

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

Τ. Ε. Ι. Π Α Τ Ρ Α Σ

ΣΧΟΛΗ : Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΟ ΠΑΡΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

του Σπουδαστού : Θεοδωρίδη Δημητρίου

Υπεύθυνος Καθηγητής :

DR: Κούνης Νικόλαος



Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής

Π Α Τ Ρ Α , : 9 / 11 / 1990

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	340
----------------------	-----



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	<u>Σελίδα</u>
Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ	1
Β. Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ	2
Γ. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ	3
1. Ορισμός	3
2. Αγγειακές παθήσεις του νευρικού συστήματος	3
3. Εγκεφαλική αγγειακή νόσος	4
α.- Αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία	4
β.- Πρωτοπαθής ενδοκρανιακή αιμορραγία	5
γ.- Υπαραχνοειδής αιμορραγία	7
δ.- Εγκεφαλικό έμφρα	12
ε.- Εγκεφαλική έμβολή	12
στ.-Εγκεφαλική θρόμβωση	14
ζ.- Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια	22
4. Κλινική εικόνα πλήρους εγκεφαλικού επεισοδίου..	23
Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ	26
Ε. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	41
ΣΤ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΤΟΥΣ	53
Ζ. Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ	57
Η. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	58

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος "εγκεφαλικό επεισόδιο", σημαίνει, συνήθως την γρήγορη εμφάνιση μερικών νευρολογικών διαταραχών και πιο συχνά της ημιπληγίας.

Η διαταραχή αυτή μπορεί να παρουσιαστεί μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα, σε λίγες ώρες ή ακόμα και μέρες, ανάλογα με τα αίτια που προκαλούν το επεισόδιο.

Σύμφωνα με διάφορες στατιστικές, τα εγκεφαλικά επεισόδια είναι η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στο δυτικό κόσμο. Αποτελούν ακόμα ένα πολύ μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα και ένα δραματικό περιστατικό στη ζωή του ανθρώπου, καθοριστικό για το μέλλον του, γιατί είναι η συχνότερη αιτία χρόνιας ανικανότητας και που πολλές φορές έχει μεγάλες επιπτώσεις, τόσο στον ίδιο τον ασθενή, όσο και στην οικογένειά του.

Πρόκειται ακόμη για ένα συνταρακτικό γεγονός, που η βαρύτητά του δίνεται και με διάφορες άλλες ονομασίες, όπως: αποπληξία, κόλπος, SHOCK, αγγειακό σύνδρομο ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ένα δραματικό περιστατικό στη ζωή του ανθρώπου, καθοριστικό για το μέλλον του, με μεγάλες επιπτώσεις για την οικογένειά του. Αποτελεί συχνή αιτία θανάτου ή βαριάς αναπηρίας.

Το πλήρες εγκεφαλικό επεισόδιο με την νοσηλευτική του φροντίδα εκλέχτηκε σαν θέμα για την πτυχιακή μου εργασία, γιατί εδώ και αρκετό καιρό άρχισε να τρυγυρίζει στο μυαλό μου. Η αξιολύπητη εικόνα του κωματώδους ημίπληκτου αρρώστου, η αγωνία ζωγραφισμένη στα πρόσωπά των δικών του ανθρώπων, καθώς επίσης και το άγχος του ανθρώπου που παρουσιάζει πιθανά συμπτώματα εγκεφαλικού συνδρόμου είναι τα αίτια που με έκαναν να διαπραγματευθώ το εγκεφαλικό επεισόδιο ως θέμα της πτυχιακής μου εργασίας.

Και η αφορμή για την απόφασή μου αυτή μου δόθηκε όταν άτομο από το στενό μου οικογενειακό περιβάλλον προσβλήθηκε με εγκεφαλικό επεισόδιο. Η στενή επαφή που είχα μαζί του κατά το διάστημα της παραμονής του στο νοσοκομείο, με βοήθησε στο να αποδώσω όσο το δυνατόν καλύτερα το θέμα του εγκεφαλικού επεισοδίου που έχω αναλάβει.

Σ'αυτή την εργασία ακόμη προσπαθώ να εξετάσω το εγκεφαλικό επεισόδιο και από νοσηλευτικής άποψης. Προσπαθώ να δώσω έμφαση στο ρόλο και την συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού. Έναν ρόλο ο οποίος, κατά τη γνώμη μου, είναι πρωταγωνιστικός και καθοριστικός στην θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενούς. Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στα αναξιολογούνται θύματα του εγκεφαλικού επεισοδίου.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Ο ρ ι σ μ ό ς :

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ένα έμφραγμα του εγκεφαλικού ιστού, που προέρχεται από διακοπή της ροής του αίματος, εξαιτίας θρόμβου, εμβόλου ή αιμορραγίας. Η ανακοπή της εγκεφαλικής κυκλοφορίας προκαλεί αναστολή των εγκεφαλικών λειτουργιών και λειτουργική ανωμαλία του Κ.Ν.Σ.

ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι επιπτώσεις της βλάβης των αγγείων του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού στην λειτουργία του νευρικού συστήματος μπορεί να είναι βαριές, ενώ τα κλινικά σύνδρομα ή επεισόδια (STROKES) που προκαλούνται από τις διαταραχές της εγκεφαλικής κυκλοφορίας είναι οι πιο συνηθισμένες νευρολογικές παθήσεις. Το 1952 στις Η.Π.Α. πέθαναν 170.000 άτομα από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και ακόμα περισσότερα έμειναν ανάπηρα σωματικά ή διανοητικά από ένα ή επανειλημμένα επεισόδια, τα οποία δεν ήταν τόσο βαριά ώστε να προκαλέσουν τον θάνατο. Αν και οι περισσότεροι που προσβάλλονται από αγγειακά επεισόδια είναι ηλικιωμένοι, στις μέρες μας προσβάλλονται όλο και περισσότερα άτομα κάτω των 60 χρόνων ή ακόμα και σχετικά νέοι ενήλικες. Αν και η εγκεφαλική νόσος εκδηλώνεται με συμπτώματα και σημεία διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας, τα αγγειακά επεισόδια δεν μπορεί να θεωρηθούν ως ειδικές παθήσεις, αλλά μάλλον ως στερεότυπος συνδιασμός κλινικών εκδηλώσεων που μπορεί να προκληθούν από πληθώρα παθήσεων των εγκεφαλικών αρτηριών και φλεβών, που δευτεροπαθώς προσβάλλουν την λειτουργία του νευρικού

συστήματος. Οι περισσότερες από αυτές τις παθήσεις οφείλονται στην υπέρταση και αθηρωμάτωση, αν και στην παθογένεια συμμετέχουν και άλλοι καρδιαγγειακοί παράγοντες, όπως παθήσεις της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων ή διακυμάνσεις της συστηματικής αρτηριακής πίεσης. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι σε άρρωστο με εγκεφαλοαγγειακό σύνδρομο η αρχική ανωμαλία είναι δυνατόν να βρίσκεται στην καρδιά ή το νεφρό.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ :

Τα εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες: την αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία και το εγκεφαλικό έμφραγμα ή εγκεφαλική ισχαιμία. Μιλήσαμε για αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία για να γίνει διάκριση από την ενδοκρανιακή αιμορραγία που οφείλεται σε κάκωση και παίρνει συνήθως την μορφή της επισκληρίδιας αιμορραγίας ή του υποσκληριδίου αιματώματος, αν και η τραυματική αιμορραγία μεταμφιέζεται με πολλούς τρόπους και αποτελεί συχνή διαγνωστική παγίδα για τον άπειρο γιατρό. Πιθανόν το 70% των αγγειακών επεισοδίων οφείλεται σε έμφραγμα ή ισχαιμία (50% θρομβωτικά, 20%εμβολικά, το 20% σε πρωτοπαθή εγκεφαλική αιμορραγία και τέλος το 8% σε υπαραχνοειδή αιμορραγία.

Α υ τ ό μ α τ η ε ν δ ο κ ρ α ν ι α κ ή α ι μ μ ο ρ ρ α γ ί α

Οι δύο κύριες ποικιλίες ενδοκρανιακής αιμορραγίας είναι η πρωτοπαθής ενδοεγκεφαλική, που οφείλεται συνήθως σε υπέρταση και η υπαραχνοειδής αιμορραγία, που οφείλεται σε ρήξη ανευρύσματος ή αγγειώματος. Ο όρος "υπαραχνοειδής αιμορραγία" συχνά είναι παραπλανητικός, αφού το 50% τουλάχιστο των περιπτώσεων η αιμορραγία αφορά και στον εγκεφαλικό ιστό και όχι μόνο

στον υπαραχνοειδή χώρο, ενώ σε πολλές περιπτώσεις εγκεφαλικής αιμορραγίας το αίμα περνά στις κοιλιές και τους υπαραχνοειδείς χώρους. Για τους λόγους αυτούς πολλές φορές η διαφορική διάγνωση της ενδοεγκεφαλικής από την υπαραχνοειδή αιμορραγία είναι δύσκολη.

Π ρ ω τ ο π α θ ή ς ε ν δ ο ε γ κ ε φ α λ ι κ ή αιμορραγία

Η κατάσταση αυτή είναι υπεύθυνη για το κλασικό εγκεφαλικό επεισόδιο, την αποπληξία και προκαλείται συνήθως από τη ρήξη μικρων αρτηριών που διακτρύνουν το κέλυφος και την έσω κάψα (περιοχή της φακοειδοραβδωτής αρτηρίας), το παρεγκεφαλικό ημισφαίριο ή τη γέφυρα. Η υπέρταση είναι η σπουδαιότερη αιτία και η κατάσταση αυτή εισβάλλει στη διάρκεια σωματικής άσκησης ή συναισθηματικού STRESS, οπότε και η αρτηριακή πίεση είναι αυξημένη. Πολύ λίγα είναι γνωστά για τις αλλοιώσεις των αγγείων τα οποία τελικά παθαίνουν ρήξη αν και πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν την κλασική άποψη ότι στις μικρές εγκεφαλικές αρτηρίες των υπερτασικών ατομων δημιουργούνται μικροανευρίσματα. Φαίνεται ότι η αιμορραγία ξεκινά με τη ρήξη τέτοιων μικροανευρισμάτων. Η πάθηση είναι συχνή σε ηλικιωμένα υπερτασικά άτομα. (60-80 χρόνων), αλλά μπορεί να συμβεί και σε μικρότερες ηλικίες σε άτομα με βαριά υπέρταση. Το αρτηριακό αίμα εξαγγειώνεται και με την πίεσή του δημιουργεί γρήγορα ρωγμές στη γύρω εγκεφαλική περιοχή και συχνά εισχωρεί στο κοιλιακό σύστημα. Αν η αιμορραγία είναι εκτεταμένη επέρχεται ο θάνατος σε λίγες ώρες. Συχνά ο άρρωστος, χωρίς κανένα προειδοποιητικό σύμπτωμα, παραπονιέται για αιφνίδιο ακαθόριστο αίσθημα ότι κάτι κακό συμβαίνει μέσα στο κεφάλι του. Μέσα σε λίγα λεπτά

στραβώνει το προσωπο, παρουσιάζεται αδυναμία στο χέρι και πόδι της μιας πλευράς, αναπτύσσεται κεφαλαλγία και χανεται η συνείδηση. Η διάρκεια εγκατάστασης του επεισοδίου σπάνια είναι τόσο γρήγορη όσο είναι στην εγκεφαλική εμβολή, ενώ η εισβολή του είναι λιγότερο απότομη από εκείνη της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. Η κλινική εικόνα ολοκληρώνεται μέσα σε μισή ή μια ώρα και περιλαμβάνει βαθύ κώμα, ρεγχάζουσα αναπνοή, ανχενική δυσκαμψία, αργό και γεμάτο σφυγμό, στροφή του κεφαλιού και των βολβών προς την πλευρά της εγκεφαλικής βλάβης και βαριά χαλαρή ημιπληγία. Συχνά υπάρχει έμετος και απώλεια ούρων και κοπράνων. Σπανιότερα στην έναρξη παρατηρούνται κρίσεις απεγκεφαλισμού και εστιακές ή γενικευμένες επιληπτικές συσπάσεις. Όταν η αιμορραγία εντοπίζεται στην παρεγκεφαλίδα η κλινική εικόνα διακρίνεται δύσκολα από τη βαριά ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, εκτός εάν η συλλογή αίματος γίνει βραδύτερα και είναι μικρότερη σε έκταση, οπότε αρχικά υπάρχει ίλιγγος, επανειλημμένοι έμετοι και αταξία συχνά κορμική (αξονική). Στις βαρείες περιπτώσεις η επιδείνωση είναι ραγδαία αν η αιμορραγία γίνει στη γέφυρα, ο άρρωστος πέφτει από την αρχή σε βαθύ κώμα, παρουσιάζει ανισοκορία (η μια κόρη είναι συνήθως σε έντονη μύηση σαν κεφαλή καρφίτσας), υπερθερμία και συχνότερα τετραπληγία παρά ημιπληγία.

Το 80% των αρρώστων πεθαίνουν, μερικοί το πρώτο 24ωρο και οι υπόλοιποι τις επόμενες λίγες ημέρες. Δεν παρατηρείται συνήθως διακύμανση στη βαρύτητα των συμπτωμάτων ούτε κλινικές εκδηλώσεις ενδεικτικές επανάληψης της αιμορραγίας. Μερικές φορές η παρουσία μονόπλευρης αταξίας επιβεβαιώνει ότι η αιμορραγία αφορά το ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο. Από τους αρρώστους

που θα επιβιώσουν το 50% περίπου παραμένουν βαριά ανάπηροι. Σε μερικούς η αιμορραγία είναι περιορισμένη, η απώλεια συνείδησης σύντομη και οι υπολειμματικές βλάβες ασήμαντες. Είναι δύσκολο να διακριθούν κλινικά τέτοιες περιπτώσεις που συγχέονται με το εγκεφαλικό έμφρακτος.

Η θεραπευτική προοπτική στην εγκεφαλική αιμορραγία είναι απαισιόδοξη. Εκτός από τα νοσηλευτικά και άλλα υποστηρικτικά μέτρα μπορεί να χορηγηθούν κορτικοειδή για να μειώσουν το εγκέφαλικό οίδημα. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί να επιχειρηθεί χειρουργική αφαίρεση του ενδοεγκεφαλικού πήγματος, αφού προηγουμένως εντοπισθεί ακριβώς με υπολογιστική αξονική τομογραφία, αγγειογραφία ή κοιλιογραφία. Η επέμβαση όμως αυτή είναι δικαιολογημένη μόνο σε ελαφρότερες περιπτώσεις και σε νεώτερα άτομα. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε αρρώστους με παρεγκεφαλιδική αιμορραγία που επιβιώνουν τις λίγες πρώτες ημέρες. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση δεν έχει θεραπευτική αξία και περικλείει τον κίνδυνο του σκηνιδιακού ή παρεγκεφαλιδικού εγχολεασμού. Η χορήγηση ισχυρών υποτασικών μαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται, γιατί η σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης σε συνδυασμό με τον εκτεταμένο σπασμό των εγκεφαλικών αγγείων (που σχεδόν σταθερά συνοδεύει την εγκεφαλική αιμορραγία) μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό εγκεφαλικού εμφράκτου. Στόχος είναι η πρόληψη της αιμορραγίας (με τον αποτελεσματικό έλεγχο της υπέρτασης) και όχι η θεραπεία της.

Κλινική εικόνα : Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εισβολή και αναπτύσσεται βαθμιαία και σταθερά μέσα σε αξιόλογο διάστημα χρόνου, που κυμαίνεται από λεπτά ή ώρες και φθάνει, μερικές φορές, σε μέρες (μέσος όρος 24 ώρες), ανάλογα με την

ταχύτητα της αιμορραγίας. Οι αιμορραγίες που σχετίζονται με την υπερβολική χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων, μπορεί να είναι σημαντικά βραδείες σε εξέλιξη. Συχνά δεν υπάρχουν αναγνωρίσιμα προειδοποιητικά ή πρόδρομα συμπτώματα. Συνήθως ο άρρωστος είναι προηγουμένως καλά, ενώ η κεφαλαλγία, η ζάλη και η επίσταξη δεν εμφανίζονται με ικανή σταθερότητα, ώστε να θεωρηθούν πρόδρομα συμπτώματα. Δεν υπάρχει προτίμηση ηλικίας ή φύλλου, εκτός του ότι η μέση ηλικία εμφάνισης είναι μικρότερη από την αντίστοιχη της θρομβωτικής εμφράξεως. Οι νέγροι πάσχουν από τον τύπο αυτό του εγκεφαλικού επεισοδίου συχνότερα από τους λευκούς. Στην μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων, η αιμορραγία εμφανίζεται ενώ ο άρρωστος είναι όρθιος και δραστήριος, ενώ η εϊσβολή κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι σπάνια. Η υπέρταση εμφανίζεται από τα πρώτα στάδια του επεισοδίου ή μπορεί να γίνει ακόμη υψηλότερη, ώστε η ύπαρξή της να διαπιστώνεται από την πρώτη εξέταση του αρρώστου. Η υπέρταση ανήκει ισυνήθως στον "ιδιοπαθή" τύπο, αλλά άλλες αιτίες πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη -νεφρικό νόσημα, απόφραξη νεφρικής αρτηρίας, τοξιναιμία της κύησης, φαλοχρωμοκύττωμα, αλδοστερονισμός, υψηλές δόσεις αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH), ένεση υπερβολικών ποσοτήτων επινεφρίνης και σπάνια, βίαιη προσπάθεια ή έντονη συναισθηματική εμπειρία. Συνήθως υπάρχει μεγαλοκαρδία. Λίγοι από τους αρρώστους έχουν ελαφρώς μόνο αυξημένη ή φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Υ π α ρ α χ ν ο ε ι δ ή ς α ι μ ο ρ ρ α γ ί α

Αποτελεί την δεύτερη κύρια κατηγορία αυτόματης ενδοκρανιακής αιμορραγίας η οποία είναι πιο προσιτή στην θεραπεία.

Στο 85% περίπου των περιπτώσεων οφείλεται σε ρήξη ενδοκρανιακού ανευρύσματος κάποιου μεγάλου αγγείου του κύκλου του WILLIS και στο 10% περίπου σε ρήξη αρτηριοφλεβώδους αγγειώματος. Στο υπόλοιπο 5% διαπιστώνονται ενδοκρανιακό νεόπλασμα, θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων, νοσήματα του αίματος ή άλλες σπανιότερες καταστάσεις (συμπτωματική υπαραχνοειδής αιμορραγία). Τα λεγόμενα μοροειδή (BERRY) ανευρίσματα, που είναι και τα συχνότερα οφείλονται πιθανώς σε συνυπάρχουσα συγγενή βλάβη του μέσου χιτώνα της εγκεφαλικής αρτηρίας πάνω στην οποία αναπτύσσεται πρώιμη αθηρωματική βλάβη του έσω χιτώνα, η οποία τελικά οδηγεί στην ρήξη της έσω ελαστικής στιβάδας. Τα σηπτικά (MYCOTIC) ανευρίσματα είναι σήμερα σπάνια, ενώ οι συφιλιδικής αιτιολογίας διατάσεις των αρτηριών ουσιαστικά δεν παρατηρούνται πλέον. Τα ανευρίσματα εντοπίζονται συνήθως στα σημεία του διχασμού των αρτηριών και στο 16% περίπου των περιπτώσεων είναι πολλαπλά. Η συνηθέστερη εντόπισή τους είναι η έσω καρωτίδα, κάτω ή κοντά στον διχασμό της, η πρόσθια αναστωμοτική αρτηρία και η μέση εγκεφαλική αρτηρία μπορεί όμως να δημιουργηθούν σε οποιαδήποτε άλλη ενδοκρανιακή αρτηρία.

Ο άρρωστος, που μπορεί να είναι νέος ενήλικας ή ακόμα και παιδί, αλλά συνήθως βρίσκεται στην ηλικία των 40-60 χρόνων, πέφτει ξαφνικά στο έδαφος με πολύ δυνατή κεφαλαλγία. Μπορεί η συνείδηση να καταργηθεί αμέσως και να προστεθούν τονικοκλονικές συσπάσεις. Συνήθως οι αισθήσεις διατηρούνται, αν και ο άρρωστος βρίσκεται σε υπνηλία και σύγχυση και παραπονιέται για πονοκέφαλο. Η κεφαλαλγία εντοπίζεται στην αρχή στο μέτωπο ή την ινιακή περιοχή, στην συνέχεια επιτείνεται και γενικεύεται, υπάρχει έντονη αυχενική δυσκαμψία, όπως και άλλα συμ-

πτώματα και σημεία ερεθισμού των μηνίγγων και έμετος.

Με την συντηρητική αντιμετώπιση (κατάκλιση, καταπραΰν-
τικά, αναλγητικά και αντιβιοτικά για την πρόληψη λοιμώξεων του
αναπνευστικού και του ουροποιητικού) ποσοστό 40-50% των αρρώ-
στων θα καταλήξουν μέχρι την 8η εβδομάδα. Από αυτούς τα 2/3
πεθαίνουν από την πρώτη αιμορραγία, συνήθως το πρωτο 24ωρο
ενώ το 1/3 πεθαίνει από την επανάληψη τη1 αιμορραγίας που εί-
ναι βαρύτερη και γίνεται συνήθως την δεύτερη εβδομάδα από
την εισβολή της πρώτης αιμορραγίας. Ποσοστο 10% αυτών που ε-
πιβιώνουν μέχρι την 8η εβδομάδα καταλήγει συνήθως από απανά-
ληψη της αιμοραγίας πριν περάσουν 6 μήνες και άλλο 10% στους
επόμενους μήνες ή χρόνια. Τέλος, από που τελικά επι-
βιώνουν το 1/3 είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων, το 1/3 παρουσιάζ-
ζει ήπια υπολειμματικά συμπτώματα και το υπόλοιπο 1/3 βαριά
υπολείμματα, όπως ημιπληγία, κεφαλαλγία, επιληψία και ψυχο-
νεύρωση. Αν και η διάγνωση σε πολλές περιπτώσεις είναι εύκολη
για την επιβίωσή της χρειάζεται να γίνει οσφυονωτιαία παρακέν-
τηση για να διαχωριστεί η υπαραχνοειδής αιμορραγία από τη μη-
νιγγίτιδα ή το απόστημα, με τις οποίες κάποτε συγχέεται, ιδι-
αίτερα όταν η εισβολή δεν είναι τόσο βιαιη όπως περιγράψαμε.
Η παρακέντηση γίνεται προσεκτικά και αφαιρείται μικρή ποσότη-
τα CSF. Για την παρακέντηση υπάρχει αντένδειξη όταν διαπιστώ-
νονται σημεία ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας, αφού η ελάττωση της
τάσης του CSF οδηγεί σε σκληνιδιακό εγκολεασμό. Σκόπιμο είναι,
όταν είναι δυνατό να προηγείται της διαγνωστικής παρακέντησης
αξονική τομογραφία, ώστε να αποκλείεται το ενδεχόμενο του εν-
δοεγκεφαλικού αιματώματος. Το CSF είναι βαθιά και ομοιόμορφα
χρωματισμένα με αίμα. Αν το αίμα προέρχεται από την τρώση κά-

ποιας σπονδυλικής φλέβας, από τη βελόνα της παρακέντησης το ΕΝΥ είναι στην αρχή κόκκινο και σιγά-σιγά καθώς τρέχει από τη βελόνα αποχρωματίζεται. Με τη φυγοκέντρηση το υπερκείμενο υγρό παίρνει για τις πρώτες 4-6 ώρες ελαφρό πορτοκαλί χρώμα, που οφείλεται στην εξαιμοσφαιρίνη, ενώ αργότερα (στις 36-48 ώρες) γίνεται κίτρινο ή ξανθοχρωματικό (από τη χολερυθρίνη). Αν και τα στοιχεία δεν είναι ακόμα τελικά και οριστικά, φαίνεται ότι η πρόγνωση της πάθησης βελτιώνεται ριζικά με επιδέξια χειρουργική θεραπεία. Καμιά ενέργεια δεν μπορεί να γίνει για να σωθούν εκείνοι που πεθαίνουν τις πρώτες δύο ή τρεις μέρες αφού έχει διαπιστωθεί ότι η θνησιμότητα με την επέμβαση σ'αυτούς τους αρρώστους, που είναι σε κώμα, είναι 100%. Ακόμα υπάρχει μια κατηγορία αρρώστων που δεν προσφέρεται για επέμβαση είτε από την ηλικία τους είτε από τη γενική κατάσταση της υγείας τους. Οι υπόλοιποι που θα επιβιώσουν τις πρώτες ημέρες θεωρούνται υποψήφιοι για πιθανή χειρουργική αντιμετώπιση. Πρώτα-πρώτα ο χειρουργός θα πρέπει να έχει στη διάθεσή του πλήρη στοιχεία για τη θέση και τη φύση της υπεύθυνης για την αιμορραγία βλάβης. Πρέπει να γνωρίζει αν επακολούθησαν επιπλοκές όπως έμφρακτο, ενδοεγκεφαλική ή υποσκληρίδια αιμορραγία. Δυστυχώς η κλινική και μόνο εξέταση δεν αρκεί. Αν και μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι σε ένα ημίπληκτο άτομο η αιμορραγία έγινε στην αντίθετη πλευρά, είναι συνήθως αδύνατο να εντοπισθεί το ανεύρισμα ή το αγγείωμα, που έχει αιμορραγήσει, ή να διακριθεί η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία από το εγκεφαλικό έμφρακτο. Η εκτίμηση θα στηριχθεί στα αποτελέσματα της αξονικής τομογραφίας και της αρτηριογραφίας η οποία πρέπει να επιχειρείται λίγες μέρες από την εισβολή της πρώτης αιμορρα-

γίας. Πρέπει να γίνει απεικόνιση και των δύο καρωτίδων και των δύο σπονδυλικών, γιατί μπορεί να υπάρχουν πολλά ανευρύσματα και γιατί με τον τρόπο αυτό ελέγχεται η παράπλευρη κυκλοφορία. Μέχρι και στο 20% των περιπτώσεων η σπονδυλική αρτηριογραφία δεν αποκαλύπτει το ανεύρυσμα. Είναι πιθανό στις περιπτώσεις αυτές το ανεύρυσμα να έχει θρομβωθεί. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η πρόγνωση σ' αυτές τις περιπτώσεις με αρνητικά αρτηριογραφικά ευρήματα είναι κάπως καλύτερη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες. Αν διαπιστωθεί ανεύρυσμα, αγγείωμα ή κάποια άλλη υποκείμενη βλάβη, ο χειρουργός θα αποφασίσει αν η βλάβη είναι χειρουργήσιμη ανάλογα με το μέγεθος και την εντόπιση της βλάβης, την ηλικία και τη γενική κατάσταση του αρρώστου. Η καταλληλότερη περίοδος για την επέμβαση φαίνεται να είναι η 7η ημέρα από την αιμορραγία, οπότε συνήθως προλαβαίνουμε την επανάληψή της που γίνεται συνήθως τη δεύτερη εβδομάδα και ο αγγειοσπασμός που θα μεγάλωνε τον κίνδυνο της επέμβασης, επειδή προκαλεί εγκεφαλικό έμφρακτο, ήδη έχει υποχωρήσει. Η αξονική τομογραφία ή η αρτιογραφία θα αποκαλύψουν τις επιπλοκές εκείνες της ρήξης του ανευρύσματος, όπως είναι το νεδοεγκεφαλικό ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα, που χρειάζονται επίσης χειρουργική αντιμετώπιση. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης η αναισθησία υποβοηθείται και με την υποθερμία του αρρώστου, που ελαττώνει το μεταβολισμό του εγκεφάλου. Η παραπέρα βελτίωση της χειρουργικής και αναισθησιολογικής τεχνικής ελπίζεται να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ελάττωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Εγκεφαλικό έμφρακτο :

Το εγκεφαλικό έμφρακτο προκαλείται από την αιφνίδια απόφραξη μιας εγκεφαλικής αρτηρίας από κάποιο έμβολο, από την προοδευτική θρόμβωση μιας αρτηρίας, από την συνύπαρξη στένωσης της αρτηρίας και κάποιου άλλου παράγοντα που οδηγεί σε ελάττωση της τοπικής παροχής αίματος πέρα από ένα κρίσιμο όριο. Οι σημαντικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες του έμφρακτου είναι η αθηροσκλήρωση, η υπέρταση, οι καρδιοπάθειες (συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής αρρυθμίας) και τα μεμονωμένα ή επαναλαμβανόμενα επεισόδια με βαριά υπόταση.

Η υπερπηκτικότητα του αίματος (π.χ. στην εγκυμοσύνη ή σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά φάρμακα από το στόμα τα οποία περιέχουν οιστρογόνα), η αιμοσυμπύκνωση (που οφείλεται στην αφυδάτωση) και η αύξηση του αριθμού των ερυθροκυττάρων του αίματος (ιδιοπαθής πολυερυθραιμία) αποτελούν σπανιότερα αίτια εγκεφαλικού εμφράκτου.

Εγκεφαλική εμβολή :

Η εισβολή στην περίπτωση της εμβολής είναι απότομη και όταν αφορά σε κύριο αγγείο, να παρατηρηθεί απώλεια της συνείδησης ή και θάνατος του αρρώστου. Στις ελαφρότερες περιπτώσεις διατηρείται η συνείδηση, αλλά ο άρρωστος παρουσιάζει ημιπληγία ή άλλα συμπτώματα ενδεικτικά γρήγορα εξελισσόμενης εστιακής εγκεφαλικής βλάβης. Κεφαλαλγία δεν παρατηρείται συνήθως. Όταν αποφράσσεται μικρότερη αρτηρία μπορεί να προκαλέσει παροδική σύγχυση, διαταραχή του λόγου ή μονοπάρεση, δηλαδή ένα "μικρό επεισόδιο" το οποίο υποχωρεί γρήγορα με την ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας. Γρήγορα -μέσα σε ώρες, ημέρες

ή εβδομάδες- παρατηρείται πλήρης αποκατάσταση, εκόμα και σε μερικές περιπτώσεις εμβολής με πλήρη ημιπληγία. Πολλοί όμως άρρωστοι παραμένουν βαθιά ανάπηροι. Για κάθε έμβολο θα πρέπει να υπάρχει μια πηγή, αυτή συνήθως είναι η καρδιά ή τα μεγάλα αγγεία. Πολύ γνωστές είναι οι εγκεφαλικές εμβολές που παρατηρούνται στην υποξεία βακτηριδιακή ενδοιορδίτιδα και στην στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Τελευταία αναγνωρίζονται επίσης σαν συχνές αιτίες εμβολής, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, όπου αναπτύσσονται τοιχωματικοί θρόμβοι και θρόμβοι που σχηματίζονται στις αθηρωματικές πλάκες της αορτής και των καρωτίδων. Σπανιότερες αιτίες εμβολής είναι η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας και το μύξωμα των κόλπων. Υπάρχουν πρόσφατα στοιχεία που δείχνουν ότι τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια οφείλονται κυρίως σε μικροέμβολα, αιμοπεταλιακά ή χοληστερόλης, τα οποία προέρχονται από τις αθηρωματικές πλάκες. Η διαπίστωση φυσήματος σε κάποιο μεγάλο αγγείο στον τράχηλο μπορεί να δείχνει ότι υπάρχει τοπική στένωση του αγγείου από πλάκα ή ταχυματικό θρόμβο που αποτελούν συχνές πηγές εμβόλων. Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, σε αιφνίδια εισβολή ημιπληγίας ή άλλου εστιακού νευρολογικού συμπτώματος πρέπει να γίνεται εξαντλητική έρευνα για την ανεύρεση πηγής εμβόλων και ιδιαίτερα να εξετάζεται η πιθανότητα ύπαρξης καρδιακής πάθησης. Η διερεύνηση αυτή του αρρώστου έχει εξαιρετική σημασία, αφού για ευνόητους λόγους τα επεισόδια εγκεφαλικής εμβολής επαναλαμβάνονται. Σήμερα υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι μπορούμε να κάνουμε κάποια εγχείρηση στην καρδιά ή στα αγγεία ή αν βάλουμε τον άρρωστο σε θεραπεία με ασπιρίνη ή αντιπηκτικά.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ: Από όλα τα εγκεφαλικά επεισόδια εκείνα που αναπτύσσονται ταχύτατα οφείλονται σε εγκεφαλική εμβολή. "Σαν κεραυνός εν αιθρία", η πλήρης εικόνα αναπτύσσεται μέσα σε μερικά δευτερόλεπτα ή ένα λεπτό, δίνοντας ένα πολύ εντυπωσιακό παράδειγμα της χρονικής εξέλιξης του εγκεφαλικού επεισοδίου. Το νευρολογικό έλλειμμα ολοκληρώνεται σχεδόν πάντα με μια μόνο αιφνίδια προσβολή και μόνο σπάνια βαθμιαίως. Κατά κανόνα δεν υπάρχουν προειδοποιητικά επεισόδια. Αυτός ο ισχυρισμός είναι πιθανώς πολύ απόλυτος, επειδή σε σπάνιες περιπτώσεις η εισβολή είναι πιο βαθμιαία ή κυμαινόμενη ή μπορεί να προηγηθούν της τελικής αποπληξίας ένα ή δύο παροδικά επεισόδια. Ωστόσο, κάθε εμφάνιση στις εξαιρέσεις αυτές είναι παραπλανητική. Η εμβολή μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε κατά τη διάρκεια της ημέρας ή της νύκτας. Ίδιαίτερος κίνδυνος υπάρχει όταν ο άρρωστος σηκώνεται για να πάει στην τουαλέτα.

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό, ότι με έμβολο κατά τη δίοδό του κατά μήκος της αρτηρίας μπορεί να προκαλέσει βαρύ νευρολογικό έλλειμμα, που είναι μόνο προσωρινό, τα συμπτώματα εξαφανίζονται, όταν το έμβολο περάσει τελεικά σε ένα μικρό κλάδο, που τροφοδοτείται μια σχετικά λιγότερο λειτουργική περιοχή του ημισφαίριου. Με άλλα λόγια η εμβολή είναι μια συνηθισμένη αιτία μεμονωμένου αγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, που παρέρχεται. Επίσης μπορεί να προκαλέσει πολλαπλές παροδικές προσβολές διαφόρου τύπου. Έχουμε ήδη διατυπώσει τη γνώμη, ότι οι διαλείπουσες παροδικές ισχαιμικές προσβολές του ίδιου τύπου δεν είναι πιθανό, να είναι εμβολικές, εφόσον τα διαδοχικά έμβολα είναι δύσκολο να εντοπίζονται στις ίδιες ακριβώς θέσεις.

Η νευρολογική εικόνα εξαρτάται από την αρτηρία που προσ-

βάλλεται και το σημείο της απόφραξης. Τα σύνδρομα, που σχετίζονται με κάθε εγκεφαλοαγγειακή περιοχή, είναι τα ίδια με εκείνα που περιγράφονται πιο πάνω. Ένα μεγάλο έμβολο μπορεί να αποφράξει το στέλεχος της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, προκαλώντας βαριά ημιπληγία. Τα 80% των εμβολικών περιπτώσεων αφορούσαν τη μέση εγκεφαλική αρτηρία (τα 11% την οπίσθια εγκεφαλική, τα 7% τη βασική και τα 3% την καρωτίδα). Συχνότερα το έμβολο είναι μικρότερο και περνά σε ένα από τους κλάδους της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, προκαλώντας μια εντυπωσιακά εστιακή διαταραχή, κινητική αφασία, μονοπληγία (ή μέρος της), κεντρικό τύπο αφασίας με μικρή ή καθόλου κινητική παράλυση ή αισθηματικοκινητική παράλυση με μικρή ή καθόλου προσβολή της ομιλίας. Πάρα πολλοί άρρωστοι στους οποίους τίθεται η διάγνωση της θρόμβωσης της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, αποδεικνύεται ότι έχουν έμβολα της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Το εμβολικό υλικό εισερχόμενο στο σπονδυλο-βασικό σύστημα σταματά μερικές φορές στη σπονδυλική αρτηρία ακριβώς κάτω από τη συμβολή της με τη βασική, συχνότερα περνά τη σπονδυλική καθώς και από τη βασική αρτηρία, που είναι μεγαλύτερη, και δεν σταματά παρά μόνο όταν φθάσει στον ανώτερο διχασμό. Εάν σταματίσει εδώ, προκαλεί απότομα βαθύ κώμα και καθολική παράλυση. Συχνότερα το έμβολο εισέρχεται στη μια και στις δύο ακόμη οπίσθιες εγκεφαλικές αρτηρίες και, αποφράσσοντας τον οπτικό φλοιό, προκαλεί ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη ομώνυμη ημιανοψία. Η εμβολική έμφραξη του κάτω από την επιφάνεια τμήματος της παρεγκεφαλίδας είναι συχνή και η προκύπτουσα εξοίδωση του νεκρωτικού εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρα συμπίεση του εγκεφαλικού στελέχους. Το εμβολικό υλικό σπάνια εισέρχεται στους διατιτραίνοντας κλάδους της γέφυρας.

Η γενική νευρολογική διαταραχή, που οφείλεται σε εμβολικά επεισόδια, δεν διαφέρει σημαντικά από εκείνη που απαντά σε περιπτώσεις θρόμβωσης και ο αναγνώστης παραπέμπεται στην περιγραφή των μεταβολών της συνείδησης, αναπνοής κλπ. Πάλι ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάζει την πιο βαριά ημιπληγία και εντούτοις να βρίσκεται σε εγρήγορη. Η κεφαλαλγία είναι συχνή. Σε απόφραξη της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, η κεφαλαλγία εντοπίζεται στον κρόταφο της ίδιας πλευράς, σε απόφραξη της οπίσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας το έξω ήμισυ του φρυδιού.

Μολονότι η αποπληξία εξελίσσεται απότομα και δεν υπάρχουν πρόδρομα συμπτώματα, που να υποδηλώνουν την εμβολή, η διάγνωση βασίζεται στην ολική κλινική εικόνα. Εάν αποκλειστεί αιμορραγία, ιδίως με τη χρήση της υπολογιστικής τομογραφίας, απομένει να αποκλειστεί μόνο ο θρόμβωση. Η παρουσία κοιλιακής μαρμαρυγής ή "συνδρόμου νοσούντος φλεβοκόμβου", ιστορικού εμφράγματος του μυοκαρδίου ή η εμφάνιση εμβόλου σε άλλες περιοχές του σώματος υποδηλώνουν τη διάσπαση της εμβολής.

Η εμβολή απαιτεί προεκτική μελέτη όταν προσβάλλει νέα άτομα, στα οποία η αθηροσκλήρωση είναι μάλλον πιθανή. Συχνά η πρώτη εκδήλωση του εμφράγματος μυοκαρδίου είναι η εμφάνιση εμβολής γι' αυτό είναι σκόπιμο να γίνεται ΗΚΓ σε όλους τους αρρώστους που εμφανίζουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο άγνωστης αιτιολογίας.

Η οξεία και υποξεία βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα δεν εκδηλώνεται συχνά με εγκεφαλικό έμφρακτο, μολονότι το 3% των εμβολικών περιπτώσεων οφείλονται στην αιτία αυτή, συνήθως ως πρώτη εκδήλωση. Τα σημεία της μυοκαρδίτιδας, η αναιμία, η σπληνομεγαλία και συχνά πλειοκυττάρωση στο ΕΝΥ, θα πρέπει να οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση.

Ο καρδιακός καθετηριασμός και οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόζονται σήμερα ευρέως αποτελούν πηγή σημαντικής νευρολογικής διαταραχής συνεχώς με μειούμενη συχνότητα. Παλαιότερα τα 50% των αρρώστων, που είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση ανοικτής καρδιάς, παρουσίαζαν μετεγχειρητικές νευρολογικές επιπλοκές, σήμερα το ποσοστό έχει ελαττωθεί περίπου στα 25%. Σε 100 διαδοχικές περιπτώσεις που μελετήθηκαν προ και μετεγχειρητικώς στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης, παρατηρήθηκαν δύο τύποι επιπλοκών από τους οποίους ο ένας διαγνώστηκε αμέσως και ο άλλος μετά από διάστημα ημερών ή εβδομάδων η μία νευρολογική διαταραχή συνίστατο σε καθυστέρηση αφιπνίσεως από τη νάρκωση, βραδύτητα σκέψεως, διαταραχή προσανατολισμού, διέγερση, επιθετικότητα, παραισθήσεις και ατελή αντίληψη και διατύπωση των συμβάντων. Αυτά τα συμπτώματα, που μερικές φορές ομοιάζαν με ψύχωση, υποχωρούσαν συνήθως μετά από 7 περίπου ημέρες, μολονότι μερικοί άρρωστοι δεν ήταν διανοητικά τελείως φυσιολογικοί κατά τον χρόνο εξόδου από το νοσοκομείο. Ενώ υποχωρεί η συγχυτική κατάσταση, περίπου οι μισοί από τους ασθενείς παρουσιάζουν μικρές διαταραχές των οπτικών πεδίων, δυσχέρεια στη μέτρηση, οφθαλμοχειρική αταξία, αλεξία και άλλες ταραχές της αντίληψης, που δείχνουν την ύπαρξη βλάβης στις βρεγματοϊννιακές περιοχές του εγκεφάλου. Πιστεύεται ότι αυτές οι άμεσες διαταραχές συνδέονται με διάφορους τύπους εμβόλων (αέρα, αιμοπετάλια). Ακόμα μερικοί άρρωστοι παρουσιάζουν εκτεταμένες βλάβες του κατώτερου τμήματος του βραχιονίου πλέγματος (αιμωδία, αδυναμία του χεριού, σύνδρομο HORNER), οι οποίες εκδηλώνονται αμέσως μετά την αφύπνιση.

Εγκεφαλική θρόμβωση :

Οι υπόλοιπες καταστάσεις που προκαλούν εγκεφαλικά έμφρακτα, ταξινομούνται από παλιά κάτω από τον γενικό τίτλο της εγκεφαλικής θρόμβωσης. Ο όρος αυτός συχνά είναι παραπλανητικός γιατί σε πολλές τέτοιες περιπτώσεις δεν μπορεί να αποδειχθεί πραγματικά αρτηριακή απόφραξη. Η πάθηση είναι συχνή σε αρρώστους πάνω από 60 χρόνων, αλλά στην εποχή μας παρατηρείται με αυξανόμενη διαρκώς συχνότητα σε αρρώστους ηλικίας μεταξύ 40-60 χρόνων και ακόμη νεώτερους. Χαρακτηριστικό για τη θρόμβωση είναι το ιστορικό του αρρώστου που αποσύρθηκε για ύπνο στο κρεβάτι του χωρίς κανένα πρόβλημα υγείας και το πρωί όταν ξύπνησε διαπίστωσε ημιπάρεση και αφασία, ή ακόμα αδυναμία να σηκωθεί και να περπατήσει. Δεν υπάρχει συχνά κεφαλαλγία ή σοβαρή διαταραχή του επιπέδου της συνείδησης, ενώ είναι συχνά κάποιος ήπιος βαθμός διανοητικής συγχυσης. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει έντονη κεφαλαλγία που αποδίδεται στην αναπληρωματική αγγειοδιαστολή των γειτονικών αγγείων ή στην ανάπτυξη εγκεφαλικού οιδήματος με συνακόλουθη ενδοκράνια υπέρταση. Πολλά εξαρτώνται φυσικά από τη θέση και το μέγεθος του εμφράκτου. Αν το οίδημα του πάσχοντος εγκεφαλικού ημισφαιρίου είναι μεγάλο, μπορεί να οδηγήσει σε κώμα. Αν εντοπίζεται στο στέλεχος, τα προέχοντα συμπτώματα είναι ίλιγγος, έμετοι και διπλωπία. Ένα ήπιο συγχυτικό επεισόδιο με παροδική αδυναμία ή μούδιασμα του ενός άνω άκρου μπορεί να είναι οι μόνες ενδείξεις ενός μικρού εμφράκτου. Η διαφορική διάγνωση ενός μεγάλου εμφράκτου από μια μικρή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία είναι δύσκολη κλινικά αλλά διευκολύνεται πολύ με την υπολογιστική αξονική τομογραφία. Όταν δεν υπάρχει αξονικός τομογράφος γίνεται οσφυονωτι-

αία παρακέντηση η οποία βοηθάει στον διαχωρισμό αυτών των καταστάσεων, αφού στην εγκεφαλική αιμορραγία το ΕΝΥ είναι αιματηρό ή περιέχει πολλά ερυθρά αιμοσφαίρια. Δυστυχώς, ερυθρά αιμοσφαίρια και μικρή αύξηση των κυττάρων και του λευκώματος στο ΕΝΥ βρίσκονται όχι σπάνια και στο εγκεφαλικό έμφρακτο.

Το μέγεθος και τα ανατομικά όρια του εμφράκτου και συνεπώς η νευρολογική σημειολογία, θα εξαρτηθούν από πολλούς παράγοντες. Σε μερικές τυπικές περιπτώσεις η αγγειογραφία ή η νεκροψία αποκαλύπτει ένα μεγάλο θρόμβο, για παράδειγμα στην έσω καρωτίδα, την βασική ή την σπονδυλική αρτηρία ή σε κάποιο περιφερικό κλάδο τους, που δίνει έμφρακτο στην αναμενόμενη περιοχή. Σε πολλές όμως άλλες περιπτώσεις δεν αποκαλύπτεται αρτηριακός θρόμβος, παρά μόνο εκτεταμένη αρτηριακή στένωση από αθηρωματικές πλάκες που προσβάλλουν περισσότερο μικρές αρτηρίες. Το έμφρακτο μπορεί να εντοπίζεται στις περιοχές, που αρδεύουν τα πιο στενωμένα αγγεία. Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι σε μερικές τέτοιες περιπτώσεις η πτώση της πίεσης του αίματος μπορεί να αποτελεί τον τελικό εκλυτικό παράγοντα δημιουργίας εμφράκτου χωρίς καν αρτηριακή απόφραξη. Το έμφρακτο σ' αυτή την περίπτωση προκαλείται από την εκλεκτική πτώση της αιματικής ροής σε ένα ιδιαίτερα στενωμένο αγγείο. Με τον μηχανισμό αυτό της πτώσης της πίεσης προκαλούν εγκεφαλικά συμπτώματα το έμφραγμα του μυοκαρδίου ή η πτώση της πίεσης που παρατηρείται κατά την διάρκεια του ύπνου και η υπόταση που προκαλείται από τα αντιυπερτασικά φάρμακα. Παρόμοια αποτελέσματα έχει η μεθαιμορραγική υπόταση και τα παρατεταμένα ή ασυνήθιστα βαριά επεισόδια καρδιακής δυσρυθμίας. Παράδοξα έχουμε παρόμοια έμφρακτα με την αύξηση της πίεσης του αίματος, σε υ-

περτασικούς αρρώστους. Η επάρκεια της παράπλευρης κυκλοφορίας στον κύκλο του WILLIS και στις αρτηριακές μηνιγγικές αναστομώσεις έχει ιδιαίτερη επίσης σημασία, όπως είναι φυσικό, για την ανάπτυξη της συμπτωματολογίας. Ακόμα αναγνωρίζεται η μεγάλη σημασία της στένωσης ή θρόμβωσης καρωτίδας -σπονδυλικής- βασικής, αφού αυτές οι καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν ελάττωση της αιματικής ροής, εμβολή, ή επέκταση της θρόμβωσης στους περιφερικούς τους κλάδους. Το αθήρωμα αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα, ενώ η παροδική υπόταση ή υπέρταση συμβάλλουν οπωσδήποτε στην παθογένεση του εμφράκτου. Οφείλουμε συνεπώς, να είμαστε επιφυλακτικοί και πολύ προσεκτικοί όταν χρησιμοποιούμε αντιυπερτασικά φάρμακα σε υποστατικούς ή αθηροσκληρωτικούς αρρώστους. Στους αρρώστους βέβαια με βαριά υπέρταση πρέπει να πετύχουμε ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, γιατί η υπέρταση που προκαλεί σπασμό στις μικρές αρτηρίες και τα αρτηρίδια μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία εμφράκτου. Πραγματικά, υπάρχουν σήμερα σημαντικά στοιχεία που δείχνουν ότι ο αποτελεσματικός έλεγχος της υπέρτασης ελαττώνει την συχνότητα και την βαρύτητα και της εγκεφαλικής αιμορραγίας και του εμφράκτου.

Υπάρχουν ακόμα παρατηρήσεις που δείχνουν ότι τα υπερτασικά άτομα με αθηρωματώδη πάθηση των μεγάλων αγγείων παθαίνουν συνήθως μεγάλα έμφρακτα, ενώ υπερτασικά άτομα με "πάθηση των μικρών αγγείων" παρουσιάζουν στην έσω κάψα ή και το εγκεφαλικό στέλεχος μικρές κοιλότητες οι οποίες προφανώς είναι συνέπεια μικρών εμφράκτων (LACUNES). Τέτοιες μικρές βλάβες φαίνεται να είναι υπεύθυνες για ορισμένα ενδιαφέροντα κλινικά σύνδρομα, όπως : "μονόπλευρη αταξία και σημεία πυραμιδικής δυσ-

λειτουργίας από το ίδιο ήμισυ, με βαρύτερη προσβολή του κάτω άκρου" "αμιγής κινητική ημιπληγία (χωρίς αισθητική διαταραχή)" ή "αμιγές αισθητικό επεισόδιο" ή ακόμα "σύνδρομο δυσαρθρίου και αδέξιου χεριού" (δυσαρθρία με παρεγκεφαλιδική αταξία του ενός άνω άκρου).

Π α ρ ο δ ι κ ά ι σ χ α ι μ ι κ ά ε π ε ι σ ό δ ι α :

Η παροδική υπόταση και η μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή που οφείλεται σε επεισοδια καρδιακής δυσρυθμίας, μπορούν, όπως ήδη αναφέρθηκε, να προκαλέσουν παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (Π.Ι.Ε.). Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό των Π.Ι.Ε., είτε συτά εντοπίζονται στα ημισφαίρια είτε στο στελεχος του εγκεφάλου, οφείλονται σε υποτροπιάζουσες μικροεμβολές. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα έμβολα αποτελούνται από αιμοπετάλια ή χοληστερόλη και προέρχονται από τοιχωματικούς θρόμβους ή αθηρωματικές πλάκες των μεγάλων αγγείων. Οι άρρωστοι που πάσχουν από ανεπάρκεια της βασικής παρουσιάζουν Π.Ι.Ε., που αφορούν σε στελεχιαίους σχηματισμούς, πότε από την μία πλευρά και πότε από την άλλη και εκδηλώνονται ως ίλιγγος, διπλωπία, παροδική ημιανοψία ή αμφοτερόπλευρη τύφλωση, παραισθησίες και αδυναμία του ενός άκρου, του άνω και κάτω άκρου ή και των τεσσάρων άκρων. Τα ταχεία επισήμανση αυτών των συμπτωμάτων έχει πολύ μεγάλη σημασία, γιατί η ολική απόφραξη της αρτηρίας μπορεί να προκαλέσει πλήρη ημιπληγία (στην καρωτιδική απόφραξη) ή τετραπληγία και θάνατο στην απόφραξη της βασικής). Η υπερηχογραφία DOPPLER μπορεί να αποκαλύψει την ελαττωμένη αιματική ροή του στενωμένου αγγείου. Για να αποδείξουμε όμως τη στένωση ή απόφραξη των μεγάλων τραχηλικών αγγείων χρειάζεται να

γίνει αρτηριογραφία και των τεσσάρων αγγείων μετά από καθετηριασμό του αορτικού τόξου. Η εξέταση αυτή θα δείξει και την κατάσταση των ενδοκρανιακών αγγείων, αφού η αντιμετώπιση του αρρώστου μπορεί να τροποποιηθεί αν διαπιστωθούν εξωκρανιακές και ενδοκρανιακές αρτηριακές στενώσεις. Με την μέθοδο αυτή διαπιστώθηκε το λεγόμενο "σύνδρομο υποκλοπής της υποκλειδίου αρτηρίας". Αν η υποκλείδια είναι φραγμένη στην αρχή της, παλινδρομεί αίμα από την ομόπλευρη σπονδυλική για την αιμάτωση του άνω άκρου. Παρά την πλήρη απόφραξη του αγγείου που μπορεί να γίνει, η παροχή αίματος μπορεί να αναπληρωθεί απόλυτα με παράπλευρους αρτηριακούς κλάδους. Όταν αποφραχθεί η υποκλείδια αρτηρία στην έκφυσή της ή όταν διαπιστώνεται αρτηριακή στένωση στομ τράχηλο επιχειρείται χειρουργική θρομβοενδαρτηρεκτομή η οποία μπορεί να σταματήσει τα ισχαιμικά επεισόδια και να αποκαταστήσει φυσιολογική αιματική ροή.

Κ λ ι ν ι κ ή ε ι κ ό ν α :

Η θρόμβωση σχεδόν κάθε εγκεφαλικής ή παρεγκεφαλικής αρτηρίας εν τω βάθει ή επιπολής, μπορεί, να εκδηλωθεί με παροδικές ισχαιμικές προσβολές, π.χ. της κοινής καρωτίδας, της έσω καρωτίδας, της μέσης εγκεφαλικής, της πρόσθιας εγκεφαλικής, της πρόσθιας εγκεφαλικής, της οφθαλμικής, της σπονδυλικής, της βασικής, της οπίσθιας εγκεφαλικής, των παρεγκεφαλιδικών αρτηριών και των κλάδων των διατιτραινόντων τις βαθιές δομές των βασικών γαγγλίων και του εγκεφαλικού στελέχους. Οι παροδικές ισχαιμικές προσβολές μπορεί να προηγούνται, να συνοδεύουν ή σπανίως να ακολουθούν την εξέλιξη ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή να εμφανίζονται αυτοτελώς χωρίς να οδηγούν σε έ-

γκεφαλικό επεισόδιο. Μέχρι τώρα δεν έχει γίνει δυνατή η διάκριση μεταξύ των πρώιμων περιπτώσεων, που θα έχουν καλή πρόγνωση και εκείνων, που θα εξελιχθούν σε πλήρες εγκεφαλικό επεισόδιο.

Οι παροδικές ισχαιμικές προσβολές διαρκούν από λίγα δευτερόλεπτα μέχρι 24 ώρες, ενώ συχνότερα η διάρκεια είναι λίγα δευτερόλεπτα, μέχρι 5 ως 10 λεπτά. Είναι ασύνηθες οι διαλείπουσες ισχαιμικές προσβολές να διαρκούν περισσότερο από 30 λεπτά. Μπορεί να συμβαίνουν μόνο λίγες προσβολές ή μερικές εκατοντάδες. Μεταξύ των προσβολών ή νευρολογική εξέταση μπορεί να μην αποκαλύψει ανωμαλίες. Ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να επακολουθήσει μετά το δεύτερο επεισόδιο ή μπορεί να αναβληθεί μέχρις ότου εμφανιστούν εκατοντάδες προσβολών μέσα σε περίοδο εβδομάδων ή μηνών. Συχνά, όταν συμβαίνουν συχνά μέσα σε μακρά περίοδο χρόνου, οι προσβολές παύουν βαθμιαία και δεν εμφανίζονται σημαντική παράλυση, γεγονός που κάνει την αξιολόγηση κάθε μορφής θεραπείας δύσκολη.

Οι νευρολογικές εκδηλώσεις του παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου υποδεικνύουν την περιοχή της προσβληθείσης αρτηρίας και είναι τμήματα που καταλαμβάνονται από το εγκεφαλικό επεισόδιο που ενδεχομένως επίκειται καρωτιδικό σύστημα, οι προσβολές αντανακλούν την εισβολή του εγκεφαλικού ημισφαιρίου και του οφθαλμού.

Η οφθαλμική διαταραχή εντοπίζεται στην ίδια πλευρά αισθητικοκινητική διαταραχή εντοπίζεται στην αυτή πλευρά. Οι επανειλημμένες προσβολές φείδονται κατά κανόνα της γενικής θέσης προέλευσής τους και συνήθως αφορούν αρχικά μόνο τον οφθαλμό και μετά το ημισφαίριο, όταν το καθένα προσβάλλεται ξεχω-

ριστά. Είναι σχεδόν άγνωστη η σύγχρονη προσβολή του εγκεφάλου.

Στις παροδικές προσβολές του ημισφαιρίου, η ισχαιμία εμφανίζεται κατά το πλείστον στην άπω μέση εγκεφαλική περιοχή και τη γειτονική ζώνη, προκαλώντας αδυναμία ή αιμωρία του αντίθετου χεριού ή βραχίονα. Ωστόσο μπορούν να εμφανισθούν πολλοί και διάφοροι συνδιασμοί: πρόσωπο, χείλη, χείλη και δάκτυλα, μόνο τα δάκτυλα, χέρι και πόδι κλπ. Λιγότερο συνήθεις εκδηλώσεις περιλαμβάνουν αφασία, δυσχέρεια στη μέτρηση (όταν προσβάλλεται το επικρατούν ημισφαίριο) και άλλες κροταφο-βρεγματο-ινιακές διαταραχές, όπως η ανοσογνωσία κλπ. Σε περιπτώσεις οφθαλμικών προσβολών η παροδική μονόφθαλμος τύφλωση είναι το σύνηθες σύμπτωμα.

Η κλινική εικόνα της προσβολής του σπονδυλοκού βασικού συστήματος παρουσιάζει μεγαλύτερη ποικιλία επειδή μπορεί να προκύψουν πολλοί συνδυασμοί των σημείων και συμπτωμάτων από την ταυτόχρονη ισχαιμία των μικρών δεματίων και των κρανιακών νεύρων. Δεν είναι πάντα ευκολο να προσδιοριστεί η προσβληθείσα περιοχή. Ωστόσο, η εμφάνιση μονόφθαλμης τυφλώσεως με ή χωρίς αδυναμία ή αιμωρία της αντίθετης πλευράς σημαίνει, ότι η βλάβη βρίσκεται στο καρωτιδικό σύστημα, όπως συμβαίνει με τη δεκτική αισθητική αφασία. Τα σημεία της προσβολής είναι η ζάλη, η διπλωπία και η αμφοερόπλευρη αδυναμία και η αιμωρία δηλ. αμφοτερόπλευρη διαταραχή των μακρών κινητικών και αισθητικών οδών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ:

Το εγκεφαλικό επεισόδιο -όπως έχει αναφερθεί είναι ένα έμφραγμα του εγκεφαλικού ιστού που προέρχεται από διακοπή της ροής του αίματος εξαιτίας θρόμβου, εμβόλου ή αιμαρραγίας.

Τα χαρακτηριστικά του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι:

1. Απότομη εισβολή (εκτός από την εγκεφαλική θρόμβωση).
2. Η παράλυση κλπ. είναι στο μεγαλύτερο τους βαθμό κατά την εισβολή του επεισοδίου.

3. Αν ο άρρωστος επιζήσει οι ανικανότητες βλετιώνονται.

Θεωρώ απαραίτητο να αναφερθώ στους σκοπούς της νοσηλευτικής φροντίδας του ανθρώπου που έχει προσβληθεί από εγκεφαλικό επεισόδιο.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ:

1. Διατήρηση στη ζωή του κωματώδους αρρώστου.

Αυτή διακρίνεται σε τρία επιμέρους θέματα:

α) Εκτίμηση:

Σ'αυτή περιλαμβάνονται η ικανότητα του αρρώστου, να αντιδράσει στο όνομά του, η ικανότητα να απομακρύνεται από επώδυνο ερέθισμα, η συχνότητα, ο ρυθμός και το βάθος της αναπνοής, η αντίδραση της κόρης, ο βαθμός της κίνησης των βολβών, καθώς επίσης και η θέση του σώματος.

β) Παρέμβαση:

(1) Διατήρηση ανοικτών αεραγωγών. Αυτή επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση, με χρησιμοποίηση ενδοτραχειακού σωλήνα, με αναρρόφηση, όταν υπάρχει ανάγκη

και με την πιθανή χρησιμοποίηση αναπνευστήρα.

- (2) Βοήθεια για ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.
- (3) Πρόληψη διάτασης της κύστης με καθετηριασμό.
- (4) Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών. Αυτή επιτυγχάνεται με την χορήγηση ενδοφλεβίων διαλυμάτων και με τη σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα.
- (5) Πρόληψη πνευμονίας από εισρόφηση. Αυτό το πετυχαίνουμε τοποθετώντας τον άρρωστο σε πλάγια θέση, κάνοντας συχνά αναρροφήσεις, με δονήσεις του θώρακα και την συχνή παρακολούθηση της αναπνοής.
- (6) Πρόληψη επιπλοκών ακινησίας. Η πρόληψη συνίσταται στην παρακολούθηση των άκρων καθημερινά για σημεία θρομβοφλεβίτιδας και στην εξασφάλιση άριστης φροντίδας δέρματος.

γ) Αξιολόγηση.

Εδώ έχουμε τη σύγκριση των παραγόντων εκτίμησης με τα βασικά δεδομένα συνεχώς.

2. Βοήθεια στην αναγνώριση των παραγόντων που συνέβαλαν στο επεισόδιο. Αυτό είναι βασικής σημασίας για τη λήψη των απαραίτητων μέτρων προκειμένου να σταματήσουν οι προοδευτικές απώλειες και να αποκατασταθεί η κυκλοφορία. Και εδώ έχουμε δύο επιμέρους θέματα, την εκτίμηση και την παρέμβαση.

α) Εκτίμηση:

Σ'αυτη περιλαμβάνεται το ιστορικό υγείας, η φυσική εκτίμηση και οι εργαστηριακές εξετάσεις που είναι η αρτηριογραφία, η υπολογιστική αξονική τομογραφία και η εξέταση ENY.

β) Παρέμβαση :

- (1) Εξασφάλιση της απαραίτητης φροντίδα κατά την προετοιμασία και εκτέλεση των εξετάσεων.
- (2) Εξασφάλιση ακριβούς και επαρκούς πληροφόρησης, για την εξέταση, στον άρρωστο και την οικογένειά του.
- (3) Εκτίμηση για δυσχέρειες και παρενέργειες μετά αρτηριογραφεία και παρακέντηση και χορήγηση επαρκών αναλγητικών.

3. Αποκατάσταση της κυκλοφορίας σε άρρωστο με εγκεφαλικό που οφείλεται σε ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ. Η διατήρηση επαρκούς ροής αίματος στον εγκέφαλο εξαρτάται από τη συστολική πίεση του αίματος. Η θέση του αρρώστου επηρεάζει την πίεση.

Παρέμβαση . Αυτή περιλαμβάνει :

- Παρακολούθηση και αναγραφή της συστολικής πίεσης τακτικά.
- Οριζόντια θέση στο κρεβάτι για 7-10 ημέρες.
- Ανύψωση των κάτω άκρων 35 CM.
- Η έγερση πρέπει να γίνεται αργά και για σύντομα μόνο χρονικά διαστήματα στην αρχή. Ο άρρωστος δεν πρέπει να μένει μόνος.

4. Πρόληψη περαιτέρω απόφραξης .

Η αντιπηκτική θεραπεία είναι χρήσιμη στη προφύλαξη από επέκταση της απόφραξης.

Παρέμβαση:

- Χορήγηση ηπαρίνης ή κουμαρίνης ή ασπιρίνης, ανάλογα με την εντολή.
- Παρακολούθηση για σημεία αιμορραγίας.
- Καθημερινός έλεγχος του χρόνου προθρομβίνης.

5. Μείωση των σεοξυγόνο αναγκών :

Παρέμβαση . Γενική υποθερμία:

- Προστασία του αρρώστου από κρυοπαγήματα.
- Παρακολούθηση της κατάστασης της καρδιάς για αρρυθμίες.
- Έλεγχος ρίγους.

6. Πρόληψη εξέλιξης της υπέρτασης.

Η υπέρταση είναι ο κύριος παράγοντας επιδείνωσης του αγγειακού επεισοδίου που οφείλεται σε θρόμβο.

Παρέμβαση.

- (1) Συχνή παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης.
- (2) Χορήγηση των κατάλληλων υποτασικών θεραπευτικών μέσων.
- (3) Διδασκαλία του αρρώστου για την σπουδαιότητα του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης.
- (4) Αναζήτηση, με την οικογένεια, των δυνατών μεταβολών στον τρόπο ζωής για αύξηση των αποτελεσμάτων της φαρμακευτικής θεραπείας.

7. Εκτίμηση για υποκείμενη καρδιακή νόσο . Η καρδιακή πάθηση είναι ο κύριος παράγοντας για πρόκληση επεισοδίου εξαιτίας εμβολής.

α) Παρέμβαση. Εδώ έχουμε την αναγνώριση και θεραπεία καρδιαγγειακής αθηροσκλήρωσης, την θεραπεία υποξείας και χρόνιας βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας, την αναγνώριση και διόρθωση των βαλβιδοπαθών καθώς επίσης και την διδασκαλία του αρρώστου για αντιπηκτική θεραπεία και την δυνητική αιμορραγία.

β) Αξιολόγηση. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των αιτιολογικών παραγόντων μειώνει τον κίνδυνο για νέο εγκεφαλικό:

- (1) Τακτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης,
- (2) Τακτική αξιολόγηση της καρδιακής λειτουργίας,
- (3) Επειδή η διευθέτηση αυτών των προβλημάτων απαιτεί πολλή κατανόηση και συνεργασία από μέρους του αρρώστου, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να παίζει τον ρόλο του δασκάλου και του συμβούλου.

8. Εξασφάλιση φυσικής και συγκινησιακής υποστήριξης για τον άρρωστο που είναι υποψήφιος για ενδοαρτηρεκτομή ή παρακαμπτήριο μόσχευμα.

α) Εκτίμηση.

Τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια αποτελούν ένδειξη αθηροσκλήρωσης και συχνά προηγούνται της τέλειας αρτηριακής απόφραξης. Όταν έχει εντοπιστεί το σημείο απόφραξης μπορεί να γένει χειρουργική παρέμβαση για την πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου.

β) Παρέμβαση.

Η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα αυτό συνίσταται στη βοήθεια του αρρώστου κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων, στην εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης. Οι άρρωστοι που παρουσιάζουν παροδικές ισχαιμικές κρίσεις και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να εκδηλώσουν συγκινησιακά ξεσπάσματα που τους επηρεάζουν αφάνταστα. Ακόμη το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για την σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης, για την προετοιμασία του αρρώστου και της οικογενείας του για τη χειρουργική επέμβαση καθώς επίσης και για την μετεγχειρητική φροντίδα η οποία περιλαμβάνει:

Διατήρηση ανοικτών αεραγωγών, διατήρηση επαρκούς κυκλοφορίας * και πρόληψη αιμορραγίας, ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών, φροντίδα χειρουργικής τομής, εξασφάλιση άνεσης και υποστήριξης και τέλος εκτίμηση συμπτωμάτων και παραπόνων του αρρώστου.

γ) Αξιολόγηση.

Αυτή περιλαμβάνει σταθεροποιημένα ζωτικά σημεία, πάση εμφάνισης παροδικών ισχαιμικών κρίσεων, καθώς επίσης και την βαθμιαία επιστροφή του αρρώστου στις κανονικές του δραστηριότητες.

9. Εκπαίδευση του αρρώστου για ανάγκη συχνής παρακολούθησης της αρτηριακής του πίεσης.

Η πρόληψη νέων αποφράξεων εξαρτάται επίσης από την ικανότητα του αρρώστου να ρυθμίζει την αρτηριακή του πίεση.

α) Παρέμβαση.

(1) Αξιολόγηση της από μέρους του αρρώστου και της οικογενείας του κατανόησης του ρόλου της υπέρτασης και της δίαιτας, δραστηριοτήτων.

(2) Σχεδιασμός με τον άρρωστο φαρμακευτικής θεραπείας, δίαιτας, δραστηριοτήτων.

β) Αξιολόγηση.

(1) Οι τακτικές και συχνές συναντήσεις με τον άρρωστο είναι απαραίτητες για την εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και της νευρολογικής και συγκινησιακής του κατάστασης.

(2) Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι διαθέσιμο κάθε φορά που ο άρρωστος έχει κάποια ερώτηση ή κάποιο πρόβλημα για λύση.

10. αποκατάσταση της κυκλοφορίας σε άρρωστο με αγγειακό εγκεφαλικό που οφείλεται σε ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ.

Ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης είναι βασικής σημασίας για την κατάπαυση της αιμορραγίας.

Παρέμβαση:

- (1) Χορήγηση αντιυπερτασικών μέσων με προσοχή ώστε να μην προκληθεί υπόταση.
- (2) Κρεβάτι 4 έως 8 εβδομάδες μετά την αρχική αιμορραγία.
- (3) Μείωση καταστάσεων που αυξάνουν το συγκινησιακό STRESS.
- (4) Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης για τον άρρωστο και την οικογένειά του.
- (5) Χορήγηση μυοχαλαρωτικών και κατευναστικών.

11. Μείωση ενδοκρανιακής πίεσης.

Η ενδοκρανιακή πίεση μπορεί να ανυψωθεί.

Παρέμβαση.

Εδώ έχουμε την παρακολούθηση και τον έλεγχο της ενδοκρανιακής πίεσης καθώς επίσης και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων που μπορεί να αυξήσουν την ενδοκρανιακή πίεση. (Χορήγηση μαλακτικών των κοπράνων, αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων, βοήθεια για καλύτερη δυνατή αναπνευστική λειτουργία).

12. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και θρεπτικού ισοζυγίου.

Παρέμβαση.

- (1) Χορήγηση και στενή παρακολούθηση ενδοφλεβίων χορηγήσεων.
- (2) Παρακολούθηση ποσού ούρων και καθητηριασμός του αρρώστου αν είναι ανάγκη.

- (3) Συνεργασία με την διαιτολόγο για σχεδιασμό των γευμάτων που πρέπει να είναι και θρεπτικά και να διεγείρουν την όρεξη.
- (4) Επειδή ο άρρωστος σιτίζεται από κάποιον, προσπάθεια για εξασφάλιση ευχάριστης ατμόσφαιρας, στην οποία θα προλαβαίνονται οι ανάγκες του αρρώστου αλλά και θα μειώνεται στο ελάχιστο η εξάρτησή του από τους άλλους.

13. Α ν α γ ν ώ ρ ι σ η κ α ι θ ε ρ α π ε ί α ρ α -
γ έ ν τ ο ς α γ γ ε ι ώ μ α τ ο ς ή α ν ε υ ρ ί σ -
μ α τ ο ς ω ς α ι τ ί α ς π α ρ ο ξ υ σ μ ο ύ .

α) Εκτίμηση:

Εκτιμάται η κατάσταση του αρρώστου για χειρουργική θεραπεία του ανευρύσματος κατά το αρχικό αιμορραγικό επεισόδιο, η χειρουργική θεραπεία (ανευρίσματα, αγγειώματα), καθώς επίσης και οι παροξυσμοί που μπορεί να αποτελούν μέρος των συμπτωμάτων αγγειώματος, ή που μπορεί να εμφανιστούν μετά την ρήξη αγγειώματος ή ανευρύσματος.

β) Παρέμβαση:

Αυτή διακρίνεται σε άμεση, προεγχειρητική και μετεγχειρητική.

(1) Άμεση :

α) Χορήγηση αντισπασμωδικών και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας.

β) Διδασκαλία του αρρώστου πώς να ελέγχει τους παροξυσμούς.

γ) Προστασία του αρρώστου την ώρα του παροξυσμού.

(2) Προεγχειρητική:

α) Σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης και της ενδοκρανιακής πίεσης.

β) Πρόκληση υποθερμίας, αν υπάρχει εντολή, προστασία από κρουπάγημα και ρίγος, ΗΚΓ συνεχώς.

(3) Μετεγχειρητική.

α) Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών.

β) Παρακολούθηση και έλεγχος ενδοκρανιακής πίεσης.

γ) Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής στην φροντίδα του τραύματος και παρακολούθηση για διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

δ) Προστασία του αρρώστου με μειωμένο επίπεδο συνείδησης.

ε) Χορήγηση φαρμάκων και διδασκαλία για τον έλεγχο των παροξυσμών.

στ) Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και παρακολούθηση για διαβήτη.

ζ) Μέτρηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου και ακριβής επικοινωνία με τον γιατρό για κάθε μεταβολή.

η) Βεβαίωση συμβουλών και υποστήριξης για τον άρρωστο και την οικογένειά του.

θ) Βοήθεια και σχεδιασμός για φυσιολογικές καθημερινές δραστηριότητες.

ι) Συζήτηση ειδικών σχεδίων φροντίδας με τους υπεύθυνους για την συνέχιση της φροντίδας.

14. Αντιμετώπιση δυσλειτουργίας των κρανιακών νεύρων. Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν ημιανοψία και παράλυση του προσωπικού και του απαγωγού.

α) Παρέμβαση.

(1) Ημιανοψία.

α) Τοποθέτηση αντικειμένων μέσα στο οπτικό πεδίο του αρρώστου, ειδικά το φαγητό και τα σκεύη.

β) Προσέγγιση του αρρώστου από την υγιή πλευρά.

γ) Θέση του αρρώστου τέτοια ώστε τα παράθυρα, η δραστηριότητα, η τηλεόραση κλπ. να βρίσκονται μέσα στο οπτικό του πεδίο.

(2) Δυσκολίες σίτισης.

α) Τοποθέτηση του φαγητού που πρέπει να μασηθεί στην υγιή πλευρά του στόματος.

β) Μετά το τέλος της σίτισης, έλεγχος μήπως η τροφή συγκεντρώθηκε στο πάσχον μέρος της στοματικής κοιλότητας.

γ) Εξασφάλιση άριστης υγιεινής του στόματος.

δ) Εκτόμηση δυνατότητας να χρησιμοποιήσει οδοντοστοιχίες.

(3) Βλεφαροπτωση.

α) Ανύψωση του πεσμένου βλεφάρου με μη αλλεργιογόνο ταινία.

β) Ενστάλλαξη τεχνητών δακρύων για προστασία του κερατοειδούς.

15. Α γ ω γ ή τ ο υ α ρ ρ ώ σ τ ο υ μ ε η μ ι α ν α ι - σ θ η σ ί α ώ σ τ ε ν α π ρ ο σ τ α τ ε υ τ ε ί α π ό β λ ά β η . Η ανικανότητα του αρρώστου να αναγνωρίζει τα ερεθίσματα του πόνου, αφής, θερμοκρασίας, αλλαγής θέσης, και δονήσεων και να αντιδρά προς αυτά, του κάνει επιρρεπή σε τραύματα, εγκεύματα και δευτεροπαθείς μομολύνσεις.

α) Παρέμβαση.

- (1) Εξασφάλιση άριστης φροντίδας δέρματος. Χρήση μασσάζ και προστατευτικών λοσιόν.
- (2) Στεγνά και καθαρά λευχέματα.
- (3) Επισκοπήση ολόκληρης της επιφάνειας του σώματος για λύσεις συνεχείας του δέρματος.
- (4) Προστασία από πίεση.
- (5) Έγκαιρη και σωστή θεραπεία ελκών, πίεσης, εγκαυμάτων, λύσεων και ερεθισμών του δέρματος.
- (6) Επανεκτίμηση της αισθητικής λειτουργίας σε τακτά διαστήματα.

16. Α γ ω γ ή ά ρ ρ ώ σ τ ο υ μ ε η μ ι π ά ρ ε σ η γ ι α ν α κ α τ ο ρ θ ω θ ε ί η μ έ γ λ ι σ τ η λ ε ι τ ο υ ρ γ ί α κ α ι π ρ ο λ η φ θ ο ύ ν ο ι δ ε υ τ ε ρ ο π α θ ε ί ς α ν ι κ α ν ό τ η τ ε ς κ α ι π α ρ α μ ο ρ φ ώ σ ε ι ς .

α) Εκτίμηση

Μυϊκή δύναμη, τόνος και μάζα όπως περιγράφονται στη "Γενική Εκτίμηση". Ο άρρωστος με την ημιπάρεση πρέπει να προστατευθεί από τραύμα των παράλυτων άκρων, μόνιμες συσπάσεις, κατακλίσεις και πνευμονία που είναι δευτεροπαθή προς την ακινησία.

β) Παρέμβαση.

Αυτή αποβλέπει στην αλλαγή θέσης σε κανονικά και συχνά διαστήματα, στην σωστή θέση στο κρεβάτι, στην προστασία των παραλυμένων σκελών, καθώς επίσης και στην συνεργασία με τον φυσιοθεραπευτή για την τακτοποίηση των συνεδριών θεραπείας και εκμάθηση των ασκήσεων. (Παθητικές ασκήσεις, σχεδιασμός προγράμματος με τον άρρωστο και την φυσικοθεραπεύτρια για βαθμιαία

και αποτελεσματική έγερση.)

17. Προετοιμασία του αρρώστου να εκτελεί εργασίες της καθημερινής ζωής όσο πιο ανεξάρτητα γίνεται.

α) Εκτίμηση.

Ο βαθμός στον οποίο ο άρρωστος μπορεί να αρχίσει να αναλαμβάνει ευθύνη για τις καθημερινές δραστηριότητες εξαρτάται από:

- (1) Τη λειτουργική ικανότητα.
- (2) Τη διανοητική εγρήγορηση και μνήμη.
- (3) Την επιθυμία του να αποκτήσει ανεξαρτησία και τον μέχρι στιγμής, βαθμό εξάρτησής του.

β) Παρέμβαση.

- (1) Ανάπτυξη προγράμματος εκπαίδευσης μαζί με τον άρρωστο και τη φυσικοθεραπεύτρια.
- (2) Άμεσοι και εύκολα κατορθωτοί σκοποί για να δώσουν στον άρρωστο την ευκαιρία να αισθανθεί επιτυχημένος.
- (3) Βεβαίωση ευκαιριών για τον άρρωστο ώστε να εξασκήσει τις δεξιότητες που έμαθε στις συνεδρίες θεραπείας.
- (4) Βεβαίωση υποστήριξης όταν η μη επιτυχία των σκοπών δημιουργούν στον άρρωστο αισθήματα ματαίωσης.
- (5) Βοήθεια του αρρώστου να προμηθευτεί τα απαραίτητα εργαλεία και εφόδια.
- (6) Συνέχιση υποστήριξης ακόμα και όταν ο άρρωστος γίνεται πιο ανεξάρτητος. Συχνά καθώς αποκτάται μια καινούργια δεξιότητα, γίνεται φανερό η αδυναμία του να εκτελέσει μια σύνθετη δεξιότητα.

(7) Εκτίμηση ικανότητας των μελών της οικογένειας να δεχτούν την βραδύτερη και ίσως πιο αδέξια εκτέλεση αυτών των εργασιών, και εξήγηση της σημασίας για τον άρρωστο αυτής της παραδοχής.

18. Α γ ω γ ή α ρ ρ ώ σ τ ο υ με α φ α σ ί α .

α) Εκτίμηση.

Γίνονται ορισμένες δοκιμασίες για να διαπιστωθεί η λειτουργία της ομιλίας. Ο χαρακτήρας και η έκταση της αφασίας μπορεί να βοηθήσουν στην διαπίστωση του μεγέθους και της περιοχής της βλάβης.

β) Παρέμβαση:

- (1) Ανάπτυξη μέσων επικοινωνίας με τον άρρωστο, χρησιμοποίηση χειρονομιών και σημείων ομιλίας.
- (2) Εξέταση με την οικογένεια άλλων μέσων επικοινωνίας, όπως ζωγραφιές ή σχέδια.
- (3) Συνέχιση παροχής οπτικοακουστικών ερεθισμάτων.

γ) Αξιολόγηση:

Συχνά υπάρχει μια βαθμιαία βελτίωση της διαταραχής. Με τη χρησιμοποίηση δοκιμασιών που θα εφαρμόζονται ξεχωριστά στον κάθε άρρωστο, είναι δυνατό να τηρηθεί ακριβές φύλλο που περιγράφει τις ικανότητες του αρρώστου. Από αυτό μπορεί να τοποθετούν νέοι σκοποί ή να δοκιμαστούν νέες παρεμβάσεις.

19. Ε γ κ α θ ί δ ρ υ σ η υ γ ι ώ ν τ ρ ό π ω ν α ν -
τι με τ ώ π ι σ η ς τ η ς κ α τ ά σ τ α σ η ς
α π ό μ έ ρ ο υ ς τ ο υ α ρ ρ ώ σ τ ο υ κ α ι
τ η ς ο ι κ ο γ έ ν ε ι α ς τ ο υ . Σ αν κ α τ α σ τ ρ ο φ ι κ ό
γ ε γ ο ν ό ς τ ο ε π ε ι σ ό δ ι ο δ η μ ι ο υ ρ γ ε ί μ ι α κ ρ ί σ η γ ι α τ ο ν ί δ ι ο

τον άρρωστο, σαν άτομο και για την οικογένειά του σαν ενότητα. Η έγκαιρη και θετική παρέμβαση διευκολύνει την διεργασία της απόκτησης στο επεισόδιο και βοηθά στην ανάπτυξη ενός τροποποιημένου τρόπου ζωής.

α) Εκτίμηση:

(1) Διαπίστωση του κατά πόσο ο άρρωστος που δεν είναι σε κώμα αντιλαμβάνεται την κατάστασή του, μέσω επικοινωνίας με λόγια, εκφράσεις προσώπου και αντιδράσεις του προς το περιβάλλον.

(2) Διατύπωση του πώς βλέπει την κατάσταση η οικογένεια του αρρώστου.

(α) Ποιά είναι η έκταση και η πρόγνωση του επεισοδίου.

(β) Ποιός είναι ο ρόλος του αρρώστου και της οικογένειας.

(γ) Ποιές είναι οι εμπειρίες του αρρώστου και της οικογένειας που αφορούν χρόνια νοσήματα.

(δ) Ποιές είναι οι οικονομικές, συγκινησιακές και πνευματικές πηγές του αρρώστου και της οικογένειας.

β) Παρέμβαση:

(1) Ενώ είναι απαραίτητο μερικές φορές, για την προστασία του αρρώστου, να μην του γνωριστεί η έκταση του επεισοδίου, η οικογένειά του πρέπει να ενημερωθεί για την απειλή της ζωής του.

(2) Να δοθεί χρόνος στον άρρωστο και την οικογένειά του ώστε να αποδεχτούν την απώλεια λειτουργίας στον άρρωστο και ευκαιρία να διασκορπίσουν τα αισθήματά τους.

(3) Ενίσχυση των θετικών και υγιών αντιδράσεων και ρεαλιστική ενθάρρυνση.

(4) Χρησιμοποίηση συμβουλευτικών πηγών από τον άρρωστο και την

οικογένειά του. Πολλές φορές και το προσωπικό μπορεί να χρειαστεί το σύμβουλο ψυχικής υγιεινής για να αντιμετωπίσει τα αισθήματα και τα προβλήματά του.

(5) Ανάπτυξη κάποιου τρόπου επικοινωνίας με τον άρρωστο. Ο τρόπος με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του ο άρρωστος επηρεάζεται από το πώς δίνεται σ' αυτόν η φυσική φροντίδα.

(6) Όταν επιτυγχάνονται οι σκοποί άμεσος έπαινος και ενθάρρυνση του αρρώστου.

(7) Μη εγκατάλειψη του αρρώστου όταν επιστρέψει η ανεξάρτητη λειτουργία.

(8) Ευκαιρία στον άρρωστο και την οικογένεια να εκφράσουν τους φόβους τους για ένα νέο επεισόδιο. Μερικοί πολύ συνηθισμένοι φόβοι είναι:

α) Να πάθει το επεισόδιο όταν είναι μόνος.

β) Μικρές φυσικές δυσχέρειες μπορεί να θεωρηθούν ως σημεία επικείμενου επεισοδίου.

γ) Θάνατος χωρίς προειδοποίηση.

δ) Μόνιμη ανικανότητα και βάρος στους άλλους.

(9) Σχεδιασμός για συνεχή εξασφάλιση φροντίδας καθώς ο άρρωστος πηγαίνει από το νοσοκομείο στο κέντρο αποκατάστασης ή στο σπίτι.

γ) Αξιολόγηση:

Η απόκριση του αρρώστου και της οικογένειας στο επεισόδιο πρέπει να αξιολογηθεί ως ένα αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής φροντίδας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Ζ.Θ. ΗΛΙΚΙΑ : 83

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : - ΚΑΤΑΓΩΓΗ : Μπεγουλάνι

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Αριστερά πυραμιδική συνδρομή.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ : Ασθενής ηλικίας 83 χρόνων με CVA δεξιά προ 12 ετών, προσήλθε με αριστερά πυραμιδική συνδρομή. ΑΠ= 120/80 MM HG. Ο ασθενής χθές βράδυ παρουσίασε ξαφνικά πτώση στο έδαφος χωρίς απώλεια των αισθήσεων του.

Έχει πάρεση του αριστερού άνω-κάτω άκρου. Βρίσκεται σε συγχοτικοδieleγερτική κατάσταση. Παρουσιάζει δυσαρθρία και πάρεση δεξιού άνω-κάτω άκρου, απότομο του παλαιού CVA.

ΠΗΓΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: Ο γιός του

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ : Καλή.

ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :

ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : -

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ : Χρόνια βρογχίτιδα

ΜΟΝΙΜΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ : CVA δεξιά πρό 12ετίας.

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ : -

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ : Καταράκτης αρ.οφθαλμού 1984.

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ : -

ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ : -

ΦΑΡΜΑΚΑ : -

ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ : -

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ : -

ΟΙΚΟΓΕΝΑΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :

Φυματιωση -	Ελκοπάθεια -
Άσθμα -	Νοσ. νεφρών -
Εμφύσημα -	Αναιμία -
Αλλεργία -	Διμορρ. διαθ. -
Καρδιακή νοσ. -	Γλαυκώματα -
Υπέρταση -	Ημικρανία -
Αγγ. επεισ.: 0 αδελφός	Επιληψία -
Υπερλιπιδαιμία -	Αλκοολισμός -
Σακχ. διαβήτη -	Ηπατοπάθεια -

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Συνήθειες : καφές : 1 , αλκοόλ : βαρύς πότης μέχρι προ 12 ετών
κάπνισμα : όχι , δίαιτα.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Γενικά . -	Ο ασθενής έχει βύθωση του επίπεδου συνείδησης. Βρίσκεται σε συγχυτική- διεγερτική κατάσταση.
Κεφαλή - τράχηλος -	
Μαστοί -	
Ενδοκρινικό -	
Καρδιαγγειακό -	
Αναπνευστικό -	
Γαστρεντερικό -	
Ουροποιητικό -	
Γεννητικό -	
Μυοσκελετικό -	Πάρηση δεξιού και αριστερού ημιμο- ρίου σώματος.

...μ ποιητικό -
Δέρμα -
Νευρικό-Ψυχιατρικό -

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ :

- 15/10.90 : Ο ασθενής βρίσκεται σε διεγερτικοσυχυτική κατάσταση. ΑΠ = 150/100 MM/HG. Σφύξεις : 100/MIN. Την νύχτα παρουσίασε σπασμούς τύπου JAKSON και αντιμετωπίστηκε με 5 AMP ATARVITON σε 500 CC. D/W 5% σε 5 ώρες. $\theta = 36,8^{\circ}\text{C}$.
Προγραμματίστηκε επείγουσα GT εγκεφάλου. μ
Ζητήθηκε επείγουσα νευρολογική εκτίμηση. μ
Αντιμετωπίζεται με 5 AMP.NOOTROP 1X3 σε ογκομετρικό
- 26/10/90 : Η κατάσταση του αρρώστου παραμένει σταθερή: Δεν έκανε πάλι επιληπτικούς σπασμούς, αλλά βρίσκεται σε διεγερτική κατάσταση. Διατηρεί επαφή με το περιβάλλον και αντιδρά στα ερεθίσματα. $\theta = 36,8^{\circ}\text{C}$, ΑΠ = 130/80 MM/HG. Σφύξεις : 80/MIN. GT Εγκεφάλου : αιμορραγικό έμφρακτο και εγκεφαλικό οίδημα στο δεξιό ημισφαίριο. Προστέθηκε μανιτόλη 300α X 2 στην αγωγή.
- 27/10/90 : Προστέθηκε και INJ DECADRON 1/2 X 2 και INJ ZANTAC 1 X 2 . Κατόπιν νέας νευρολογικής εκτίμησης και νευροχειρουργικής εκτίμησης ζητήθηκε λόγω έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης του ασθενούς ++ . ΑΠ= 145 MMHG.
- 29/10/90 ; Η κατάσταση του ασθενούς είναι σταθερή. ΑΠ= 140/90 $\theta = 36,7^{\circ}\text{C}$. Διούρηση καλή. Σφύξεις : 80/MIN. Αναπνοές : 14/MIN.

31/10/90 : Ο ασθενής παραμένει στην ίδια κατάσταση. Είναι λιγότερο συγχροτικό-διεγερτικός, από τις προηγούμενες ημέρες, αντιδρά στα ερεθίσματα. $\theta=36,7^{\circ}\text{C}$. ΑΠ=140/90 ΜΜΗΡ. Έχει κατακλίσεις. Γίνεται περιποίηση.

1/11/90 : Η κατάσταση του ασθενούς έχει επιβαρυνθεί. Είναι σε κωματώδη κατάσταση, δεν αντιδρά στα ερεθίσματα και παρουσιάζει σημεία εγκεφαλισμού. Είναι κυανωτικός. Έγιναν αέρια αίματος. ΑΠ= 140/90 ΜΜ/ΗΓ , $\theta= 36,5-37,5^{\circ}\text{C}$. Σφύξεις : 90/MIN. Αναπνοές 17/MIN. Ο άρρωστος έχει να κάνει κένωση 8 ημέρες. Έγινε υποκλισμός.

2/11/90 : Ο ασθενής παραμένει σε κωματώδη κατάσταση. Σήμερα παρουσίασε πυρετό 38°C . ΑΠ=130/100 ΜΜ/ΗΓ. Σφύξεις 110/MIN. Αναπνοές 90/MIN. Ούρα τελευταία 24ώρου 400 CC. Κένωση όχι. Έγινε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος.

Αγωγή 5% GLYCOSE 1 X 2 : AMP. EUPHYLLINE 1 X 2

AMP. BISOLVON 1 X 2

(στους ορούς)

MANITOL 100 CC X 2

AMP. EPANUTIN 100 1X3 (σε ογκομετρικό)

SOLVETAN 1 GR. 1 X 3

ZANTAC 1 X 4 (ογκομετρικό)

DECADRON 1/2 X 3 .

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΛΕΓΧΟΥ

<u>ΕΞΕΤΑΣΗ</u>	<u>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</u>	<u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u>
Πλήρης έλεγχος	25-10-90	
Βο θώρακος	25-10-90	
Νευρολογ.εκτίμηση	25-10-90	
G-T εγκεφάλου	25-10-90	Αιμορραγικό έμφρακτο και οίδημα στα βασικά γάγγλια δεξιά.
Αέρια αίματος	1-11-90	
Πλήρης έλεγχος	2-11-90	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Όνομα Μ Ζ.Θ. Όνομα πατέρα : Γεώργιος, Ηλικίας 82 ετών
Τόπος γέννησης: Πάτρα , Δ/ση : Κουκούλι Πατρών
Ημερομηνία εισόδου 25/10/90.

25-10-90 : (7-3) (3-11) ; Βαρεία κατάσταση. Παίρνει ορρούς.
Έχει TREE-WAY. Παίρνει και D/W 5%, 500 CC με 5
AMP. ATARVITAN αργά. Γίνονται συνέχεια αναρροφήσεις.
Έγινε + εγκεφάλου. (11-7) : Βαρεία κατάσταση. Παίρνει ορρούς. Έχει TREE-WAY. Παίρνει D/W 5% 500 CC με 5 AMP. ATARVITON, αργά. Παίρνει και 2 ορρούς DEXTROSE 5% 1000 CC. Γίνονται συχνά αναρροφήσεις.
Προσοχη. παρακολούθηση.

26-10- (7-3).: Έγινε πρωινή περιποίηση πάρθηκαν ζωτικά σημεία παίρνει ορό D/W 5%+ 1 EUPHYLLINE + 1 BISOLVON. Έγιναν αναρροφήσεις. Βαρεία κατάσταση. Παρακολουθείται (3-11) Ήσυχος. Έγινε απογευματινή περιποίηση. Έγιναν αναρροφήσεις. Παίρνει ορρούς. (11-7) Βαρεία κατάσταση. Συνεχίζει ορρούς. Γίνονται απορροφήσεις.

Παρακολουθείται.

27-10- (7-3) : Ίδια βαρειά κατάσταση. Παίρνει ορό. Τέθηκε νέα φλέβα. Γίνονται αναρροφήσεις.

(3-11). Βαρειά κατάσταση. Γίνονται συχνές αναρροφήσεις, συνεχίζει ορούς και αντιβίωση.

(11-7). Βαρειά κατάσταση. Απύρετος-Παίρνει ορό και αντιβίωση. Γίνονται αναρροφήσεις.

28-10-(7-3) : Έγινε πρωϊνή περιποίηση. Παίρνει ορούς και αντιβίωση. Γίνονται συχνά αναρροφήσεις.

(3-11). Βαρειά κατάσταση. Συνεχίζει ορούς και αντιβίωση. Έχει καθετήρα κύστης. Γίνονται αναρροφήσεις.

(11-7): Τέθηκε νέα φλέβα από τον κ. Ιωάννου. Έγιναν 29 αναρροφήσεις.

29-10(7-3): Έγινε πρωϊνή περίθαλψη και πρόληψη κατακλίσεων. Πάρθηκαν ζωτικά σημεία. Τέθηκε γλέβα. Εστάλη νευροχειρουργική εκτίμηση στον "Άγιο Ανδρέα".

(3-11): Ίδια κατάσταση. Παίρνει ορούς. Γίνονται αναρροφήσεις.

(11-7), Παραμένει η ίδια κατάσταση. Συνεχίζει τους ορούς και αντιβίωση. Γίνονται αναρροφήσεις. Απύρετος.

30-10-(7-3) : Βαρειά κατάσταση. Έγινε πρωϊνή περιποίηση. Πάρθηκαν ζωτικά σημεία. Έχει καθετήρα κύστης. Έχει φλέβα στο πόδι. Παίρνει ορό και αντιβίωση. Γίνονται συχνά αναρροφήσεις. Απύρετος. Τέθηκε αερόστρωμα.

(3-11) Ήσυχος. Έγινε απογευματινή περιποίηση - απύρετος- συνεχίζει ορούς. Έγινε αλλαγή φλέβας -

Γίνονται αναρροφήσεις. (11-7) : Βαρειά κατάσταση. Παίρνει ορρούς. Έχει καθετήρα κύστης. Γίνονται συχνά αναρροφήσεις. Έχει αερόστρωμα.

31-10-(7-3) : Βαρειά κατάσταση. Έγινε πρωινή περιποίηση. Έγινε πρόληψη κατακλίσεων. Προσοχή να γυρίζεται συνεχώς γιατί έχει αρχίσει να ανοίγει. Ελήφθησαν ζωτικά σημεία. Απύρετος. Συνεχίζει ορρούς. Γίνονται αναρροφήσεις.

(3-11) Ίδια κατάσταση. Έγιναν αναρροφήσεις. Φέρει καθετήρα κύστης, ορρό, έχει αερόστρωμα.

(11-7) Ίδια κατάσταση. Απύρετος. Παίρνει ορρό και αντιβίωση. Γίνονται αναρροφήσεις. Παρακολουθείται.

1-11 (7-3) : Βαρειά κατάσταση. Έγινε πρωινή περιποίηση. Έγινε μπάνιο επί κλίνης. Γίνονται συχνές αναρροφήσεις και συχνές αλλαγές θέσεως. Πάρθηκαν ζωτικά σημεία. Απύρετος.

(3-11) Έγινε απογευματινή περιποίηση. Γίνονται αναρροφήσεις. Παίρνει ορό και αντιβίωση. Γίνανε 2 FLIT-BNEM. ο ασθενής δεν απέδωσε. Έγινε πάλι υψηλός υποκλυσμός. Έγινε περιποίηση της κατάκλισης. Ο υψηλός υποκλυσμός δεν απέδωσε.

(11-7) Ίδια κατάσταση. Παρακολουθείται συνεχώς. Παίρνει ορρούς και αντιβίωση. Έγιναν αναρροφήσεις.

2-11 (7-3) : Ίδια κατάσταση. Έγινε πρωινή περιποίηση. Έγινε μπάνιο επί κλίνης και περιποίηση κατάκλισης. Έγινε πλύση στόματος με HEXALEN και οξυζενέ. Γίνονται αναρροφήσεις. Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία Φυσιολογικά. Συνεχίζει ορρούς και αντιβίωση. Συνεχίζει ορ-

ρό και αντιβίωση.

(3-11) Έγινε απογευματινή περιποίηση, τοπική καθαριότητα και περιποίηση της κατάκλισης. Γίνονται αναρροφήσεις. Παίρνει ορρό και αντιβίωση.

(11-7) : Απύρετος. Συνεχίζει ορρούς και αντιβίωση. Βαρειά κατάσταση. Γίνονται αναρροφήσεις.

3-11-(7-3): Έγινε πρωινή περιποίηση και περιποίηση κατακλίσεων. Έγινε πλύση στόματος με οξυζενέ και HEXALEN. Επί πυρετού στις 9.30 π.μ. έγινε 1 AMP. APOTEL IM. Εντολή κ. Τσουκάρη. Συνεχίζει ορρούς και αντιβίωση. Βαρειά κατάσταση. Να παρακολουθείται ζωτικά σημεία. Έγιναν αναρροφήσεις.

(3-11) Έγινε απογευματινή περιποίηση των κατακλίσεων. Έγιναν αναρροφήσεις και πλύση στόματος με HEXALEN. Συνεχίζει ορρούς και αντιβίωση. Γίνεται συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενή από τους συνοδούς και τις αδελφές.

(11-7). Έγινε αλλαγή φλέβας, αναρροφήσεις, απύρετος. Ιδια βαρεια κατάσταση.

4-11-(7-3): Έγινε πρωινή περιποίηση. Πάρθηκαν ζωτικά σημεία. Επί πυρετού $\theta=38$ έγινε 1 AMP. APOTEL EM. Παίρνει ορρό και αντιβίωση. Βρίσκεται στην ίδια κατάσταση.

(3-11) Ιδια κατάσταση. Παρακολουθείται. Γίνονται συχνές αναρροφήσεις. Έγιναν πλύσεις στόματος με οξυζενέ (διαλυμένο) και με HEXALEN. Παίρνει ορρούς.

(11-7). Ήσυχος-απύρετος. Φέρει ορρό, συνεχίζει αντιβίωση. Έγιναν αναρροφήσεις. Βαρειά κατάσταση, να παρακολουθείται.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Μ.Β. ΗΛΙΚΙΑ : 73

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ - ΚΑΤΑΓΩΓΗ -

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Ενδοεγγεφαλική αιμορραγία

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Πρόκειται για ασθενή που νοσηλευόταν στην Ν/Χ, με ενδοεγγεφαλική αιμορραγία (στην Δ.Ε. πλάγια κοιλία-βασικά γάγγλια-θάλαμο).

Από την Α.Ν.Ε. είναι σε κωματώδη κατάσταση ανισοκορία (ΑΡ), ημιπληγία.

Λόγω της βαρύτητας της κατάστασης και των πιθανών παθολογικών επιπλοκών, εισήχθη στην Π/Π.

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

Πρόκειται για ασθενή, που νοσηλευόταν στην Ν/Χ με ενδοεγγεφαλική αιμορραγία (στην (ΔΕ) πλάγια κοιλία-βασικά γάγγλια-θάλαμο). Από την ΑΝΕ είναι σε κωματώδη κατάσταση, με ανισοκομία (ΑΡ) ημιπληγία. Λόγω της βαρύτητας της κατάστασής της και των πιθανών παθολογικών επιπλοκών, συνιστάται νοσηλεία στην Π/Π.

ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Δεν υπάρχει.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Δεν υπάρχει.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Δεν υπάρχει.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

13-10-90 : Ασθενής με ενδοεγγεφαλική αιμορραγία, σε βαρεία κατάσταση. ΑΠ : 130/90 ΜΜ/ΗΓ. Θ : 36,3°C.

- 15-10-90 : Η κατάσταση του ΡΤ σημείωσε ελαφρά βελτίωση. Αντι-δρά στα ερεθίσματα. Πυρέσσει (38°C), βρίσκεται και σε αγωγή με ANGMENTIN. ΑΠ : 160/90 MM/HG.
- 16-10-90 : Η κατάσταση του ΡΤ σταθερή. Επικοινωνεί ,απαντά στα ερωτήματα, Συνεχίζει η πυρετική κίνηση ($37,8^{\circ}\text{C}$) ΑΠ : 150/85 MM/HG.
- 17-10-90 / Ίδια κατάσταση. Έγινε και νέο ΗΚΓ λόγω βραδυκαρδίας, δεν παρατηρούνται αλλαγές.
Αγωγή: AMP.ANGMENTIN 1,2 GR ΕΦ 1X3.
- 19-10-90 : Ο ασθενής παραμένει στην ίδια κατάσταση. Χθές βρά-δυ έκανε υπερτασική κρίση (990 MM/HG) και αντιμε-τωπίστηκε με ADALAT υπογλώσσια και στην συνέχεια με CATAPRESSAN.
Εξακολουθεί να κάνει πυρετό. Χθες μέγιστη θερμοκρα-σία $38,5^{\circ}\text{C}$.
- 22-10-90 : Ο ασθενής απεβίωσε την 7η πρωινή από καρδιακή ανα-κοπή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- 4/11 (11-7) Νέος ασθενής εισήλθε σε φορείο. Ανέβασε ΑΠ και του έγινεν 1/2 AMP COTAPRESAN . Παρακολούθηση.
- (7-3) Ίδια κατάσταση, να γίνονται συχνές αναρροφήσεις.
- (3-11) Ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένη ΑΠ 6 MM 170/90, 8μμ 195/120, ενημερώθηκε ο εφημερεύων δεν εδόθη-κε αγωγή. Ηρθε χειρουργός γιατρός μπήκε LEVIN. Να γίνονται πλύσεις και αναρροφήσεις. Παρακολούθηση.
- (11-7) Βαρεία κατάσταση έχει αυξημένη ΑΠ , γίνονται συ-

αναρροφήσεις και πλύσεις ΦΟ και αντιόξινα. Συχνή παρακολούθηση.

5/11 (7-3) Βαρεία κατάσταση. Συχνές αναρροφήσεις. Ο ασθενής αιμορραγεί από το στόμα. Ενημερώθηκε ο εφημερεύων γιατρός. Παρακολούθηση.

Ο κ. Β.Κ. συνταξιούχος 85 ετών, κάτοικος Πατρών, συνοδευόμενος από το γιό του Κ.Κ. στις 20.8.89 και ώρα 10 π.μ. ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία του Περ.Παν/κού Γεν.Νοσ/μείου Πατρών, μεταφερόμενος σε φορητή καρέκλα όπου διαπιστώθηκε ότι δεν μπορούσε να κινήσει το δεξί άνω και κάτω άκρο και είχε πονοκέφαλο.

Υστερα από εξέταση που έγινε στον ασθενή από Νευρολόγο, ετέθη διάγνωση εγκεφαλικού επεισοδίου, λόγω ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου και συγκεκριμένα στην περιοχή της έσω κάψας και των βασικών γαγγλίων όπως επιβεβαιώθηκε αργότερα με την αξονική τομογραφία.

Στη συνέχεια ο κ.Β.Κ. μεταφέρθηκε στην Νευρολογική κλινική και με λεπτομερή ANE προέκυψε ότι παρουσίασε αιφνίδια δεξιά ημιπάρεση με σημείο BARRE (+) και σημείο BABINSKI (+).

Τοποθετήθηκε σ' αυτόν ορρός DEXTROSE 5% 1000 CC και ενημερώθηκε να μείνει νηστικός την επόμενη μέρα για να κάνει εργαστηριακές εξετάσεις. Έγιναν οι εργαστηριακές εξετάσεις αφού προηγουμένως γινόταν ενημέρωση και δινόταν βοήθεια οπότε χρειαζόταν.

Μετά από φαρμακευτική θεραπεία 20 ημερών αισθανόταν καλύτερα, εμφάνιζε βελτίωση στην κινητικότητα του δεξιού άνω και κάτω άκρου και κάνοντας δεύτερη αξονική τομογραφία ύστερα από εντολή γιατρού διαπιστώθηκε ότι το αιμάτωμα έχει σχεδόν πλήρως απορροφηθεί.

Αφού δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες στον ασθενή και το γιό του όσον αφορά την φροντίδα του πρώτου, για επανεξέτασή του μετα διμήνου ενώ έγινε διδασκαλία σχετικά με το εγκεφαλικό επεισόδιο, για πιθανή άλλη προσβολή, για υπομονή και κατανόηση στον άρρωστο κατά την θεραπεία για να αποφευχει τα ζεστά μπάνια ώστε να μην σταματά αίμα στα κάτω άκρα και για την διαίτά του. Πήρε εξιτήριο και μεταφέρθηκε στο σπίτι του με ασθενοφόρο.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ
ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΤΟΥΣ

Η φροντίδα για την αποθεραπεία, την ψυχολογική υγεία, την κοινωνική αποκατάσταση αυτών που ύστερα από εγκεφαλική προσβολή έχουν κάποια αναπηρία μένει ελλειπής χωρίς την κατάλληλη κοινωνική υποδομή. Δύο μέτρα είναι ιδιαίτερα αναγκαία.

Πρώτο, η βελτίωση της κοινοτικής υγειονομικής διαπαιδαγώγησης με την προώθηση του θεσμού της κοινοτικής νοσηλεύτριας και της επισκέπτριας υγείας.

Η παρουσία της κοινοτικής νοσηλεύτριας είναι απαραίτητη για την πλήρη σωματική και ψυχική αποκατάσταση του αρρώστου μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Αυτή θα επισκεφθεί τον άρρωστο στο σπίτι του θα δει από κοντά την οικογενειακή και οικονομική του κατάσταση, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει καλή εντύπωση και επαφή και να κερδίσει την εμπιστοσύνη όχι μόνο του ίδιου αλλά και των οικείων του.

Στις αρχικές επισκέψεις της η κοινοτική νοσηλεύτρια θα δείχνει στον άρρωστο πώς θα πλένεται, πώς θα ντύνεται και θα γδύνεται μόνος του, πώς θα σηκώνεται από το κρεβάτι. Ο άρρωστος πρέπει να μάθει αυτές τις καθημερινές δραστηριότητες όχι μόνο για θεραπευτικούς λόγους αλλά γιατί έτσι αισθάνεται ότι δεν είναι βάρος στους άλλους και νοιώθει σιγουρός για τον εαυτό του και ανεξάρτητος.

Ο άρρωστος μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο αισθάνεται άσχημα, νοιώθει ότι είναι άναξιος για οποιαδήποτε δουλειά, ότι είναι βάρος στην κοινωνία. Η κοινοτική νοσηλεύτρια θα του μιλήσει ενθαρρυντικά και με αισιοδοξία, θα προσπαθήσει να τον πεί-

σει με επιχειρήματα ότι μπορεί να είναι ακόμα χρήσιμος και θα του υποδείξει τρόπους ανάπτυξης των δυνατοτήτων του. Μπορεί να του προτείνει κάποια δουλειά στην οποία μπορεί ακόμα να εργασθεί, να τον συμβουλεύει, σε θέματα επαγγελματικά ή οικολογικά, αλλά χωρίς να γίνεται αδιάκριτη ή πιεστική. Αυτή θα φροντίσει για την κοινωνικοποίησή του φερνοντας τον σε επαφή με άλλους ανθρώπους και παρακινώντας του να διατηρήσει τα ενδιαφέροντά του και τις αγαπημένες του ασχολίες. Ακόμη η κοινοτική νοσηλεύτρια πρέπει να πείσει τους οικείους του να δεχθούν την καινούργια κατάσταση του ασθενή τους, χωρίς να εκφράζουν δυσαρέσκειες ή να παίρνουν βαριεστημένο ύφος, γιατί ο άρρωστος είναι πολύ ευαίσθητος και καταλαβαίνει οποιαδήποτε αλλαγή στην συμπεριφορά τους.

Επίσης δεν πρέπει να κουράζεται να τους τονίζει σε κάθε επίσκεψη στο σπίτι τους ότι πολλά εξαρτώνται απ'αυτούς και ότι με την σταση τους ασκούν μια μορφή ψυχοθεραπείας.

Μαζί με την κοινοτική νοσηλεύτρια και η επισκέπτρια υγείας συμβάλλει στο έργο της αποκατάστασης του αρρώστου μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Οι επισκέψεις της στο σπίτι του αρρώστου στην αρχή είναι συχνές και έχουν σαν σκοπό την προώθηση, την διατήρηση της κατάλληλης νοσηλείας και της ιατρικής παρακολούθησης. Η επισκέπτρια φροντίζει να εφαρμόζει ο άρρωστος σωστά τις ιατρικές οδηγίες, να επισκέπτεται τακτικά τον γιατρό, να ασχολείται με καθημερινές δραστηριότητες.

Αξιοποιεί την γενική κατάσταση της υγείας του αρρώστου και μπορεί να προλάβει την επόμενη προσβολή. Παρέχει συμβουλές στον άρρωστο και στην οικογένειά του για αντιμετώπιση πρώιμων συμπτωμάτων του εγκεφαλικού επεισοδίου. Επίσης μπορεί

να δώσει συμβουλές σε διάφορα προσωπικά ή ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου.

Μπορεί να δώσει τις πρώτες βοήθειες σε μια ξαφνική αρρώστια εκτός από το γνωστό εγκεφαλικό επεισόδιο και μπορεί να κάνει τις ενέσεις ινσουλίνης, αν ο άρρωστος πάσχει και από διαβήτη. Φροντίζει να επιστρέψει ο άρρωστος στην εργασία του, αν είναι σε θέση να δουλέψει, συστήγει και φροντίζει για κάποια άλλη δουλειά στα πλαίσια των ικανοτήτων του, μετά την εγκεφαλική προσβολή.

Με το πέρασμα των μηνών οι επισκέψεις της αραιώνουν και έχουν σκοπό τον περιορισμένο έλεγχο της υγείας.

Δεύτερο μέτρο είναι η επαρκής λειτουργία κέντρων επαγγελματικού προσανατολισμού αναπήρων ατόμων. Βέβαια το να μιλάμε για επαγγελματική αποκατάσταση αναπήρων, σε κοινωνίες που πλήττονται από ανεργία, μπορεί να είναι εξωπραγματικό. Όμως δεν πρέπει να αγνοούμε ότι δεκάδες χιλιάδες άτομα στην Ελλάδα που θέλουν και μπορούν να εργασθούν κάτω από ειδικές συνθήκες ζουν σε βάρος των οικογενειών τους και της κοινωνίας. Η προώθηση του θεσμού του ψυχολόγου ή του κοινωνικού λειτουργού, που βρίσκεται σε μόνιμη επαφή με τα ανάλογα προβλήματα του πληθυσμού είναι απαραίτητη.

Τα κρατικά επιδόματα πρέπει να είναι σε τέτοιο επίπεδο που να επαρκούν για τις στοιχειώδεις ανάγκες των κατάκοιτων και αναπήρων.

Οι περισσότεροι από τους αφασικούς αρρώστους μιλούν χωρίς συστηματική βοήθεια από ειδικό. Πρέπει να δοθεί η κατάλληλη μέριμνα για την ειδική τεχνική επανεκπαίδευση που απαιτούν οι αφασικές διαταραχές.

Στην πατρίδα μας υπάρχει ανεπάρκεια ειδικών ιδρυμάτων για κατάκοιτους ανάπηρους ημιπληγικούς. Για τους αρκετά πλούσιους υπάρχουν μερικά ιδιωτικά ιδρύματα, γεγονός που απειλείνει την κοινωνική ανισότητα.

Κάποτε η Ελλάδα πρέπει να αποκτήσει ένα δίκτυο τέτοιων ιδρυμάτων, που να καλύπτουν στοιχειωδώς έστω τις ανάγκες που υπάρχουν.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Γνωρίζοντας πια το πρόβλημα του εγκεφαλικού επεισοδίου, βγαίνει το συμπέρασμα ότι, παρόλες τις πολλές και συνεχείς έρευνες που έχουν γίνει, καθώς και την χρησιμοποίηση πολλών νέων διαγνωστικών μεθόδων, το θέμα παραμένει σε πολλά σημεία του αρκετά ασαφές. Οπωσδήποτε όμως υπάρχουν ενδιαφέρουσες προοπτικές για το άμεσο μέλλον. Ίσως βοηθήσουν αποτελεσματικά, η απόκτηση μεγαλύτερης πείρας στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ηλεκτρονικής αξονικής τομογραφίας του εγκεφάλου, καθώς και τα νεώτερου τύπου μηχανήματα που κατασκευάζονται ή πρόκειται να κατασκευαστούν.

Είναι πιθανόν επίσης, να αναπτυχθεί η ικανότητα ώστε να καθορίζεται από πιο πριν η παρουσία θρόμβων σε ένα αγγείο, με τη βοήθεια της σωστής αξιοποίησης των νέων μεθόδων και τεχνικών οι οποίες θα προσφέρουν χωρίς αμφιβολία στο μέλλον, την δυνατότητα διαλεύκανσης ολόκληρου του μηχανισμού που δημιουργεί το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Κλείνοντας εδώ το θέμα του εγκεφαλικού επεισοδίου εύχομαι:

α) Η πρόοδος της επιστήμης, η οποία προϋποθέτει ειρήνη σ'όλο τον κόσμο, να εξαλείφει γρήγορα και το βαρύ αυτό σύνδρομο.

β) Μέχρι τότε, να δημιουργηθούν στην πατρίδα μας οι κατάλληλες συνθήκες και προϋποθέσεις για μια πιο ανθρώπινη ζωή στα χιλιάδες θύματα του εγκεφαλικού επεισοδίου και τις οικογένειές τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

- Κατσιδωρος Δ-Λειβαδίτης-Μ. Μαριανός Α.
" Το εγκεφαλικό επεισόδιο"
Εκδοση : Κοζάκης Α. Αθήνα 1981.

- Μαλαρινού Α.Μ. - Κωνσταντινίδου Φ.Σ.
Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική
Τόμος Α΄ και Β΄, Εκδόσεις " Η ΤΑΒΙΘΑ"
Αθήνα 1985.

- Σαχίνη Α. - Πάνου Μ.
Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική
Τόμος 1ος και 2ος , Μέρος Β΄
Εκδόσεις "ΒΗΤΑ" , Αθήνα 1985.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

- BERR F. POITEVIN.
Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια
Τόμος 2ος. Εκδόσεις "Χρυσός Τύπος"
Αθήνα 1970.

- HARRISON. Εσωτερική Παθολογία, Έκδοση 8η, Τόμος 3ος
Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1982.

- BEAD E. ALAN - BARRETTI W.D.-HEWER LANGTON R.
Σύγχρονη Παθολογία, Δεύτερη Έκδοση
Εκδόσεις "ΛΙΤΣΑΣ" , Αθήνα 1984.