ασθενούς, ο οποίος πρέπει να είναι νηστικός. Στις γυναίκες αφαιρούνται μεταλλικά αντικείμενα από τα μαλλιά. Κατά την λήψη του Η.Ε.Γ. ο ασθενής οφείλει να κάθεται αναπαυτικά σε ειδική καρέκλα ή να είναι ξαπλωμένος στο κρεβάτι.

Η γάμμα εγκεφαλογραφία, είναι μία άλλη χρήσιμη, και ανώδυνη μέθοδος που μπορεί να δείξει μια περιοχή αυξημένης πρόσληψης του ραδιενεργού υλικού σ' ένα όγκο. Η διερεύνηση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς με υποψία εγκεφαλικών μεταστάσεων, γιατί δύο ή περισσότερες εστίες μπορεί να σκιαγραφηθούν ταυτόχρονα.

Η σκοπιμότητα της οσφονωτιαίας παρακέντησης είναι σημείο διαφωνίας. Η εξέταση αυτή αναμφίβολα αντενδείκνυται όταν υπάρχει οίδημα της οπτικής θηλής ή άλλο σημείο αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης. Είναι καλύτερο να αποφεύγεται όταν υπάρχει μια βίσιμη κλινική εικόνα για την παρουσία ενδοκρανιακού όγκου. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο βήμα προς βήμα την διαδικασία και τον καθοδηγεί να πάρει την κατάλληλη θέση (γενική κάμψη στο πλάϊ με σκοπό την χαλάρωση των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων). Με την αντιμετώπιση αυτή ενθαρρύνεται ο ασθενής και εξασφαλίζεται η συνεργασία του. Ο δίσκος της οσφονωτιαίας παρακέντησης τοποθετείται σε κομοδίνο δί-

πλα στον ασθενή και περιέχει:

- Μπωλ με τολύπια
- Αντισηπτική διάλυση
- Τοπικό αναισθητικό (XYLOCAINE 1-2%)
- Λευκοπλάστ, ψαλίδι
- Λαστιχάκι, ετικέτες
- Μανόμετρο με κάνουλα τριών κατευθύνσεων
- Δίσκος οσφυονωτιαίας παρακέντησης, αποστειρωμένος, που περιέχει:

- α. ειδικές βελόνες οσφυονωτιαίας παρακέντησης με στείλες
- β. καψάκι, για το αντισηπτικό
- γ. σύριγγα των 10 CC και βελόνες
- δ. γάζες, μικρές τετράγωνες
- ε. 3 σωληνάκια για λήψη δείγματος, με πώμα
- στ. λαβίδα ανατομική
- ζ. γάντια, μάσκα.

Πραγματοποιείται η φάση εκτέλεσης από τον Ιατρό, ενώ η νοσηλεύτρια μόλις εισαχθεί η βελόνα στον υπαρχνοειδή χώρο, βοηθάει τον ασθενή να ευθιάσει σιγά σιγά τα πόδια του. Με την ενέργεια αυτή προλαμβάνονται εσφαλμένες μετρήσεις της ενδοκρανιακής πίεσης. Η μυϊκή τάση και η πίεση της κοιλιάς μπορούν να δώσουν εσφαλμένα αυξημένη τιμή της ενδοκρανιακής πίεσης. Ο ασθενής κατά την διάρκεια της παρακέντησης πρέπει να είναι χαλαρός και να αναπνέει ώριμα (να μην κρατά την αναπνοή του). Παίρνονται τρία δείγματα Ε.Ν.Υ. σε κάθε σωληνάριο για επισκόπηση, σύγκριση και εργαστηριακή (κυτταρολογική και βιοχημική) ανάλυση. Μετά την λήψη των δειγμάτων μετριέται και πάλι η ενδοκρανιακή πίεση. Στην συνέχεια η βελόνα αφαιρείται και

τοποθετείται αποστειρωμένη γάζα. Τα δείγματα αποστέλλονται στα εργαστήρια, ενώ ο ασθενής τοποθετείται σε οριζόντια θέση για 6-12 ώρες. Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 15-20 λεπτά, παρακολουθείται το επίπεδο συνείδησης του ασθενή, ο προσανατολισμός του στο χρόνο, τον τόπο και τα πρόσωπα, η αισθητική και κινητική δραστηριότητά του. Σε περίπτωση που ο ασθενής παραπονεθεί για κεφαλαλγία η νοσηλεύτρια τον προτρέπει να παρατείνει τον χρόνο παραμονής του στην οριζόντια θέση ενώ χορηγούνται φάρμακα ύστερα από ιατρική οδηγία. Η πίεση του Ε.Ν.Υ. είναι συνήθως αυξημένη σε έναν ασθενή με ενδοκρανιακό νεόπλασμα και στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει στο υγρό αυξημένη ποσότητα λευκώματος.

Αν η πίεση είναι φυσιολογική και εξακολουθεί να υπάρχει υποψία για ενδοκρανιακό όγκο, ενώ δεν είναι διαθέσιμη αξονική τομογραφία, τότε μπορεί να γίνει πνευμοεγκεφαλογραφία με σκοπό την σκιαγράφιση των κοιλιών και των υπαραχνοειδών χώρων. Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει νηστικός πριν και κατά την διάρκεια της εξέτασης. Τοποθετείται σε καθιστή θέση, αφαιρείται μέρος του υγρού (10 ML) με οσφυονωτιαία παρακέντηση, στην θέση του εισάγεται ίση ποσότητα αέρα και παίρνονται ακτινογραφίες με το κεφάλι σε διάφορες θέσεις. Μετά την πνευμοεγκεφαλογραφία η νοσηλεύτρια:

- 1) Τοποθετεί τον ασθενή σε οριζόντια θέση για 12 ή περισσότερες ώρες
- 2) Παρακολουθεί για σημεία αύξησης της ενδοκρανιακής πίεσης
 - Διαταραχή την ενδοκρανιακής πίεσης μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιπλοκή.
 - Προετοιμάζει τον ασθενή για έκτακτη αντιμετώπιση της ψη-

λής ενδοκρανιακής πίεσης

- 3) Γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή ως την σταθεροποίησή του
- 4) Γίνεται συχνή εκτίμηση της νευρολογικής του κατάστασης (αισθητική, κινητική και διανοητική)
- 5) Εκτιμούνται παράπονα για κεφαλαλγία, πυρετό και σημεία SHOCK.
 - Τοποθετείται παγοκύστη στο κεφάλι
 - Χορηγούνται αναλγητικά ανάλογα με την εντολή. Η διάρκεια του πονοκεφάλου εξαρτάται από την ταχύτητα απορρόφησης του αέρα.
- 6) Δυνατόν να εμφανιστεί ναυτία και έμετος
 - Χορηγούνται αντιεμετικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία
 - Ακολουθείται το νοσηλευτικό πρόγραμμα για την κατάσχεση της ναυτίας και του εμέτου
- 7) Μπορεί να είναι απαραίτητη η παρεντερική χορήγηση υγρών για 24 ώρες

Η εξέταση αυτή όμως, δεν πρέπει να γίνεται στον άρρωστο που υπάρχουν βάσιμα στοιχεία υποψίας για την παρουσία ενδοκρανιακού όγκου, χωρίς να υπάρχει νευροχειρουργική βοήθεια και ο νευροχειρουργός να έχει ενημερωθεί προηγουμένως και να είναι έτοιμος να επέμβει αν εμφανιστούν σημεία σκληνιδιακού ή παρεγκεφαλιδικού εγχολεασμού



Ιωδοκοιλιογραφία με λιποδιαλυτή σκιαγραφική ουσία. Το φάρμακο εισήχθη με παρακέντηση της πλαγίας κοιλίας του εγκεφάλου μετά από κρανιοανάτρηση με τοπική νάρκωση. Στην εικόνα φαίνεται το φάρμακο σε μια πλαγία λήψη ενώ ο άρρωστος είναι καθιστός.

Όταν η πίεση είναι αυξημένη και σίγουρα όταν υπάρχει οίδημα της οπτικής θηλής, η συνέχιση της διερεύνησης (όταν δεν είναι δυνατόν να γίνει αξονική τομογραφία ή, σπάνια, αν έχει δώσει αρνητικά αποτελέσματα) πρέπει να εξαρτάται από τη παρουσία ή απουσία εντοπιστικών σημείων είτε κλινικών είτε ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ή από την γάμμα εγκεφαλογραφία. Αν υπάρχει κλινική ένδειξη ότι ο όγκος βρίσκεται μάλλον στο εγκεφαλικό ημισφαίριο, η απαιτούμενη εξέταση είναι η καρωτιδική αγγειογραφία. Η τεχνική αυτή όχι μόνο εντοπίζει τον όγκο, αλλά η μορφή της αγγείωσης μπορεί να δείξει την φύση του.

Όταν δεν υπάρχουν εντοπιστικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτέρως αν υπάρχει υποψία για νεόπλασμα στον οπίσθιο, μπορεί να χρειασθεί αεροκοιλιογραφία, και σε σπάνιες περιπτώσεις για την ακριβή εντόπιση του νεοπλασματος χρειάζεται να ενεθθεί σκιαγραφική ουσία στις εγκεφαλικές κοιλίες. Κατά τις διαγνωστικές αυτές εξετάσεις ο ρόλος της νοσηλεύτριας περιλαμβάνει την προσεκτική ετοιμασία του ασθενή και την διδασκαλία του. Μετά τις εξετάσεις γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων, παρακολουθείται η νευρολογική κατάσταση του α-

σθενούς και αντιμετωπίζονται επιπλοκές που οφείλονται είτε στα φάρμακα είτε στον αέρα (έμετος, ναυτία, πυρετός, κεφαλαλγία)



: Αεροεγκεφαλογραφία. Προσθιοπισθία λήψη. Στην ακτινογραφία φαίνεται ο αέρας που μλήκε με Ο.Ν.Π και γέμισε το κοιλιακό σύστημα του εγκεφάλου. Χαρακτηριστική περίπτωση διάτασης του κοιλιακού συστήματος από υδροκεφαλία των ενηλίκων.

Παρ'όλο που είναι δύσκολη η γενίκευση, η χειρουργική διερεύνηση πρέπει να εξετάζεται σ'όλες τις περιπτώσεις όπου ένας όγκος φαίνεται να είναι εντελώς προσιτός, και ιδιαίτερα αν υπάρχει πιθανότητα, όσο μικρή και να είναι, ότι μπορεί να είναι καλοήθης. Η νοσηλεύτρια αναλαμβάνει πλήρως την προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς (γενική, τοπική, τελική) καθώς

και την μετεγχειρητική. Τον ανακουφίζει από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες (πόνος, δίψα, έμετος) και παρακολουθεί για μετεγχειρητικές επιπλοκές (αιμάτωμα, οίδημα, αιμορραγία, υδροκεφαλία, μηνιγγίτιδα).

Από την άλλη μεριά, αν επιβεβαιώνεται η παρουσία ενός γλοιώματος, η ερευνητική διάνοιξη, η βιοψία και η μερική αφαίρεση για εσωτερική αποσυμπίεση ίσως είναι καλύτερα να αποφεύγονται, καθώς πολλοί άρρωστοι χειροτερεύουν γρήγορα μετά από αυτή την αντιμετώπιση, εκτός αν η ενδοκρανιακή πίεση είναι εξαιρετικά αυξημένη δίνοντας ένδειξη για μια αποσυμπίεση σαν σωτήρια για την ζωή επέμβαση.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας στην φάση των διαγνωστικών εξετάσεων συνοψίζονται στην:

1. Εξασφάλιση βασικών δεδομένων, βάσει των οποίων θα αξιολογούνται όλες οι αλλαγές

- Λήψη λεπτομερούς ιστορικού με πλήρη κλινική πληροφόρηση από μια ολοκληρωμένη νευρολογική εξέταση
- Προετοιμασία φυσική και ψυχολογική του ασθενή για τις διαγνωστικές εξετάσεις

2. Εγκαθίδρυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και αυτών που του παρέχουν φροντίδα. Ένα άτομο με υποψία όγκου βρίσκεται στην αρχή μιας μακράς και συχνά γεμάτης STRESS σχέσης με τις υπηρεσίες υγείας

- Διαπίστωση επίδρασης στον άρρωστο και στην οικογένεια του, των συμπτωμάτων, των διαγνωστικών εξετάσεων και

των διαφόρων τεχνικών

- Εξασφάλιση ακριβούς πληροφόρησης, χωρίς λαθεμένες επιβεβαιώσεις
- Ελάττωση του χρόνου αναμονής μεταξύ των εξετάσεων

3. Βοήθεια του ασθενή να εκφράσει και να αντιμετωπίσει τα αισθήματα αγωνίας

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Όπως είναι φυσικό, λόγω της φύσης της νευροχειρουργικής αυτής ασθένειας, τόσο η νοσηλευτική αγωγή, όσο και η γενική συμπεριφορά των νοσηλευτών είναι τελείως διαφορετική απ'ότι σ'άλλες αρρώστιες ή ιατρικές ειδικότητες.

Αρχικά, μετά την εισαγωγή του ασθενή στο Νοσηλευτικό Τμήμα, παίρνονται όλες οι πληροφορίες που τον αφορούν, από τον ίδιο ή τους συνοδούς του. Ο ασθενής πρέπει να υπολογίζεται σαν άτομο που χρειάζεται βοήθεια για όλες τις ανθρώπινές του ανάγκες και λαμβάνεται μέριμνα να ικανοποιηθούν αυτές, όσο το δυνατόν, με την προσωπική επικοινωνία. Τα δικαιώματά του από νοσηλευτικής πλευράς και τα καθήκοντά του σαν αρρώστου πρέπει να τονισθούν ιδιαίτερα. Η παρουσία ενός προσώπου του στενού περιβάλλοντός του είναι απαραίτητη σε αρκετές περιπτώσεις για την ομαλή εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών και την συνεργασία με τη νοσηλεύτρια. Για το λόγο αυτό, τόσο η νοσηλεύτρια όσο και ο γιατρός, πρέπει να ενθαρρύνουν την παρουσία της οικογένειας.

Οι ανησυχίες του ασθενούς και των συγγενών του, για την έκβαση της νευροχειρουργικής αυτής πάθησης, τις πρώτες μέρες της νοσηλείας, πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπ'όψη. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την διατήρηση καλής ψυχικής αντίδρασης από τον άρρωστο να του τονισθεί ότι η παραπέρα μελέτη και θεραπεία του απαιτεί την ενεργό βοήθειά του και την απόλυτη συνεργασία του. Γι'αυτό, παρά τις πολλές ασχολίες της, η συμ-

περιφορά της νοσηλεύτριας πρέπει να είναι τέτοια που να εμπνέει εμπιστοσύνη. Από την στιγμή που θα παραλάβει τον ασθενή ο τρόπος αντίδρασής της θα παίξει σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα έκβαση της ασθένειάς του.

Μετά την είσοδο του ασθενή στο Νοσηλευτικό τμήμα, οι πρώτες φροντίδες που επιβάλλεται να ληφθούν είναι:

- Η καθαριότητα του ατομικού υγιεινισμού
- Η περιποίηση του δέρματος

Πέρα από τα ευεργετικά αποτελέσματα του λουτρού καθαριότητας, δίνεται στην νοσηλεύτρια η ευκαιρία να παρατηρήσει το δέρμα του ασθενή, την λειτουργικότητα και την κατάσταση των διαφόρων μελών του σώματός του, να γνωρίσει τον ασθενή της και να εκτιμήσει ανάγκες διδασκαλίας σε θέματα υγιεινής. Τέλος εκτιμάται η φυσική και ψυχική κατάσταση του ασθενή.

- Η φροντίδα του τριχωτού κεφαλής

Ο ασθενής ο οποίος μπορεί να λουστεί μόνος του, ενισχύεται σ' αυτό, η νοσηλεύτρια του προσφέρει τα απαραίτητα αντικείμενα, εξασφαλίζει ζεστό νερό και παίρνει κάθε μέτρο για την ασφάλειά του.

- Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας

Επιβάλλεται να γίνεται μετά από κάθε λήψη τροφής. Οι επιδιωκόμενοι σκοποί της καθαριότητας της στοματικής κοιλότητας είναι:

- 1) η διατήρηση της κοιλότητας του στόματος και των δοντιών σε καλή κατάσταση
- 2) η εξουδετέρωση της κακοσμίας και η πρόληψη των μολύνσεων
- 3) η βελτίωση του αισθήματος της γεύσεως, ιδιαίτερα σε περίπτωση κακοσμίας

4) η προστασία και ενίσχυση του αισθήματος της αξιοπρέπειας

- Η φροντίδα για τα νύχια

Τα νύχια επιβάλλεται να διατηρούνται καθαρά. Αυτό συμβαίνει, όταν δεν είναι μεγάλα και καθαρίζονται συχνά. Κατά το κόψιμο απαιτείται προσοχή για την αποφυγή τραυματισμών.

- Η φροντίδα για τα μάτια

Πολύ συχνά τα μάτια ανταναικούν το βαθμό υγείας του σώματος. Όταν εμφανίζονται εκκρίσεις, συνίσταται ο καθαρισμός τους με νερό και βαμβάκι, με κατεύθυνση από μέσα προς τα έξω.

Παράλληλα με την παροχή ατομικής καθαριότητας, η νοσηλεύτρια επιδιώκει κατάλληλες ευκαιρίες, για να μεταφέρει χρήσιμες πληροφορίες ατομικής υγιεινής, τόσο στο νοσηλευόμενο ασθενή όσο και στους οικείους του. Με την μεταφορά των πληροφοριών αυτών γίνεται δάσκαλος της υγιεινής και συμβάλλει στην πρόληψη.

- Η διατροφή

Στην πορεία της νοσηλείας του ασθενούς, η διατροφή του συχνά αποτελεί βασικό μέρος της όλης θεραπείας. Σ' αυτήν την περίπτωση ο ιατρός καθορίζει το διαιτολόγιο του ασθενή. Στην νοσηλεύτρια όμως και στην διαιτολόγο αφήνεται η εφαρμογή του. Μια καλή νοσηλεύτρια πρέπει να βρίσκει τρόπους, ώστε να παίρνει πάντα ο ασθενής της την απαιτούμενη τροφή.

Καταγράφονται στη συνέχεια στο Νοσηλευτικό ιστορικό τα στοιχεία του ασθενή και το ιστορικό υγείας, που περιλαμβάνει:

1) Παρόντα προβλήματα

- Εμφάνιση και διάρκεια
- Ποιότητα πόνου ή άλλων ενοχλημάτων

- Ένταση πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- Παράγοντες που τον μειώνουν
- Παράγοντες που τον επιδεινώνουν
- Αποτελέσματα των τελευταίων διαγνωστικών εξετάσεων
- Προβλήματα και παράπονα που έχουν σχέση με αυτά

2) Παρελθούσες νόσοι

- Προηγούμενα νευρολογικά προβλήματα
- Εγχειρήσεις που έγιναν στο παρελθόν
- Αξιοσημείωτο τραύμα ή νόσος
- Ιστορικό ανάπτυξης παρελθούσης νόσου

3) Οικογενειακό ιστορικό

- Εκτίμηση τυχόν κληρονομικών ανωμαλιών

4) Κοινωνικό ιστορικό

- Πως επηρεάζει το πρόβλημα του ασθενή την καθημερινή του ζωή
- Προσοχή σε κάθε μεταβολή της συμπεριφοράς του ασθενή στις διαπροσωπικές του σχέσεις

Ακολουθεί η λήψη των **ζωτικών σημείων** (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές και θερμοκρασία), διαδικασία ουσιώδης και σημαντική, η οποία πρέπει να επαναλαμβάνεται σε συχνά διαστήματα μετά την είσοδο του ασθενούς στο τμήμα, γιατί οποιαδήποτε αλλαγή μπορεί να είναι ενδεικτική της πορείας της νόσου.

Αρτηριακή πίεση

Ονομάζεται η δύναμη (πίεση) που ασκεί το αίμα στα τοι-

χώματα των αρτηριών. Διακρίνεται σε συστολική και διαστολική. Στους ασθενείς με ενδοκρανιακά νεοπλάσματα, η αρτηριακή πίεση είναι αυξημένη (υπέρταση), λόγω της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης.

Σφύξεις (αρτηριακός σφυγμός)

Είναι η διαδοχική διαστολή και συστολή των τοιχωμάτων των αρτηριών, που προκαλείται από κύματα του κυκλοφορούντος αίματος, καθώς η αριστερή κοιλία συστέλλεται και εκτοξεύει αίμα δια της αορτής στην περιφέρεια. Στους ογκοπαθείς ασθενείς ταχυσφυγμία παρουσιάζεται σε περίπτωση εγκεφαλικής αιμορραγίας, ενώ βραδυσφυγμία όταν ασκείται στον εγκέφαλο μεγάλη πίεση από τον καλοήγη ιστό και το εγκεφαλικό οίδημα.

Αναπνοές

Είναι ενδεικτικές για την κατάσταση του νευροχειρουργικού ασθενή που πάσχει από καρκίνο του εγκεφάλου. Πρέπει να εξετάζεται η συχνότητα, ο ρυθμός, το εύρος και το μέγεθος της αναπνοής. Στα ενδοκρανιακά νεοπλάσματα κατά κύριο λόγο εμφανίζεται βραδύπνοια, αποτέλεσμα βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους.

Θερμοκρασία

Δείχνει το αποτέλεσμα του ισοζυγίου μεταξύ της παραγόμενης και αποβαλλόμενης από το σώμα θερμότητας. Σε περίπτωση αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης, η θερμοκρασία αυξάνει σταδιακά.

Καταγράφεται η κλινική εικόνα με μια νευρολογική εξέταση και χάρτη παρακολούθησης (κλίμακα Γλασιώβης), ο οποίος είναι απαραίτητος ακόμα και σε φαινομενικά καλής αντίδρασης άρρωστο.

Κατά την νευρολογική εξέταση ελέγχονται:

1. Διανοητική και ψυχική κατάσταση του ασθενούς

- Επίπεδο συνείδησης και βαθμός αντίδρασης του ασθενούς στα ερεθίσματα
- Γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά
- Διανοητική λειτουργία
- Διεργασία σκέψης (ψευδαίσθηση, βαθμός επίγνωσης)
- Φλοιώδης αισθητική λειτουργία (οπτική, ακουστική, απτική ικανότητα)

2. Φλοιώδης κινητική λειτουργία

- Ικανότητα να εκτελέσει πράξεις που χρειάζονται δεξιότεχνηά όταν δεν υπάρχει παράλυση.

3. Ομιλία

- Ακουστική αντίληψη
- Ακουστική έκφραση
- Οπτική αντίληψη
- Γραπτή έκφραση

4. Χρήση χεριού

- δεξιού
- αριστερού

5. Κρανιακά νεύρα

- Οσφρητικό
- Οπτικό
- Κοινό κινητικό
- Τροχιλιακό
- Τρίδυμο
- Απαγωγό
- Προσωπικό (αισθητικό, κινητικό)
- Ακουστικό
- Γλωσσοφαρυγγικό
- Πνευμονογαστρικό
- Παραπληρωματικό
- Υπογλώσσιο

6. Κινητική λειτουργία

Αξιολόγηση των μυϊκών ομάδων των άνω και κάτω άκρων, δεξιά και αριστερά, για:

- Συμμετρία
- Τόνο
- Δύναμη
- Βαθιά τενόντια αντανεκλαστικά

7. Αισθητική λειτουργία

Αξιολόγηση δερμοτομιών για απόκριση σε:

- Πόνο
- Ελαφρά αφή
- Θέση
- Δόνηση
- Θερμοκρασία

8. Λειτουργία παρεγκεφαλίδας

Αξιολόγηση ισορροπίας και συντονισμού

-Δοκιμασία δακτύλου στη μύτη

-Γρήγορες εναλλασσόμενες κινήσεις χεριών και δακτύλων.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΛΑΣΚΩΗΣ

Βαθμολόγηση

Άνοιγμα ματιών

αυθόρμητα	4
σε εντολή	3
σε πόνο	2
καθόλου	1

Καλύτερη προφορική απάντηση

ακριβής	5
συνεχυσμένη	4
απόσφορες λέξεις	3
ακατανόητοι ήχοι (γογγυσμοί)	2
καμιά απάντηση	1

Καλύτερη κινητική αντίδραση

υπακούει	6
εντοπίζει	5
αποσύρει	4
ανώμαλη κάμψη	3
ανώμαλη έκταση	2
καμιά κίνηση	1

Στους νευροχειρουργικούς ασθενείς, που πάσχουν από όγκο εγκεφάλου και μπορεί να παρουσιάζουν και νευρολογικά προβλήματα, σπουδαίο ρόλο παίζει η παρατηρητικότητα, αφού οι ασθενείς αυτοί μπορούν να παρουσιάσουν ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών.

Η νοσηλεύτρια με τις σωστές της παρατηρήσεις θα είναι η πηγή των πληροφοριών για την διάγνωση και θεραπεία των πασχόντων αλλά και για την διαπίστωση των νοσηλευτικών προβλημάτων. Οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη από την συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα, η οποία υσνοψίζεται στην:

- 1) Καθημερινή περιποίηση
- 2) Καθημερινό έλεγχο διατροφής
- 3) Καθημερινό έλεγχο ούρων
- 4) Καθημερινό έλεγχο αφόδευσης
- 5) Συχνό έλεγχο των Ζωτικών και Νευρολογικών Σημείων

όμως η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει περισσότερη έμφαση στα εξής:

- Κατανόηση του αρρώστου
- Διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψής του
- Βοήθεια στον ασθενή να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό και την αυτοπεποίθησή του
- Προσοχή στη μη έκθεση του ασθενούς κατά τις νοσηλείες
- Συμμετοχή του ασθενούς στον προγραμματισμό της φροντίδας του
- Ευγένεια και θαλπωρή ώστε να αποκτήσει ο ασθενής αίσθημα ασφάλειας
- Ενθάρρυνση ώστε να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του
- Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενή στο κρεβάτι

- Γρήγορη και συχνή κινητοποίηση, εφόσον επιτρέπεται.

Στο σχέδιο Νοσηλευτικής φροντίδας δεν πρέπει να παραλείπεται, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει η εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα. Τέλος στους νευροχειρουργικούς αρρώστους χρειάζεται απόλυτη ηρεμία και συγκρατημένη αντίδραση. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ασθένεια αλλάζει την συμπεριφορά τους, με αποτέλεσμα να παραφέρονται χωρίς ουσιαστικά να το επιθυμούν.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ
ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Στην περαιτέρω έκθεση του θέματος, η αντιμετώπιση των ασθενών με ενδοκρανιακά νεοπλάσματα, εξετάζεται σε σχέση με τις κοινές κλινικές συνθήκες κάτω από τις οποίες είναι δυνατόν να ανευρηθούν, ως εξής:

- 1) Ασθενής με γενικά συμπτώματα εγκεφαλικής νόσου ή σπασμό ως κύριο σύμπτωμα
- 2) Ασθενείς με σαφείς ενδείξεις κεφαλαλγιών και αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης
- 3) Ασθενείς με συμπτώματα και σημεία βραδείας βλάβης σε περιοχή της κρανιακής κοιλότητας.

Α. Ασθενείς με γενικά συμπτώματα εγκεφαλικής νόσου ή σπασμό ως κύριο σύμπτωμα

Οι ασθενείς αυτοί προκαλούν τις περισσότερες δυσκολίες στην διάγνωση. Οι αποφάσεις, σχετικά με αυτούς, λαμβάνονται συχνά με μεγάλο βαθμό αβεβαιότητας. Τα συνηθισμένα συμπτώματα είναι αλλοιωμένη ψυχική λειτουργία, κεφαλαλγία και σπασμοί.

Κάποια μεταβολή της νοητικής λειτουργίας μπορεί να βρεθεί σχεδόν σε κάθε ασθενή αυτού του τύπου, είναι όμως απαραίτητες οι παρατηρήσεις κάποιου που γνωρίζει καλά τον ασθενή, για να τις επιβεβαιώσουμε. Μια έλλειψη επίμονης απασχόλησης με τα καθήκοντα της ημέρας, υπερβολική ευεριθιστικότητα, συναισθηματική αστάθεια, <<παράξενη αδράνεια>>, αδιαφορία για συνηθισμένες κοινωνικές εκδηλώσεις και έλλειψη πρωτοβουλίας

και αυθορμητισμού, που όλα μπορεί να αποδοθούν εσφαλμένα σε στεναχώρια, άγχος ή κατάθλιψη, είναι τα συνηθισμένα συμπτώματα. Η άτακτη υπνηλία, αξιολογημένη αδιαφορία ή απάθεια και στωικότητα μπορεί να είναι κύρια ενοχλήματα. Συνήθως σε λίγες εβδομάδες ή μήνες η υπνηλία και η νοητική αμβλύτητα αυξάνουν βαθμιαία και τελικά καθώς παρεμπόδιει η αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, επακολουθεί STUPOR ή κώμα.

Η νοσηλευτική παρέμβαση έγκειται στην συχνή παρακολούθηση της διανοητικής λειτουργίας και της συμπεριφοράς του ασθενή. Ελέγχεται:

- ο προσανατολισμός του στον χώρο, χρόνο και πρόσωπα
- η δυνατότητα υπολογισμών
- η μνήμη προσφάτων γεγονότων
- η μνήμη μακρινών γεγονότων
- η κρίση και η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων
- η ύπαρξη ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων και έμμονων ιδεών
- ο βαθμός επίγνωσης της κατάστασης και των προβλημάτων του
- η ύπαρξη θλίψης, έντασης, ευεξίας, συνεργασίας ή απρεπούς συμπεριφοράς.

Η εκτίμηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης πρέπει να γίνεται σε συχνά και τακτά χρονικά διαστήματα και η πληροφόρηση προέρχεται όχι μόνο από τον ασθενή, αλλά και από την οικογένειά του. Κατά την παραμονή του ασθενή στο Νοσοκομείο πρέπει να του παρέχεται επαρκής φροντίδα και να προστατεύεται από ατυχήματα.

Οι κεφαλαλγίες στον <<ογκοπαθή>> είναι μεταβλητές. Σε μερικούς ο πόνος είναι ελαφρύς, πρόσκαιρος και αμβλύς. Σε άλλους

λους μπορεί να είναι βαρύς και αφόρητος, αλλά κατά κανόνα είναι **διαλείπων**. Αν υπάρχουν χαρακτηριστικά του πονοκεφάλου περιλαμβάνουν την νυκτερινή του εμφάνιση, την παρουσία του μόλις ξυπνήσει ή την βαθιά και μη σφύζουσα ποιότητά του. Ο ασθενής δεν παραπονιέται πάντα για τον πόνο ακόμα και όταν υπάρχει και μπορεί να προδώσει την παρουσία του βάζοντας το χέρι του στο μέτωπο και δείχνοντας στεναχωρημένος.

Σε περίπτωση που ο πόνος εκδηλώνεται έντονα η νοσηλεύτρια:

- προσεγγίζει τον ασθενή πάντοτε με στοργή και εκδηλώνει το ενδιαφέρον της
- μειώνει τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν στον ασθενή ένταση (STRESS)
- διερευνεί αν η έλλειψη ύπνου, η υπερβολική κόπωση κ.α. επιδεινώνουν την κεφαλαλγία
- διερευνεί κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος την ύκτα
- ζητάει από τον ασθενή να περιγράψει τον πόνο

Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον πόνο του ασθενή επηρεάζει το επίπεδο της έντασης και του άγχους του. Αν χρειάζονται φάρμακα για την ανακούφισή του από τις κεφαλαλγίες, πρέπει να καθορίζονται από τον Ιατρό.

Ο έμετος εμφανίζεται περίπου στο ένα τρίτο των ασθενών. Μερικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν απροσδόκητο και ισχυρό έμετο, χωρίς προηγούμενη ναυτία (ρουκετοειδείς έμετοι), αλλά άλλοι υποφέρουν από ναυτία και πόνο. Συχνά ο έμετος δεν σχετίζεται με την λήψη τροφής και συνήθως εμφανίζεται πριν από το πρόγευμα.

Σε περίπτωση εμέτου, η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι του ασθενή προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές,

το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, γιατί η παραμονή του κοντά στον ασθενή προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο. Παρακολουθεί: 1) την συχνότητα των εμέτων, τον χαρακτήρα και την ποιότητα, 2) την ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, αν έχει ο ασθενής και 3) την θρέψη του ασθενή.

Η αντιμετώπιση του εμέτου έγκειται στην:

- χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, μετά από ιατρική οδηγία
- προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του ασθενή και του λιματισμού καθαρού, χωρίς την μακροσμία των εμέτων
- διόρθωση, αν θεωρείται αναγκαίο, της διαταραχής του ισοζυγίου του ηλεκτρολυτών.

Το σύμπτωμα της ζάλης δεν είναι λιγότερο συχνό. Κατά κανόνα δεν περιγράφεται με ακρίβεια και αποτελείται από ένα λίγο πολύ συγκεχυμένο αίσθημα στο κεφάλι, σε συνδυασμό με παράξενα συναίσθημα και αισθήματα ανασφάλειας όταν αλλάζει η θέση της κεφαλής. Η νοσηλεύτρια φροντίζει να:

- αερίζεται επαρκώς το δωμάτιο
- τοποθετεί τον ασθενή σε αναπαυτική θέση
- προσέχει τον ασθενή και τον ενθαρρύνει ώστε να αποφεύγονται επιπρόσθετα φαινόμενα φόβου και άγχους

Ένας ή περισσότεροι γενικευμένοι σπασμοί είναι ένα άλλο κύριο σύμπτωμα, που επισύρει την προσοχή στην ύπαρξη εγκεφαλικού όγκου. Η συχνότητά τους στις διάφορες στατιστικές αναλύσεις είναι 20 έως 50% του συνόλου των ασθενών με εγκεφαλικούς όγκους. Οι παροξυσμοί τόσο τοπικοί όσο και γενικευμένοι εκδηλώνονται συχνά, γιατί ο όγκος διακόπτει την φυσιολογική

νευρική λειτουργία.

Η νοσηλευτική παρέμβαση εντοπίζεται στην εφαρμογή της καλύτερης νοσηλευτικής αγωγής για την αποφυγή και τον έλεγχο των παροξυσμών:

- Παρακολούθηση για παράπονα εντοπισμένων παροξυσμών
- Αναφορά τέτοιων σημείων στην Ιατρική ομάδα
- Χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων για προφυλακτικό έλεγχο των παροξυσμών και θεραπευτικό σε περίπτωση γενικευμένων παροξυσμών
- Διδασκαλία του ασθενή και της οικογένειάς του για το αιτιολογικό της φαρμακευτικής αγωγής.

Β. Ασθενείς με σαφείς ενδείξεις αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης

Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν όλα τα χαρακτηριστικά συμπτώματα και σημεία αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης, τα οποία είναι περιοδικές αμφιμετωπικές και αμφιβληστικές κεφαλαλγίες, που εμφανίζονται μόλις ο ασθενής ξυπνήσει ή κατά την διάρκεια της νύκτας και τον ξυπνούν, έμετος, νοητικός λήθαργος, ασταθής βάδισμα, ακράτεια των σφιγκτήρων και οίδημα της θήλης.

Η έγκαιρη διαπίστωση και παρέμβαση της νοσηλεύτριας σε περίπτωση αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης, μπορεί να προφυλάξει τον ασθενή από μη ανατάξιμες εγκεφαλικές βλάβες:

- Διατήρηση ανοικτών των αεραγωγών για την αποφυγή υποξείας από αναπνευστικές πηγές. Μπορεί να χρειαστεί να γίνει αναρρόφηση. Αυτή αυξάνει την Ε.Π., όμως από την άλλη μεριά δια-

τηρεί ανοιχτούς τους αεραγωγούς. Για την αποφυγή έστω και παροδικής υποξίας χορηγείται οξυγόνο πριν και κατά την διάρκεια της αναρρόφησης

- Προσεκτική τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι και συχνή αλλαγή της θέσης. Ανύψωση της κεφαλής 15° - 45° . Προσπάθεια αποφυγής κάμψης του λαιμού, ειδικά αν αυτή θα προκαλούσε φλεβική απόφραξη, που αυξάνει την ενδοκράνια πίεση
- Αντενδείκνυνται οι ισομετρικές ασκήσεις, ενώ οι παθητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς για διατήρηση της λειτουργίας, των αρθρώσεων είναι απαραίτητες
- Φαρμακευτική χορήγηση DECADRON (DEXOMETHAZONE), που είναι γλυκοκορτικοειδές, μαννιτόλης και ουρίας, που δίνονται ενδοφλέβια και έχουν σύντομο αποτέλεσμα
- Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών
- Ελαφρός υπεραερισμός προκαλεί αγγειοσπασση και μειώνει την Ε.Π.. Ο συχνός προσδιορισμός των αερίων του αρτηριακού αίματος είναι μεγάλης σημασίας.

Γ. Ασθενείς με συμπτώματα και σημεία βραδέως βλάβης σε περιοχή της κρανιακής κοιλότητας

Σ'αυτήν την ομάδα των καταστάσεων, γενικά εγκεφαλικά συμπτώματα και σημεία αυξημένης πίεσης εμφανίζονται αργά ή καθόλου.

Από νοσηλευτικής πλευράς η αγωγή, σ'αυτές τις περιπτώσεις επιβάλλει την γενική νοσηλευτική φροντίδα:

- Καθημερινή περιποίηση
- Έλεγχο των ούρων

- Καθημερινό έλεγχο της αφόδευσης
- Επαρκή θρέψη και χορήγηση υγρών
- Απομόνωση, ασφαλές και ήσυχο περιβάλλον
- Συχνή λήψη ζωτικών και νευρολογικών σημείων
- Παρακολούθηση για εμφάνιση παροξυσμών
- Παρακολούθηση της διανοητικής λειτουργίας και συμπεριφοράς
- Παρακολούθηση μεταβολών στην αισθητική και κινητική λειτουργία
- Συγκινησιακή υποστήριξη του ασθενούς
- Ενημέρωση της ιατρικής ομάδας, για οποιαδήποτε αλλαγή της κατάστασης του ασθενή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Η χειρουργική αντιμετώπιση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή είναι οι θεραπείες εκλογής σε ασθενείς με ενδοκρανιακούς όγκους.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σκοπός της χειρουργικής επέμβασης είναι να αφαιρεθεί όλος ο όγκος με τις λιγότερες επιπτώσεις στην λειτουργικότητα, αλλά και την ανατομική υπόσταση του εγκεφάλου, που φιλοξενεί τον καρκίνο.

Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του χειρουργημένου ασθενή επικεντρώνεται σήμερα στην πλήρη αποκατάστασή του και την επιστροφή του στο κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

A. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η εξασφάλιση στο χειρουργικό ασθενή συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα της νοσηλεύτριας. Η στάση του ασθενή απέναντι στη χειρουργική επέμ-

βαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του ασθενή για την χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης STRESS από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Άλλοι παράγοντες, εκτός από την χειρουργική επέμβαση, που μπορούν να προκαλέσουν φόβο και αγωνία στον ασθενή είναι: φόβος του άγνωστου, η αναισθησία, η ανασφάλεια για το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά του προβλήματα.

Η νοσηλεύτρια, με τον ειδικό, μοναδικό της ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί την συμπεριφορά του ασθενή και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον ασθενή από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν, που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από την επέμβαση ελαττώνουν το αίσθημα φόβου. Το αίσθημα ασφάλειας του ασθενή ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιολογία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει τον άρρωστο, όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, τον βοηθά επίσης πολύ στην διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας.

B. ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό

ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή στίσιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά:

1. Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή
2. χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών
3. Γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία

Όλοι οι ασθενείς με ενδοκρανιακούς όγκους έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης, συμπεριλαμβανομένης και της μέτρησης των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών τους. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να επαγρυπνά για διαπίστωση ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωινών ούρων στους προεγχειρητικούς ασθενείς.

Επειδή, μετά την επέμβαση, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία ή βρογχοπνευμονία, η νοσηλεύτρια στην προεγχειρητική περίοδο διδάσκει στον ασθενή πως να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο ασθενής ειδικά με κορτικοστερινοειδή, που δεν πρέπει να διακοπούν διουρητικά, που μπορεί να έχουν προκαλέσει στον ασθενή υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, πρέπει να σημειώνονται.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν

από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη δίαιτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά, πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο ασθενής τη νύκτα.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στα παχύσαρκα άτομα, γιατί:

- 1) Αντιδρούν λιγότερο έντονα στο STRESS
- 2) Δεν αντέχουν στην αφυδάτωση
- 3) Παρουσιάζουν ευκολότερα SHOCK

Γ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η εξέταση αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν από την γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης, ελέγχεται η ποιότητα του αίματος.

Στις μεγάλες νευροχειρουργικές επεμβάσεις, που μπορεί ο ασθενής να χρειαστεί αίμα, γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση.

Στους νευροχειρουργικούς ασθενείς με ενδοκρανιακούς όγκους η ακτινογραφία θώρακος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η αξονική τομογραφία εγκεφάλου αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας πριν από την επέμβαση

Δ. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης της συνεχεία του δέρματος

Η προετοιμασία συνίσταται στον καθαρισμό και την αποτρίχωση του εγχειρητικού πεδίου μιας μεγάλης περιοχής γύρω από αυτό. Αν, κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος στο κεφάλι, πρέπει να αναφερθεί στον νευροχειρουργό πριν από την επέμβαση.

Ε. ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που παράγει ο γιατρός. Το κατευναστικό χορηγείται με ένα ζεστό πόμα και η Νοσηλεύτρια προστατεύει προσεκτικά τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο.

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

Πριν από την μεταφορά του ασθενή στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια:

1. Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα
2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη
3. Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης
5. Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου
6. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή πριν και μετά την προνάρκωση

7. Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

A. ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Ο χρόνος ανάνηψης αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Η χρησιμοποίησή του έχει, πρακτικά, εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι χειρουργημένοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται.

Η Νοσηλεύτρια κατά την διάρκεια ανάνηψης του ασθενή:

1. Διατηρεί τον χειρουργημένο σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάϊ
2. Παρακολουθεί την γενική κατάσταση του ασθενούς και παίρνει, σε συχνά χρονικά διαστήματα, τα ζωτικά σημεία.
3. Παρακολουθεί τις γάζες του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας
4. Παρακολουθεί την διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου.
5. Συνδέει τους σωλήνες παροχέτευσης και παρακολουθεί την λειτουργία τους
6. Τηρεί δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Εξαιτίας του μετεγχειρητικού STRESS ο όγκος των ούρων ελ-

ναι μικρός.

B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΑΝΑΝΗΨΗ

Η μεταφορά του νευροχειρουργικού αρρώστου, στο Νοσηλευτικό τμήμα, γίνεται μόλις επιτευχθεί πλήρης ανάνηψη. Εκεί, μια υπεύθυνη νοσηλεύτρια παραλαμβάνει τον ασθενή και φροντίζει για την:

1. Προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρος
2. Έγκαιρη ανίχνευση αύξησης της ενδοκρανιακής πίεσης (εξαιτίας αιμορραγίας ή εγκεφαλικού οιδήματος)

- Εκτίμηση:

- α) Επίπεδο συνείδησης
- β) Παρακολούθηση αντανακλαστικών κόρης
- γ) Σημείωση κίνησης των άκρων
- δ) Ζωτικά σημεία

- Παρέμβαση:

- α) Αναφορά σημείων αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης στο νευροχειρουργό αμέσως
- β) Σωστή τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι. Για υπερεσκιηνίδιες βλάβες και πρόσθια τοποθέτηση του αρρώστου με το κεφάλι σε θέση τέτοια που να αφήνει ανοικτούς τους αεραγωγούς. Σε υποσκιηνίδιες βλάβες, ο ασθενής τοποθετείται οριζόντια στο κρεβάτι με το κεφάλι σε θέση τέτοια που να αφήνει ανοικτούς τους αεραγωγούς. Σε υποσκιηνίδιες βλάβες, ο ασθενής τοποθετείται οριζόντια στο κρεβάτι με το κεφάλι σταθεροποιημένο.

- γ) Μπορεί να εφαρμοστεί θεραπεία με στερινοειδή. Πρέπει να συνοδεύεται με αντιόξινη φαρμακευτική θεραπεία για μείωση του γαστρικού ερεθισμού.
- δ) Περιορισμός υγρών (1.500 ML ή 70 ML την ώρα τις πρώτες 24 ώρες)
- ε) Δυνατόν να χρησιμοποιηθεί μαννιτόλη

3. Διατήρηση επαρκούς αερισμού

- Εκτίμηση:

Παρακολούθηση της αναπνοής και του επιπέδου των αερίων αίματος

- Παρέμβαση:

- α) Διατήρηση θέσης που υποβοηθεί στον επαρκή αερισμό
- β) Ενθάρρυνση για συχνές βαθιές αναπνοές
- γ) Γύρισμα του αρρώστου κάθε 2 ώρες
- δ) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενδοτραχειακός σωλήνας ή οξυγονοθεραπεία

4. Διατήρηση ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών

- Εκτίμηση:

- α) Καθημερινός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών
- β) Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- γ) Μέτρηση ειδικού βάρους ούρων
- δ) Σε χειρουργική της υπόφυσης, παρακολούθηση για σημεία άποιου διαβήτη

- Παρέμβαση:

- α) Αντικατάσταση ηλεκτρολυτών
- β) Χρήση καθετήρα FOLLEY
- γ) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αγγειοσυσπαστικό

5. Πρόληψη νοσηλευτικών επιπλοκών

- - Εκτίμηση:

- α) Έλεγχος ικανότητας εκούσιας κίνησης των αρθρώσεων
- β) Σημείωση ακεραιότητας δέρματος, ελαστικότητας, υγρασίας, χροιάς

- Παρέμβαση:

- α) Εκτέλεση ασκήσεων πλήρους τροχιάς για όλα τα άκρα τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα
- β) Φροντίδα δέρματος
- γ) Γύρισμα κάθε δύο ώρες

6. Πρόληψη μολύνσεων

- Εκτίμηση:

- α) Παρακολούθηση για σημεία μόλυνσης στην χώρα της χειρουργικής επέμβασης
- β) Αν χρησιμοποιείται παροχέτευση, παρακολούθηση για βατότητα του καθετήρα και φύση του υγρού παροχέτευσης
- γ) Παρακολούθηση για αύξηση της θερμοκρασίας.

- Παρέμβαση:

- α) Διατήρηση άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές
- β) Αντιβίωση για το ειδικό μικρόβιο

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

1. Πόνος

Είναι από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες.

Ο μετεγχειρητικός πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα, γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική εντολή, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά.

2. Έμετος

Μετεγχειρητικά, ιδιαίτερα όταν χορηγείται αιθέρας, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους. Άλλες αιτίες είναι η συλλογή στο στομάχι υγρών ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα. Βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμέτου.

3. Ανησυχία - Δυσφορία

Η νοσηλεύτρια οφείλει να μειώνει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθάει τον ασθενή να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώνει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, του ασθενή, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα.

4. Δίψα

Οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά και στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Μετά την παύση της ναυτίας και την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα, χορηγούνται υγρά.

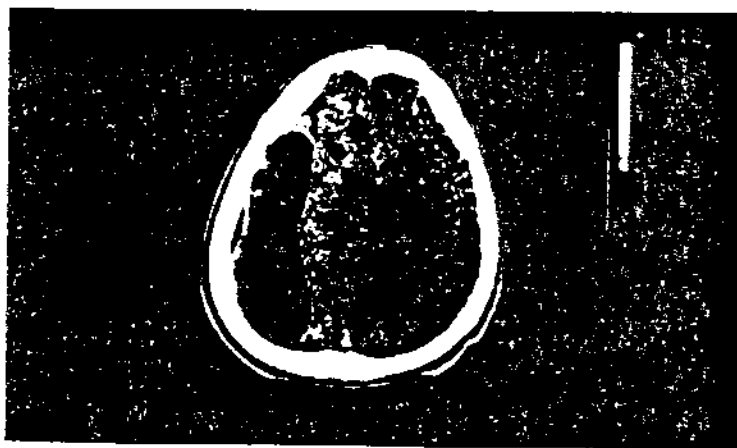
5. Διάρροια του εντέρου

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάρροια. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. Υποσκληρίδιο Αιμάτωμα

Είναι η συλλογή αίματος μεταξύ της σκληρής μήνιγγας και του εγκεφάλου. Σχηματίζεται από την τραυματική ρήξη των αγγείων του φλοιού. Πονοκέφαλος, μεταβολή στο επίπεδο της συνείδησης, ανησυχία, βυθιδότητα με αδυναμία των άκρων και διαστολή της κόρης του ματιού, συνθέτουν την κλινική εικόνα του υποσκληρίδιου αιματώματος. Την επιδείνωση της γενικής κατάστασης συνοδεύει η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η βραδυσφυγμία και η διαταραχή της αναπνοής. Η βαρύτητα όμως θα εξαρτηθεί από την ποσότητα του αιματώματος και την έκταση της εγκεφαλικής βλάβης, η οποία συνήθως συνυπάρχει. Η θεραπεία του είναι χειρουργική και αποσκοπεί στην έκπλυση του αιματώματος συνήθως με κρυνιοσαστήσεις ή σε πιο σπάνιες περιπτώσεις με κρανιοτομή. Μικρά υποσκληρίδια αιματώματα δεν χρειάζονται χειρουργική



Εικόνα 33 : Υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου σε νεαρό άτομο που δείχνει τον σχηματισμό ενός μεγάλου υποσκληρίδιου αιματώματος που αφαιρέθηκε με κρυνιοανατρήσεις.

2. Ενδοεγκεφαλικό Αιμάτωμα

Αποτελεί πιο σπάνια μετεγχειρητική επιπλοκή και προκαλείται από την βλάβη και την νέκρωση του εγκεφάλου μετά από μια βαθιά κάκωση. Η κλινική συμπτωματολογία είναι η ίδια με αυτή του υποσκληρίδιου αιματώματος. Η θεραπεία του είναι συντηρητική ή χειρουργική και αποφασίζεται ανάλογα με την βαρύτητα της κλινικής εικόνας και το αποτέλεσμα των ειδικών εξετάσεων (αρτηριογραφία, υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου).

3. Εγκεφαλικό οίδημα

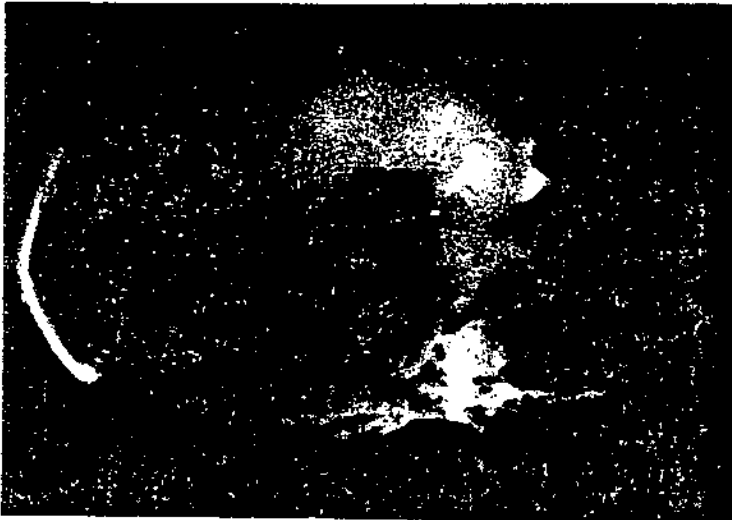
Η αύξηση του όγκου του εγκεφάλου από διάφορες τραυματικές αιτίες (εγκεφαλική θρομβοφλεβίτις, μεταβολικές διαταραχές κλπ) προκαλεί εγκεφαλικό οίδημα. Το εγκεφαλικό οίδημα πρέπει να αντιμετωπιστεί έγκαιρα γιατί μπορεί να πιεστούν ζωτικά εγκεφαλικά κέντρα με αποτέλεσμα να προκληθούν ανεπανόρθωτες βλάβες. Τα συμπτώματα που εκδηλώνεται κλινικά το εγκεφαλικό οίδημα, είναι παρόμοια με εκείνα των αιματωμάτων. Η θεραπεία του είναι συντηρητική (αιτιολογική ή συμπτωματική) ή πολύ σπάνια χειρουργική.

4. Υδροκεφαλία

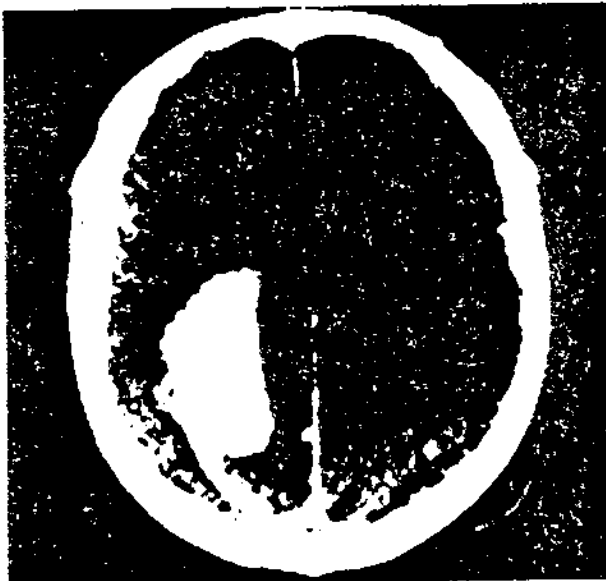
Παρακώλυση της κυκλοφορίας του ΕΝΥ, είτε λόγω αδυναμίας απορρόφησης του είτε λόγω πύεσης των οδών της κυκλοφορίας του (κοιλιών, υδραγωγού), έχει σαν αποτέλεσμα την συσσώρευση του ΕΝΥ μέσα στις κοιλίες, οι οποίες προοδευτικά μεγαλώνουν και προκαλούν συμπτώματα. Κεφαλαλγίες, αόριστη ζάλη, διπλωπία, εντυπωσιακή απουσία νευρολογικών σημείων και οίδημα οπτικής θηλής συνδέεται με την κλινική εικόνα της υ-

δροκεφαλίας.

Με την χρήση κορτικοστεροειδών και την διενέργεια οσφυονωτιαίων παρακεντήσεων, για την ελάττωση της πίεσης του ΕΝΥ, οι περισσότεροι ασθενείς αναρρώνουν βαθμιαία. Αν η πίεση δεν ελέγχεται πρέπει να εγκατασταθεί νωτιαία υπαραχνοειδής περιτοναϊκή παροχέτευση



: Κοιλιογραφία με υδατοδιαλυτό σκιαγραφικό μέσο. Πλάγια λήψη. Το φάρμακο μπήκε με παρακέντηση της δεξιάς κοιλίας του εγκεφάλου μετά από κρυνιοανάτρηση που φαίνεται στην δεξιά μετωπιαία περιοχή. Στην ακτινογραφία φαίνεται το σκιαγραφικό υλικό να έχει γεμίσει το κοιλιακό σύστημα. Οι πλάγιες και η τρίτη κοιλία έχουν διαταθεί γιατί πιέζονται στην περιοχή της τετάρτης κοιλίας από όγκο. Χαρακτηριστική εικόνα αποφρακτικής υδροκεφαλίας.



: Υπολογιστική τομογραφία του εγκεφάλου. Απεικονίζεται ένα μεγάλο ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα της αριστερής βρεγματοϊνιακής περιοχής.

5. Διαπύηση ή Μηνιγγίτιδα

Είναι οξεία φλεγμονή των μηνίγγων από λοιμογόνο παράγοντα, ο οποίος μπαίνει στον υπαραχνοειδή χώρο. Τα συμπτώματα της νόσου είναι υψηλός πυρετός, πονοκέφαλος και έμετοι. Τα χαρακτηριστικά σημεία του μηνιγγιτισμού είναι δυσκαμψία του αυχένα, γενική μυϊκή δυσκαμψία και σπάνια σπασμοί και περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια. Το ήμισυ των ασθενών που προσβάλλονται από μηνιγγίτιδα εμφανίζουν αραιό αιμορραγικό εξάνθημα, με την μορφή πετεχειών ή εκχύμώσεων κυρίως στα άκρα και τον κορμό. Η φαρμακευτική αγωγή είναι η θεραπεία εκλογής και το φάρμακο επιλογής για το μηνιγγιτιδόκοκκο είναι η πενικιλλίνη και η χλωροαμφαινικόλη.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα του εγκεφάλου, επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι **κυτταροτοξικό**, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά **επιτείνεται και στα υγιή**. Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται γρηγορότερα και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Παρ'όλα αυτά φυσιολογικά κύτταρα ιστών είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Κατά συνέπεια είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσεως του φαρμάκου, που θα καταστρέψει

μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά.

Σε ασθενείς με ενδοκρανιακά νεοπλάσματα εφαρμόζεται χημειοθεραπεία αφού προηγηθεί χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Παράλληλα με την χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων χρησιμοποιείται και ακτινοθεραπεία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Προσεγγίζεται ο ασθενής από μέλη της ομάδας υγείας, στην οποία συμμετέχει ο ίδιος και η οικογένειά του, και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για την βοήθειά του, αντιμετωπίζοντάς τον, σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Ενημερώνεται ο ασθενής για τις τοξικές και ανεπιθύμητες παρενέργειες του φαρμάκου. Εξηγείται ότι τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή.

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του ασθενή ώστε να αποδειχθεί, να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

4. Προσφέρεται στον ασθενή ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία, ως επιπρόσθετη πληροφόρηση.

5. Αξιολογείται η γενική κατάσταση του αρρώστου όσο α-

φορά την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος και της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, την συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία του σε διάφορα φάρμακα και λαμβάνεται ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

1. BCNU (1,3 BIS B-CHLORETHYL - 1 - NITROSOUREA)

Είναι αλκυλιούντας παράγοντας και διαταράσσει την πρωτεϊνική σύνθεση του κυττάρου και την λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων, σταματώντας τον κυτταρικό κύκλο στην προμιτωτική φάση.

Οδός: Ενδοφλέβια, αρτηριακή έγχυση

Τοξικές ενέργειες: Βαριά ναυτία και έμετος

Τοπική αντίδραση στην φλέβα

2. THIOPHOSPHORAMIDE (THIOTEPA)

Εαν αλκυλιούντας παράγοντας δρα με σιόπη την αναστολή του κυτταρικού κύκλου

Οδός: Ενδοφλέβια, σε κοιλότητες και όγκους

Τοξικές ενέργειες: Ανορεξία

Τοπικός έντονος πόνος

3. AMETHOPTERIN (METHOTREXATE)

Κατατάσσεται στους αντιμεταβολίτες, οι οποίοι δομικά μοιάζουν με τους μεταβολίτες, τους υποκαθιστούν, προσροφού-

νται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν την δράση τους.

Οδός: Ενδοφλέβια, Ενδομυϊκά, Ενδοραχιαία, P.O.S.

Τοξικές ενέργειες: Ναυτία, Έμετοι, Διάρροια

Στοματίτιδα

Καταστολή του μυελού των οστών

Αντίδραση δέρματος (ερυθρότητα, εξάνθημα, ρωγμές)

Τοξική βλάβη ήπατος

Τοξική νεφρική βλάβη

4. VINCRISTINE SULFOTE (ONCOVIN)

Ανήκει στην κατηγορία των φυτικών αλκαλοειδών. Ορισμένα αλκαλοειδή λειτουργούν σαν αναστολείς της κυτταρικής μιτώσεως, παρεμποδίζοντας την σύνθεση DNA-RNA και, κατά συνέπεια, τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων)

Οδός: Ενδοφλέβια έγχυση

Τοξικές ενέργειες: Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση

Καταστολή του μυελού

Νευροτοξικότητα που έχει σχέση με:

α. Οξύ πόνο στις σιαγόνες

β. Δυσκοιλιότητα που μπορεί να καταλήξει σε παραλυτικό ειλεό

Περιφερική νευροπάθεια (αισθητικές διαταραχές)

5. METHYLPEDNISOLONE (MEDROL)

Είναι κορτικοειδές παρασκεύασμα. Στην χημειοθεραπεία

των ογκοπαθών ασθενών χρησιμοποιούνται ορισμένες ορμόνες ε_πειδή πιστεύεται πως η ανάπτυξή τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού.

Οδός: P.O.S.

Τοξικές ενέργειες: Κατακράτηση νερού
Σύνδρομο CUSHING
Υπέρταση
Στερινοειδής διαβήτης

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΤΩΝ ΤΟΞΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

1. Ναυτία, Έμετος

Παρακολουθείται (1) η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, (2) η ανορεξία και η αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο ασθενής και (3) η θρέψη του ασθενή.

Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων:

- Χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή πριν από την ώρα του ύπνου
- Εκπαίδευση εφαρμογής αντιεμετικών υποθέτων στον ασθενή και στην οικογένειά του
- Χορήγηση μικρών κομματιών πάγου, μόλις παρουσιασθεί η ναυτία.
- Σερβίρισμα της τροφής μετά την αποχώρηση της ναυτίας
- Προγραμματισμός μικρών και συχνών γευμάτων
- Χορήγηση τροφής πολύ παγωμένης και χωρίς έντονη οσμή.

- Προτροπή του ασθενή να μασάει καλά την τροφή του
- Καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε λήψη τροφής

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμέτων:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων
- προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας
- Ενημέρωση του ασθενή, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα
- Διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών
- Εξασφάλιση καλής θρέψης και ενυδάτωσης

2. Διάρροια

Παρακολουθείται (1) το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κενώσεως, (2) ο ασθενής για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (3) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας, περιορίζοντας την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμώντας τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Η χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν την διάρροια, η ενυδάτωση του ασθενούς, η διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και η φροντίδα του δέρματος αποτελούν σημαντική βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας

3. Τοπικός έντονος πόνος

Με ταυτόχρονη έγχυση τοπικού αναισθητικού μειώνεται ο πόνος από την ένεση του φαρμάκου και επιβραδύνεται η απορρόφηση του.

4. Τοπική αντίδραση στην φλέβα - Υποδόριο έγχυση

Προσεκτική παρακολούθηση του σημείου εγχύσεως για έγκυρη διαπίστωση υποδόριας εγχύσεως του φαρμάκου. Η υποδόρια έγχυση προκαλεί τοπικά ευθρότητα, οίδημα, σκληρία και νέκρωση των ιστών.

Σε περίπτωση υποδόριας εγχύσεως του φαρμάκου διακόπτεται η χορήγησή του, γίνεται έγχυση στην περιοχή με ισοτονικό διάλυμα ή φυσιολογικό ορό και εφαρμόζονται κρύες κομπρέσες.

5. Ανορεξία

Χορηγείται τροφή της προτιμήσεως του ασθενή, καλά μαγειρεμένη και σε περιποιημένο δίσκο.

6. Στοματίτιδα

Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά την χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες, που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

Η στοματίτιδα προλαμβάνεται με την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας, την συνεχή φροντίδα της και της συχνή επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη.

7. Καταστολή του μυελού των οστών

Παρακολουθούνται 1) τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος, 2) τα αιμοπετάλια και 3) η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης.

Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με:

- Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας
- Αντιμετώπιση οποιαδήποτε διακοπής της συνεχείας του δέρματος σαν τραύμα (απολύμανση)
- Συχνή περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας
- Εφαρμογή απομονώσεως όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φθάσουν κάτω των 2.000 /MM³
- Διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου όταν τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια μειωθούν περισσότερο από 3500/MM³ και 100.000/MM³ αντίστοιχα

Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη αιμορραγιών:

- Ο περιορισμός των υποδόριων και ενδομυϊκών ενέσεων. Σε περίπτωση που πρέπει να γίνουν ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά (πρόληψη αιματώματος και εξόδου αίματος)
- Η περιοδική άσκηση πίεσεως σε κάποιο σημείο του σώματος πρέπει να είναι μικρής διάρκειας
- Η διδασκαλία του ασθενή στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης αιμορραγιών από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν
- Σε περίπτωση αιμορραγίας γίνεται μετάγγιση αίματος.

8. Αλλαγές στο δέρμα

Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειάς του, μελανοδερμία, υπερκεράτωση, κνησμό, εξελκώσεις και φουσσίδες.

Εφαρμόζονται τα κατάλληλα μέτρα ώστε να διατηρείται καθαρό, να προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

Στον ασθενή δίνονται έντυπες πληροφορίες για τον τρόπο προστασίας του δέρματος, για τις αλλαγές του και τα μέτρα αντιμετώπισής τους.

9. Τοξική βλάβη Ήπατος

Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα του ήπατος με ηπατικές εξετάσεις και (2) η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος.

Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων:

- σε περίπτωση κοιλιακού πόνου, παρακολουθούνται και αναγράφονται τα χαρακτηριστικά του πόνου, χορηγούνται αντισπασμωδικά φάρμακα και προτρέπεται ο ασθενής να παραμένει στο κρεβάτι (προφύλαξη ήπατος)
- σε υψηλό πυρετό, σημειώνεται η θερμοκρασία σε συχνά και τακτά χρονικά διαστήματα, χορηγούνται πολλά υγρά, εφαρμόζονται ψυχρά επιθέματα και παρακολουθείται η ποσότητα και πυκνότητα των ούρων.
- στον λιγότερο, παρακολουθείται και γράφεται ο βαθμός λιγότερου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. Ο ασθενής απαλλάσσεται από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα και παρακολουθείται το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.

Αν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας, ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός και αναστέλλεται η χορήγηση φαρμάκου.

10. Τοξική νεφρική βλάβη

Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα των νεφρών με εργαστηριακές δοκιμασίες για την νεφρική λειτουργία, (2) ο ασθενής για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (οίδημα κάτω άκρων, ολιγουρία) και (3) το ισοζύγιο λαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.

Η χορήγηση NaHCO_3 , η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και φαρμάκων -για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και την διατήρηση του PH των ούρων σε φυσιολογικά επίπεδα-, η απαγόρευση οινοπνευματωδών ποτών και η πιθανή διακοπή του φαρμάκου, αποτελούν τα μέτρα αντιμετώπισης της νεφροτοξικότητας.

11. Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα (1) ήπιας νευροπάθειας (ελαφρός πόνος, απώλεια αντανακλαστικών εν τω βάθει τενόντων) και (2) σοβαρότερης νευροπάθειας (αταξία, μείωση δύναμης χεριών, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος και παραλυτικός ειλεός).

Η προστασία του ασθενή από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας επιτυγχάνεται με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού, σε εμφάνιση λειτουργικών συμπτωμάτων.

Τα συμπτώματα της νευροπάθειας αντιμετωπίζονται με την χρησιμοποίηση μέτρων ασφάλειας για την προστασία του ασθενή, την διατήρηση των μελών του σώματός του σε φυσιολογική θέση και την χρησιμοποίηση καθαρτικών που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

12. Στερινοειδής διαβήτης

Περιοδικά, στους ασθενείς που δεν αναφέρουν ιστορικό διαβήτη, γίνεται εξέταση αίματος για διαβήτη (στερινοειδές) επειδή γενικά τα κορτικοειδή αυξάνουν την ποσότητα του σακχάρου στο αίμα.

Σε διαβητικούς ασθενείς, το σάκχαρο των ούρων ελέγχεται πριν από κάθε γεύμα.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας με αδενοκορτικοειδή αναβάλλεται κάθε εμβολιασμός, επειδή μειώνεται η ανοσία του οργανισμού.

13. Αλωπεκία

Ενημερώνεται ο ασθενής ότι κατά την διάρκεια της θεραπείας μπορεί να πέσουν τα μαλλιά του.

Η ανεπιθύμητη αυτή ενέργεια μπορεί να περιοριστεί αν κατά την διάρκεια της θεραπείας και 10-15 λεπτά μετά εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι. Όταν αρχίζουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μανδήλι ή χρησιμοποιείται περούνα. Παράλληλα βοηθείται ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της που αφορούν την διαφοροποίηση της εμφάνισης της

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπεία των ενδοκρανιακών όγκων έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των

καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με την ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συνεχώς.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι το είδος της ακτινοβολίας, η δόση και ο αριθμός δόσεων, το είδος του ιστού που ακτινοβολείται, η έκταση του πεδίου που δέχεται την ακτινοβολία, η οξυγόνωση και η θερμοκρασία του ιστού.

Όλοι οι νεοπλασματικοί όγκοι εγκεφάλου δεν έχουν την ίδια ευαισθησία στην ακτινοβολία. Περισσότερο ακτινοευαίσθητα θεωρούνται τα κύτταρα που: α) προλλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα, β) είναι εμβρυϊκά και ανώριμα, γ) παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση και δ) έχουν μεγάλη αιμάτωση.

Νεοπλασματικοί όγκοι εγκεφάλου που επιδέχονται
θεραπεία με ακτινοβολία

- 1) Αδένωμα της υπόφυσης
- 2) μυελοβλάστωμα
- 3) Μεταστατικοί όγκοι
- 4) Όγκοι που βρίσκονται σε σημείο που δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί χειρουργική αφαίρεση.
- 5) Όγκοι που βρίσκονται κοντά σε ζωτικά σημεία.
- 6) Όγκοι μετά από χειρουργική επέμβαση.

Η ποσότητά της ακτινοβολίας είναι 4.000-7.000 RDS και δίνεται μέσα σε 4-8 εβδομάδες.

Πρέπει να τονισθεί ότι στην ακτινοθεραπεία δεν ανταποκρίνονται όλοι οι ασθενείς και αρκετοί παρουσιάζουν αύξηση

της ενδοκρανιακής πίεσης και οίδημα του εγκεφάλου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ
ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από την στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή μαζί του. Από την στιγμή εκείνη, η Νοσηλεύτρια με το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσεως του ασθενούς και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον ασθενή αίσθημα εμπιστοσύνης.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, εντοπίζεται στην:

-Ενημέρωση του ασθενή για την θεραπεία.

-Προετοιμασία και βοήθειά του.

-Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.

-Παροχή βοήθειας στον ασθενή, πριν, κατά και μετά την θεραπεία, για την αντιμετώπιση των συγκινησιακών του STRESS.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται για το είδος της θεραπείας, την θέση του όγκου, τον σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός) και τον αριθμό των ακτινοβολιών που έχει κάνει και που πρόκειται να κάνει.

Ενημερώνει τον ασθενή και την οικογένειά του για το είδος και τον σκοπό της θεραπείας και αξιολογεί τις αντιδράσεις του.

Ο ασθενής λούζεται, αποτριχώνεται, το σημείο που θα υ-

ποβληθεί σε ακτινοθεραπεία και στην συνέχεια η νοσηλεύτρια, αφού περιποιηθεί την γύρω περιοχή και το δέρμα, μαρκάρει το σημείο που θα δεχτεί την ακτινοβολία και τοποθετεί επάνω πούδρα. Ο ασθενής διδάσκεται να μην βγάλει το σήμα ώσπου να τελειώσει η θεραπεία.

Προστατεύει τον ασθενή από την ψύξη, με την κατάλληλη ενδυμασία. Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Κατά την διάρκεια της ακτινοβολίας, αν ο ασθενής έχει ναυτία και εμέτους, χορηγούνται αντιεμετικά.

Αν η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι επιδεινωμένη, ξεκινάει για κάποιο χρονικό διάστημα και συνεχίζεται η ακτινοβολία.

Μετά από κάθε ακτινοβολία, γίνεται επισοκόπηση της περιοχής (έγκυαμα, πετέχειες) και ενημερώνεται ο γιατρός για οποιαδήποτε αλλαγή του δέρματος.

Αν ο ασθενής έχει ανορεξία χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα, σε περιποιημένο δίσκο και ενθαρρύνεται να φάει.

Συχνός έλεγχος των νευρολογικών και ζωτικών σημείων είναι αναγκαίος (σημεία αύξησης ενδοκρανιακής πίεσης).

Μία φορά, τουλάχιστον, την εβδομάδα πρέπει να ελέγχεται ο αιματοκρίτης, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια (γενική αίματος).

Λαμβάνονται όλα τα μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης των λοιμώξεων και των αιμορραγιών.

Αντιμετώπιση παρενεργειών-επιπλοκών ακτινοθεραπείας

Σε ακτινοδερματίτιδα:

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική οδηγία.
- Ενημερώνεται ο ασθενής να προσέχει την περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα όταν αναπαύεται.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Σε καταστολή του μυελού των οστών:

Ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς. Γι' αυτό επιβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή και συνεχής παρακολούθηση. Συχνός αιματολογικός έλεγχος είναι αναγκαίος για την πρόληψη των αιμορραγιών.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντιδράσεως (γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία, έμετοι, ανορεξία) η νοσηλεύτρια μετά από ιατρική οδηγία.

-Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.

-Φροντίζει για την καλή θρέψη και ενυδάτωση του ασθενή.

-Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του, δ-

ταν αυτός είναι κλινήρης.

-Καταβάλλει προσπάθεια για την εξύψωση του ηθικού του, γεγονός που συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση των παραπάνω φαινομένων.

Αν ο ασθενής εμφανίσει διάρροια:

-Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία.

-Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν την κατάσταση.

-Χορηγείται ειδική δίαιτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Πρέπει να τονισθεί ότι ενώ ο ιατρός είναι υπεύθυνος για τον καθορισμό του είδους, της δόσεως, του τρόπου και χρόνου χορηγήσεως των φαρμάκων, η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την ακριβή τήρηση των ιατρικών οδηγιών.

Η χορήγηση των φαρμάκων αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες και σοβαρότερες ευθύνες της νοσηλεύτριας. Η ασφαλής και ακίνδυνη χορήγηση φαρμάκων απαιτεί η νοσηλεύτρια να έχει επαρκείς γνώσεις φαρμακολογία, να ενημερώνεται για τα νέα φάρμακα, να γνωρίζει από ποιά όργανα του σώματος απεκκρίνονται αυτά και το ότι η δόση του φαρμάκου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες.

Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με νεοπλάσματα εγκεφάλου είναι η εξής:

1. Δεξαμεθαζόνη)DECADRON)

2. MAALOX-ALUDROX (για την αντιμετώπιση επιπλοκών των κορτιδοϋχων φαρμάκων).

3. CIMETIDINE)TOGAMENT).

4. Αντιεπιληπτικά φάρμακα (όταν παρουσιάζονται επιληπτικές κρίσεις).
5. Αναλγητικά (κυρίως για τον πονοκέφαλο).
6. MANNITOL (αντιοιδηματική αγωγή σε περίπτωση οιδήματος).
7. DOCUSATE SODIUM (COLACE).

ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Όπως είναι φυσικό ένα μεγάλο ποσοστό των κλινικών εκδηλώσεων στους ασθενείς με όγκο εγκεφάλου, έχει την μορφή αδυναμίας, διαφόρου βαρύτητας, των άκρων.

Η μερική ή ολική αναπηρία, που συνοδεύεται από μυϊκή ατροφία, πλαδαρότητα των μυών, χάλαση του δέρματος και αρθρίτιδα από την ακινησία, η παραπληγία, οι εκφυλιστικές παθήσεις, με ψυχικές διαταραχές, ή διαταραχές της ομιλίας, θα χρειαστούν, εκτός από την χειρουργική και φαρμακευτική θεραπεία, να αντιμετωπιστούν και με την φυσικοθεραπεία ή με άλλες μεθόδους, με σκοπό την αποκατάσταση και διατήρηση του επιπέδου λειτουργίας των σωματικών ικανοτήτων για το μακρότερο δυνατό χρονικό διάστημα.

Οι συχνές νευρολογικές εξετάσεις και συζητήσεις με τον ασθενή, η σύγκριση των αποτελεσμάτων της φυσικοθεραπείας ή των άλλων μεθόδων σωματικής αποκατάστασης, ο έλεγχος και η αντιμετώπιση των παροξυσμών, η επαναξιολόγηση των πηγών, που θα βοηθήσουν τον ασθενή στην επαγγελματική και φυσική αποκα-

τάσταση του και η αναφορά κάθε αλλαγής, από προηγούμενες εκτιμήσεις, στην ιατρική ομάδα, συνθέτουν τα βασικά σημεία της μετανοσοκομειακής φροντίδας.

Όμως η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο στην συγκινησιακή κατάσταση του ασθενή. Όταν λοιπόν σήμερα μιλάμε για αποκατάσταση του ογκοπαθή ασθενή εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται ώστε αυτός να χρησιμοποιήσει όχι μόνο τις σωματικές αλλά και τις κοινωνικές και ψυχολογικές του ικανότητες για να ζήσει πολιτικά.

Κατά συνέπεια η συναναστροφή της νοσηλεύτριας με τον ασθενή πρέπει να κατευθύνεται από την συμπόνοια, την στοργή, την επαγρύπνηση, τον ανθρωπισμό, την επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως που βρίσκεται ο ασθενής, την σύνεση την προσοχή, την ανοχή και την υποστήριξή της.

Επειδή όμως μια διάγνωση καρκίνου απειλεί συνήθως την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς, δύο ομάδες πληθυσμού που επηρεάζουν έντονα την συγκινησιακή του κατάσταση, πρέπει να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα της αποκατάστασης.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις θεραπείας (παράπληγμα, αλωπεκία κ.α.) απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (επιμάθηση τεχνικών). Η αποκατάσταση με την σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει τον ασθενή να εναρμονίσει την ζωή του με την ποιότητα και μπορεί να έχει βάση

των ικανοτήτων του.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτή της αποκατάστασης θα πρέπει οι ασθενείς να παρακολουθούνται από ειδικευμένα στην καρκινολογία και την ψυχολογία του ασθενή, μέλη της ομάδας υγείας.

ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μείωση των φυσικών δυσχερειών και η καλύτερη δυνατή προσαρμογή προς την απώλεια των λειτουργιών και τον θάνατο αποτελούν τα βασικά σημεία της νοσηλευτικής φροντίδας ενός ετοιμοθάνατου.

Οι φυσικές ανάγκες, ενός ασθενή που πρόκειται να πεθάνει, αποτελούν βασικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει μία νοσηλεύτρια. Η διατήρηση της θρέψης (σε περίπτωση αδυναμίας, ενδοφλέβια έγχυση ορού), η φροντίδα του στόματος, του δέρματος, των ματιών και της μύτης και η εξασφάλιση ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος, αποτελούν νοσηλευτικά μέτρα που μειώνουν τις φυσικές δυσχέρειες, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλουν στην διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενή.

Η αποδοχή της πραγματικότητας δημιουργεί στον ασθενή συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες. Η νοσηλεύτρια προσεγγίζει τον ασθενή και τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα αισθήματά του, αισθήματα φόβου, ανασφάλειας και απογοήτευσης. Βοηθάει τον ασθενή να εξασφαλίσει οποιαδήποτε πνευματική ή νομική συμβουλή, όταν το ζητήσει.

Η οικογένεια του ασθενή πλήττεται άμεσα από την παρούσα κατάσταση και τα αισθήματα λύπης και θλίψης είναι διάχυτα.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει, με λεπτότητα και κατανόηση, τους συγγενείς να εκφράσουν την συγκινησιακή τους κατάσταση, να σχεδιάσουν την φροντίδα του ασθενούς και να προετοιμαστούν για τον επικείμενο θάνατο.

Η εξασφάλιση επαρκούς φαρμακευτικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου και των άλλων σωματικών ή συγκινησιακών συμπτωμάτων αποτελεί μια άλλη σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση.

Οι καταστάσεις αυτές αποτελούν μία οδυνηρή εμπειρία για το προσωπικό. Μέσα σε μια κατάλληλη ατμόσφαιρα το προσωπικό πρέπει να ενθαρρυνθεί ώστε να εκφράσει τα αισθήματά του και να τα ξεπεράσει.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ι

Ο ασθενής Τ.Κ., ετών 18, μαθητής, εισήλθε στο Γ.Ν.Π. <<Άγιος Ανδρέας>> στις 4/12/1989.

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Όγκος αριστερού κροταφικού

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: Μηνιγγίωμα αριστερού κροταφικού

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Από 12 ετών ο ασθενής αναφέρει ζάλη και συμπτωματολογία κροταφικής επιληπτικής κρίσης. Εισήχθη στο Νοσοκομείο Παίδων, όπου διεγνώσθη κροταφική επιληψία. Λόγω αγγειώματος της περιοχής ετέθη σε επιληπτική αγωγή με TABL. REGREDOL και GRARDENOL για 6 έτη. Μετά την βετία επί 2 έτη βρίσκεται σε αγωγή με EPANUTIN και GRARDENOL. Η συμπτωματολογία των επιληπτικών κρίσεων συνεχίζεται σε ρυθμό κάθε 2η ημέρα περίπου.

Τελευταία επιληπτική κρίση σημειώθηκε το πρωί της 4/12/1989. Ο ασθενής διακομίσθηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία σε ημικωματώδη κατάσταση και του παρέχεται σε συνεργασία με τον εφημερεύοντα νευρολόγο τις πρώτες βοήθειες.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

-Τοποθετήσαμε τον ασθενή σε σκληρό μέρος.

Τοποθετήσαμε τεχνητό στοματοφαρυγγικό αεραγωγό, με σκοπό να διατηρήσει την γλώσσα στην φυσιολογική της θέση

και να την ευποδίσει να πέσει προς τα πίσω.

-Χορηγήσαμε οξυγόνο με μάσκα VENTURI 35%, για την αντιμετώπιση της υποξαιμίας που παρουσίασε ο άρρωστος.

-Χορηγήσαμε EPANUTIN 300 MG διαλυμένο σε 100 CC NaCl I.V. Η χορήγηση του αντιεπιληπτικού φαρμάκου είχε σαν σκοπό να ελαττώσει τις πιθανότητες έναρξης μιας καινούργιας επιληπτικής κρίσης (συμπτωματική αγωγή).

-Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία, οι τιμές των οποίων ήταν:
Α.Π.: 100/70 MMHG, θερ.: 36,8°C, Αναπνοές: 38/λεπτό,
Σφύξεις: 80/λεπτό.

-Από την μριαία αρτηρία έλαβα αρτηριακό αίμα για να ελέγξω την οξεοβασική κατάσταση, την αποτελεσματικότητα της ανταλλαγής των αερίων αίματος και την επάρκεια του κυψελιδικού αερισμού. Οι τιμές είχαν ως εξής:

PO_2 : 80 MMHG

PCO_2 : 60 MMHG

PH : 60 MMHG

PH: 7,4

Η τιμή του PO_2 δεν θεωρήθηκε ικανοποιητική και αποφασίστηκε να συνεχιστεί η οξυγονοθεραπεία με ποσό οξυγόνου 445%.

-Η κατάσταση του ασθενή ήταν υπό έλεγχο, όμως η συχνή παρακολούθηση της γενικής κατάστασης, των ζωτικών σημείων και των αερίων του αίματος ήταν επιτακτική. Οποιαδήποτε αλλαγή θα μπορούσε να είναι ενδεικτική της κατάστασής του.

Ο ασθενής έμεινε σε κωματώδη κατάσταση 2 ώρες. Κατά

την διάρκεια αυτή είχαμε μια ενδιαφέρουσα συζήτηση με τους γονείς του. Ανακαλύψαμε ότι ο ασθενής τον τελευταίο χρόνο παρουσίασε κάποια διανοητική μεταβολή και κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά του. Η πτώση της σχολικής του απόδοσης, η αλλαγή της συμπεριφοράς του προς τους γονείς του (οξύθυμος, συχνά εννευρισμένος), η έντονη υπνηλία και η αδιαφορία του για οποιαδήποτε κοινωνική συναναστροφή ήταν τα σημεία που δημιουργούσαν τις μεταβολές στην γενική συμπεριφορά του. Από την λεπτομερή περιγραφή του τρόπου εκδήλωσης των παροξυσμών και από το ιστορικό υγείας διαγνώσαμε ότι ο ασθενής πάσχει από μεγάλη επιληψία (GRAND MAL SEIZURE).

Πέρα από την συγκέντρωση πληροφοριών, βασικός σκοπός μου ήταν να εξασφαλίσω συνθήκες που θα επέτρεπαν στους γονείς του ασθενή να εκφράσουν τα αισθήματα φόβου και αγωνίας. Στην προσπάθειά μου ανακάλυψα δύο άτομα κουρασμένα, δυστυχημένα και γεμάτα άγχος. Μία κατάσταση 6 χρόνων με συνεχείς παροξυσμικές κρίσεις τους είχε αποδιοργανώσει. Στην προσπάθειά μου να τους συμπαρασταθώ τους εξήγησα ότι οι επιληπτικές κρίσεις, με ορισμένες προϋποθέσεις, μπορούν να ελεγχθούν και ότι η πίστη και η υπομονή σε τέτοιες περιπτώσεις δημιουργούν καλύτερες συνθήκες για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση της κατάστασης. Τους ενημέρωσα για τις διαγνωστικές εξετάσεις που θα ακολουθούσαν και εξήγησα τον τρόπο διεξαγωγής των εξετάσεων και την αναγκαιότητά τους.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που καθορίστηκαν ήταν η υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου, η αρτηριογραφία και το ΗΕΓ.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις θα πραγματοποιούνταν μόλις

ο ασθενής θα αποκτούσε την συνείδησή του. Μετά την επάνοδο του από την πνικνωματώδη κατάσταση, βρισκόταν σε μια κατάσταση σύγχυσης, δεν είχε προσανατολισμό χώρου, χρόνου και προσώπων. Του εξήγησα ότι βρισκόταν στο Νοσοκομείο, πως πριν δύο ώρες είχε μία επιληπτική κρίση και μόλις είχε ξυπνήσει από ένα βαθύ ύπνο. Αξιολογώντας την γενική κατάσταση του, αποφασίσαμε να περάσει κάποιο χρονικό διάστημα ώστε ο ασθενής να συνέλθει και να είναι έτοιμος για τις διαγνωστικές εξετάσεις. Στο διάστημα αυτό επιτρέψαμε στους γονείς να είναι κοντά του, ώστε να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν ψυχική ηρεμία του.

Μετά την πάροδο μιας ώρας, ο ασθενής φαινόταν να έχει συνέλθει. Αποφασίσαμε να γίνουν οι εξετάσεις. Τον πλησίασα και τον πληροφορήσα ότι θα γίνουν διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες ήταν αναγκαίες για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της παθολογικής κατάστασης. Εξήγησα την διαδικασία διεκπεραίωσης των εξετάσεων και πως ο ίδιος μπορούσε να βοηθήσει για την καλύτερη και γρηγορότερη πραγματοποίησή τους.

Νοσηλευτική Παρέμβαση:

-Δημιουργήσαμε συνθήκες για να εκφράσει ο ασθενής τα αισθήματά του.

-Για να γίνει υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου. ο ασθενής έπρεπε να παραμείνει νηστικός.

-Η ψυχική υποστήριξη ήταν απαραίτητη για την ήρεμη διεξαγωγή της εξέτασης.

-Κατά την διάρκεια της τομογραφίας του εγκεφάλου ο ασθενής ήταν συνεογασίμος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Έδειξε αντίπλευρη μετατόπιση της πλάγας και τρίτης κοιλίας και εμφανιζόμενο οίδημα του εγκεφάλου.

ΑΡΤΗΡΙΟΓΡΑΦΙΑ

Στον εντοπισμένο όγκο διαφαίνεται ένα δίκτυο ανώμαλων αγγείων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- Τοποθετούμε τον άρρωστο στο ακτινολογικό τραπέζι.
- Εισάγουμε σκιαγραφικό υγρό από την καρωτίδα. (1)
- Μέσα σε δευτερόλεπτα παίρνονται διάφορες ακτινογραφίες των εγκεφαλικών αρτηριών, τριχοειδών και φλεβών.
- Μετά την εξέταση παρακολουθούνται στενά τα ζωτικά σημεία και η νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.
- Παρακολουθούμε στενά το σημείο ένεσης του φαρμάκου, για σχηματισμό αιματώματος.
- Παρακολουθούμε την κυκλοφορία περιφερειακά προς το σημείο εισαγωγής, με λήψη του σφυγμού του άκρου, εξέταση του χρώματος, της

(1) Η αρτηριογραφία θεωρείται χειρουργική τεχνική και γίνεται στο χειρουργείο, εφαρμόζοντας την τεχνική της ασηψίας & αντισηψίας.

**Γ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

κινητικότητα και αισθητικότητα του για τις πρώτες 8-12 ώρες.

ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ

Η θήτα δραστηριότητα υπεριοχύει και διαφαίνεται ένας ακόμη βραδύτερος ρυθμός.

Η βλάβη εντοπίζεται στο αριστερό κροταφικό ημισφαίριο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

-Εξηγούμε στον ασθενή τον τρόπο διεξαγωγής της εξέτασής της.

-Πραγματοποιούμε καθαρισμό της κεφαλής.

-Τοποθετούμε τον ασθενή σε μια αναπαυτική καρέκλα.

-Τοποθετούμε τα ηλεκτρόδια.

-Παρακολουθούμε τον ασθενή για εμφανιζόμενα αισθήματα άγχους και ανησυχίας.

-Σε περίπτωση ανησυχίας και μη καλής συνεργασίας, χορηγούμε κατευναστικό. Ο ασθενής πρέπει να είναι νησιτικός.

-Μετά την εξέταση παρακολουθούμε στενά τα ζωτικά σημεία και την νευρολογική κατάσταση του ασθενή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Παρατηρείται αδυναμία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

-Υποστηρίζουμε ψυχικά τον ασθενή

του δεξιού χεριού. Ανερχόμενο οίδημα οπτικής θηλής είναι σαφές. Εντοπίζονται οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις.

νή για να διατηρηθεί χαλαρό το μυϊκό και νευρικό σύστημα και νευρικό σύστημα και να αντιμετωπίσει τα αισθήματα αγωνίας.

-Χορηγούμε στον ιατρό τα απαραίτητα για την εξέταση αντικείμενα.

-Παρακολουθούμε προσεκτικά τον ασθενή και επισημαίνουμε οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση του.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΣΕΤΑΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Αιματοκρίτης 54%

Αιμοσφαιρίνη 17,5G/100 ML

Αιμοπετάλια $222 \times 10^3 / \text{MM}^3$

Λευκά αιμοσφαίρια:

$12.100 / \text{MM}^3$

Σάκχαρο 92MG%

Ουρία 0,25MG%

Κάλιο αίματος (K^+) 4,5MEQ/l

Νάτριο αίματος (N^+) 142MEQ/l

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

-Τοποθετούμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση. Το χέρι να υποστηρίζεται καλά.

-Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την διαδικασία και τον σκοπό της φλεβοκέντησης

-Επιλέγουμε την φλέβα και ελέγχουμε την καταλληλότητά τους.

-Δένουμε τον ελαστικό σωλήνα για να διλογωθεί η φλέβα εμποδίζοντας την επιστροφή του αίματος προς την καρδιά.

-Λέμε στον άρρωστο να ανοιγοκλείνει την παλάμη του, κόβω-

ντας έτσι το αίμα στην φλέβα.

-Ψηλαφούμε την φλέβα.

-Καθαρίζουμε το δέρμα με αντισηπτική διάλυση και το αφήνουμε να στεγνώσει.

-Τοποθετούμε την βελόνη σε γωνία 45° κατά μήκος του τοιχώματος της φλέβας. Η γωνία αυτή μειώνει το τραύμα του δέρματος στο λιγότερο δυνατό.

-Μόλις διαπιστώσουμε ότι βολισμόμαστε στην φλέβα προχωράμε την βελόνη σιγά-σιγά 2,5 CM περίπου.

-Αναρροφούμε την ποσότητα αίματος που χρειαζόμαστε και λύνουμε τον ελαστικό σωλήνα με ήπιες κινήσεις.

-Τοποθετούμε ένα τολύπιο βάμβακος με οινόπνευμα στο σημείο της παρακέντησης και αφαιρούμε την βελόνη με γρήγορη κίνηση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : ΚΥΣΤΙΚΟ ΓΛΟΙΩΜΑ

Μετά τη διάγνωση αποφασίστηκε η εισαγωγή του ασθενούς στο Νευροχειρουργικό Τμήμα.

Γνωρίζοντας ότι ο ασθενής πάσχει από όγκο εγινεφάλου, από συνεχείς επιληπτικές κρίσεις και λόγω του νεαρού της ηλικίας

κίας του, προσπαθήσαμε να τον πλησιάσουμε φιλικά και διακριτικά. Η συμπεριφορά μας ήταν η ίδια και στην οικογένεια του νέου ασθενή. Η άμεση ενέργειά μας ήταν ο εντοπισμός των προβλημάτων του ασθενή και ο ειδικός προγραμματισμός αντιμετώπισής των. Κατά την συζήτηση που είχαμε με τον ασθενή και την οικογένειά του ανακαλύψαμε τα εξής προβλήματα:

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

- Μεταβολές στην άνεση. Ο ασθενής παρουσίαζε έλλειψη άνεσης λόγω της αδυναμίας του δεξιού χεριού του.
- Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, δευτεροπαθής προς την δυσκολία κίνησης.
- Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό.
- Μεταβολή στο σωματικό είδωλο.
- Μεταβολές στην θρέψη. Κακή θρέψη εξαιτίας απώλειας της όρεξης.

Μετά τον καθορισμό των προβλημάτων αντικειμενικός σκοπός μας ήταν η επίλυση των προβλημάτων και ο προγραμματισμός των ειδικών νοσηλευτικών ενεργειών.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

1. Εφαρμογή καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας για αποφυγή και έλεγχο των παροξυσμών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

- Χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για αποτελεσματικότητα των αντισπασμωδικών.
- Παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες.

-Εξασφάλιση συμβουλών και εκπαίδευσης του αρρώστου, της οικογένειας και της κοινότητας.

2. Βοήθεια που αρρώστου να καταλάβει τη φύση των παροξυσμών και το ρόλο του στην αγωγή τους.

-Διδασκαλία του αρρώστου πως να διαχειρίζεται τα φάρμακα.

-Επεξήγηση των λόγων που βρίσκονται πίσω από κάθε περιορισμό: Κολύμβηση, οδήγηση και χειρισμός βαριών μηχανημάτων απειλούν τη ζωή του αρρώστου αν κατά τη διάρκειά τους συμβεί επιληπτική κρίση.

-Οι έφηβοι πηγαίνουν καλύτερα αν: 1) Τους δοθεί μία επαρκής περιγραφή της παθολογίας και του Η.Ε.Κ..

β) Τους επιτραπεί να αισθανθούν υπεύθυνοι για την λήψη των φαρμάκων.

γ) Γνωριστούν με παιδιά της ηλικίας τους που έχουν τα ίδια προβλήματα.

3. Προαγωγή κατανόησης των παροξυσμών στον άρρωστον, στην οικογένεια, στην επαγγελματική κοινότητα και στο σχολείο.

-Ευκαιρία για έκφραση των αισθημάτων.

-Βοήθεια στην οικογένεια και στους φίλους να καταλάβουν τα αισθήματα του αρρώστου.

4. Παρακολούθηση μεταβολών στην διανοητική λειτουργία και συμπεριφορά.

-Η αύξηση του όγκου μπορεί να συνοδεύει μεταβολή στην διανοητική λειτουργία ή τη γενική συμπεριφορά.

-Η συχνή και σε κανονικά διαστήματα παρακολούθηση περιλαμβάνει πληροφορίες από τον άρρωστο και συχνά από την οικογένειά τους.

-Ο άρρωστος πρέπει να προστατεύεται από ατυχήματα και να του εξασφαλίζεται επαρκής φροντίδα στο σπίτι ή το ίδρυμα.

5. Παρακολούθηση μεταβολών στην αισθητική και κινητική λειτουργία.

-Εκτίμηση του βαθμού διαταραχής που συνδέεται με το κάθε σύμπτωμα.

-Προστασία του αρρώστου από ατυχήματα.

-Επαρκής αντιμετώπιση του πόνου.

-Εξασφάλιση φυσικής και ψυχολογικής υποστήριξης.

-αναφορά κάθε νέου συμπτώματος και των σημείων που το συνοδεύουν έγγραφως και με ακρίβεια.

Ο σημαντικότερος σκοπός μας ήταν η εγκαθίδρυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του προσωπικού. Ένα άτομο με όγκο εγκεφάλου βρίσκεται στην αρχή μιας μακράς και γεμάτης STRESS σχέσης με τις υπηρεσίες υγείας. Η προ-

σπάθειά μας συγκεντρωνόταν και στην βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, να του δοθούν ακριβείς πληροφορίες χωρίς λαθεμένες επιβεβαιώσεις καθώς και στην ελάττωση του χρόνου αναμονής μεταξύ των εξετάσεων.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

4.12.1989

Μετά το αποτέλεσμα των διαγνωστικών εξετάσεων η λειτουργική ομάδα αποφάσισε την χειρουργική εξαίρεση του γλοιώματος. Η ημέρα του χειρουργείου καθορίστηκε στις 5.12.89 και στις 8.00 π.μ..

Το απόγευμα ο ασθενής κατέβηκε στο ακτινολογικό εργαστήριο για ακτινογραφία θώρακα, ενώ στο τμήμα έγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα. Οι εξετάσεις έδειξαν ότι δεν υπάρχει πρόβλημα στα αντίστοιχα όργανα του σώματος.

Στις 19.00 μ.μ. άρχισε η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Ψυχολογική προετοιμασία.
- Ενημερώνουμε τον ασθενή για την χειρουργική επέμβαση που θα γίνει αύριο.
 - Εξασφαλίζουμε στον άρρωστο συγκινησιακή υποστήριξη.
 - Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική πορεία.
 - Δίνουμε στον άρρωστο λογικές εξη-

γήσεις και πληροφορίες, που ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου..

2. Φυσική προετοιμασία.

-Εφαρμόζουμε προεγχειρητικό ηλεκτρολυτικό έλεγχο.

-Ελέγχουμε τα αποβαλλόμενα και προσλαμβανόμενα υγρά.

-Σημειώνουμε τα κορτικοστεροειδή που παίρνει ο άρρωστος και δεν πρέπει να διακοπεί η χορήγησή τους.

-Χορηγούμε στον ασθενή ελαφρά διατροφή.

-Χορηγούμε καθαρτικό FLORISAN 1 SUP για τη ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου.

3. Προετοιμασία Εγχειρητικού Πεδίου.

-Αποτριχώνουμε το σημείο και τη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.

-Βοηθούμε τον ασθενή να λουστεί και να περιποιηθεί τον εαυτό του.

-Περιποιούμαστε την περιοχή του εγχειρητικού πεδίου με αποστειρωμένη γάζα και BETADINE SOLUTION.

5.12.1989

Στις 7.300 π.μ. ντύσαμε τον ασθενή με την ειδική ρόμπα του χειρουργείου και τοποθετήσαμε στο χέρι του την περιχειρίδα όπου αναγράφεται το ονοματεπώνυμό του, το όνομα

του πατέρα του, το είδος της εγχείρησης (Κρσνλιοτοιμία-Αφαί-
ρεση γλοιώματος), την κλινική που φιλοξενείται ο ασθενής
(N/X) και την ημερομηνία.

Στις 7.45 π.μ. πήραμε τα ζωτικά σημεία:

A.Π. 120/90 MMHG, θερ. 36,9°C, Αναπνοές:42/λεπτό, Σφύ-
ξεις: 92/λεπτό.

Στις 8.00 π.μ. συνοδέψαμε τον ασθενή στο χειρουργείο και
προσπαθήσαμε να τον καθουχάσουμε.

Η χειρουργική επέμβαση έληξε στις 14.00 μ.μ.

Ο όγκος εστάλη για βιοψία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 15.00 μ.μ. ο ασθε- -Τοποθετούμε τον άρρωστο στο κρεβ-
νής επέστρεψε στο τμή- βάτι προσεκτικά.
μα. -Ελέγχουμε αν ο ασθενής διαθέτει
ουροκαθετήρα και τον κρεμάμε στο
πλάϊ του κρεβατιού.
-Ελέγχουμε τους ορούς και καθορί-
ζουμε την ροή τους.
-Ελέγχουμε αν το τραύμα αιμορρα-
γεί.
-Παίρνουμε τα ζωτικά σημεία.
-Παρακολουθούμε συχνά τον ασθενή
για συμπτώματα μετεγχειρητικών ε-
πιπλοκών και δυσχερειών.
-Το πρώτο 24ωρο η μετεγχειρητική
παρακολούθηση του ασθενή είναι στε-
νή και η λήψη των ζωτικών σημείων
γίνεται ανά 3ωρο.

Στις 17.00 μ.μ.ο ασθενής -Βασικό καθήκον μας είναι η πρόληψη εμφανίζει εμέτους. ψη εισρόφησης του έμετου.

-Τοποθετούμε τον ασθενή στο πλάϊ (αποφυγή εισρόφησης).

-Προμηθεύουμε στον άρρωστο το νεφροειδές το οποίο απομακρύνουμε μετά, γιατί προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

-Μετά από κάθε έμετο καθαρίζουμε το στόμα του ασθενή.

-Διατηρούμε τα κλινοσκεπάσματα καθαρά.

Στις 19.00 μ.μ. αφαιρούμε τον ουροκαθετήρα και ο θερόπων γιατρός καθορίζει την θεραπευτική αγωγή.

CLAFORAN FL. 1X4	-> Περιεγχειρητική προφύλαξη
DECADRON FL. 1X4	-> Αντιμετώπιση εγκεφαλικού οιδήματος
ZANTAK AMP. 1X2	-> Πρόληψη αιμορραγικής γαστρίτιδας
EANUTIN AMP. 300X1	-> Αντιεπιληπτική αγωγή
RINGER'S 1000 CC	Στο πρώτο 24ωρο
DEXTROSE 1000 CC	

6.12.1989

Σύμφωνα με τη λογοβοσία την νύκτα ο ασθενής ήταν ήρεμος. Το πρωί περιποιηθήκαμε τον ασθενή και ελέγξαμε το τραύμα. Κατά την τρίωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων παρουσιάζει αύξηση της θερμοκρασίας (38,2⁰C). Αντιμετωπίσαμε την πυρετική κίνηση με τοποθέτηση παγοκύστων. Μετά από δύο

ώρες ο πυρετός άρχισε να υποχωρεί (37,9°C).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 10.00 π.μ. έγινε
αλλαγή τραύματος.

-Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η περιποίηση του τραύματος αποσκοπεί στην προφύλαξη του τραύματος από μολύνσεις και στην απορρόφηση των εκρίσεων του τραύματος.

-Η προσπάθεια για την επιτέλεση μιας άσηπτης, κατά το δυνατό, περιποιήσεως τραύματος, αποτελεί βασικό καθήκον μας.

-Τα μέτρα που παίρνονται, για να μειωθούν οι μολύνσεις κατά την περιποίηση του τραύματος είναι:

α) Η διατήρηση του αέρα του θαλάμου καθαρού.

β) Η περάτωση της καθαριότητας του θαλάμου, μία ώρα πριν αρχίσει η αλλαγή.

γ) Στη διάρκεια των αλλαγών απαγορεύεται η παρουσία επισκεπτών στο θάλαμο, καθώς και η κυκλοφορία μη απαραίτητου προσωπικού.

δ) Όλοι στον θάλαμο εντός των ασθενών φοράμε μάσκες.

ε) Απαγορεύονται οι συζητήσεις μεταξύ των ασθενών.

σι) Το φροντισμένο πλύσιμο πριν και μετά από κάθε αλλαγή απομακρύνει τα μικρόβια, ενώ κατά το διάστημα των αλλαγών δεν πρέπει τα χέρια να έρχονται σε επαφή με το τραύμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 22.00 μ.μ. διακόπηκε η ενδοφλέβια χορήγηση υγρού.

-Ενημερώνουμε το φύλλο νοσηλείας σχετικά με:

α) Τη φύση της θεραπείας και το χρόνο που έγινε.

β) Την ποσότητα του διαλύματος.

γ) Την αντίδραση του αρρώστου.

-Φροντίζουμε καθημερινά την περιοχή της φλεβοκέντησης έως την πλήρη επούλωση του τραύματος.

-Παρακολουθούμε τον ασθενή για εμφάνιση σημείων φλεγμονής στο σημείο παρακέντησης και υπερφόρτωση της κυκλοφορίας.

-Βοηθάμε τον άρρωστο να φάει εάν δεν μπορεί μόνος του.

-Βοηθάμε τον ασθενή στην στομική του υγιεινή.

-Παρακολουθούμε τη διούρηση του αρρώστου. Μειωμένη διούρηση θα συντελέσει στην υπερφόρτωση της κυκλοφορίας.

7.12.1989

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Συνεχίζεται η τρίωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. Παρουσιάζει πυρετική κίνηση με θερμο. 38,6°C. Χορηγούμε αντιπυρετικό φάρμακο I.M;

-Η λήψη της θερμοκρασίας γίνεται με την τοποθέτηση του βολβού του θερμομέτρου στη μικροβουβωνική πτυχή.

-Διαπιστώνουμε τη θερμοκρασία και την αναγράφουμε στο διάγραμμα του αρρώστου.

-Κατεβάζουμε τον υδράργυρο.

-Για κάθε θερμομέτρηση χρησιμοποιούμε δίσκο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 23.00 μ.μ. ο ασθενής παραπονιόταν για έντονους πόνους και του δόθηκε 1 TABL. MEDAMOL των 30 MG.

-Για την αποφυγή λάθους, όταν χορηγούμε φάρμακα δια του στόματος διαβάζουμε το όνομα του φαρμάκου τρεις φορές.

-Δεν επιτρέπουμε τη μεταφορά φαρμάκου σε ασθενή από άλλον ασθενή.

-Δεν απομακρυνόμαστε από τον ασθενή αν δεν πάρει το φάρμακο.

-Φάρμακα απαγορεύονται να μένουν κοντά στον ασθενή.

-Σεβόμαστε τις ιδιοτροπίες του αρρώστου, όταν δεν είναι επιβλαβείς γι'αυτόν και παράλογες.

-Φάρμακα τα οποία προσφέρονται σε καθαρά ποτήρια ή δοχεία προκαλούν μικρότερη αποστρωφή στους ασθενείς.

-Αναγράφουμε την χορήγηση του φαρμάκου, αμέσως μετά την λήψη του από τον ασθενή.

8.12.1989

Σύμφωνα με την λογοδοσία ο ασθενής ήταν ιδιαίτερα ανήσυχος όλο το βράδυ. Παρόλη την προσπάθεια του προσωπικού να τον βοηθήσουν στάθηκε αδύνατον ο ασθενής να ξεκουραστεί κατά την διάρκεια της νύχτας.

Το πρωί περιποληθήκαμε τον ασθενή και πήραμε τα ζωτικά σημεία. Η πυρετική κίνηση άρχισε σταδιακά να υποχωρεί. Ο ασθενής ήταν εξαντλημένος. Παραπονιόταν για έντονες κεφαλαλγίες. Σε συνενόηση με τον γιατρό του δόθηκε 1 TABL. MEDAMOL των 30 MG. Μετά από 1 ώρα ο ασθενής αισθανόταν καλύτερα και μπόρεσε να αναπαυθεί.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 11.00 π.μ. ο ασθενής παρουσίασε αναπνευστικά προβλήματα.

-Απελευθερώνουμε τον άρρωστο από συσφίξεις λευχειμάτων.
-Παίρνουμε τα ζωτικά σημεία.
-Παρακολουθούμε συνεχώς τα αέρια αίματος και τους ηλεκτρολύτες του ορού για ανίχνευση οποιασδήποτε μεταβολής στην οξεοβασική ισορροπία.

- Ενημερώνουμε τον υπεύθυνο Ιατρό.
- Εφαρμόζουμε οξυγονοθεραπεία με μάσκα VENTURI.
- Στρέφουμε την προσοχή μας για να εντοπίσουμε το πρόβλημα που προκάλεσε την αναπνευστική δυσχέρεια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 12.00 π.μ. άρχισε η διαδικασία τραχειοτόμησης του αρρώστου.

- Ενημερώνουμε τον ασθενή για τον σκοπό της τραχειοτομίας.
- Δημιουργούμε συνθήκες συγκινησιακής υποστήριξης.
- Χορηγούμε τα αναλγητικά και κατευαστικά με προσοχή ώστε να μην επέλθει καταστολή του αναπνευστικού κέντρου.
- Χρησιμοποιούμε στηθοσκόπιο για έλεγχο της βατότητας των αεραγωγών.
- Παρακολουθούμε για τυχόν επιπλοκές από την τραχειοτομία:
 - α) Τοπικό χειρουργικό φύσημα.
 - β) Τοπική μόλυνση του τραύματος.
 - γ) Πνευμονία
 - δ) Ασφυξία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: Η ανάγκη για αναρρόφηση φαίνεται από τις θορυβώδεις υγρές αναπνοές, την αύξηση της συχνότητας σφυγμού και αναπνοών. Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να βή-

ξει και να βγάλει τις εκκρίσεις.
Χρησιμοποιούμε αναρρόφηση αν ο
βήχας δεν είναι παροξυσμικός.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Μετά την τραχειοτομία
χορηγήσαμε οξυγόνο με
κολλάρο τραχειοτομίας.
Το κολλάρο τραχειοτο-
μίας είναι ένα εξάρτη-
μα που εφαρμόζει πάνω
στην τραχειοτομία και
παρέχει οξυγόνο και υ-
γρασία.

-Προσαρμόζουμε τον ρυθμό ροής ώ-
σου να σχηματισθεί η επιθυμη-
τή ομίχλη και καλύψει τις ανα-
πνευστικές ανάγκες του αρρώστου.
-Η ομίχλη αεροζόλ δεν θα πρέπει
να αποσύρεται τελείως κατά την εισ-
πνοή.
-Αλλάζουμε μάσκα, σωλήνα ομιχλο-
ποιητή και τα άλλα αντικείμενα
που εκτίθενται στην υγρασία καθη-
μερινά.
-Τα μολυσμένα αντικείμενα μπορεί
να προκαλέσουν λοιμώξεις στους ε-
ξασθενημένους αρρώστους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 14.00 μ.μ. εκτε-
λέστηκε καθετηριασμός
κύστεως. Ο ασθενής πα-
ρουσίαζε επίσχεση ού-
ρων.

-Ενημερώνουμε τον ασθενή και του ε-
ξηγούμε την αναγκαιότητα του καθε-
τηριασμού.
-Τοποθετούμε τον ασθενή στην κατάλ-
ληλη θέση.
-Γίνεται τοπική καθαριότητα.
-Προσφέρουμε στον ιατρό τα κατάλ-
ληλα εργαλεία.

-Με το πέρας της διαδικασίας τακτοποιούμε τον ασθενή.

-Παρατηρούμε το χρώμα, τη διαύγεια και το ποσό των ούρων που αποβάλλονται.

-Αναγράφουμε στο νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς το ποσό των ούρων.

9.12.1989

Οι πρώτες πρωϊνές τιμές των ζωτικών σημείων είχαν ως εξής: Α.Π.: 130/70 MM/HG, θερμο.: 37,3°C, Αναπνοές: 35/λεπτό, Σφύξεις: 76/λεπτό. Οι βρογχικές εκκρίσεις είναι διαυγής και κτρινόλευκες. Αναρροφήσεις μέσα από τον τραχειοσωλήνα γίνονται ανά 1 ώρα περίπου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ

-Ενημερώνουμε τον ασθενή και εξηγούμε τον σκοπό της αναρρόφησης.

-Υπεροξυγώνουμε τον ασθενή πριν από την αναρρόφηση.

-Αναρροφούμε την στοματοφαρυγγική κοιλότητα και απορρίπτουμε τον καθετήρα.

-Αναρροφούμε μέσα από τον τραχειοσωλήνα (όχι για περισσότερο από 15'').

-Μετά το πέρας της αναρρόφησης επανασυνδέουμε τον ασθενή με το κολλάρο τραχειοτομίας.

-Σε περίπτωση που ο ασθενής βήχει αφαιρούμε τον καθετήρα.

-Αν οι εκκρίσεις είναι παχύρρευστες ενσταλλάζουμε φυσιολογικό διάλυμα NaCl (-3-5 ML).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- Στις 10.00 π.μ. έγινε αλλαγή τραχειοστομίου.
- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για να επιτύχουμε την συνεργασία του.
 - Δίνουμε στον άρρωστο τεμάχιο χαρτοβάμβακο για το σκούπισμα των εκκρίσεων.
 - Ενσταλλάζουμε PEPANTHEN για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων και την εύκολη αποβολή.
 - Λύνουμε την ταινία στήριξης του τραχειοσωλήνα.
 - Με κατάλληλους χειρισμούς βγάζουμε τον τραχειοσωλήνα.
 - Καθαρίζουμε το δέρμα και την γύρω περιοχή με υπεροξειδίο του υδρογόνου (οξυζενέ).
 - Εισάγουμε τον νέο τραχειοσωλήνα.
 - Στερεώνουμε την ταινία στον αυχένα προσέχοντας να μην είναι πολύ σφιχτά δεμένα ούτε πολύ χαλαρά.
 - Βεβαιωνόμαστε ότι η ασφάλεια για στερέωση του εσωτερικού σωλήνα είναι στη θέση τους.

10.12.1989

Κατά την διάρκεια της νύχτας ο ασθενής ήταν ιδιαίτερα

ανήσυχος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- Ανά διαστήματα παρουσιαζόταν έντονη κεφαλαλγία.
- Προσεγγίζουμε τον ασθενή πάντοτε με στοργή και εκδηλώνουμε το ενδιαφέρον μας.
- Μειώνουμε τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν STRESS.
- Διερευνούμε αν η έλλειψη ύπνου, η υπερβολική κόπωση κ.α. επιδεινώνουν την κεφαλαλγία.
- Διερευνούμε κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος την νύχτα.
- Ζητάμε από τον ασθενή να περιγράψει και να εντοπίσει το πόνο.
- Μετά από συνενόηση με τον Ιατρό χορηγήσαμε 1 TABL. MEDAMOL των 30 MG και ενέσαμε I.M. 1 AMP. STEDON.
- Η καταλληλότερη περιοχή του σώματος για εκτέλεση ενδομυϊκής ενέσεως είναι οι γλουτοί.
- Ενημερώνουμε τον ασθενή σχετικά με την νοσηλεία, απομακρύνουμε τους επισκέπτες και τοποθετούμε τον ασθενή σε κατάλληλη θέση.
- Απολυμαίνουμε το δέρμα και εισάγουμε την βελόνα κάθετα μέσα στους ιστούς.
- Μετά από αρνητική αναρρόφηση χύνουμε το φάρμακο.
- Αφαιρούμε την βελόνα με σταθερή και γρήγορη κίνηση.

-Βοηθάμε τον ασθενή να πάρει αναπαυτική θέση στο κρεβάτι του.

-Αναγράφουμε την νοσηλεία στο νοσηλευτικό δελτίο.

Στην θεραπευτική αγωγή έγιναν μερικές μετατροπές. Αντικαταστήσαμε την EPANUTIN AMP. με EPANUTIN CAPS με την ίδια δοσολογία 3X1. Επίσης αντί ZANTAK AMP τέθηκε ZANTAK TABL. σε δοσολογία 1X2.

11.12.1989 , 12.12.1989

Ο ασθενής συνεχίζει να παρουσιάζει τα εξής προβλήματα:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

1. Εκνευρισμό, Διαανοητική Σύγχυση, Υπνηλία.. (Νευροψυχικές Διαταραχές).

-Ελέγχουμε:

α) Τον προσανατολισμό του στον χώρο, χρόνο και πρόσωπα.

β) την δυνατότητα υπολογισμών

γ) την μνήμη πρόσφατων γεγονότων

δ) την μνήμη μακρινών γεγονότων

ε) την κρίση και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων

στ) την ύπαρξη ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων και έμμονων ιδεών.

ζ) τον βαθμό επίγνωσης της κατάστασης και των προβλημάτων του.

2. Έντονες κεφαλαλγίες. Ο πονοκέφαλος είναι χαρακτηριστικό

-Ελέγχουμε για σημεία αύξησης της ενδοκρανιακής πίεσης, Μείωση επιπέδου συνείδησης, διαστολή της κόρης και

σύμπτωμα της αυξημέ-
νης ενδοκρανιακής
πίεσης.

Μετά από συνενόηση με
τον Ιατρό χορηγήσαμε
1 TABL MEDAMOL των
30 MG και ενέσαμε
1 AMP STEDON I.M;

απουσία αντανακλαστικού φωτός, πά-
ρεση, αύξηση συστολικής, διεύρυν-
ση πίεσης σφυγμού, αραιός σφυγμός.

-Διατηρούμε ανοιχτούς τους αεραγω-
γούς για να απούγουμε υποξία από
αναπνευστικές πηγές.

-Τοποθετούμε προσεκτικά τον ασθενή
στο κρεβάτι και αλλάζουμε συ-
χνά την θέση του.

-Εφαρμόζουμε παθητικές ασκήσεις
πλήρης τροχιάς.

-Μετρούμε τα προσλαμβανόμενα και α-
ποβαλλόμενα υγρά.

-Καταμετρούμε την ενδοκρανιακή πίε-
ση. Σε περίπτωση αυξημένης Ε.Π.
χορηγούμε DECADRON (γλυκοκορτινο-
ειδές).

3. Ανορεξία.

-Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει
τα κύρια και συμπληρωματικά γεύμα-
τα. Τα γεύματα να είναι μικρά και
συχνά.

Φροντίζουμε ώστε η τροφή να δίνε-
ται σε ικανοποιητική ποικιλία.

-Προσφέρουμε τον δίσκο περιποιημέ-
νο.

-Σε περίπτωση που βοηθάμε τον α-
σθενή να παίρνει την τροφή του, μην
του δίνουν την εντύπωση ότι βιαζόμαστε.

Στις 13/12/1989 ο ασθενής επέστρεψε στο σπίτι του. Έγινε σύσταση για επανεξέταση.

Παρά την προσπάθεια καταβολής της καλύτερης νοσηλευτικής αγωγής, παρέμειναν άλυτα εμφανή προβλήματα:

1. Μεταβολή στο σωματικό είδωλο, λόγω καιής θρέψης.
2. Οι έντονες κεφαλαλγίες που ήταν αποτέλεσμα, όχι της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης, αλλά του έντονου άγχους που είχε ο ασθενής.
3. Μεταβολή στην αντίληψη και τον συντονισμό.



18 YRS : Υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου. Απεικονίζεται μεγάλος κεντρικός ανεχειρήτος όγκος του εγκεφάλου που έχει τους χαρακτήρες του γλοιώματος

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΙΙ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Κ.Α.

ΕΤΩΝ : 61

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΓΕΩΡΓΟΣ

ΗΜΕΡ. ΕΙΣΟΔΟΥ : 11/12/89

ΗΜΕΡ. ΕΞΟΔΟΥ : 23/12/1989

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Μηνιγγίωμα αριστερού βρεγματικού

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: Μηνιγγίωμα

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:

Ασθενής που προσήλθε στα εξωτερικά Παθολογικά Ιατρεία, με αξονική τομογραφία, αναδεικνύουσα χωροκατακτητική επεξεργασία εγκεφάλου.

Ο ασθενής αναφέρει πως από 3 μηνου, περίπου, ησθάνθη υπαισθησία μέσου δακτύλου χειρός. Με την πάροδο του χρόνου η υπαισθησία επεκτάθη σε δείκτη και αντίχειρα. Προ 25 ημερών, ο ασθενής αναφέρει υπαισθησία δεξιάς χειρός όπως και στο κάτω χείλος.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Ατομικό Αναμνηστικό

Είναι καπνιστής 40 σιγαρέττων ημερησίως. Αναφέρει διαλείπουσα υπέρταση έως και 190/110 MMHG.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Εξασφάλιση ακριβών βασικών δεδομένων με βάση των οποίων θα αξιολογούνται όλες οι αλλαγές.

Αναπνευστικό Κ.Φ.

2.Εγκαθίδρυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του αρρώστου και του προσωπικού.

2.Οικογενειακό Ιστορικό

Ελεύθερο

Η μητέρα του Ca παχέως εντέρου.

3.Εξασφάλιση ευκαιριών να εκφράσει ο άρρωστος μας τα αισθήματα φόβου που τον διακατέχουν.

3.Γενική κατάσταση

Αρίστη

4.Βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει τα αισθήματα αγωνίας.

5.Συγκινησιακή υποστήριξη

4.Νευρολογική εξέταση

Εκτός της υπαισθησίας των δακτύλων της δεξιάς άκρας χειρός, με συνοδή μυϊκή αδυναμία των δακτύλων, δεν σημειούται άλλη νευρολογική σημειολογία.

1.Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου.

2.Εκτίμηση της διανοητικής-ψυχικής λειτουργίας του ασθενή:

-Επίπεδο συνείδησης

-Γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά.

-Διανοητική λειτουργία.

-Διεργασία σκέψης.

-Φλοιώδης αισθητική λειτουργία.

-Φλοιώδης κινητική λειτουργία.

-Ομιλία.

-Χρήση χεριών.

3.Εκτίμηση λειτουργίας κρανιακών νεύρων.

4.Εκτίμηση της κινητικής λειτουργίας.

5.Επιτίμηση της αισθητικής λειτουργίας.

6.Επιτίμηση της λειτουργίας της παρεγκεφαλίδας.

5. Αξονική τομογραφία

Εκ του γενομένου ελέγχου, πριν και μετά την ενδοφλέβια έγχυση σκια-

γραφικής ουσίας, διαπιστώνεται χωροκατασκευαστική εξεργασία και αριστερό βρεγματικό λοβό.

Η βλάβη εξορμάται από το έσω πέταλο της κρανιακής κάμψης (βρεγματικό οστόν), έχει

διάμετρο 3 εκ., φέρει αποτιτανώσεις, ενισχύεται έντονα από την σκια-

γραφική ουσία και προκαλεί οίδημα της εγκεφαλικής ουσίας, που επεκτείνεται έως τα ανώτερα επίπεδα της συστοίχου έσω κάμψης.

Η εικόν είναι συμβατή με μηνιγγίωμα. Σημειούνται επίσης αυξημένο εύ-

1.Επεξηγούμε στον ασθενή τον σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της εξέτασης.

2.Υποστηρίζουμε ψυχικά τον ασθενή.

3.Ελέγχουμε αν ο ασθενής είναι νηστικός (υποχρεωτικό για την διεκπεραίωση της εξέτασης).

4.Μετά από την έγχυση του σκιαγραφικού παρακολουθούμε στενά τα ζωτικά σημεία του ασθενή και την νευρολογική κατάστασή του.

5.Παρακολουθούμε το σημείο έγχυσης του σκιαγραφικού υγρού για σχηματισμό αιματώματος.

6.Παρακολουθούμε, περιφερικά προς το σημείο εισαγωγής, την κυκλοφορία, με λήψη του σφυγμού του αντίστοιχου άκρου, εξέταση του χρώματος, της θερμοκρασίας, της κινητικότητας και αισθητικότητας για τις πρώτες 8-12 ώρες.

7.Παρακολουθούμε για εμφάνιση αναφυλακτικών αντιδράσεων ή συμπτωμά-

ρος της τρίτης και των
πλαγίων κοιλιών.

των SHOCK;

8. Σε περίπτωση εμφάνισης τέτοιων
συμπτωμάτων:

-Τοποθετούμε κατά διαστήματα πα-
γοκύστη στο κεφάλι.

-Χορηγούμε, σε κεφαλαλγίες, αναλ-
γητικά μετά από εντολή.

-Μπορεί να είναι απαραίτητη η πα-
ρεντερική χορήγηση υγρών για 24 ώ-
ρες..

6. Γενική Αίματος

Αιματοκρίτης 46%

Αιμοσφαιρίνη 14,8G/
100 ML

Λευκά αιμοσφαίρια:
7.800/MM³.

Πολυμορφόπύρρηνα 61

Λεμφοκύτταρα 33

Ηωσινόφιλα 2

Μονοπύρρηνα 4

Σάκχαρο 1,06GR%

Ουρία 0,48 GR%

Κρεατινίνη 0,90 GR%

Τριγλυκερίδια 152 GR%

Αλκαλική Φωσφατάση 98 MU/M

SGOT 32 MU/M

SGPT 20 MU/M

1. Φλεβοκεντούμε μία κατάλληλη φλέβα.

2. Αναρροφούμε την ποσότητα αίματος
που χρειαζόμαστε και λύνουμε τον

ελαστικό σωλήνα με ήπιες κινήσεις.

3. Τοποθετούμε ένα τούμπλο βάμβακος
με οινόπνευμα.

4. Βάζουμε το αίμα σιγά-σιγά στο δο-
κιμαστικό σωληνάριο ή φιαλίδιο, ε-
πικολλούμε την ετικέτα και φροντί-
ζουμε για την αποστολή των δειγμά-
των αίματος στο εργαστήριο.

5. Ενημερώνουμε το φύλλο νοσηλείας
του αρρώστου σχετικά με το σκοπό
λήψης του αίματος.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ
ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

1. Παρακολούθηση μεταβολών λειτουργίας και συμπεριφοράς.
 1. Έλεγχος διανοητικής λειτουργίας.
 2. Εκτίμηση της γενικής συγκινησιακής κατάστασης και συμπεριφοράς.
 3. Έλεγχος του επιπέδου συνείδησης.
2. Παρακολούθηση μεταβολών στην διανοητική λειτουργία.
 1. Εκτίμηση του βαθμού αντίδρασης στα ερεθίσματα.
 2. Εξασφάλιση φυσικής και ψυχικής ισορροπίας.
 3. Προστασία του αρρώστου από ατυχήματα.
 4. Εκτίμηση του βαθμού διαταραχής.
 5. Αναφορά οποιουδήποτε νέου συμπτώματος στην ιατρική ομάδα.
3. Έγκαιρη διαπίστωση της αύξησης της ενδοκρανιακής πίεσης.
 1. Διατήρηση ανοικτών των αεραγωγών.
 2. Προσεκτική τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Ανύψωση κεφαλής 15° - 45° .
 3. Χορήγηση DECADRON και στεροειδών .
 4. Ελαφρός υπεραερισμός.
 5. Συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων, του επιπέδου συνείδησης και των οφθαλμών.
4. Πρόληψη μυοσκελετικών επιπλοκών.
 1. Έλεγχος ικανότητας εικούσιας κίνησης των αρθρώσεων.
 2. Εκτέλεση ασκήσεων πλήρους τρο-

χιάς για όλα τα άκρα και κυρίως για το χέρι που πάσχει από υπαισθησία.

5. Προαγωγή φυσιολογικής ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών.

1. Προσευτιτική παρακολούθηση προσλαμβανομένων-αποβαλλομένων.

2. Καθημερινός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών.

3. Ενθάρρυνση του αρρώστου στην λήψη τροφής και υγρών.

4. Παρεμπόδιση κατακράτησης ούρων.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

11.12.1989

Νέος ασθενής εισήλθε στις 11.00 π.μ.. Άμεση ενέργειά μας ήταν η εγκαθίδρυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του αρρώστου και του προσωπικού. Είναι φυσικό ένα άτομο που πάσχει από όγκο εγκεφάλου να βρίσκεται σε μια συνεχή και μακρή σχέση STRESS με τις υπηρεσίες υγείας. Μετά την τακτοποίηση του ασθενούς στον θάλαμο, σε μια προσπάθειά μας να τον προσεγγίσουμε, είχαμε μία μακρά συζήτηση μαζί του. Τα προβλήματα που προέκυψαν ήταν τα εξής:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

1. Ο ασθενής παρουσίαζε έντονα προβλήματα άνεσης λόγω της υπαισθησίας του δεξιού χεριού του.

1. Πλησιάζουμε τον ασθενή και εκφράζουμε την κατανόησή μας.

2. Βοηθάμε τον ασθενή να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό και την αυτοπεποίθησή του.

3. Εφαρμόζουμε καθημερινά παθητικές ασκήσεις πλήρους τροχιός, για διατήρηση της λειτουργίας των αρθρώσεων. Σε ασθενείς με όγκο του εγκεφάλου, λόγω της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσεως, αντενδείκνυται οι ισομετρικές ασκήσεις.

2. Υπήρχαν μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας λόγω της δυσκολίας της κίνησης.

1. Ενεργούμε με σκοπό την διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης του αρρώστου.

2. Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο ώστε να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.

3. Εφαρμόζουμε ένα σύστημα νοσηλευτικής αγωγής, όπου είναι απαραίτητη η συμμετοχή του ασθενή στο προγραμματισμό της φροντίδας του.

12.12.1989

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Το πρωί περιποιηθήκαμε τον ασθενή μας.

1. Περιποίηση ατομικού υγιατισμού
2. Ατομική καθαριότητα
3. Περιποίηση δέρματος
4. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας, κεφαλής, νυχιών και ματιών.

Στις 9.00 π.μ. πήραμε τα ζωτικά σημεία, οι τιμές των οποίων ήταν: Α.Π.: 170/100 ΜΜΗΓ, Θερμ. 36,8⁰ C, Σφύξεις 80/λεπτό, Αναπνοές: 42/λεπτό.

Έγινε προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύωση. Ο ασθενής αύριο θα μεταφερθεί στο χώρο του χειρουργείου για χειρουργική εξαίρεση του μηνιγγιώματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 19.00 μ.μ. πραγματοποιήσαμε την προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου.

1. Ψυχολογική Προετοιμασία
2. Φυσική προετοιμασία
3. Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.
4. Ειδικές εξετάσεις

13.12.1989

Το χειρουργείο αναβλήθηκε. Ο ασθενής ήταν φοβερά εννευρισμένος και ενοχλημένος. Του εξηγήσαμε τον λόγο της αναβολής και τον ενημερώσαμε ότι το χειρουργείο θα πραγματοποιηθεί αύριο. Το απόγευμα του δώσαμε ένα CUP FLOPISAN το οποίο απέθωσε. Το βράδυ χορηγήσαμε ελαφρά διατροφή και εξασφαλίσαμε έναν ήρεμο και ξεκούραστο ύπνο για τον ασθενή.

14.12.1989

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 7.30 π.μ. αρχίσαμε με την άμεση προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου.

1. Ντύνουμε τον ασθενή με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα.
2. Αφαιρούμε ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
3. Αφαιρούμε δαντυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.

$\frac{1}{2}$ AMP ATROPINE και
 $\frac{1}{2}$ AMP.PETHIDINE

A.Π.:180/110 MMHG
θερ.:36,9°C
Σφύξεις:90/λεπτό
Αναπνοές:52/λεπτό

4.Φροντίζουμε για την κένωση της ουροδόχου κύστεως.

5.Χορηγούμε την προνάρκωση $\frac{1}{2}$ ώρα πριν την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου. Αν για οποιονδήποτε λόγο η προνάρκωση δεν γίνει την κανονική ώρα, πρέπει να το αναφέρουμε στον αναισθησιολόγο.

6.Ελέγχουμε και καταγράφουμε τα ζωτικά σημεία πριν και μετά την προνάρκωση.. Ανύψωση της θερμοκρασίας και μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής αναφέρεται αμέσως.

7.Συμπληρώνουμε το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύουμε στο χειρουργείο και μένουμε κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

Ώρα έναρξης χειρουργείου: 11.50 π.μ.

Ώρα λήξης χειρουργείου: 14.40 μ.μ.

Είδος εγχείρησης: Κρανιοτομία - Αφαίρεση Όγκου

Ο όγκος εστάλη στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο για βιοψία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Ο ασθενής επέστρεψε στο τμήμα στις 19.00 μ.μ..

1.Τοποθετούμε τον αρρώστο στο κρεβάτι προσεκτικά.
2.Ελέγχουμε την ροή των οσρών και

καθορίζουμε τον χρόνο ροής.

3. Ελέγχουμε τις εξωτερικές γάζες για αιμορραγία.

4. Τοποθετούμε τον ουροσυλλέκτη στο πλαϊνό μέρος του κρεβατιού.

5. Παίρνουμε τα ζωτικά σημεία.

6. Το πρώτο 24ωρο παρακολουθούμε συχνά τον ασθενή, με σκοπό την πρόληψη οποιωνδήποτε μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ

1. Έγκαιρη ανίχνευση αύξησης ενδοκρανιακής πίεσης (λόγω αιμορραγίας ή εγκεφαλικού οιδήματος).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

1. Παρακολουθούμε το επίπεδο συνείδησης του ασθενή, τα αντανακλαστικά της κόρης, την κίνηση των άκρων και τα ζωτικά σημεία.

2. Σε περίπτωση αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης:

α. Ενημερώνουμε αμέσως των νευροχειρουργό.

β. Τοποθετούμε τον άρρωστο σε σωστή θέση στο κρεβάτι.

γ. Εφαρμόζουμε θεραπεία με στεροειδή σε συνδυασμό με αντιόξινη φαρμακευτική θεραπεία.

δ. Περιορίζουμε την χορήγηση υγρών τις πρώτες 24 ώρες.

2. Διατήρηση επαρκούς αερισμού.

1. Παρακολουθούμε την αναπνοή και το επίπεδο των αερίων του αίματος.
2. Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση που υποβοηθεί στον επαρκή αερισμό.
3. Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο για συχνές βαθιές αναπνοές.
4. Γυρίζουμε τον άρρωστο κάθε 24 ώρες.

3. Πρόληψη μολύνσεων.

1. Παρακολουθούμε για σημεία μόλυνσης στη χώρα επέμβασης.
2. Διατηρούμε άσηπτη τεχνική κατά τις αλλαγές.
3. Σε περίπτωση μόλυνσης χορηγούμε αντιβίωση για το ειδικό μικρόβιο.

Τα πρώτα ζωτικά σημεία, μετά την επιστροφή του αρρώστου στο τμήμα, ήταν: Α.Π.: 190 MMHG, θερμο. 36,2^oC, Σφύξεις: 82/λεπτό. Από το υπεύθυνο γιατρό καθορίστηκε η θεραπευτική αγωγή.

DECADRON AMP 1X4 -> Αντιμετώπιση εγκεφαλικού οίδηματος.

EPANUTIN AMP. 300MGX1 -> Αντιεπιληπτική αγωγή.

ZANTAK AMP 1X2 -> Πρόληψη αιμορραγικής γαστρίτιδας

ZINACEF FL. 1X4 -> Προφυλακτική αγωγή σε επεμβάσεις που υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες μικροβιακών επιπλοκών.

RINGER'S 1500 CC

το πρώτο 24ωρο

DEXTROSE 1000 CC

15.12.1989

Σύμφωνα με την λογοδοσία ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα κατά την διάρκεια της νύκτας. Το πρωί περιποιήθήκαμε τον ασθενή και ελέγξαμε το τραύμα για αιμορραγία. Έχει καθοριστεί η τρίωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. Οι πρώτες τιμές ήταν: Α.Π.:180 MMHG, θερμο.:37°C Σφύξεις:82/λεπτό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Ο ασθενής παρουσιάζει μόνιμα αυξημένη αρτηριακή πίεση. Σε συνενόηση με τον γιατρό ενέσαμε ½ AMP COTAPRE-SAN I.M:

1. Παρακολουθούμε εντατικά τον ασθενή.
2. Παίρνουμε ανά τακτά και συχνά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά σημεία.
3. Απομακρύνουμε τους επισημειωμένους από τον θάλαμο.
4. Προσέχουμε μήπως κάτι εννευρίζει περισσότερο τον ασθενή.
5. Όταν η αρτηριακή πίεση είναι αυξημένη ενημερώνουμε αμέσως τον γιατρό.

16.12.1989

Η κατάσταση του ασθενή εμφανίζεται ως καλή. Αποφασίζεται να επαναληφθεί η αξονική τομογραφία, για να ελεγχθεί το αποτέλεσμα της εγχείρησης. Συνεχίζεται η τρίωρη παρακολούθηση. Σταθερό σημείο η αυξημένη αρτηριακή πίεση (οι τιμές κυμαίνονται από 140-160 MMHG).

Ετην νοσηλεία προστίθεται BISOLVON SIR 1X3.

17.12.1989

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 9.00 π.μ. έγινε αλλαγή τσαύματος.

1. Διατηρούμε συνθήκες άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή τσαύματος.
2. Διατηρούμε τον αέρα του θαλάμου καθαρό.
3. Απομακρύνουμε τους επισκέπτες από τον θάλαμο.
4. Πλένουμε τα χέρια μας πριν και μετά την αλλαγή τσαύματος.

Από το μεσημέρι και έπειτα ο ασθενής αρχίζει να συμπεριφέρεται άσχημα. Γίνεται ιδιαίτερα οξύθυμος και επιθετικός. Συμπεριφέρεται άσχημα στο νοσηλευτικό προσωπικό και σονείται να φάει. Η πίεση του αυξάνει (190 MMHG) και με εντολή γιατρού ενόουμε $\frac{1}{2}$ AMP STEDON I.M.

Κατά την διάρκεια της νύχτας η κατάστασή του παραμένει η ίδια. Παρά την προσπάθειά μας να τον πλησιάσουμε και να του μιλήσουμε, σονείται να συζητήσει μαζί μας και συμπεριφέρεται επιθετικά. Λόγω της κρίσιμης κατάστασής του και δεδομένου ότι έπρεπε να ηρεμήσει και να κοιμηθεί, χορηγήσαμε εντολή γιατρού, 1 AMP STEDON I.M..

18.12.1989 , 19.12.1989

Σύμφωνα με την λογοδοσία μετά την χορήγηση του προεπιδοτικού φαρμάκου, ο ασθενής αναπαύθηκε και δεν δημιουργήθηκε κανένα πρόβλημα.

Το πρωί, κατά την διάρκεια της καθημερινής περιποίησης, ο ασθενής φαινόταν ήρεμος. Μας μίλησε ευγενικά και μας

έδωσε την εντύπωση ότι δεν θυμόταν τίποτε από την χθεσινή συμπεριφορά του. Στις 18/12/1989 άλλαξε η φαρμακευτική αγωγή:

DECADRON AMP ½X3 ενώ στις 19/12/η δοσολογία είναι:

DECADRON AMP ½X2

EPANUTIN CAPS 3X1

20.12.1989 , 21.12.1989

Ο ασθενής προοδευτικά καλυτερεύει. Όμως η αυξημένη πίεση μένει σταθερό αυξημένη (κατώτερη τιμή 150 MMHG). Στις 20/12.1989 η δόση του DECADRON AMP: ½X1.

Στις 21/12/1989 διασκόπεται τελείως η φαρμακευτική αγωγή.

22.12.1989 , 23.12.1989

Η γενική κατάσταση του ασθενή χαρακτηρίζεται καλή. Η αυξημένη Α.Π. είναι νευρογενής αιτίας και όχι ένδειξη αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης ή εγκεφαλικού οιδήματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στον ασθενή εφαρμόζουμε την γενική νοσηλευτική αγωγή.

- 1.Καθημερινή περιποίηση του ασθενή
- 2.Έλεγχο των ούρων.
- 3.Καθημερινό έλεγχο αφόδευσης.
- 4.Επαρκή θορόση και χορήγηση υγρών.
- 5.Συχνή λήψη ζωτικών και νευρολογικών σημείων.
- 6.Συγκινησιακή υποστήριξη του αρρώστου.

24.12.1989

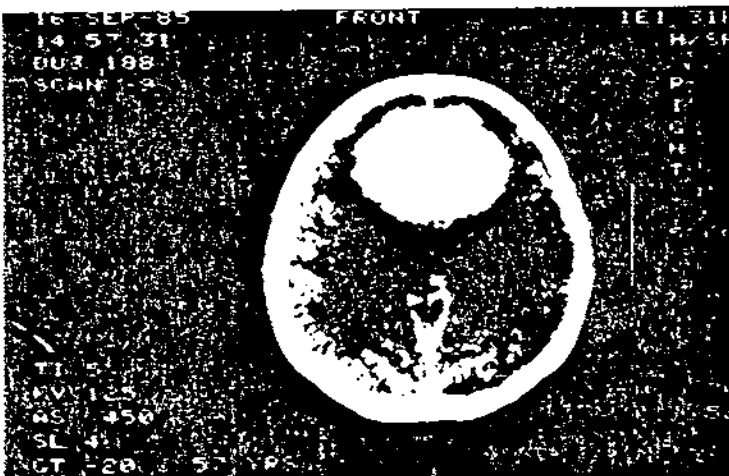
Ο ασθενής επιστρέφει στο σπίτι του. Γίνεται σύσταση για

αποκατάσταση της υπαισθησίας του δεξιού χεριού με φυσικοθεραπεία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Αντικειμενικός μας σκοπός στην μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενή είναι η διατήρηση, για το μακρύτερο δυνατό χρονικό διάστημα, του άριστου δυνατού επιπέδου λειτουργίας.

- 1.Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τις νευρολογικές εξετάσεις που πρέπει να κάνει ανά διαστήματα.
- 2.Κατά τις συναντήσεις μας με τον ασθενή συζητάμε μαζί του και συγκρίνουμε την κατάσταση με εκείνη της βασικής γραμμής.
- 3.Αναφέρουμε κάθε αλλαγή από προηγούμενες εκτιμήσεις στην Ιατρική ομάδα.
- 4.Επαναξιολογούμε πηγές που θα βοηθήσουν τον άρρωστο στην επαγγελματική και φυσική αποκατάστασή του.



Εικόνα 52 : Υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου σε γυναίκα ηλικίας 57 χρόνων. Απεικονίζεται ένα πολύ μεγάλο μηνιγγίωμα της βάσεως της μετωπιαίας χώρας που αφαιρέθηκε με εγχείρηση

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΙΙΙ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Χ.Κ.

ΕΤΩΝ: 54

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Συνταξιούχος

ΗΜΕΡ.ΕΙΣΟΔΟΥ: 20/12/1989

ΗΜΕΡ.ΕΞΟΔΟΥ : 24/12/1989

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Όγκος Εγχεφάλου - Γλοίωμα

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: Όγκος αριστερού κροταφικού λοβού

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:

Η ασθενής αναφέρει έντονες κεφαλαγίες και ζαλάδες προ 2μήνου. Εξετάσθηκε από νευρολόγο, ο οποίος συνέστησε CT εγχεφάλου. Η αξονική τομογραφία έδειξε χωροκαταπιπτική επεξεργασία στον αριστερό κροταφικό λοβό.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. Ατομικό Αναμνηστικό

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Μαστεκτομή προ 2ετίας (ολιζική).

1. Εγκαθίδρυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της ασθενούς και του προσωπικού.
2. Κατανόηση της κατάστασης της ασθενούς και παρουσίαση της ευχάριστης όψης της ζωής.
3. Εξασφάλιση ευκαιριών να εκφράσει η ασθενής μας τα προβλήματα που την διακατέχουν.

2. Γενική κατάσταση:

Αναπνευστικό: Φυσιολογικοί, αναπνευστικοί ψίθυροι.

Κυκλοφορικό: Φυσιολογικοί καρδιακοί ήχοι.

Α.Π.: 140/75 mmHg

Πεπτικό: Κοιλία μολιτή, ανώδυνος, εντερικοί ήχοι.

Ουροποιογεννητικό: Λειτουργία κύστης και ορθού φυσιολογική.

GIORDANO (-).

3. Νευρολογική εξέταση:

Επίπεδο συνείδησης και Προσανατολισμού: Πλήρους Δυσύγεια.

Γενική Ψυχοκινητικότητα και συμπεριφορά: Βραδυψιχισμός.

Κρανιακά Νεύρα: Πάρεση, προσωπικού (ΑΡ), αδυναμία ρυτίδωσης, αδυναμία συλήγησης βλεφάρου, κάθετη γωνία στόματος.

4. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.

5. Εξασφάλιση σιριβών βασιικών δεδομένων με βάση των οποίων θα αξιολογούνται όλες οι αλλαγές.

6. Βοήθεια της ασθενούς να αντιμετωπίσει τα αισθήματα φόβου και αγωνίας.

1. Εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς.

2. Συγκεκριμενοποίηση των προβλημάτων της ασθενούς και εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Μυϊκά Νεύρα: Κ.Φ.

Απραξία : ΟΧΙ

Αγνωσία: ΟΧΙ

Αφασία: ΟΧΙ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

1.Μεταβολές στην αντί-
ντίληψη και τον συντο-
νισμό (βοσδυψιχισμός).

1.Ευγένεια και θαλπωρή προσφέρει
στην ασθενή αίσθημα ασφάλειας.

2.Διατήρηση της αξιοπρέπειας και
της υπόληψης της ασθενούς.

3.Εργασιοθεραπεία με σκοπό διατήρη-
ση της καλύτερης φυσικής και πνευ-
ματικής κατάστασης της ασθενούς.

2.Αυτοαντίληψη:Μεταβο-
λή στο σωματικό είδω-
λο.

1.Ενθάρρυνση της ασθενούς να ενεο-
γεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυ-
τό της.

2.Βοήθεια στην ανάπτυξη της αυτο-
πεποίθησής της.

3.Συγκινησιακή υποστήριξη με σκοπό
την αποδοχή της εμφάνισης και της
δυσταραχής της σωματικής σκευαίό-
τητας της ασθενούς.

3.Κακή θρέψη εξαιτίας
της πάρεσης του προσώ-
πικού νεύρου και της
κόθειας γωνίας του στό-
ματος.

1.Παρεντερική θρέψη και παρεντερική
χορήγηση υγρών.

2.Συγχός έλεγχος επιπλοκών ενδο-
φλέβιων χορηγήσεων.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ

ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΙΕΣ

1. Πυρετογόνες αντιδράσεις.

Σημεία: 1.: Αύξηση θερμοκρασίας.

2. Πονοκέφαλος

3. Πόνος στην ράχη

4. Ναυτία και έμετος

-Το διάλυμα πρέπει να χρησιμοποιείται αμέσως μετά το άνοιγμα του σφραγίσματός του.

-Η νεφελώδης όψη διαυγούς υγρού είναι ένδειξη μη χρησιμοποίησής του.

2. Τοπική διήθηση

Σημεία: 1. Οίδημα στην περιοχή έγχυσης.

2. Δυσχέρεια στην περιοχή έγχυσης.

3. Κυκλοφορική υπερφόρτωση.

Σημεία: 1. Αύξηση ΚΦΠ.

2. Αύξηση Α.Π.

3. Βήχας.

4. Δύσπνοια με ταχύπνοια.

5. Πνευμονικό οίδημα.

4. Εμβολή αέρα.

Σημεία: 1. Κυάνωση

1. Αν συμβεί πυρετογόνος αντίδραση σταματάμε την έγχυση αμέσως.

2. Παίρνουμε τα ζωτικά σημεία της

3. Ειδοποιούμε τον ιατρό.

4. Φυλάμε το διάλυμα για καλλιέργεια.

1. Σε περίπτωση τοπικής διήθησης, διακόπτουμε αμέσως την έγχυση:

1. Όταν παρουσιαστούν σημεία κυκλοφορικής υπερφόρτωσης, διακόπτουμε αμέσως την ενδοφλέβια χορήγηση.

2. Τοποθετούμε την ασθενή σε καθιστή θέση με τα άκρα κρεμασμένα.

3. Ενημερώνουμε αμέσως τον ιατρό.

1. Τοποθετούμε τον ασθενή στο αριστερό πλάγιο με το κεφάλι κάτω. Η

- 2.Υπόταση θέση αυτή επιτρέπει στην φουσαλίδα
3.Αδύνατο συχνό σφυγ- αέρα να επιτρέψει στο δεξιό κόλπο.
μό. 2.Χορηγούμε οξυγόνο.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

20.12.1989

Η ασθενής, μετά την διάγνωση, μεταφέρθηκε στο Νευροχειρουργικό Τμήμα. Άμεσος σκοπός μας ήταν να δημιουργήσουμε αισθήματα ασφάλειας και αναγνωρίσεως στην ασθενή μας. Συζητήσαμε μαζί της για τα προβλήματα που την απασχολούν και θέσαμε τους δρόμους που θα λύουμε τα προβλήματα αυτά και θα ικανοποιήσουμε τις ανάγκες της.

Μετά την εγκατάσταση της ασθενούς στον θάλαμο, καθορίστηκαν οι ειδικές εξετάσεις που έπρεπε να γίνουν πριν από την χειρουργική επέμβαση. Ενημερώνουμε την ασθενή για τον τρόπο διεξαγωγής και τον σκοπό των εξετάσεων αυτών. Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε ότι δεν υπήρχε κανένα πρόβλημα ενώ τα αποτελέσματα της εξέτασης αίματος έχουν ως εξής:

Λευκά αιμοσφαίρια : $15 \times 10^3 / \text{MM}^3$

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4,33 L

Αιμοσφαιρίνη : 13,7 G/100 ML

Μέσος όγκος ερυθρών: $96,1 \mu^3$

Αιμοπετάλια : $226 \times 10^3 / \text{MM}^3$

Στις 19.00 μ.μ. πραγματοποιήθηκε προεγχειρητική ετοιμασία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- 1.Ψυχολογική Προετοιμα- 1.Ενημερώνουμε την ασθενή για την

σία. χειρουργική επέμβαση που θα γίνει.
2. Εξασφαλίζουμε στην ασθενή ψυχολογική υποστήριξη.
3. Δίνουμε στην ασθενή λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες που ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου.

2. Φυσική Προετοιμασία. 1. Εφαρμόζουμε προεγχειρητικό ηλεκτρολυτικό έλεγχο.
2. Ελέγχουμε τα αποβαλλόμενα και προσλαμβάνόμενα υγρά.
3. Χορηγούμε στην ασθενή ελαφρά διατροφή..
4. Χορηγούμε καθαρτικό FLORISAN 1 SUP, για την ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου.

3. Προετοιμασία Εγχειρητικού Πεδίου. 1. Αποτριχώνουμε το σημείο και την περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.
2. Βοηθάμε την ασθενή να λουστεί και να περιποιηθεί τον εαυτό της.
3. Περιποιούμαστε την περιοχή του εγχειρητικού πεδίου με αποστειρωμένα γάζα και BETADINE SOLUTION.

Στις 23.00 μ.μ. η ασθενής παραπονέθηκε για έντονους πονοιέφαλους και σε συνενόηση με τον Ιατρό της δώσαμε 1 TABL. MEDAMOL των 30 MG.

21.12.1989

Σύμφωνα με την λογοδοσία η ασθενής ήταν ανήσυχη το βράδυ. Αιτία οι έντονοι πονοκέφαλοι, οι οποίοι παρουσιάζονταν κατά διαστήματα. Στις 3.00 π.μ. δόθηκε 1 TABL STEDON των 5 MG ώστε η ασθενής να ηρεμήσει και να κοιμηθεί.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 7.30 π.μ. αρχίσαμε 1.Ντύνουμε τον ασθενή με τα ει-
την άμεση προεγχειρητι- δικά για το χειρουργείο ρούχα.
κή ετοιμασία της ασθε- 2.Αφαιρούμε ξένες οδοντοστοιχίες.
νούς. 3.Αφαιρούμε δακτυλίδια και άλλα
κοσμήματα που παραδίδονται στην
προϊσταμένη για φύλαξη προτού κα-
ταγραφούν.
4.Φροντίζουμε για την κένωση της
ουροδόχου κύστεως.
5..Χορηγούμε την προνάρκωση ½ ώρα
πριν την εγχείρηση ή αμέσως μετά
την εντολή του αναισθησιολόγου.
Α.Π.: 140/90 MMHG 6.Ελέγχουμε και καταγράφουμε τα
θερμ.: 36,8°C ζωτικά σημεία πριν και μετά την
Αναπνοές: 40/λεπτό προνάρκωση.
Σφύξεις: 82/λεπτό 7.Συμπληρώνουμε το φύλλο προεγχει-
ρητικής ετοιμασίας της ασθενούς,
την συνοδεύουμε στο χειρουργείο
και μένουμε κοντά της ώσπου να
της δοθεί η νάρκωση.

Ώρα έναρξης χειρουργείου : 9.00 π.μ.

Ώρα λήξης χειρουργείου : 11.50 π.μ.

Παρασκευάσμα στο Παθολογοανατομικό: Όγκος (αρ.) κροταφικού λοβού.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 13.00 μ.μ. η ασθενής μεταφέρθηκε στο Ν/Χ τμήμα.

Α.Π.: 130 MMHG
Θερμ.: 38,1°C
Σφύξεις: 78/λεπτό

1. Τοποθετούμε την ασθενή στο κρεβάτι προσεκτικά.

2. Ελέγχουμε τις εξωτερικές γάζες του τραύματος για εμφάνιση αιμορραγίας.

3. Ελέγχουμε την ενδοφλέβια έγχυση των οροών και καθορίζουμε τον ρυθμό ροής τους.

4. Παίρνουμε τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Το πρώτο 24ωρο μετά την χειρουργική επέμβαση, η παρακολούθηση του ασθενούς και των ζωτικών σημείων πρέπει να είναι συχνή. (Τρίωρη παρακολούθηση Ζ.Σ.).

Από τον υπεύθυνο ιατρό καθορίστηκε η φαρμακευτική αγωγή.

DECADRON 1X4	ξ> Αντιμετώπιση Εγκεφαλικού οιδήματος
RINGERS 1500 CC	Το πρώτο 24ωρο
DEXTROSE 1000 CC	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Η ασθενής παρουσίασε αυξημένη θερμοκρασία (Πυρετό).

1. Περιορίζουμε τις δραστηριότητες της ασθενούς.

2. Ενισχύουμε την λήψη υγρών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

- 3.Φροντίζουμε για την αποβολή θερμότητας (ψυχρές περιτυλίξεις).
- 4.Χορηγούμε εύπεκτη τροφή.
- 5.Αποφεύγουμε την υπεραιμία του δέρματος (εντοιβές).
- 6.Μειώνουμε την θερμοκρασία του δέρματος.
- 7.Χορηγούμε αντιπυρετικά φάρμακα, μετά από εντολή Ιατρού.
- 8.Ελέγχουμε και σημειώνουμε σε συχνά διαστήματα της θερμοκρασία του σώματος.
- 9.Αλλάζουμε το υδρομένο νυχτικό ή λεύχημα.
- 10.Προφυλάσσουμε την ασθενή από ψύξη.
- 11.Ενισχύουμε τις συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό
- 12.Χορηγούμε με ακρίβεια το αντιβιοτικό.
- 13.Ελέγχουμε και σημειώνουμε σε συχνά διαστήματα το σφυγμό του ασθενή.
- 14.Παρακολουθούμε την ποσότητα και πυκνότητα των ούρων που αποβάλλονται.

21.12.1989

Το πρωί επισκεφθήκαμε την ασθενή μας. Εφαρμόσαμε την γενική περιποίηση και πήραμε τα ζωτικά σημεία. Ενδεικτικό σημείο η μείωση της θερμοκρασίας. Συζητώντας μαζί της μας

ενημέρωσε ότι σήμερα αισθανόταν καλύτερα . Ήταν φυσικά εξαντλημένη από τον πυρετό και την χειρουργική επέμβαση, αλλά το σημαντικό γεγονός ήταν η υποχώρηση των έντονων κεφαλαλγιών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Στις 9.00 π.μ. έγινε αλλαγή τραύματος.

- 1.Επιτέλεση άσηπτης περιποιήσεως του τραύματος.
- 2.Φροντισμένο πλύσιμο χεριών πριν και μετά την αλλαγή τραύματος.
- 3.Διατήρηση καθαρού του αέρα μέσα στον θάλαμο:
 - α.Περάτωση της καθαριότητας του θαλάμου, μία ώρα πριν αρχίσει η αλλαγή.
 - β.Κατά την αλλαγή κλείνουν τα παράθυρα και οι πόρτες.
 - γ.Απαγορεύονται οι συζητήσεις.
 - δ.Όλοι στο θάλαμο, εντός των ασθενών, φορούν μάσκες.
 - ε.Στη διάρκεια των αλλαγών απαγορεύεται η παρουσία επισκεπτών και η κυκλοφορία μη απαραίτητου προσωπικού.

ΚΑΝΟΝΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΩΝ ΔΟΧΕΙΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

- 1.Απομακρύνουμε το κάρ- Ρεύματα αέρος μεταφέρουν παθογό-

λυμα του δοχείου μόνο όταν υπάρχει μεγάλη ανάγκη και για το συντομότερο χρονικό διάστημα.

2. Αντιστρέφουμε το κάλυμμα μόνο όταν είναι ανάγκη να τοποθετηθεί πάνω σε κάποια επιφάνεια.

3. Δεν επιστρέφουμε αποστειρωμένα είδη πίσω από το δοχείο από το οποίο τα βγάλαμε.

4. Θεωρούμε μολυσμένο το περιεχόμενο αποστειρωμένου δοχείου το οποίο ξεχάστηκε ανοικτό.

5. Θεωρούμε μολυσμένο το περιεχόμενο αποστειρωμένου δοχείου, που ανοίχτηκε πολλές φορές.

6. Δεν μιλάμε και δεν βήχουμε την ώρα που έχουμε μπροστά μας αποστει-

νους μικροοργανισμούς και μολύνουν εκτεθειμένα αποστειρωμένα είδη.

Επαφή αποστειρωμένου αντικειμένου με μη αποστειρωμένη επιφάνεια το μολύνει.

Αποστειρωμένα είδη που ήρθαν σε επαφή με τον ατμοσφαιρικό αέρα του περιβάλλοντος, μολύνονται από αυτόν και παύουν να είναι αποστειρωμένα.

Άφθονη σκόνη και μολυσμένα σταγονίδια ήρθαν σε επαφή με το αποστειρωμένο περιεχόμενο του δοχείου.

Ισχύουν τα προηγούμενα.

Πολυάριθμα, αόρατα σταγονίδια εκπέμπονται στη διάρκεια της ομιλίας είναι γεμάτα μικρόβια.

ρωμένο δοχείο.

23.12.1989

Η γενική κατάσταση της ασθενούς μας είναι βελτιωμένη. Πραγματοποιήθηκε η πρωϊνή περιποίηση και πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία, τα οποία κυμαίνονται σε φυσιολογικές τιμές. Η φαρμακευτική αγωγή διακόπηκε. Στην ασθενή επιτεύχθηκε πλήρους ανάρρωση και στις 24.12.1989 επέστρεψε στο σπίτι της.



Εικόνα 50 : Υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου. Οριζοντία τομή στο ύψος της μεσότητας των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Απεικονίζεται εκτεταμένος όγκος του δεξιού ημισφαιρίου που έχει τους χαρακτήρες ενός γλοιοβλαστώματος. Ο όγκος λόγω θέσης φύσης και έκτασης είναι ανεγχείρητος.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Είναι θλιβερό το γεγονός ότι η συχνότητα του καρκίνου εγκεφάλου αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια σε όλο τον κόσμο. Η αύξηση είναι συνάρτηση επιδράσεων των πιο κάτω τριών παραγόντων και γεγονότων, με διαφορετική βαρύτητα το καθένα:

1. Νεοφανείς, εξωγενείς, περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες.
2. Αύξηση του μέσου όρου ζωής του ανθρώπου, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας πάνω από 60-65 ετών, ηλικία στην οποία παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα τα νεοπλάσματα εγκεφάλου.
3. Διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου εγκεφάλου, που στο παρελθόν, από αδυναμία διαγνώσεως, παρέμεναν αδιάγνωστες.

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοήθων νεοπλασμάτων εγκεφάλου πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφανίσεώς τους στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση. Γεγονός όμως είναι ότι, λόγω της αδυναμίας να διαλευκανθεί η αιτία των ενδοκρανιακών νεοπλασμάτων, η πρόληψη του καρκίνου αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες. Για τον λόγο αυτό η εφαρμογή προγράμματος για την πρόληψη του ενδοκρανιακού όγκου είναι γενική:

1.Υγειονολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σχετικά με τους ενδοκρανιακούς όγκους βοηθάει στην πρόληψή τους.

2.Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων, γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με την φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

3.Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και σε διεθνείς κανονισμούς.

4.Μείωση του άγχους και των έντονων συναισθηματικών καταστάσεων. Έχει αποδειχθεί ότι το άγχος και η έντονη ζωή επιδρούν αρνητικά και επιδεινώνουν μία προϋπάρχουσα κατάσταση.

Πρόληψη θεωρείται επίσης και κάθε μέτρο που λαμβάνεται ώστε ο ενδοκρανιακός όγκος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή από την περίοδο που άρχισε η εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων.

Οι δυσκολίες όμως για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου, σε αυτό το στάδιο, είναι πολλές. οικονομικοί λόγοι, τεχνικοί λόγοι και κυρίως η κοινωνική αντιμετώπιση του προβλήματος-φόβος, άγνοια, προκατάληψη, αποστροφή-αποτελούν τα βασικά εμπόδια. Αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι η ανίχνευση, ο συνεχής έλεγχος για την έγκαιρη διάγνωση του ενδοκρανιακού όγκου να περιορίζεται μόνο στις ανάγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.

ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στη πρόληψη των νεοπλασμάτων εγκεφάλου είναι ουσιαστικός και περιλαμβάνει:

1. Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.

2. Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

3. Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.

4. Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.

5. Διαφώτιση του κοινού.

Από την αναγνώριση της μεγάλης σημασίας της 1) πρώιμης διάγνωσης και 2) της εφαρμογής όσο το δυνατόν σχολαστικά σωστής θεραπείας προέκυψε η ανάγκη δημιουργίας Ειδικών νοσοκομείων για τον καρκίνο.

Οι σκοποί ενός Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή εξειδικευμένων, υψηλής στάθμης, υπηρεσιών στους καρκινοπαθείς και η προώθηση της θεωρίας και της πράξης της προληπτικής του καρκίνου. Με την πραγματοποίηση αυτού του σκοπού επιτυγχάνονται υψηλότερα ποσοστά ίασης, μακρότερη παράταση της ζωής και βελτίωση της ποιότητάς της, σε σύγκριση με τα μη ειδικά Νοσοκομεία, ενώ με την προώθηση της προληπτικής του καρκίνου καλύπτονται ευρύτεροι στόχοι του Αντικαρκινικού Αγώνα, γιατί καμιά θεραπεία δεν είναι τόσο καλή όσο η πρόληψη.

2. Η διδασκαλία στον καρκίνο φοιτητών, γιατρών, νοσηλευτών και παραϊατρικού προσωπικού. Με την πραγματοποίηση του

δεύτερου σκοπού, δημιουργούνται καινούργια στελέχη για την κάλυψη των Αναγκών των Αντικαρκινικών Νοσοκομείων. Επίσης, με την διδασκαλία καλλιεργείται και προάγεται το Επιστημονικό ενδιαφέρον σε θέματα καρκίνου, που χωρίς αυτό δεν μπορεί να υπάρξει πρόοδος.

3. Η προώθηση της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας. Τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης του καρκίνου σήμερα δεν είναι ικανοποιητικά και δεν υπάρχει άλλος δρόμος εκτός από την έρευνα για να αλλαχτεί αυτή η κατάσταση. Η βασική και εφαρμοσμένη έρευνα πρέπει να προωθείται σε οποιονδήποτε τομέα της Ιατρικής και ιδιαίτερα στον Καρκίνο, μία αρρώστια που εκφράζει διαταραχή της αύξησης και της διαφοροποίησης του κυττάρου. Άλλωστε η σημερινή έρευνα είναι η αυριανή θεραπεία.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- GUTON M.P.: <<ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ>> (Μετάφραση και Απόδοση Πασχάλη και Τζεμπελίνα), Εκδόσεις: <<Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας>>, Αθήνα 1984
- HARRISON <<ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ>>, Τόμος Γ', Έκδοση 10η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρσιάνος.Γ., Αθήνα 1988
- HICKEY JOANNE: <<THE CLINICAL PRACTICE OF NEUROLOGICAL AND NEYROSURGICAL NURSING>> COPYRIGHT (C), 1981, JB LIPPINCOTT.
- ΚΑΡΔΙΟΛΗ Ν.: <<ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ>> Εκδόσεις της Ειδικής Υπηρεσίας (Ε.Υ.) του Τ.Ε.Ι. Αθήνα 1986
- ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ Ι.Α.: <<ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ>> Εκδόσεις: Παρσιάνος Γρ., Αθήνα 1980
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. + ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ>>, Τόμος Α', Έκδοση 9η Εκδόσεις Αδελφότης <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, ΑΘΗΝΑ 1986
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ>>, Τόμος Β', Μέρος 1ο, Έκδοση 9η, Εκδόσεις Αδελφότης: <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1987
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ>>, Τόμος Β', Μέρος 2ο, Έκδοση 9η, Εκδόσεις Αδελφότης <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1987

ΣΑΧΙΝΗ Α. -ΚΑΡΔΑΣΗ-ΠΑΝΟΥ Μ.:<<ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ>>, Τόμος 1ος, Έκδοση 2η,
Εκδόσεις: <<ΒΗΤΑ>>, Αθήνα 1985

ΣΥΓΚΟΥΝΑΣ Ε.Γ.:<<ΠΡΩΪΜΕΣ ΚΑΙ ΟΨΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ>>
Επιστημονικές Εκδόσεις Παρσιάνος Γρ.,
Αθήνα 1984

ΤΟΜΑΡΑ Β.:<<ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ>> Εκδόσεις της Ειδικής
Υπηρεσίας (Ε.Υ.) των Τ.Ε.Ι., Αθήνα 1985

WALTON J.:<<ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ>> (Μετάφραση και Απόδοση των Παπα-
πετρόπουλου, Πασχάλη και Τζεμπελίνα),
Εκδόσεις:<<Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας>>, Αθήνα 1984

<<ΣΟΒΙΕΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΙΑ>>; Τόμος 3ος, σελ.382-390
Εκδόσεις, <<Καπόπουλος Κ.>> Αθήνα 1980

Εγκυκλοπαίδεια, <<ΥΓΕΙΑ-ΟΔΗΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ>>: Τόμος 4ος,
σελ. 580-590, Εκδόσεις: <<ΔΟΜΙΚΗ>>, Αθήνα 1989

<<MANUAL OF NURSING PROCEDURE>>, BY THE DEPARTMENT OF THE
NURSING OF MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, SECOND
EDITION, BOSTON, 1981

<<MANUAL OF NURSING PROCEDURE>>:, BY THE DEPARTMENT OF
THE NURSING OF MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, SECOND
EDITION, BOSTON, 1981

PROCEEDINGS BOOK OF AACN:<<INTERNATIONAL INTENSIVE CARE
NURSING CONFERENCE>>, ROYAL FESTIVAL HALL-LONDON,
AUGUST 31 SEPT. 1982

