

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	441 B
----------------------	-------

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

Π ρ ό λ ο γ ο ς I

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Εμβρυολογία 1

Ανατομία - Ιστολογία 2

Φυσιολογία 6

Κλινικο-Εργαστηριακή διερεύνηση των παθήσεων του
θυρεοειδούς 16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Παθήσεις του θυρεοειδή - Εισαγωγή 24

Απλές βρογχοκήλες 26

Διάχυτη απλή βρογχοκήλη 29

Οζώδης βρογχοκήλη 29

Υπερθυρεοειδισμός 33

Υπερθυρεοειδισμός τύπου BASEDOW ή GRAVES 34

Ενδοκρινής οφθαλμοπάθεια 40

Αυτόνομο αδένωμα 41

Υποθυρεοειδισμός 45

Πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός 45

Δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός 48

Μυξοιδηματικό Κώμα 51

Θυρεοειδής και εγκυμοσύνη 53

Θυρεοειδίτιδα 57

Ταξινόμηση της θυρεοειδίτιδας 57

Οξεία θυρεοειδίτιδα 58

Υποξεία θυρεοειδίτιδα DE QUERVAIN 59

Χρόνια Λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα νόσος HASHIMOTO	61
Καρκίνος του θυρεοειδή	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με παθήσεις θυρεοειδή	68
" " " με υπερθυρεοειδισμό	68
" " " με θυρεοειδική κρίση	70
" " υφολ. θυρεοειδεκτομής	74
I . Προχειρητική φροντίδα	75
II. Μετεγχειρητική φροντίδα	76
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με υποθυρεοειδισμό ..	80
" παρέμβαση σε ασθενή που έχει παρουσιάσει μυξοιδηματικό κώμα	85
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με παθήσεις θυρεοειδ.	87
Νοσηλευτική παρέμβαση σε υποξεία θυρεοειδίτιδα	87
" " σε θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO ..	88
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με όγκο του θυρεοειδή	90
Πίνακας 1.1.	94
Νοσηλευτική διεργασία	96
Ε π ί λ ο γ ο ς	107
Β ι β λ ι ο γ ρ α φ ί α	108

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Τα νοσήματα του θυρεοειδή αδένου είναι πολύ συχνά.

Η βιβλιογραφία σχετικά με τα νοσήματα του θυρεοειδή είναι τεράστια και πολλές φορές αντικρουόμενη που συνεπάγεται ειδική εμπειρία για την αξιολόγησή της.

Όμως παρά την απειρία μου και τη στενότητα του διαθέσιμου χρόνου, προσπάθησα η εργασία αυτή να γίνει κατά τρόπο συνθετικό και να περιλάβω την ουσία και τα όσα έχουν λεχθεί τα τελευταία χρόνια, καθώς επίσης το ρόλο και τη σημασία της συμμετοχής του νοσηλευτή/τριας στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενή με παθήσεις του θυρεοειδή.

Η εργασία αυτή γραμμένη σύμφωνα με τις αρχές του 20ου αιώνα έχει σαν αντικειμενικό σκοπό να βοηθήσει με απλό και γρήγορο τρόπο, τον αναγνώστη να αποκτήσει μαζί με τις βασικές γνώσεις, την ικανότητα να κατανοήσει τα προβλήματα του θυρεοειδή και να κατανοήσει την φιλοσοφία και την παροχή της εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς με παθήσεις του θυρεοειδή, προσφέροντάς του όλα τα βασικά στοιχεία.

Ο αναγνώστης στηριζόμενος στη βιβλιογραφία μπορεί άνετα και εποικοδομητικά να επεκτείνει και να εμβαθύνει τις γνώσεις του και να γνωρίσει και άλλες απόψεις.

Νομίζω ότι η εργασία αυτή μπορεί να δώσει απάντηση σε πολλά ερωτήματα και πως είναι χρήσιμη ιδιαίτερα για τους σπουδαστές και νοσηλευτές.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή μου κ. Γιώργο Πέτρου, για την καθοδήγησή του, την υπομονή του, τη βοήθειά στην αξιολόγηση της Βιβλιογραφίας και τη διόρθωση της Εργασίας .

Επίσης ευχαριστώ την Καθηγήτριά μου Κα Παρασκευή Γεωργούση, για την υποστήριξη στην προσπάθειά μου, την προθυμία που έδειξε να με βοηθήσει και τη διόρθωση της Εργασίας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α

Ε μ β ρ υ ο λ ο γ ί α :

Η κεφαλική μοίρα του αρχέγονου εντέρου δίνει γένεση στον εμβρυϊκό φάρυγγα. Εμβρυολογικά ο θυρεοειδής προέρχεται από μια εκβλάστηση του εβρυϊκού φάρυγγα μεταξύ των δύο πρώτων φάρυγγικών πτυχών η οποία αναφαίνεται περίπου την 17η ημέρα στο μέσο της κάτω επιφάνειάς του. Η εκβλάστηση αυτή γίνεται σύντομα δίολη και μεταναστεύει προς τον τράχηλο συνδεόμενη με το φάρυγγα με ένα κοίλο μίσχο, το θυρεογλωσσικό πόρο.

Η πρόσφυση του μίσχου γίνεται σε κείνο το σημείο του φάρυγγα από το οποίο αναπτύσσεται η γλώσσα και αντιστοιχεί το τυφλό φύμα. Ο θυρεογλωσσικός πόρος αρχίζει να ατροφεί και εξαφανίζεται γύρω στην 6η εβδομάδα.

Ο θυρεοειδής αναπτυσσόμενος μεταναστεύει προς τα κάτω για να φθάσει μπροστά από την αρχή της τραχείας. Υπολείμματα ιστού μπορεί να παραμείνουν κατά μήκος της πορείας του πόρου (γλωσσικός θυρεοειδής, πυραμοειδής λοβός κλπ.).

Η ιστολογική διαφοροποίηση του θυρεοειδή παρατηρείται από την 7η-8η εβδομάδα οπότε αρχίζει ο σχηματισμός των κυστιδίων. Ο εβρυϊκός θυρεοειδής προσλαμβάνει εκλεκτικά το ιώδιο από τη 10η-12η εβδομάδα. Την ίδια εποχή αρχίζει η έκκριση κολλοειδούς, η σύνθεση όμως των θυρεοειδικών ορμονών αρχίζει περίπου την 19η εβδομάδα.

Ανατομία - Ιστολογία:

Ο θυροειδής αδένας είναι ένα συμπαγές αγγειώδες όργανο. Βρίσκεται κάτω από το ωοειδές οστό, μπροστά και πλάγια της αρχής της τραχείας και πλάγια του λάρυγγα.

Το βάρος του ποικίλει, από 16 GR, το ελάχιστο έως 60 GR. το μέγιστο. Συνήθως είναι 20-30 GR.

Αποτελείται από δύο ωοειδούς σχήματος λοβούς. Οι δύο λοβοί συνδέονται στη βάση τους με μια γέφυρα, τον ισθμό του θυροειδούς. Ο ισθμός είχε ποικίλο εύρος (0,3-1 CM). Μερικές φορές (1%) ο ισθμός λείπει και στη θέση του υπάρχει μια ινώδης ταινία.

Σε συχνότητα 30-50% από τον ισθμό προβάλλει προς τα πάνω μια απόφυση, ο πυραμοειδής λοβός, που φέρεται από τον ισθμό προς το ωοειδές οστό. Κάθε λοβός έχει άνω και κάτω πόλο. Το μέγεθος των λοβών είναι συχνά άνισο, με υπεροχή του δεξιού λοβού.

Ο θυροειδής βρίσκεται πολύ κοντά στην εξωτερική επιφάνεια του σώματος και γειτονεύει με σημαντικά ανατομικά μέρη του τραχήλου. Η πρόσθια επιφάνεια του ισθμού και ένα τμήμα των δύο λοβών διαχωρίζεται από το δέρμα με ένα στρώμα λιπώδους ιστού και συνδετικού ιστού. Μεταξύ του δέρματος και του μεγαλύτερου τμήματος των λοβών, μεσολαβούν οι στερνοκλειδοί, οι στερνοκλειδομαστοειδείς και οι στερνοθυροειδείς μύς καθώς επίσης και η μέση τραχηλική περιτονία.

Ο θυροειδής αδένας περιβάλλεται από λεπτή κάψα η οποία εκπέμπει διαφράγματα από συνδετικό ιστό προς το εσωτερικό του αδένος, που το χωρίζουν σε πολυπληθή λοβία. Κάθε λοβίο αποτελείται από 30-40 σφαιρικά κυστίδια ποικίλου μεγέθους. Αυτά παριστάνουν τη λειτουργική μονάδα του θυροειδούς και αποτελούν-

ται από τη βασική μεμβράνη, τα επιθηλιακά κύτταρα και το κολλοειδές που γεμίζει την κοιλότητά τους. Το κολλοειδές περιέχει μια ειδική για το θυρεοειδή πρωτεΐνη, τη θυρεοσφαιρίνη.

Η βασική μεμβράνη καλύπτει την εξωτερική επιφάνεια του κυστιδίου και έρχεται σε επαφή με τα κύτταρα του κυστιδίου και με τα τριχοειδή που το περιβάλλουν.

Τα κύτταρα του κυστιδίου είναι δύο ειδών:

- α. Τα θυρεοειδικά που αποτελούν το τοίχωμα του κυστιδίου και παράγουν τις θυρεοειδικές ορμόνες.
- β. Τα παραθυλακιώδη κύτταρα ή κύτταρα C είναι ολιγάριθμα, αλλά μεγάλα κύτταρα. Βρίσκονται κοντά στη βασική μεμβράνη και δεν επικοινωνούν με την κοιλότητα του κυστιδίου. Τα κύτταρα αυτά παράγουν την καλσιτονίνη και εμβρυολογικά προέρχονται από τον 4ο φαρυγγικό θύλακα.

Έξω από το θυρεοειδή υπάρχει μια άλλη ισχυρότερη ινώδης κάψα που τον καθλώνει πίσω στην τραχεία και στο έλυτρο του αγγειονευρώδους δεματίου του τραχήλου.

Στην οπίσθια επιφάνεια του θυρεοειδή μεταξύ της κάψας του αδένος και της ινώδους κάψας βρίσκονται οι παραθυρεοειδείς αδένες. Πλησίον της οπίσθιας επιφάνειας κορεύεται το καλίνδρομο λαρυγγικό νεύρο. Από την επιφάνεια αυτή εισέρχεται στον αδένος τα κυριότερα αγγεία και νεύρα. Τα νεύρα προέρχονται από το άνω και το κάτω λαρυγγικό νεύρο και από το κάτω αυχενικό γάγγλιο του συμπαθητικού.

Η αιμάτωση του θυρεοειδή είναι πλούσια. Υπολογίζεται ότι διέρχονται από το θυρεοειδή 120 κ.εκ. αίματος ανά πρώτο λεπτό.

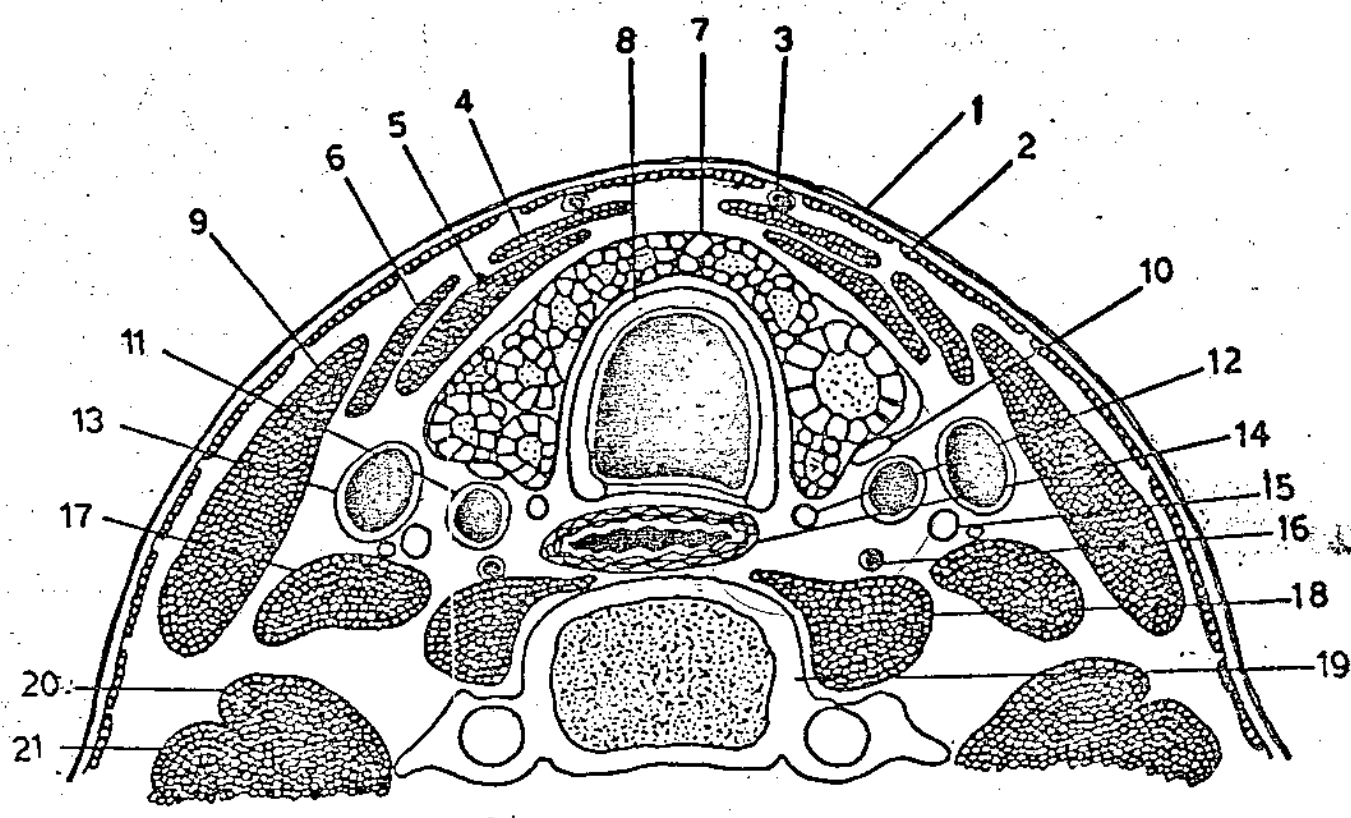
Η αιμάτωση του θυρεοειδή εξασφαλίζεται από τις δύο άνω θυρεοειδικές αρτηρίες που είναι κλάδοι της έξω καρωτίδας και τις δύο κάτω θυρεοειδικές αρτηρίες που είναι κλάδοι του θυρεο-

αυχενικού στελέχους της υποκλειδίου. Μια τρίτη ασταθής αρτηρία η μέση θυρεοειδική (αρτηρία του NEUBAUER) που είναι κλάδος του αορτικού τόξου ή της ανώνυμης αρτηρίας, πορεύεται προς τα άνω στη μέση γραμμή της τραχείας και απολήγει στον ισθμό.

Από τις αρτηρίες αυτές προκύπτει ένα πυκνό δίκτυο που αποτελείται από πολύ λεπτά τριχοειδή που περιβάλλουν κάθε θυλάκιο.

Το φλεβικό σύστημα του θυρεοειδή αποτελούν οι άνω θυρεοειδικές φλέβες που εκβάλλουν στην έσω σφραγίτιδα ή στην κοινή προσωπική φλέβα, οι κάτω θυρεοειδικές φλέβες που πορεύονται προς τα κάτω στην πρόσθια επιφάνεια της τραχείας και εκβάλλουν στις ανώνυμες φλέβες ή στις έσω σφραγίτιδες. Και οι μέσες θυρεοειδικές φλέβες που εκβάλλουν στις έσω σφραγίτιδες.

Ο θυρεοειδής διαθέτει πλούσιο λεμφαγγειακό δίκτυο. Τα λεμφαγγεία των δύο λοβών επικοινωνούν μέσω του ισθμού και αποχετεύονται σε τρεις ομάδες λεμφαγγείων (Τα γάγγλια της έσω σφραγίτιδας, τα προτραχειακά και τα λεμφογάγγλια που βρίσκονται κατά μήκος του παλύνδρομου νεύρου).



εχ.1

Α.

Εγκάρσια διατομή τραχήλου - γραμμική απεικόνιση
1. δέρμα, 2. μυώδες πλάτυσμα, 3. προσδια σφαγιτιδα φλέβα
4. στερνοϋοειδής μύς, 5. στερνοθυρεοειδής μύς, 6. ωμούοειδής μύς
7. θυρεοειδής αδένας, 8. τραχεία, 9. στερνοκλειδομαστοειδής μύς
10. παραθυρεοειδής αδένας, 11. κοινή καρωτιδα αρ., 12. παλινδρομο
(κάτω) λαρυγγικό νεύρο, 13. έσω σφαγιτιδα φλ., 14. οισοφάγος
15. πνευμονογαστρικό νεύρο, 16. κάτω θυρεοειδική αρ., 17. πρόσθιος
σκαληνός μύς, 18. επιμήκης τραχηλικός μύς, 19. αυχενικός σπόνδυλος
20. μέσος σκαληνός μύς, 21. οπίσθιος σκαληνός μύς.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Η αποστολή του θυρεοειδή αδένος έγκειται στη σύνθεση, αποταμίευση και έκκριση της θυροξίνης (T_4) και τριιωδοθυρονίνης (T_3) ορμόνες απαραίτητες για την ανάπτυξη του σώματος και την επιτέλεση του φυσιολογικού μεταβολισμού. Εκκρίνει επίσης την καλτσιτονίνη, ορμόνη που έχει μεγάλη σημασία για το μεταβολισμό του ασβεστίου.

Το ιώδιο βρίσκεται στο επίκεντρο της λειτουργίας του θυρεοειδή. Η καθημερινή ανάγκη του ανθρώπου σε ιώδιο, ανέρχεται σε 100 μέχρι 300 μg , την ημέρα. Προσλαμβάνεται από το λεπτό έντερο σαν ιόντα ιωδίου με την τροφή, το νερό και γενικότερα από το περιβάλλον. Η τυχόν ιωδιοπενία του οργανισμού οφείλεται σε τελική ανάλυση σε ελαττωμένη περιεκτικότητα του εδάφους σε ιώδιο. Χρησιμοποιείται για τη σύνθεση των δύο ορμονών του θυρεοειδή, δηλαδή την τριιωδοθυρονίνη (3,5,3-τριιωδοθυρονίνη) ή T_3 και την τετραϊωδοθυρονίνη (3,5,3,5-τετραϊωδοθυρονίνη) ή T_4 ή θυροξίνη.

Σε φυσιολογική πρόσληψη ιωδίου, η καθημερινή απόδοση του υγιούς θυρεοειδή ανέρχεται περίπου σε 90 μg I-τετραϊωδοθυρονίνη (T_4), και σε 9 μg τριιωδοθυρονίνη (T_3)

Ο θυρεοειδής αποταμιεύσει ιώδιο τουλάχιστον για 2-3 μήνες. Η μέση ποσότητα ιωδίου ενός φυσιολογικού σε βάρος θυρεοειδή ανέρχεται σε 10 μέχρι 20 mg που αντιστοιχεί στο 80-90% ολόκληρου του ιωδίου του σώματος.

Σε μερικές περιοχές η καθημερινή πρόσληψη ιωδίου είναι μειωμένη. Αυτές οι περιοχές χαρακτηρίζονται ως βρογχοκηλογόνες. Τέτοιες περιοχές βρίσκονται στην Ελλάδα, στις ορεινές περιοχές

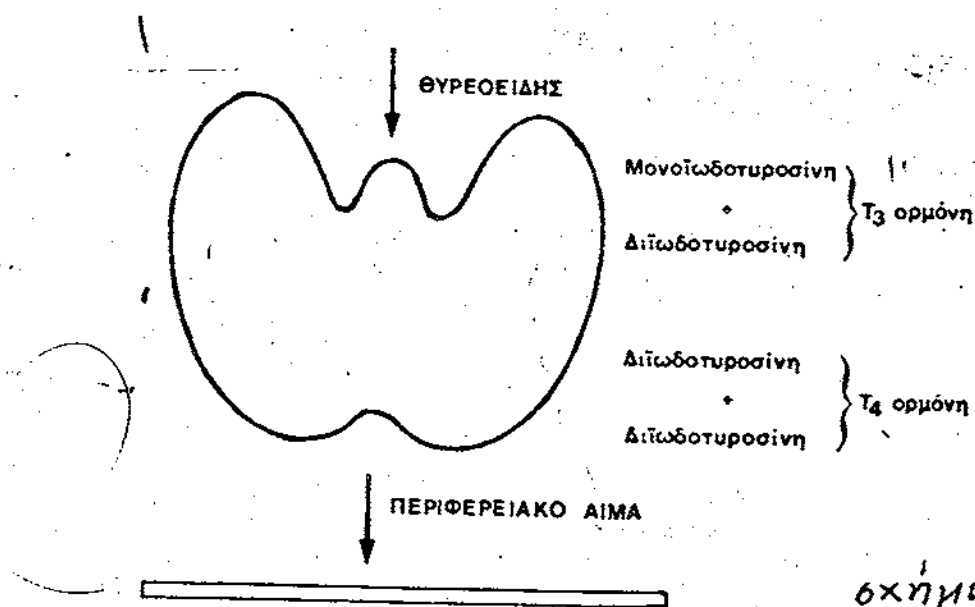
της Μέσης Ευρώπης (Άλπεις, Καρπάθια), της Ασίας (Ιμαλάια, Τιβαν) της Αφρικής (Αιθιοπία), της Αμερικής (Κορδιλιέρες, Βραχώδη όρη, στην ΕΣΣΔ (Ουράλια, στα βουνά της μέσης Ασίας, στον Καύκασο και σε μερικές περιοχές της Ανατολικής Σιβηρίας).

Στην ΕΣΣΔ και ΗΠΑ με λήψη μέτρων για την πρόληψη της νόσου επιτεύχθηκε η σχεδόν ολοκληρωτική εξάλειψη πολλών εστιών της επιδημικής βραγχοκήλης.

Εξαιτίας αυτής της έλλειψης ιωδίου, μπορεί να παρατηρηθεί μια αντιρροπιστική υπερπλασία του θυρεοειδή, με συνέπεια τη δημιουργία της ενδημικής βρογχοκήλης.

Αν το ανόργανο ιώδιο στο αίμα ξεπερνά το επιθυμητό επίπεδο, τότε μέσω ενός αυτορρυθμιζόμενου μηχανισμού, του ονομαζόμενου WOLFFCHAIKOFF μηχανισμού, αναστέλλεται η απεριόριστη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών.

Η σύνθεση των ορμονών του θυρεοειδή, ακολουθεί τη σειρά:



- α) Ο θυρεοειδής προσλαμβάνει το ιώδιο σε μορφή ιόντων (IODINATION) από το αίμα.
- β) Με ενζυματικό τρόπο συνδέεται το ιώδιο με την Τυροσίνη (IODISATION) και σχηματίζονται οι δύο ιωδοτυροσίνες (η μονοϊωδοτυροσίνη (MIT) και η διϊωδοτυροσίνη (DIT)). Ο σχηματισμός των ιωδοτυροσινών γίνεται στη θυρεοσφαιρίνη.
- γ) Σύζευξη από μονοϊωδοτυροσίνη (MIT) και διϊωδοτυροσίνη (DIT) σε τριϊωδοθυρονίνη (T_3) και από 2 διϊωδοτυροσίνες σε τετραϊωδοθυρονίνη (T_4).
- δ) Αποταμίευση των δύο ορμονών στην πρωτεΐνη του κολλοειδούς με τη μορφή της θυρεοσφαιρίνης, μια γλυκοπρωτεΐνη υψηλού μοριακού βάρους (650.000).
- ε) Απόδοση των ορμονών, όταν χρειάζεται στο αίμα.

Η καθημερινή απόδοση των ορμονών κυμαίνεται μεταξύ 100 και 120 μg . Ο βιολογικός μέσος χρόνος ζωής της T_3 φθάνει τις 20 ώρες και της T_4 τις 6-8 ημέρες.

Οι θυρεοειδικές ορμόνες κυκλοφορούν στο αίμα συνδεδεμένες κατά 70% με σφαιρίνες (THYROXIN BOUND GLOBULIN - TBG) και οι οποίες στην ηλεκτροφόρηση τοποθετούνται μεταξύ των κλασμάτων α_1 και α_2 και κατά 30% συνδέονται με προλευκωματίνες (TBPA) και λευκωματίνες (TBA). Η θυροξίνη στο αίμα συνδέεται κατά 99,96% με λευκώματα και μ' αυτή τη σύνδεση μεταφέρεται στον τόπο δράσεώς της.

Η τριϊωδοθυρονίνη συνδέεται λιγότερο με τα λευκώματα. Η ποσότητα της τριϊωδοθυρονίνης που μετράται στο αίμα αποδίδεται από το θυρεοειδή και από την αποϊωδίωση της θυροξίνης.

Εδώ θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι δεν είναι όλη η ποσότητα των θυρεοειδικών ορμονών συνδεδεμένη με τα λευ-

κώματα, αλλά ένα μικρό ποσοστό (μικρότερο του 1%) κυκλοφορεί σε ελεύθερη κατάσταση στο αίμα. Η ελεύθερη θυροξίνη (FT_4) αποτελεί το 0,045% της ολικής ποσότητας θυροξίνης και αντιστοιχεί σε 0,8-2,0 $ng/100$ ML ενώ η ελεύθερη τριϊωδοθυροξίνη (FT_3) αποτελεί το 0,025% και αντιστοιχεί σε 0,2-0,4 $ng/100$ ML.

Οι "ελεύθερες" αυτές θυρεοειδικές ορμόνες είναι οι κατ'εξοχήν υπεύθυνες για τις βιολογικές και μεταβολικές επιδράσεις του θυρεοειδή στον άνθρωπο.

Ο θυρεοειδής έχει την ικανότητα να αποταμιεύει αρκετές ποσότητες της θυροξίνης και τριϊωδοθυρονίνης. Σε φυσιολογικές συνθήκες η θυρεοσφαιρίνη αποταμιεύει ιόντα ιωδίου και θυρεοειδικές ορμόνες έτσι ώστε επί ελαττωμένης πρόσληψης ιωδίου να μπορεί να ανταπεξέρχεται για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστο 2-3 μηνών στις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού.

Η απελευθέρωση και ο διαχωρισμός των θυρεοειδικών ορμονών επιτυγχάνεται δια πρωτοεολύσεως (πρωτεολυτική επεξεργασία) της θυρεοσφαιρίνης. Ο θυρεοειδής αποδίδει κατά μέσο όρο καθημερινά 90 ng T_4 και 9 ng T_3 . Μια επιπλέον ποσότητα της T_3 20-30 ng σχηματίζεται δια "αποϊωδιώσεως" της T_4 να θεωρείται σαν η "προορμόνη" της T_3 .

Από την T_4 προέρχεται επίσης η ανάστροφη τριϊωδοθυρονίνη ορού ($r-T_3$), η οποία σε ορισμένες εξωθυρεοειδικές ασθένειες αυξάνεται στο ίδιο ποσοστό στο οποίο ελαττώνεται αντίστοιχα η T_3 .

Ο θυρεοειδής αποδίδει και άλλες θυρονίνες, οι οποίες δεν παρουσιάζουν κλινική σημασία.

Μέρος των απελευθερούμενων ιόντων ιωδίου, το οποίο προέρχεται από τη διάσπαση των ορμονών στα κύτταρα, ξαναγυρίζει στην κυκλοφορία του ιωδίου, ενώ ένα άλλο μέρος του μαζί με έ-

να μέρος του προσλαμβανόμενου με την τροφή, αποβάλλεται με τα ούρα. Ένα ελάχιστο ποσοστό των ιόντων ιωδίου και των μεταβολικών προϊόντων των θυρεοειδικών ορμονών αποβάλλεται με τη χολή και τα κόπρανα.

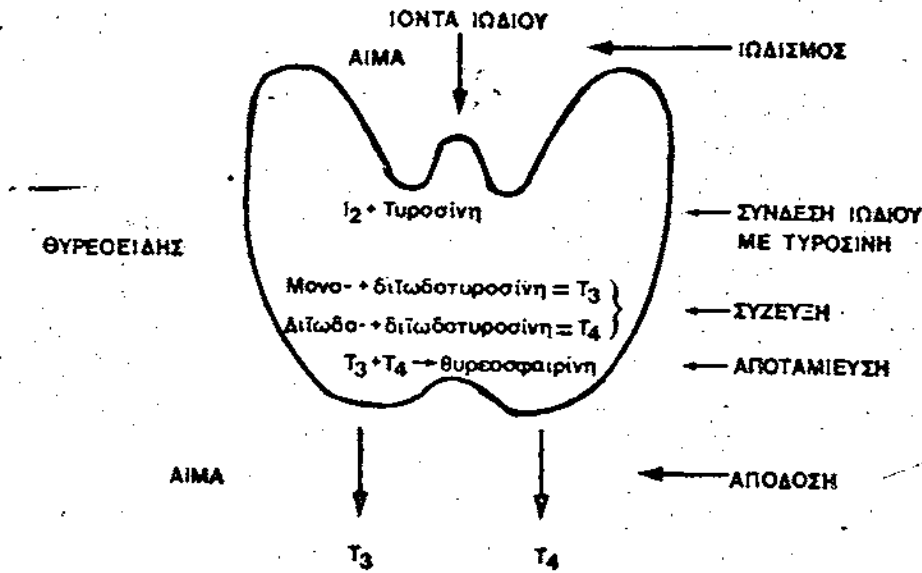
ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ ΤΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ

Ο υγιής θυρεοειδής δεν εργάζεται αυτόνομα. Ελέγχεται και ρυθμίζεται από ένα κεντρικό σύστημα ανώτερων κέντρων, το οποίο βρίσκεται στο μεσεγκέφαλο και το οποίο αποτελείται από την υπόφυση και τον υποθάλαμο.

Η κεντρική ρύθμιση επιτυγχάνεται από τη θυρεοτροπινεκλυτική ορμόνη (THYROTROPIN-RELEASING HORMONE : TRH.) - μια νευροορμόνη του υποθαλάμου (ένα τριπεπτίδιο), της οποίας η δομή και η σύνθεση έχει επιτευχθεί το 1969 από τους SCHALLY και GUILLEMIN.

Ο υποθαλαμικός αυτός παράγοντας εισέρχεται μέσω του αγγειακού συστήματος μεταξύ υποθαλάμου και πρόσθιου λοβού της υπόφυσης και ερεθίζει τον πρόσθιο λοβό, τα κύτταρα του οποίου εκκρίνουν τη θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (THYROID STIMULATING HORMONE - TSH). Αυτό συμβαίνει όταν η αλληλεπίδραση υποφύσεως και υποθαλάμου είναι φυσιολογική.

Η TSH είναι η θυρεοτρόπος ορμόνη του πρόσθιου λοβού της υποφύσεως, μια πρωτεΐνη με μοριακό βάρος 25.000, η οποία ενεργοποιεί το θυρεοειδικό ιστό να καλύπτει τις ανάγκες των θυρεοειδικών ορμονών στο περιφερειακό αίμα.

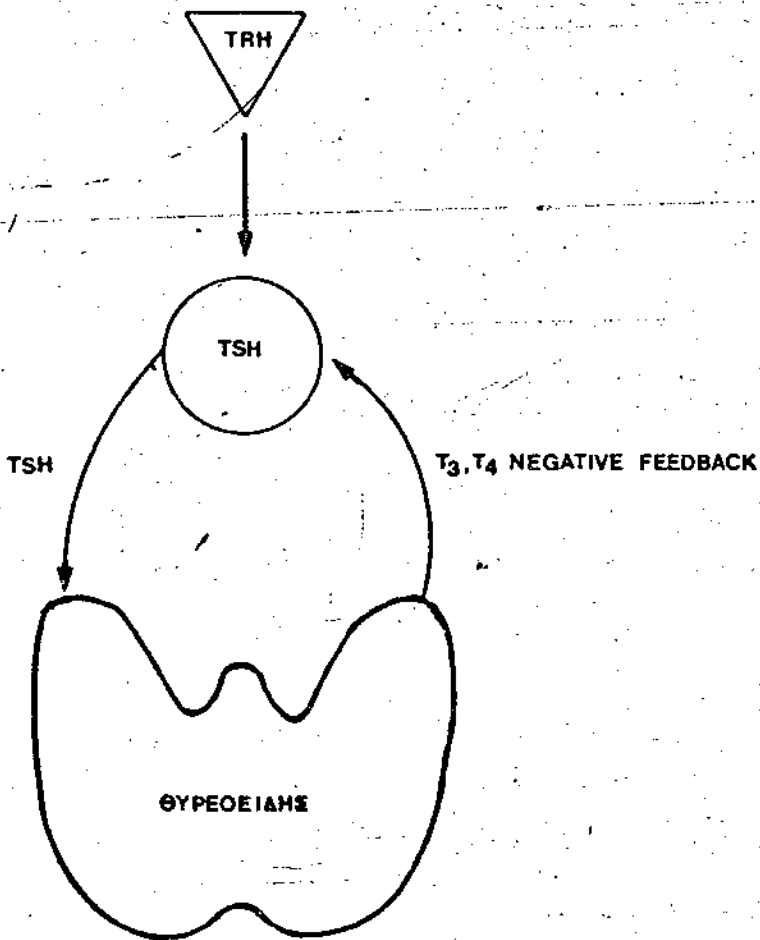


Σχήμα 3. Η σύνθεση των ορμονών στο θυρεοειδή.

Η σύνθεση και η εκκρίση της Τ.Σ.Η. ελέγχεται επίσης και από τον υποθάλαμο δια της εκκρίσεως της Τ.Κ.Η. (εκλυτική ορμόνη της θυρεοτροπίνης).

Ο μηχανισμός μέσω του οποίου οι θυρεοειδικές ορμόνες αναστέλλουν την έκκριση της Τ.Σ.Η. δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Πιθανώς να λειτουργούν ως ανταγωνιστές της Τ.Σ.Η. ή να προκαλούν την σύνθεση μιας ανασταλτικής πρωτεΐνης. Υψηλής συγγένειας πυρηνικοί υποδοχείς για την Τ₃ και την Τ₄ στην υπόφυση ίσως προάγουν αυτή την απάντηση. Τόσο η Τ₃ του πλάσματος, όσο και η Τ₃ που προέρχεται από την μετατροπόμενη στην υπόφυση Τ₄ εκάγουν αυτό το μηχανισμό της αναστολής.

Όμως πέρα από το σύστημα ο θυρεοειδής διαθέτει ένα παράλληλο σύστημα αυτορρύθμισης. Αυτό έχει σχέση με το διαθέσιμο ιώδιο προς τον αδένα και είναι ανεξάρτητο από τη δράση της Τ.Σ.Η.



Σχήμα 6.1 Η ορμονική αλληλεπίδραση στον υποθυρεοειδισμό.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ

Οι μεταβολικές ενέργειες της T_3 και T_4 είναι πολλές με διάφορες εκδηλώσεις του μεταβολισμού.

Βασικό σημείο δράσεως των θυρεοειδικών ορμονών είναι ο κυτταρικός πυρήνας. Εκτός του πυρήνα δρουν και στα μιτοχόνδρια και στα μικροσωμάτια συμβάλλοντας στην παραγωγή ενέργειας. Η ορμονική προσφορά καθορίζει τη συμπεριφορά των κυττάρων και κατά συνέπεια κάθε οργάνου.

Οι θυρεοειδικές ορμόνες οδηγούν με την ανάλογη κατανάλωση οξυγόνου και την παραγωγή θερμότητας σε μια "ευθυρεοειδική μεταβολή κατάσταση". Το μέτρο που εκφράζει την κατάσταση αυτή βασίζεται στην εκτίμηση της παραγωγής ενεργείας του σώματος στη μονάδα του χρόνου κάτω από ευθυρεοειδικές συνθήκες και ονομάζεται "βασικός μεταβολισμός".

Η κατανάλωση οξυγόνου και για τις δύο ορμόνες είναι η ίδια. Η διαφορά έγκειται στο χρόνο δράσεως. Η T_3 αρχίζει τη δράση μετά από 2 ώρες και αποκτά μετά 2 ημέρες τη μέγιστη ενέργειά της, ενώ η T_4 αρχίζει μετά από 2 ημέρες και διαρκεί 2-3 εβδομάδες.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ

Οι θυρεοειδικές ορμόνες ασκούν σημαντική δράση σε συγκεκριμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς:

- α) Στην κατανάλωση του οξυγόνου (O_2) από τους ιστούς. Η κατανάλωση του οξυγόνου από τους ιστούς αυξάνει. Η δράση αυτή αφορά σε όλους σχεδόν τους ιστούς, αλλά είναι ιδιαίτερα έκδηλη στον καρδιακό μυ και το γαστρικό βλενογόνο. Εξαίρεση

- αποτελούν ο εγκέφαλος, ο σπλήνας και οι γεννητικοί αδένες που δεν εμφανίζουν μεταβολή στην κατανάλωση οξυγόνου κάτω από την επίδραση των θυρεοειδικών ορμονών.
- β) Δράση στη σωματική αύξηση. Η έλλειψη ορμονών στην παιδική ηλικία επιδρά ανασταλτικά στην ενδοχόνδρια οστεοποίηση και διαφοροποίηση του σκελετού νε επακόλουθα την καθυστέρηση στην ωρίμανση των οστών.
- γ) Δράση στην ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Η πρώιμη έλλειψη ορμονών έχει ανασταλτική επίδραση στο ΚΝΣ με ανεπανόρθωτες βλάβες και έτσι αναπτύσσεται η εικόνα του κρετινισμού, μια βαριά πάθηση με σαφώς μεγαλύτερη σημασία από τον μυξοιδηματικό ενήλικα.
- δ) Δράση στο μεταβολισμό των λευκωμάτων. Σε φυσιολογικές πυκνότητες έχουν αναβολή δράση στη σύνθεση των λευκωμάτων. Σε μεγάλες όμως δόσεις δρουν καταβολικά με αποτέλεσμα αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και ατροφία των οργάνων (μυών κλπ).
- ε) Δράση στο μεταβολισμό των λιπών. Στο μεταβολισμό των λιπών ιδιαίτερη έκδηλη είναι η δράση των θυρεοειδικών ορμονών στη σύνθεση και αποικοδόμηση στο ήπαρ, της χοληστερίνης και των φωσφολιπιδίων και την απέκκριση από τη χολή της χοληστερίνης. Αποτέλεσμα της δράσεως αυτής είναι η μείωση της χοληστερίνης του αίματος. Επίσης αυξάνουν τη λιπολυτική δράση της αδρεναλίνης και της αυξητικής ορμόνης.
- στ) Δράση στο μεταβολισμό των υδατανθράκων. Η επίδραση των θυρεοειδικών ορμονών όταν αυτές βρίσκονται σε φυσιολογικό επίπεδο στο μεταβολισμό των υδατανθράκων δεν είναι γνωστή. Όταν βρίσκονται σε αυξημένες ποσότητες αυτές προάγουν την διάσπαση του γλυκογόνου και αυξάνουν το σχηματισμό γλυκόζης. Η παρατηρούμενη αύξηση του σακχάρου στο αίμα σε υπερ-

θυρεοειδικούς ασθενείς οφείλεται στην άμεση απορρόφηση των υδατανθράκων από το έντερο.

ζ) Δράση στην ωρίμανση. Η τελική διάπλαση ορισμένων ιστών, υποβοηθείται από τις θυρεοειδικές ορμόνες. Κλασσικό παράδειγμα η μεταμόρφωση των γυρίνων σε βατράχους κάτω από την επίδραση των θυρεοειδικών ορμονών.

Επίσης στην εγκυμοσύνη το επίπεδο των σφαιρινών (TBG) είναι αυξημένο με επακόλουθο να παρατηρείται αύξηση στη σύνδεση της T_3 και T_4 χωρίς να επηρεάζεται η ελεύθερη μορφή της FT_3 και FT_4 .

- Τα ανδρογόνα ελαττώνουν την ικανότητα σύνδεσης των πρωτεϊνών με τις θυρεοειδικές ορμόνες, χωρίς άλλη ιδιαίτερη δράση.
- Επίσης η χορήγηση οιστρογόνων αυξάνει τη σύνδεση της T_3 και T_4 με τις πρωτεΐνες.

ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

Από το τέλος του τρίτου μήνα ήδη εμφανίζονται στο θυρεοειδή του εμβρύου η θυρεοσφαιρίνη, αρχίζει η εναποθήκευση του ιωδίου και ανιχνεύεται η θυρεοτρόπος ορμόνη (TSH) στην υπόφυση, δηλ. το έμβρυο αναπτύσσει από αυτή τη στιγμή ένα δικό του, ανεξάρτητα από τη μητέρα, ρυθμιστικό τρόπο ορμονικής αλληλεπίδρασης.

Αμέσως μετά τη γέννηση, λόγω επαυξημένης ενεργοποίησης του νεογνικού θυρεοειδούς, παρατηρείται στον ορό του νεογέννητου αύξηση του επιπέδου της TSH-RIA μέχρι $12,5 \mu\text{U/ML}$ και διαρκεί αυτή η στάθμη από λίγες ημέρες μέχρι 3 εβδομάδες. Κατέρχεται στις φυσιολογικές τιμές των ενηλίκων ($0-5 \mu\text{U/ML}$).

Οι τιμές της T_3 και T_4 στον περιφερειακό ορμονικό έλεγχο

χο βρίσκονται ελαφρά αυξημένες στην παιδική ηλικία. Τούτο οφείλεται στη μικρή δεξαμενή του ιωδίου στην ηλικία αυτή.

Μετά το 30ό έτος, που ο θυρεοειδής έχει φθάσει στο μέγιστο βάρος, αρχίζει μια συνεχής μη ανατάξιμη τάση για εκφυλιστικές αλλοιώσεις και σχηματισμό οζιδίων.

Στην τρίτη ηλικία η T_3 είναι χαμηλή, ενώ η T_4 διατηρείται στο φυσιολογικό επίπεδο. Τούτο οφείλεται πιθανώς στις εκφυλιστικές αλλοιώσεις που υφίσταται το θυρεοειδικό παρέγχυμα, όπου αποϊωδιωποιείται ευκολότερα η θυροξίνη στη μη ενεργητική μορφή της $\gamma-T_3$ σε βάρος της T_3 .

Αυτό παρατηρείται και σε πολλές εξωθυρεοειδικές ασθένειες.

ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ
ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Με τη χρήση ενός διαγνωστικού αλγόριθμου, που περιλαμβάνει ιστορικό, φυσική εξέταση, αιματολογικούς προσδιορισμούς, δοκιμασίες των μεταβολικών αποτελεσμάτων των θυρεοειδικών ορμονών, δοκιμασίες ελέγχου των μηχανισμών ρύθμισης της θυρεοειδικής λειτουργίας, το σπινθηρογράφημα, το υπερηχογράφημα και τη βιοψία με λεπτή βελόνα, ελέγχουμε τις παθήσεις του θυρεοειδούς.

Οι λειτουργικές δοκιμασίες για τη μελέτη της θυρεοειδικής λειτουργίας έχουν γίνει τόσες πολλές, ώστε ακόμη και η απλή απαρίθμησή τους θα έπαιρνε πολύ καιρό.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η διερεύνηση της θυρεοειδικής λειτουργίας πέρασε από τρεις φάσεις. Προπολεμικά και μέχρι το 1950 ουσιαστικά υπήρχαν μόνο ο προσδιορισμός του βασικού μεταβολισμού και της χοληστερόλης του ορού. Και οι δύο αυτές μέθοδοι είχαν μεγάλο ποσοστό σφάλματος. Ο βασικός Μεταβολισμός δεν ήταν ειδικός, γιατί ψηλές τιμές παρατηρούνταν σε νευρικά άτομα (κ.λ.θ). Ενώ η χοληστερόλη του ορού δεν είχε ούτε ειδικότητα αλλά ούτε και ευαισθησία. Από το 1950 περίπου και για καμιά 20ετία δέσποζαν στον παρακλινικό έλεγχο των θυρεοειδοπαθειών ο έλεγχος με ραδιενεργό ιώδιο ¹³¹I και ο χημικός προσδιορισμός του ΡΒΙ του ορού (ΡΒΙ = πρωτεϊνικά συνδεδεμένο ιώδιο). Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών των εξετάσεων δεν ήταν και τόσο απλή γιατί εξαρτιόταν πολύ από το ιώδιο που κυκλοφορούσε στον οργανισμό. (ΚΟΥΤΡΑΣ ΕΤ ΑΛ 1961), WAYNE ΕΤ ΑΛ 1964). Έτσι, στην ιωδοπενία υπήρχαν υψηλές τιμές στη θυρεοει-

δική πρόσληψη ραδιοϊωδίου κι αν ο άρρωστος είχε πάρει φαρμακευτικά σκευάσματα με ιώδιο τότε κι οι δυο μέθοδοι ήταν ουσιαστικά άχρηστες.

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν επεκταθεί πολύ οι ορμονικοί προσδιορισμοί IN VITRO, της θυροξίνης (T₄), της τριϊωδοθυρονίνης (T₃) της θυρεοδεσμευτικής ικανότητας των πρωτεϊνών του πλάσματος (RT₃U) και της θυρεοτροπίνης (TSH) του ορού, ενώ παράλληλα στη σπινθηρογράφηση του θυρεοειδή το καλίο ¹³¹I έχει εκτοπισθεί σε μεγάλη κλίμακα από το τεχνητό ^{99m}Tc, που ακτινοβολεί τον άρρωστο πολύ λιγότερο.

Πολλά φαίνεται να υκόσχεται το ιώδιο 123. Μπορεί να επιφέρει μια σχετική "αναγέννηση" στην IN VIVO διαγνωστική όσο αφορά το TEST-προσλήψεως, όπως και στην CLEARANCE των ιόντων ιωδίου, εάν ξεπεραστούν οι σημερινές δυσκολίες παρασκευής του που προκύπτουν μέσω του κυκλοτρονίου π.χ. μικρός χρόνος υποδιπλασιασμού. Το ιώδιο 123 θεωρείται το πιο ιδανικό ραδιοϊσότοπο στη διάγνωση του θυρεοειδή.

Σήμερα από πρακτικής πλευράς στην IN VIVO διάγνωση χρησιμοποιείται το ραδιοϊσότοπο τεχνητό ^{99m}Tc σχεδόν από κάθε τμήμα πυρηνικής ιατρικής.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ

1. ΜΗ ΒΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

- α) βασικός μεταβολισμός
- β) Αντανεκλαστικό του αχίλλειου τένοντος (φωτοτομοτογράφημα)
- γ) Χοληστερολη ορού

2. ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

Βασική προϋπόθεση για το διαχωρισμό ενός θυρεοπαθούς ασθε-

νή είναι να προηγείται ένα ακριβές και σωστά τεκμηριωμένο αναμνηστικό. Θα πρέπει να τονισθεί ότι μεγάλο ποσοστό ασθενών στέλνονται στους ειδικούς γιατρούς και στα Νοσοκομεία για έλεγχο θυρεοειδή, χωρίς ακριβές αναμνηστικό. Ένα ορισμένο ερωτηματολόγιο για αυτούς τους ασθενείς πρέπει να βρίσκεται, σε κάθε γιατρό. Έτσι θα είναι δυνατό ένα μέρος περιττών εξετάσεων και τα προκύπτοντα έξοδα να ελαττωθούν δραστικά. Συνιστάται για κάθε γιατρό στο ιατρείο του ή στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων να ακολουθήσει μια ορισμένη κατεύθυνση.

Προτείνεται η παρακάτω σειρά εξετάσεων:

- Πρώτη εξέταση ΝΑΙ/ΟΧΙ
- Τελευταία εξέταση στις
- Επανελέγχος μετά TEST-αναστολής
- Επανελέγχος μετά θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο
- Επανελέγχος μετά θυρεοειδεκτομή
- Τοπικά ενοχλήματα στην περιοχή του θυρεοειδή (Σφίξιμο ιδιαίτερα έντονο στην υπερένταση ή τις νευρικές καταστάσεις).
Κόμπος - αίσθημα ξένου σώματος.
Πόνος ; από πότε;
Ψηλάψηση του θυρεοειδή
Δυστοπία-διάχυτος θυρεοειδής μνήρης όζος-πολλαπλοί όζοι.
Σύσταση: μαλακός -συμπαγής-λείος-σκληρός-με κόνο.
Βαθμός κινητικότητας στην κατάποση: καλή-μέση-καμιά...
- Ψηλαφητού γειτνιαζόντες λεμφαδένες, ιδιαίτερα πίσω από το στρενοκλειδομαστοειδή-φλεβική στάση.
- Ακρόαση : εισπνευστική δύσπνοια-φύσημα.
- Καρδιά και κυκλοφοριακό:
Ταχυκαρδία σε ηρεμία

αρρυθμία
παροξυσμική ταχυκαρδία
αρτηριακή πίεση
σφυγμός /λεπτό

- **Οφθαλμός**

Εξώφθαλμος μονήρης ή αμφοτερόπλευρος
Πάθηση των μυών του οφθαλμού
Οιδήματα βλεφάρων
Αδυναμία σύγκλησης
Διπλωπία
Σημεία GRAEFÉ και STELLWEG

- Ιδρώτες , εξάψεις, ρίγος, πυρετός.

- Δέρμα :

ζεστό

Κρύο

υγρό

Προκνημιαίο είδημα
Απώλεια μαλλιών.

- Κ.Ν.Σ. :

Αντανεκλαστικά αυξημένα

Αϋπνίες

Νευρικότητα - ανυσυχία

Εσωτερική ανησυχία

Εξάντληση

Αδυναμία μυών

Πνευματική και σωματική πτώση

Σεξουαλική ανεπάρκεια

Τρόμος ακρών

- Γαστρεντερολογικό σύστημα :

Διάρροια/δυσκοιλιότητα

Ορεξη : Καλή / Κακή

Εμετοι

Απώλεια βάρους

Αύξηση βάρους

- Φάρμακα :

T3 ή T4 παρασκευάσματα ΝΑΙ ; μέχρι πότε ;

Ιωδιούχα φάρμακα ή σκιογόνες ουσίες στους τελευταίους 3 μήνες.

Αντιθυρεοειδικά φάρμακα ΝΑΙ ; μέχρι πότε ;

Άλλα φάρμακα

- Περίοδος :

Φυσιολογική

Πότε η πρώτη περίοδος ;

Τελευταία περίοδος

Κλιμακτήριο

Λήψη γυναικολογικών ορμονών

- Βιοχημικές εξετάσεις :

Χοληστερίνη

σάκχαρο

T.K.E.

γενική αίματος

ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών

3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

Στις Εργαστηριακές εξετάσεις πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το αναμνηστικό μαζί με την κλινική εικόνα του ασθενή.

α) Προσδιορισμός του PBI στο αίμα.

β) Πρόσληψη ιωδίου 131 (UPTAKE ΙΩΔΙΟ 131).

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ IN VITRO

1. Προσδιορισμός της ολικής θυροξίνης ορού:

α) Ραδιοανοσοβιολογικός προσδιορισμός. (T4-RIA).

β) Προσδιορισμός του T4 στον ορό με τη μέθοδο του ανταγωνισμού συνδέσεως των πρωτεϊνών.

γ) Ενζυματική μέθοδος.

2. Προσδιορισμός της ελεύθερης θυροξίνης του ορού (FT4-RIA).

3. Προσδιορισμός της τριϊώδοθυρονίνης στον ορό (T3-RIA)

4. Προσδιορισμός της ελεύθερης τριϊώδοθυρονίνης (FT3-RIA)

5. Προσδιορισμός της θυρεοτρόπου ορμόνης (T.S.H.).

6. Προσδιορισμός της T.S.H. στην κλινική πράξη εφαρμόζεται ευρύτατα στην ονομαζόμενη TRH δοκιμασία.

Η TRH δοκιμασία χρησιμοποιείται για τον έλεγχο του ορμονικού κυκλώματος αποψύσεως-θυρεοειδούς δια της διεγέρσεως, και απελευθερώσεως της T.S.H. μέσω του υποθαλαμικού T.R.H.

Η TRH δοκιμασία δεν εκφράζει απόλυτες τιμές, αλλά σαν κοινοτική δοκιμασία διευκρινίζει δυσλειτουργικά προβλήματα του ορμονικού κυκλώματος θυρεοειδούς-υποψύσεως και υποθαλάμου.

Κλινική αξία της δοκιμασίας TRH.

Σε θυρεοειδική κατάσταση η φυσιολογική τιμή της βασικής TSH μπορεί να φθάσει μέχρι 12,5 μU/ML.

Στην υποκλινική μορφή του υποθυρεοειδισμού βρίσκουμε τη βασική TSH σε φυσιολογική τιμή. Μετά τη διέγερση η τιμή αυτή αυξάνει άνω των 12,5 μU/ML.

Στον υπερθυρεοειδισμό παρατηρείται η βασική TSH χαμηλή και παραμένει μετά τη χορήγηση του TRH σχεδόν σταθερή.

Στον πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό βρίσκεται ήδη η βασική TSH αυξημένη (άνω των 12,5 $\mu\text{U}/\text{ML}$) και ανταποκρίνεται μετά από διέγερση με TRH σε τιμές μεγαλύτερες της βασικής.

Στο δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό (ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υποφύσεως π.χ. κατόπιν ακτινοβολίας) παραμένει η βασική TSH χαμηλή και μετά από χορήγηση TRH δεν αυξάνει.

Στα πολύ σπάνια υποφυσιακά αδενώματα που παράγουν TSH, παρατηρείται η βασική TSH αυξημένη και δεν παρουσιάζει αύξηση μετά από χορήγηση TRH.

Παρένέργειες της δοκιμασίας TRH.

Στις έγκυες γυναίκες, ιδιαίτερα στο 1ο τρίμηνο πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή και σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Η TRH δοκιμασία δεν πρέπει να επαναλαμβάνεται πριν να περάσει ένας μήνας.

7. Προσδιορισμός θυρεοειδικών αντισωμάτων:

- α) Θυρεοειδικά αντισώματα.
- β) Μικροσωματικά αντισώματα.

IN VIVO ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΘΥΡΕΙΕΙΔΟΠΑΘΕΙΩΝ:

1. Σπινθηρογράφημα θυρεοειδή.

- α) Ραδιοϊσότοπα.

2. Βιοψία με λεπτή βελόνα.

Στα κέντρα που διαθέτουν κυτταρολογικό τμήμα χρησιμοποιείται σύριγγα μιας χρήσεως των 10 CC., καθώς και βελόνα μιας χρήσεως από 0,7 X 32 mm διάμετρο.

3. Υπερηχογράφημα του θυρεοειδούς :

Ο συνδυασμός χρησιμοποίησης σπινθηρογραφήματος υπερήχου και παρακέντησης θα μπορούσε να ελαττώσει αρκετά τις χειρουργικές επεμβάσεις στις οζώδεις βρογχοκήλες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ ΤΟΥ Θ Υ Ρ Ε Ο Ε Ι Δ Η

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η :

Τα νοσήματα του θυρεοειδή αδένου είναι πολύ συχνά. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα με την μεγάλη επίπτωση της ιωδοπενίας Βρογχοκήλης. Μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελούν ίσως τα πιο συχνά απαντώμενα νοσήματα. Αν υποθεθεί ότι διόγκωση του θυρεοειδούς διπλάσια του φυσιολογικού (στάδιο ΙΙβ κατά την ΠΟΥ) αποτελεί δείκτη για θεραπευτική παρέμβαση, υπολογίζεται ότι περίπου τουλάχιστον 10% των Ελλήνων όλων των ηλικιών παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα στη λειτουργία του θυρεοειδή αδένου.

Στο Κεφάλαιο αυτό θα περιγραφτούν τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα που εμφανίστηκαν τα τελευταία 10 χρόνια και η τυχόν αναθεώρηση του τρόπου διάγνωσης και θεραπείας κατά το διάστημα αυτό. Τα νοσήματα που θα περιγραφούν είναι τα ακόλουθα:

- Απλές βρογχοκήλες:
 - A. Διάχυτη απλή βρογχοκήλη
 - B. Οζώδης βρογχοκήλη
 - ι) Μονοοζώδης βρογχοκήλη
 - ιι) Πολυοζώδης βρογχοκήλη
- Υπερθυρεοειδισμός:
 - A. Υπερθυρεοειδισμός τύπου BASEDOW ή νόσος GRAVES
 - B. Ενδοκρινής οφθαλμοπάθεια
 - Γ. Αυτόνομο αδένωμα.
- Υποθυρεοειδισμός:
 - A. Πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός

ι) Συγγενής υποθυρεοειδισμός

ιι) Μεταγεννητικός επίκτητος υποθυρεοειδισμός

Β. Δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός

- θυρεοειδικά νοσήματα στην εγκυμοσύνη

- θυρεοειδίτιδα:

Α. Οξεία θυρεοειδίτιδα

Β. Υποξεία θυρεοειδίτιδα DE QUERVAIN

Γ. Χρόνια λεμφκυτταρική θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO

- Καρκίνος του θυρεοειδή.

Α Π Λ Ε Σ Β Ρ Ο Γ Χ Ο Κ Η Λ Ξ

1. Ορισμός και Παθογένεια:

Η απλή βρογχοκήλη δεν ανήκει στις καταναλωτικές ασθένειες. Παθοφυσιολογικά εξαρτάται από γεωγραφικά κριτήρια. Αν προσβάλλονται περισσότεροι από το 10% του πληθυσμού με βρογχοκήλη, τότε μιλάμε για ενδημική μορφή, αλλιώς για σποραδική βρογχοκήλη.

Σαν απλή βρογχοκήλη προσδιορίζουμε κάθε υπερπλασία του θυρεοειδή η οποία δε δείχνει σημεία φλεγμονής, διατηρεί την ενθυρεοειδική λειτουργία και δεν παρουσιάζει εξαλλαγή.

Α ί τ ί α :

Βασική αιτία, στη δημιουργία της βρογχοκήλης είναι η έλλειψη ιωδίου. Περιοχές στις οποίες η πρόσληψη του ιωδίου δεν ανέρχονται άνω των 70 μg την ημέρα, θεωρούνται σαν περιοχές ελλειπείς σε ιώδιο και κατατάσσονται στις ενδημικές, με όλες τις κοινωνικο-υγειονομικές ιδιαιτερότητες.

Εκτός από αυτή τη βασική αιτία, διακρίνουμε σε μικρό ποσοστό βέβαια εξωγενείς και άλλες αιτίες:

- Η δυσορμονογένεση (εκ γενετής ελλιπής σύνθεση ορμονών.
- Λήψη βρογχοκηλογόνων ουσιών (π.χ. αντιθυρεοειδικές ουσίες-οφειλόμενη σε εσφαλμένη δόση).
- Χρονικές περίοδοι με αυξημένες ανάγκες των ορμονών T3-T4, όπως αυτές είναι η πρόωρη ανάπτυξη, η εφηβεία. Κατά τη διάρκεια ή μετά την εγκυμοσύνη, στην κλιμακτήριο και στις διάφορες λοιμώξεις.
- Η οικογενειακή επιβάρυνση μέχρι τώρα δεν αποδείχθηκε γενετικά. Ίσως όμως η ανάπτυξη μιας οικογένειας σε μια ενδημική περιοχή να δίνει αυτή την εσφαλμένη εντύπωση.

- Αναστολή της δράσης των ορμονών T₃-T₄ στην περιφέρεια από διάφορα φάρμακα (π.χ. κορτιζόνη - λίθιο - πυροζολόνη - Οιστρογόνα κλπ.).

2. Κατάταξη της απλής βρογχοκήλης:

Κατά τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) Βρογχοκήλη χαρακτηρίζεται έστω και η ελάχιστη ψηλαφητή διόγκωση του θυρεοειδή, η οποία μπορεί να μην είναι ακόμα ορατή και διαχωρίζεται στα παρακάτω στάδια:

Στάδιο 1 : μόλις ψηλαφητή βρογχοκήλη

Στάδιο 1α: η βρογχοκήλη δεν διακρίνεται σε υπερέκταση της κεφαλής-ψηλαφείται μικρό οξύδιο σε φυσιολογικά όρια θυρεοειδή.

Στάδιο 1β : Ψηλαφητή βρογχοκήλη, η οποία μόνο σε υπερέκταση της κεφαλής διακρίνεται.

Στάδιο II.: Διακρίνεται βρογχοκήλη με φυσιολογική θέση του ασθενή.

Στάδιο III: Ευμεγέθης βρογχοκήλη με τοπικά ενοχλήματα.

Ο παραπάνω διαχωρισμός της Π.Ο.Υ. βρίσκει μεγαλύτερη χρησιμοποίηση για επιστημονικές και στατιστικές μελέτες. Στην καθημερινή πρακτική η απλή βρογχοκήλη διαχωρίζεται:

A. Διάχυτη βρογχοκήλη

B. Οζώδης βρογχοκήλη:

α) μονήρης οζώδης βρογχοκήλη

β) βρογχοκήλη πολυοζώδης

3. Κλινική εικόνα της απλής βρογχοκήλης:

Μικρές βρογχοκήλες δημιουργούν μόνο από κοσμητικής άποψης προβλήματα και σπάνια υποκειμενικά ή γενικά ενοχλήματα.

Τοπικά ενοχλήματα είναι: κόμπος, σφίξιμο μη ειδικού πόνου στην περιοχή του λαιμού με αντανάκλαση στο αυτί, δυσκαταποσία και δύσπνοια. Γενικά ενοχλήματα είναι: νευρικήτητα, εξάντληση, αϋπνίες, διαταραχή του κύκλου της εμμήνου ρύσεως.

Ενοχλήματα από την καρδιά όπως αίσθημα παλμών και ταχυαρρυθμίες, δεν πρέπει να θεωρούνται ότι προέρχονται ειδικά από αυτή καθ'αυτή τη διόγκωση του αδένα.

Συχνά με χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών επιτυγχάνεται σμίκρυνση της βρογχοκήλης και απαλλάσσονται οι ασθενείς από τα παραπάνω ενοχλήματα.

Το σπουδαιότερο επακόλουθο μιας μεγάλης βρογχοκήλης είναι η στένωση της τραχείας και αναπνευστικά προβλήματα όπου η αναπνοή διακρίνεται σε μια παρατεταμένη εισπνοή (αναπνευστική δύσπνοια), σε αντίθεση με την παρατεταμένη εκπνοή που διακρίνει το βρογχικό άσθμα.

4. Διάγνωση της απλής Βρογχοκήλης:

Το αναμνηστικό, η επισκοπήση και η ψηλάφηση πρέπει να προηγούνται κάθε διαγνωστικού χειρισμού. Τα επόμενα διαγνωστικά βήματα είναι αρχικά ο σπονθηρογραφικός έλεγχος και οι εξετάσεις IN VITRO.

Σαν συμπληρωματικά διαγνωστικά μέσα μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να χρησιμοποιηθούν οι υπερήχοι και η παρακέντηση.

Σε πολύ μεγάλες βρογχοκήλες μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινολογικός έλεγχος της τραχείας.

Α. ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΠΛΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ

Η διάχυτη απλή βρογχοκήλη διακρίνεται από την καλή, κλη-
νητικότητα, μετατοπίζεται εύκολα, το παρέγχυμα παρουσιάζει
λεία σύσταση και οι ασθενείς δεν αναφέρουν ιδιαίτερα κλινικά
ενοχλήματα.

Δ ι ά γ ν ω σ η

Στο σπινθηρογραφικό έλεγχο η διάχυτη απλή βρογχοκήλη
παρουσιάζεται συνήθως σε σχήμα πεταλούδας, ορθότοπη προβολή
και με ομοιογενή πρόσληψη του ταδιοϊσοτόπου.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διάχυτης απλής βρογχοκή-
λης έγκειται στην καλή αναστολή της TSH δια της χορηγήσεως
θυροξειδικών ορμονών και για αρκετό χρονικό διάστημα.

Ο χορήγηση της T4 θα πρέπει να προτιμάται.

Η χορήγηση της θυροξίνης (T4) στις απλές βρογχοκήλες με εκφυ-
λιστικές αλλοιώσεις έχει την έννοια της μη παραπέρα εξέλιξης
με τη δημιουργία πιθανών όζων ή αύξησης του μεγέθους των και
λιγότερο στη θεραπεία σμίκρυνσης της υπάρχουσας βρογχοκήλης.

Ακόμη η θεραπεία μπορεί να είναι και χειρουργική.

Η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο προτιμάται σε ασθενείς άνω των
40 ετών, στην υποτροπιάζουσα βρογχοκήλη με ικανοποιητική
πρόσληψη, καθώς και στις περιπτώσεις που η φαρμακευτική ή η
χειρουργική θεραπεία δεν είναι δυνατή π.χ. βαριά ανεπάρκεια
των στεφανιαίων κ.α.

Β. Ο Ζ Ω Δ Η Σ Β Ρ Ο Γ Χ Ο Κ Η Λ Η :

Αυτή διακρίνεται σε μονοοζώδη και πολυοζώδη βρογχοκήλη.

α. ΜΟΝΟΟΖΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ

Ο ρ ι σ μ ό ς :

Μονοοζώδης καλείται η βρογχοκήλη που κατά την ψηλάφηση και στο σπινθηρογράφημα ελέγχεται ένας όζος, ο οποίος μπορεί να είναι "ψυχρός" ή "θερμός" χωρίς να λαμβάνονται υπόψη το μέγεθος και το σχημα του υπόλοιπου θυρεοειδικού παρεγχύματος, ή η απεικόνιση ή όχι του υπόλοιπου θυρεοειδή όπως π.χ. στο αυτονομο αδένωμα.

Διαγνωστικές εξετάσεις:

Ο όζος που στο σπινθηρογράφημα παρουσιάζεται "ψυχρός", πρέπει να διερευνηθεί παραπέρα, γιατί περίπου 5% των ψυχρών όζων αποδεικνύονται νεοπλασίες.

Οι άλλες διαγνωστικές εξετάσεις εκτός του σπινθηρογραφήματος είναι το υπερηχογράφημα, η παρακέντηση με λεπτή βελόνη, και η αναζήτηση γειτονικών λεμφαδένων. Η κυτταρολογική εξέταση δια της παρακέντησης με λεπτή βελόνη έχει και θεραπευτική ιδιότητα, όταν ο όζος είναι κυστικός.

Ο εξωτερικά ψηλαφητός όζος που στο σπινθηρογράφημα παρουσιάζεται "θερμός" είναι καλοήθες αυτόνομο αδένωμα που επηρεάζει μόνο το επίπεδο του μεταβολισμού.

Για το θερμό όζο δεν χρειάζεται να γίνουν άλλες διαγνωστικές εξετάσεις.

β. ΠΟΛΥΟΖΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ:

Ο ρ ι σ μ ό ς :

Πρόκειται τις περισσότερες φορές για μεγάλες βρογχοκήλες που εμφανίζονται συνήθως σε κατοίκους περιοχών όπου ενδημεί η νόσος.

Δ ι α γ ν ω σ η

Στο αναμνηστικό αναφέρεται συχνά οικογενειακή επιβάρυνση. Στην επισκόπηση διακρίνεται διόγκωση του θυρεοειδή με τραχεία σύσταση και συνήθως ψηλαφώνται οζίδια.

Στο σπινθηρογράφημα παρατηρούνται "ψυχρές" ή "θερμές" περιοχές και συνήθως σπυυπάρχουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Στην πολυζοοζώδη βρογχοκήλη ανευρίσκεται μικρότερο ποσοστό νεοπλασιών από τις μονοζώδεις βρογχοκήλες.

Θ ε ρ α π ε ί α

Η θεραπεία βασίζεται στις 3 δυνατότητες:

- α. Φαρμακευτική αγωγή
- β. Ραδιενεργό ιώδιο 131
- γ. Χειρουργική επέμβαση

Κάθε μέθοδος έχει τη δική της θεραπευτική ένδειξη. Στην εκλογή μεταξύ χειρουργικής εκκυρηνώσεως του αυτόνομου αδενώματος και της θεραπείας με ιώδιο 131 θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα εξής κριτήρια:

Η θυρεοειδεκτομή σαν θεραπεία εκλογής στο αυτόνομο αδένωμα.

Κριτήρια επιλογής:

- α. Ασθενής κάτω των 40 ετών
- β. Ευμεγέθη αδενώματα με ενδεχομένως πλειστικά φαινόμενα.
- γ. Αδενώματα σε πολυζώδεις βρογχοκήλες με συνύπαρξη ψυχρών όζων.
- δ. Αδένωμα με κυστικές -εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Ραδιενεργό ιώδιο 131 σαν θεραπεία εκλογής:

Κριτήρια επιλογής:

- α. Αυτόνομα αδενώματα με επαρκή πρόσληψη στο TBST ιωδίου.

- β. Αυτόνομα αδενώματα σε ασθενείς που δεν μπορούν να εκτεθούν στον κίνδυνο μια εγχείρησης.
- γ. Ηλικία άνω των 40 ετών.

Ο σπινθηρογραφικός έλεγχος διενεργούμενος τρεις μήνες μετά τη χορήγηση του ιωδίου μας αποδίδει το αποτέλεσμα της θεραπείας.

Υ Π Ε Ρ Θ Υ Ρ Ε Ο Ε Ι Δ Ι Σ Μ Ο Σ

Ο Ρ Ι Σ Μ Ο Σ :

Υπερθυρεοειδισμός χαρακτηρίζεται η ασθένεια στην οποία παρατηρείται αύξηση της παραγωγής των ορμονών T3 και T4 από τον ίδιο το θυρεοειδή ή από αύξηση των ορμονών του από εξωγενείς αιτίες, με επακόλουθο και στις δυο περιπτώσεις, να παρατηρείται διαταραχή του μεταβολισμού του οργανισμού σε αύξηση του μεταβολισμού στα σπουδαιότερα οργανικά συστήματα με τις ανάλογες κλινικές εικόνες.

Είναι πολύ συχνό νόσημα και πολλές φορές διαφεύγει της προσοχής του ιατρού. Γι' αυτό ο ιατρός όπως και στον υποθυρεοειδισμό πρέπει να έχει υψηλό δείκτη υποψίας για αποφυγή σφαλμάτων.

Κατάταξη του υπερθυρεοειδισμού:

Ανάλογα με την παθογένεια και τα ιδιάζοντα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα διακρίνουμε:

- α. Υπερθυρεοειδισμός τύπου BASEDOW ή GRAVES.
- β. Υπερθυρεοειδισμός με μορφολογική αυτονομία (αυτόνομο αδένωμα, διάσπαρτη αυτονομία).
- γ. Σπάνιες μορφές υπερθυρεοειδισμού (ιατρογενής, υπερθυρεοειδισμός λόγω αυξημένων δόσεων θυρεοειδικών ορμονών, σπανιότερα υποφυσικός υπερθυρεοειδισμός, προσωρινή φάση υπερθυρεοειδισμού σε κακοήθεις νεοπλασίες ή στις θυρεοειδίτιδες, υπερθυρεοειδισμός μετά από χορήγηση σκιογόνων ιωδιούχων ουσιών).

A. ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ BASEDOW ή GRAVES

Η αιτιολογία της νόσου BASEDOW δεν είναι γνωστή . Σήμερα η άποψη ότι η αιτιολογία της ασθένειας βρίσκεται στον ίδιο το θυρεοειδή, υπάρχει γενετική προδιάθεση και εκδηλώνεται η πάθηση μετά από ανοσοβιολογικές διεργασίες, δηλαδή ανοσοσφαιρίνες εξωθούν τη θυρεοσφαιρίνη (DESPLACING IMMUNOGLOBULIN = IDI) αποκλείοντάς την από τους υποδοχείς του θυρεοειδή και καθιστούν έτσι την αυτονομία στην έκκριση των θυρεοειδικών ορμονών από το θυρεοειδ .

Κλινική εικόνα του υπερθυρεοειδισμού:

Ο υπερθυρεοειδισμός εμφανίζεται σε κάθε ηλικία με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες σε σχέση 4:1.

Οι υπερθυρεοειδικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από υπερκινητικότητα και ψυχική ανησυχία.

Επιδείκνυται συμπτώματα είναι: η ταχυκαρδία, κολπική μαρμαρυγή-ανεξάρτητα αν υπάρχει ή όχι καρδιακή νόσος, στηθάγχη, πρόσφατο έμφραγμα, καρδιακή νόσος, καρδιομεγαλία.

Επίσης σημαντικά συμπτώματα: μεγάλη νευρική ανησυχία, εσωτερική ανησυχία, απώλεια βάρους, θερμό-υγρό δέρμα, εύκολη κόπωση, αϋπνία, αδυναμία στα άκρα, τρόμος στα άκρα, πυρετός, μυασθένεια GRAVIS, περιοδική παράλυση. Από το γαστρεντερικό αναφέρουν οι ασθενείς ανεξήγητες διαρροϊκές κενώσεις. Το αίσθημα τρόμου των άκρων επεκτείνεται σε όλο το σώμα χωρίς να λείπει η πρωτοβουλία καθώς και γενική αδυναμία. Επίσης γυναικομαστία πρόσφατης ένεργης.

Τοπικά ενοχλήματα στην περιοχή του λαιμού, αίσθημα κόμ-που και σφίξιμο. Μηχανικά ενοχλήματα όπως τριγμός, συριγμός, στάση των αγγείων παρατηρούνται συνήθως στις μέσου βαθμού και ευμεγέθεις βρογχοκήλες. Γενικευμένη υπεριδρωσία αλλά όχι των

καλαμών και πελμάτων που ποτέ δεν προκαλείται από υπερθυρεοειδισμό και ονυχόλυση.

Δ ι ά γ ν ω σ η :

Γίνεται ποσοτικός προσδιορισμός με RIA των T₃, T₄, FT₃, FT₄ σε συνδιασμό πάντα με την ικανότητα πρόσληψης του ραδιοϊσότοπου στο σπινθηρογράφημα καθώς και η TRH - δοκιμασία.

Η T₃ και T₄ του ορού είναι αυξημένη σχεδόν σε όλους τους αρρώστους με έκδηλα κλινικά σημεία. Σε 5-10% των περιπτώσεων η T₃ και η FT₃ είναι αυξημένη και η T₄ φυσιολογική (θυρεοτοξίκωση T₃). Αυτό δεν αποτελεί ιδιαίτερη οντότητα αλλά απλώς εκκρίνεται περισσότερη T₃ από το θυρεοειδή εν σχέση με τη θυροξίνη. Απαιτείται προσοχή διότι κάθε αύξηση της T₄ και T₃ στον ορό δεν σημαίνει κατ'ανάγκη και υπερθυρεοειδισμό και η ανίχνευση χαμηλών τιμών δεν σημαίνει υποθυρεοειδισμό. π.χ. η T₄ και η T₃ μπορεί να είναι αυξημένες σε περίπτωση όπου αυξάνεται η TBG (THYROXIN BINDING GLOBULIN), όπως μετά τη λήψη οιστρογόνων, νόσων του ήπατος, πορφυρίας και γεννητικώς. Η T₄ μπορεί να βρεθεί αυξημένη σε περιπτώσεις οικογενούς δυσλευκωματικής υπερθυροξιναιμίας όπου ένα κλάσμα αλβουμίνης δεσμεύει εκλεκτικά τη θυροξίνη. Η T₃ είναι συνήθως φυσιολογική. Προ της αναγνώρισεως του συνδρόμου πολλοί αρρώστοι έλαβαν για χρόνια αντιθυρεοειδικά φάρμακα και έχουν αναφερθεί περιστατικά που χειρουργήθηκαν ή έλαβαν I¹³¹ για θεραπεία ανύπαρκτης νόσου.

Αντισώματα εναντίον της T₄ και T₃ μπορεί να συντελέσουν σε εσφαλμένη διάγνωση.

Κλειδί για την επιβεβαίωση η διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού επί περιπτώσεων υποψίας, αποτελεί η μέτρηση της TSH του

ορού με τη νέα μέθοδο μετρήσεως της TSH "δεύτερης ή τρίτης γενιάς", όπως συνήθως ονομάζεται.

Σήμερα αν T3 και T4 είναι αυξημένες και η TSH μη ανιχνεύσιμη, η διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού είναι βέβαιη, αν υπάρχουν και ενδείξεις από την κλινική εικόνα. Επί απουσίας κλινικών εκδηλώσεων τα παραπάνω δηλώνουν παρουσία αληθούς υπερθυροξιναιμίας χωρίς να σημαίνει ότι επιβάλλεται η θεραπεία σ'αυτή την περίπτωση. Η απόφαση για θεραπεία λαμβάνεται μετά από προσεκτική συνεκτίμηση όλων των εργαστηριακών και κλινικών παραμέτρων. Η διέγερση της TSH μετά TRH (200 μ g ενδοφλεβίως) αποτελεί την πιο αξιόπιστη εργαστηριακή δοκιμασία διάγνωσης της αληθούς υπερθυροξιναιμίας. Σ'αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχει απάντηση ενώ στα φυσιολογικά άτομα η TSH αυξάνεται κατά 4-15 μ U/ml σε 20 ή 30' μετά τη χορήγηση. Σήμερα λόγω της ευαίσθητης μεθόδου μέτρησης TSH η δοκιμασία αυτή εφαρμόζεται λιγότερο συχνά. Έχει βρεθεί ότι, αν η TSH προ της χορήγησης της TRH είναι μη ανιχνεύσιμη συνήθως δεν υπάρχει απάντηση της TSH μετά χορήγηση TRH.

Το TEST πρόσληψης ιωδίου χρησιμοποιείται πολύ σπάνια. Είναι απαραίτητο όμως στον υπολογισμό της θεραπευτικής δόσεως στον υπερθυρεοειδισμό.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Η θεραπεία του κλασσικού υπερθυρεοειδισμού της νόσου GRAVES δεν έχει αλλάξει. Η θεραπευτική αντιμετώπιση αποσκοπεί στην μείωση των ορμονών στην περιφέρεια, χωρίς όμως σύγχρονα να επηρεάζεται η παθογένεια. Η θεραπεία είναι συμπτωματική και αποτελείται από 3 σκέλη.

α. Συντηρητική-φαρμακευτική αγωγή.

β. Θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο 131

γ. Χειρουργική αντιμετώπιση.

Στη φαρμακευτική αγωγή χορηγείται σαν φάρμακο εκλογής η καρβιμαζόλη ή μεθιμαζόλη (π.χ. THYROSTAT-UNIMAZOLE).

Επειδή η νόσος τελικά έστω και μετά από πολλά έτη θα υφεθεί είναι προτιμότερο ο ασθενής να διατηρήσει τη δική του θυρεοειδική λειτουργία παρά να εξαρτάται εφ'ορύν ζωής από την θεραπεία υποκατάστασης, εφόσον η χορήγηση I^{131} στο μεγαλύτερο ποσοστό θα καταλήξει σε υποθυρεοειδισμό.

Συνιστάται στους ασθενείς να αποφεύγουν με κάθε τρόπο τη μόλυνση με ιωδιούχες ουσίες, χωρίς όμως να στερούνται τροφή που περιέχει ιώδιο π.χ. ψάρια. Δεν υπάρχει ομοφωνία πόσο θα διαρκέσει η θεραπεία. Συνήθως απαιτείται 1-1 1/2 χρόνος και η διακοπή ή όχι της θεραπείας εξαρτάται αυστηρά κατά την περίπτωση και στην ικανότητα και στην εμπειρία του ιατρού. Οι άρρωστοι πρέπει και παρακολουθούνται ανά δίμηνο και να χορηγείται η μικρότερη δυνατή δόση για τη διατήρηση του ευθυρεοειδισμού.

Στους ασθενείς που λαμβάνουν αντιθυρεοειδικά φάρμακα, συνιστάται η μέτρηση λευκών αιμοσφαιρίων επί επιμόνου κυνάγχης, ή πυρετού άνω των $37,5^{\circ}\text{C}$. Είναι προτιμότερο να εξετάζονται τα λευκά αιμοσφαίρια και επί απλού κοινού κρυολογήματος παρά να διαφεύγει ακοκκιοκυτταραιμία που μπορεί να αποβεί θανατηφόρα αν παραβλεφθεί. Η επίπτωσή της είναι περίπου 0,5% και συμβαίνει κυρίως τους πρώτους μήνες της θεραπείας. Πάντοτε είναι αναστρέψιμη 5-10 ημέρες μετά τη διακοπή του φαρμάκου.

Μέσα στην προηγούμενη 10ετία τουλάχιστον έχουν αντιμετωπιστεί πολλές τέτοιες περιπτώσεις εκ των οποίων μερικές νοσηλεύθηκαν για 15 ημέρες περίπου γιατί παράκουσαν τις οδηγίες. Άλλες παρενέργειες (συνήθως ήπιες) περιλαμβάνουν αρθραλγίες,

αλλεργικό εξάνθημα και σπάνια χολοστατικό ίκτερο.

Κατά τη διάρκεια του συμπτωματικού θυρεοειδικού συνδρόμου συνίσταται επί ορισμένων περιπτώσεων και ανάλογα της βαρύτητάς του, χορήγηση Β-αναστολέων, κατά προτίμηση PROPRANOLOL 20-40 mg ανά θωρο για 2-3 μήνες. ATENOLOL 50 mg. Κάθε μέρα ενδείκνυται, ιδιαίτερα αν υπάρχει ιστορικό πνευμονικής νόσου, β-αναστολείς, ενδείκνυται με προσοχή ακόμη και επί παρουσίας Καρδιακής ανεπάρκειας αν η ταχυκαρδία είναι συνέπεια της θυρεοτοξικώσεως και αν η καρδιακή ανεπάρκεια οφείλεται στην ταχυκαρδία.

Στην εγκυμοσύνη η θεραπεία με αντιθυρεοειδικά φάρμακα (προκυλθειουρακίλη) είναι προβληματική και χρειάζεται προσοχή. Η ραδιοθεραπεία με I^{131} αντεδείκνυται στον υπερθυρεοειδισμό της κύησης.

Άλλα φάρμακα είναι :

α) το SODIUM IPODATE και IOPANOIC ACID.

β) Το ανόργανο ιώδιο (διάλυμα LUGOL 10 σταγόνες X 3). Χορηγείται μόνο σε σοβαρά πάσχοντες όπως σε θυρεοειδική κρίση και μόνο μετά από πλήρη δόση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων (50-60 mg CARDIMAROLE). Συνιστάται επίσης για προεγχειρητική προετοιμασία.

γ) Κορτικοειδή. Μεγάλες δόσεις στεροειδών (60-80 mg PRESOLONE ή 8 mg DEXAMETHAZONE) χορηγούνται σπάνια σε περιπτώσεις πολύ σοβαρού υπερθυρεοειδισμού ή σε περίπτωση θυρεοτοξικής κρίσεως, δρουν με άγνωστο μηχανισμό και αναστέλλουν επίσης τη μετατροπή της T4 και T3.

δ) Το ιώδιο I^{131} είναι δραστικό, απλό στη χορήγηση του και δεν προκαλεί καρκίνο του θυρεοειδούς ή άλλων οργάνων.

Η χορήγηση I^{131} συντελεί στην καταστροφή του αδένα και 6ΧΕ-

δόν πάντα στην παροδική επιδεινωση του υπερθυρεοειδικού συνδρόμου. Παρά την έλλειψη ενδείξεων καρκινογέννεσης και γεννητικών ανωμαλιών στους απογόνους ατόμων θεραπευθέντων με ιώδιο 131, δεν συνιστάται η χορήγηση σε νεαρά άτομα και παιδιά παρά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις αντενδείξεως χειρουργικής θεραπείας, ή αδυναμίας χορήγησης αντιθυρεοειδικών φαρμάκων.

Η ραδιοθεραπεία με ιώδιο 131 στον υπερθυρεοειδισμό ενδείκνυται :

- α. Ιδιαίτερα σε ασθενείς άνω των 40 ετών.
- β. Σε υπερθυρεοειδισμό που συνοδεύεται από μικρού μέχρι μέσου βαθμού βρογχοκήλη.
- γ. Σε υποτροπή της ασθένειας μετά αντιθυρεοειδική θεραπεία ή θυρεοειδεκτομή.
- δ. Σε μη χειρουργήσιμες περιπτώσεις.

Το ιώδιο 131 χορηγείται από το στόμα σε δόσεις 4-15 ΜΙ. Η ραδιοθεραπεία με ιώδιο 131 αντενδείκνυται στον υπερθυρεοειδισμό της κύησης.

Σπάνια αλλά σαν αποτέλεσμα μιας κακής θεραπευτικής αντιμετώπισης του υπερθυρεοειδισμού συνδυασμένη με μια δεύτερη ασθένεια, όπως εγχείρηση ή λήψη ιωδιούχων σκευασμάτων είναι η θυρεοτοξική κρίση.

Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται σε εξατομικευμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε ασθενείς με νόσο GRAVES και συνυπάρχοντα ψυχρό όζο στο θυρεοειδή για το φόβο συνυπάρχοντος καρκινώματος και σε ασθενείς με μεγάλη πολυοζώδη τοξική βρογχοκήλη που περιέχει μεγάλους ψυχρούς όζους.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΗΣ ΟΦΘΑΛΜΟΠΑΘΕΙΑ

Στη δημιουργία της ενδοκρινούς οφθαλμοπάθειας ενοχοποιούνται ανοσοβιολογικοί μηχανισμοί.

Αναγνωρίζεται σήμερα σαν ίδια ανοσοβιολογική πάθηση, η οποία πολύ συχνά παρουσιάζεται με τον υπερθυρεοειδισμό του BASEDOW, χωρίς βέβαια και να υπάρχει απευθείας εξάρτηση μεταξύ δυσλειτουργίας του θυρεοειδή και οφθαλμοπάθειας.

Κ λ ι ν ι κ ή ε ι κ ό ν α :

- 1) Εξόφθαλμος (πρόπτωση των βολβών)
- 2) Ελξη των βλεφάρων προς τα πάνω λόγω συνεχώς σμικρύνσεως των μυϊκών του ανεκλήτρη μύς των βλεφάρων και όχι λόγω συμπαθηκοτονίας.
- 3) Πάρεση των μυών του οφθαλμού λόγω της πρέσεως που προκαλούν οι βλεννοσακχαρίτες-εξαρτώμενη επιβράχυνση των συσταλτικών ουσιών των μυών- και όχι ως νευρογενές επακόλουθο.

Δ ι ά γ ν ω σ η :

Στη διαφορική διάγνωση σήμερα η αξονική τομογραφία προσφέρει σημαντική βοήθεια. Στον ειδικό γιατρό προσφέρονται οι εξής δυνατότητες: η τονομέτρηση, η εξωτερική εξόφθαλμο μέτρηση, το TEST πρόσληψης ιωδίου 131 με TEST αναστολής και η TRH δοκιμασία.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ενδοκρινούς οφθαλμοπάθειας ποικίλλει και εξαρτάται αν αυτή συνοδεύεται ή όχι από υπερθυρεοειδισμό. Η επιτυχία είναι καλύτερη όσο πιο γρήγορα αρχίζει κανείς τη θεραπεία.

Στην οφθαλμοπάθεια που συνοδεύει τον υπερθυρεοειδισμό συνίσταται η αντιθυρεοειδική θεραπεία. Αν η ενδοκρινής οφθαλμοπάθεια δεν συνοδεύεται από υπερθυρεοειδισμό, τότε αντενδεί-

κνυται η αντιθυρεοειδική θεραπεία η οποία μάλιστα χειροτερεύει την κλινική εικόνα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται :

1. Στη χορήγηση κορτικοστεροειδών, με ταυτόχρονη χορήγηση LASIX και κάλυψη με VIBRAMYBIN ή χορήγηση δεξαμεθαζόνης.
2. Χειρουργική ανακούφιση με μερική έκτομή του οφθαλμικού κόγχου, στην περίπτωση μόνο τότε, όταν η πίεση του οφθαλμικού κόγχου είναι αρκετά αυξημένη και υπάρχουν σημεία βλάβης του οπτικού νεύρου.
3. Ακτινοβολία του οπισθοβολβικού χώρου σε δόσεις 400-1600 ανάλογη με τη βαρύτητα της οφθαλμοπάθειας.

Η αιτιολογία του προκνημιαίου μυξοιδήματος είναι η ίδια της ενδοκρινούς οφθαλμοπάθειας.

ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

Ο ρ ι σ μ ό ς - π α θ ο γ έ ν ε ι α :

Πρόκειται περί μορφής ασθένειας όπου το θυρεοειδικό παρέγχυμα, το οποίο εξωτερικά ψηλαφείται συνήθως σαν όζος, δεν υπακούει όσο αφορά την παραγωγή ορμονών στο ορμονικό κύκλωμα υποφύσεως-υποθαλάμου και συμπεριφέρεται αυτόνομα.

Το αυτόνομο αδένωμα παρατηρείται συχνότερα σε ενδημικές περιοχές. Παρατηρείται σε κάθε ηλικία και συχνότερα πάνω από τα 40. Η σχέση γυναικών ανδρών είναι 4 : 1 . Αυτόνομα αδενώματα δε συνοδεύονται με ενδοκρινείς οφθαλμοπάθειες.

Στο αιμα των ασθενών αυτών δεν ανευρίσκονται αυτοαντισώματα.

Κλινική συμπτωματολογία και διάγνωση:

οι ασθενείς αυτοί ενοχλούνται με αίσθημα παλμών, αϋπνίες

ερεθισμό, γαστρεντερολογικά ενοχλήματα.

Η διάγνωση ενός αυτόνομου αδενώματος δηλαδή ενός λειτουργικού όζου, γίνεται σήμερα μόνο σπινθηρογραφικά. Το αυτόνομο αδένωμα χωρίζεται σε αντιρροπούμενο και μη αντιρροπούμενο αδένωμα. Ο διαχωρισμός γίνεται με απόλυτα εργαστηριακά κριτήρια.

α. Στο αντιρροπούμενο αδένωμα είναι κατά κανένα το επίπεδο των ορμονών στο αίμα φυσιολογικό.

β. Στο μη αντιρροπούμενο αυτόνομο αδένωμα παρατηρείται το επίπεδο των ορμονών αυξημένο περίπου στο 25%.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Κάθε αυτόνομο αδένωμα έχει ανάγκη οριστικής θεραπείας. Η συντηρητική θεραπεία της "αναμονής" εκθέτει σε ανυπολόγιστο κίνδυνο τους ασθενείς με την τόσο συχνή χρησιμοποίηση ιωδιούχων σκευασμάτων και σκιογόνων ουσιών.

Τι' αυτό η χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών δεν έχει ουδεμία θεραπευτική αξία.

Για την οριστική θεραπεία εφαρμόζουμε 2 μεθόδους:

1. Τη χειρουργική εκπαρήνωση
2. Τη θεραπεία με ραδιοεργό ιώδιο 131.

Το σπινθηρογράφημα αποδίδει το αποτέλεσμα της θεραπείας και συμβαδίζει πλήρως με την TRH διάγνωση.

Διαφορική διάγνωση μεταξύ των διαφόρων μορφών
υπερθυρεοειδισμού

Η θεραπευτική στρατηγική είναι τελείως διαφορετική στις διάφορες μορφές υπερθυρεοειδισμού. Είναι αναγκαία η αναγνώριση του αιτίου του υπερθυρεοειδισμού. Έτσι αφού η διάγνωση του υπερθυρεοειδικού συνδρόμου τεθεί με βεβαιότητα, ακολουθεί η α-

ναγνώριση του αιτίου. Στην κλασσική νόσο του GRAVES, αν συνυπάρχει οφθαλμοπάθεια (διπλωπία, διήθηση οφθαλμικού κόγχου βλεφάρων και σκληρών, εξόφθαλμος, προσβολή οπτικού νεύρου αλλά όχι ανάσπαση άνω βλεφάρου που ανευρίσκεται σε όλες τις μορφές) η διάγνωση της νόσου GRAVES είναι βεβαία. Αν όμως τα παραπάνω απουσιάζουν, είναι απαραίτητο να γίνει πρόσληψη I^{131} . Σε περίπτωση απουσίας πρόσληψης I^{131} η διάγνωση περιορίζεται μεταξύ, υποξείας θυρεοειδίτιδας, σιωπηλής ανώδυνης θυρεοειδίτιδας ή υπερθυρεοειδισμού εξ ιδιούχων ή εξωγενούς λήψεως θυρεοειδικών ορμονών, θυρεοτοξίνωση του HAMBURGER. Είναι εμφανές γιατί απαιτείται η γνώση της μορφής του υπερθυρεοειδισμού. Αν το αίτιο είναι θυρεοειδίτιδα (υποξεία ή σιωπηλή) δεν χορηγούνται αντιθυρεοειδικά φάρμακα. Επίσης οι άλλες περιπτώσεις με χαμηλή πρόσληψη δεν θεραπεύονται με χορήγηση I^{131} εκτός του μεταστατικού καρκινώματος του θυρεοειδούς που έστω και εάν έχει χαμηλή πρόσληψη ή χορήγηση I^{131} είναι επιβεβλημένη.

Το σπινθηρογράφημα σπάνια χρησιμεύει για διάγνωση ή διαφοροδιάγνωση. Αν στον υπερθυρεοειδικό ασθενή ψηλαφάται σαφώς μονήρης όζος, το σπινθηρογράφημα είναι απαραίτητο για να καθορισθεί αν είναι τοξικό αδένωμα ή ψυχρός όζος. Αν ο ψηλαφητός θυρεοειδής είναι διάχυτος συνήθως το σπινθηρογράφημα ούτε το υπερηχογράφημα προσφέρει ουσιαστική βοήθεια. Αν ο ψηλαφητός αδένας είναι πολυοζώδης, το σπινθηρογράφημα συνήθως αποκαλύπτει ψυχρές ή θερμές περιοχές ή μια περιοχή που υπερέχει σε πρόσληψη των άλλων. Σ'αυτές τις περιπτώσεις η δοκιμασία εκτελείται κατά την κρίση του ιατρού.

Τελευταία σε εργαστήρια με καλή υποδομή μπορούν να μετρηθούν οι ανοσοσφαιρίνες υπεύθυνες για τη νόσο του GRAVES. Είναι γνωστό ότι το αίτιο της νόσου του GRAVES είναι 196 ανοσοσφαι-

ρίνη που ουσιαστικά είναι αντίσωμα εναντίον του υποδοχέως της TSH στο θυρεοειδή. Γι' αυτό ονομάζεται και THYROID RECEPTOR ANTI-BODY (TRAb). Βρίσκονται θετικά σε 90-95% και κατ' άλλους σε 100% των περιπτώσεων με νόσο GRAVES. Ακόμη δεν έχει τύχει ευρείας εφαρμογής διότι η διάγνωση τίθεται με απλούστερα μέσα αλλά είναι πολύ χρήσιμη δοκιμασία επί αμφιβολιών, για την διαφοροδιάγνωση μεταξύ διαφόρων μορφών και για την παρακολούθηση της δραστηριότητας της νόσου του GRAVES.

ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ο ρ ι σ μ ό ς

Υποθυρεοειδισμός χαρακτηρίζεται η ασθένεια στην οποία παρατηρείται έλλειψη των βιολογικά δρώντων ορμονών T3 και T4 του θυρεοειδή στην περιφέρεια με επακόλουθο ανεπάρκεια στην εξασφάλιση των θυρεοειδικών ορμονών στα κύτταρα του οργανισμού με συνέπεια τον μεταβολισμό στα σπουδαιότερα οργανικά συστήματα.

Ο υποθυρεοειδισμός διαχωρίζεται σε πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό όταν πάσχει ο ίδιος ο θυρεοειδής και σε δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό όταν το αίτιο βρίσκεται στον υποθάλαμο ή στην υπόφυση.

Η κλινική του εικόνα ποικίλλει. Υπάρχουν άτομα με φυσιολογικές θυρεοειδικές ορμόνες και μέτρια αυξημένη T.S.H. χωρίς κλινικά συμπτώματα. Πρόκειται για υποκλινικό υποθυρεοειδισμό. Σε άλλα άτομα εμφανίζονται όλα τα κλινικά ευρήματα με χαμηλές θυρεοειδικές ορμόνες. Σπάνια απαιτεί επείγουσα αντιμετώπιση όπως στην περίπτωση μυξοιδηματικού κώματος.

Η θεραπεία των διαφόρων μορφών υποθυρεοειδισμού δεν άλλαξε τα τελευταία χρόνια.

A. Πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός

Μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητος.

1. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Παρατηρείται σποραδικά και ενδημικά.

Η συχνότητα του είναι περίπου 1:3.000 γεννήσεις. Η σπουδαιότερη αιτία θεωρείται η απλασία ή δυσπλασία του οργάνου (έκτοπος θυρεοειδής στη βάση της γλώσσας) και σπανιότατα η δυσαρμονογέν-

νεση της οποίας μέχρι σήμερα 6 τύποι είναι γνωστοί:

- α) Ανικανότητα του θυρεοειδή να αποταμιεύσει ιόντα ιωδίου.
- β) ανικανότητα του θυρεοειδή να μετατρέπει ιόντα ιωδίου σε οργανική ένωση,
- γ) ανικανότητα συζεύξεως ιωδοτυρωσινών σε ιωδοθυρονίνες,
- δ) ανικανότητα του θυρεοειδή στην αποϊωδιοποίηση της ιωδοθυρονίνης,
- ε) συγγενής έλλειψη πρωτεάσης στο θυρεοειδή, και
- στ) έλλειψη ιωδιούχων πρωτεϊνών.

Κ λ ι ν ι κ ή ε ι κ ό ν α :

Στο συγγενή υποθυρεοειδισμό τις περισσότερες φορές τα βρέφη παρουσιάζουν μερικές εβδομάδες μετά τη γέννηση τους, ξηρό, χλωμό, δροσερό (κρύο) δέρμα, βραχνή φωνή, "νωθρότητα" στο φαγητό, δυσκοιλιότητα, υπνηλία και βραδύτητα στα τενόντια αντανακλαστικά. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται ιδιαίτερα έντονα στην απλασία του θυρεοειδή.

Η μεγάλη χονδροειδής γλώσσα συναντάται σχεδόν μόνο στη συγγενή απλασία του αδένου και συνοδεύεται πάντα με κώφωση.

Ο ίκτερος των νεογνών που παρατείνεται πάνω από 10 ημέρες θεωρείται ύποπτο σημείο υποθυρεοειδισμού, όπως επίσης και η καθυστέρηση εμφάνισης των οδόντων.

Οι κυριότερες βλάβες είναι η καθυστέρηση της σωματικής και πνευματικής ανάπτυξης.

Η καθυστερημένη διάγνωση μπορεί να καλυτερεύσει την ανάπτυξη των οστών όχι όμως και την πνευματική αναπηρία.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Η θεραπεία υποκατάστασης με θυροξίνη στο νεογέννητο πρέπει να αρχίζει αμέσως και διαφέρει εκείνης του υποθυρεοειδικού ενήλικα.

Η Ι-θυροξίνη στη σωστή δοσολογία της δεν προξενεί παρενέργειες και γίνεται πολύ ανεκτή από το νεογέννητο.

2. ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Στη δημιουργία του πρωτοπαθούς επίκτητου υποθυρεοειδισμού διακρίνουμε τους εξής αιτιολογικούς τύπους.

- α. Ιδιοπαθής
- β. Φλεγμονή
- γ. Νεοπλασματική
- δ. Μετεγχειρητική
- ε. Χορήγηση υψηλών δόσεων θεραπευτικού ιωδίου ή βρογχοκηλογονων φαρμάκων.

Κ λ ι ν ι κ ή Ε ι κ ό ν α :

Οι ασθενείς αρχικά δεν αισθάνονται έντονα ενοχλήματα, δείχνουν μια σχετική έλλειψη πρωτοβουλίας.

Με την εξέλιξη της νόσου προστιθεται υπνηλία και ρευματοειδούς τύπου ενοχλήματα.

Στην ολοκληρωμένη κλινική εικόνα του υποθυρεοειδισμού εντυπωσιάζει το απλανές βλέμμα, το απαθές προσωπείο, το ξηρό, δροσερό (κρύο) τραχύ και χλωμό-υποκίτρινο δέρμα.

Η φωνή ακούγεται βραχνή και αδύνατη. Μή ανεκτικότητα στο ψύχος. Οίδημα βλεφάρων.

Διαταραχές στην περίοδο-δυσκοιλιότητα-μείωση της ακουστικής οξύτητας, κατάθληψη-επιβράδυνση των αντανακλαστικών και ανεπάρκεια στη σεξουαλική συμπεριφορά.

Η μικρή σχετικά αύξηση βάρους οφείλεται στην κατακράτηση νερού. Περίπου 20% των ασθενών παρουσιάζουν απώλεια βάρους εξαιτίας της ανορεξίας.

Παράταση της ασθένειας μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στο κυκλοφοριακό. Στο καρδιογράφημα παρατηρείται βραδυκαρδία, χαμηλό έπαρμα, ισοπεδωμένο έως ελαφρώς αρνητικό T με βύθιση του ST, καθώς και επιμήκυνση του QT. Οι αλλοιώσεις αυτές είναι ανατάξιμες. Ευνοείται η αρτηριοσκλήρυνση με επακόλουθο την υπέρταση και τον κίνδυνο του εμφράγματος του μυοκαρδίου και της αποπληξίας.

Στη μεγάλη ηλικία ο υποθυρεοειδισμός εμφανίζεται με λιγότερη έντονη την κλινική εικόνα.

Στο μυξοιδηματικό ασθενή δεσπόζει το γενικευμένο οίδημα όπου το δέρμα είναι τραχύ και δεν αφήνει στην πίεση εντύωμα. Τα μαλλιά είναι ξηρά και σπάζουν. Η χοληστερίνη είναι αυξημένη.

B. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Αίτια :

Αιτία του δευτεροπαθούς υποθυρεοειδισμού θεωρείται η έλλειψη διεγέρσεως του θυρεοειδή από τη θυρεοτρόπο ορμόνη TSH εξαιτίας μερικής ή πλήρους ανεπάρκειας του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης, π.χ. μετά από ακτινοβολία όγκων της υποφύσεως κ.α.

Ο ίδιος ο θυρεοειδής στο δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό παραμένει υγιής.

Κλινική εικόνα:

Στο δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό η αύξηση του βάρους είναι πιο έντονη και αυτό οφείλεται στην κεντρικής αιτιολογίας αυξημένη όρεξη. Το οίδημα των βλεφάρων, του προσώπου γενικά και των χεριών είναι το πρώιμο πιο χαρακτηριστικό απ'ότι κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Διάγνωση του υποθυρεοειδισμού:

Όταν ο υποθυρεοειδισμός είναι βαρύς, η κλινική διάγνωση είναι συνήθως εύκολη. Όμως η τυπική εκδήλωση του υποθυρεοειδισμού είναι σχετικά ασυνήθης. Ο ιατρός πρέπει να έχει υψηλό δείκτη υποψίας στον υποθυρεοειδισμό.

Από τις IN VITRO εξετάσεις προτιμάται η T4, η TSH καθώς και η TRH-δοκιμασία. Σε υποψία δυσπρωτεϊναιμίας και η FT4.

Στον πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό η TSH είναι πάντα αυξημένη ενώ η T4 και T3 μπορεί να είναι στα κατώτερα φυσιολογικά όρια ελαττωμένη ή και φυσιολογική. Ιδιαίτερα η T3 βρίσκεται ελαττωμένη μόνο σε έκδηλες περιπτώσεις υποθυρεοειδισμού, γι' αυτό και η διαγνωστική της αξία στον υποθυρεοειδισμό είναι πολύ περιορισμένη.

Στον υποθυρεοειδοτροφικό υποθυρεοειδισμό (έλλειψη TSH) συνήθως υπάρχει έλλειψη και άλλων υποφυσιακών ορμονών. Η T4 και T3 του ορού καθώς και η TSH είναι χαμηλές. Συνήθως συνυπάρχει και ανατομική υποφυσιακή ή υποθαλαμική βλάβη (αδένωμα της υπόφυσης, χωροκατακτητική επεξεργασία στην περιοχή του υποθαλάμου κλπ.).

Μόνο με τη χορήγηση TRH δεν είναι δυνατή η διάκριση μεταξύ υποθαλαμικού και υποφυσιακού υπερθυρεοειδισμού. Πολλοί ασθενείς με αμιγή υποφυσιακή βλάβη ανταποκρίνονται στο TRH, ενώ άλλοι ασθενείς με υποθαλαμική βλάβη δεν ανταποκρίνονται.

Συμπερασματικά, η διάγνωση του πρωτοπαθούς υποθυρεοειδισμού θα στηριχθεί εκτός της κλινικής εικόνας στην αύξηση της TSH, και ελάττωση της T4 και T3 του ορού, καθώς και στην παρουσία ή μη των θυρεοειδικών αυτοαντισωμάτων. Στον δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό, εκτός της ελαττωμένης TSH, T4 και T3 η α-

αναγνώριση ελαττωμένης συγκεντρώσεως στον ορό και άλλων ορμονών, επιβεβαιώνει τη διάγνωση του κεντρικού υποθυρεοειδισμού. Διαγνωστικές δυσκολίες μπορούν να προκύψουν στις πολύ σπάνιες περιπτώσεις υποθυρεοειδισμού που οφείλονται σε γενικευμένη αντίσταση των ιστών στις θυρεοειδικές ορμόνες. Η παθογένεια έγκειται στην ποιοτική και ποσοτική διαταραχή του υποδοχέως της τριιωδοθυρονίνης που εκφράζεται από το γονίδιο C-ERB-A. Σ'αυτές τις ελάχιστες περιπτώσεις, που μοιάζουν με κεντρικό υπερθυρεοειδισμό, οι θυρεοειδικές ορμόνες στον ορό μπορεί να είναι αυξημένες και η TSH φυσιολογική ή λίγο αυξημένη. Η διάγνωση θα βασιστεί σε άλλα διαφοροδιαγνωστικά κριτήρια, όπως π.χ. στη βιολογική έκφραση των θυρεοειδικών ορμονών στους διάφορους ιστούς.

Στον πολύ σπάνιο τρίτοπαθό (υποθαλαμικό) υποθυρεοειδισμό, παραμένει η αρκετά αυξημένη τιμή της TSH μετά χορήγηση TRH στο αυτό υψηλό επίπεδο. Ο προσδιορισμός της T3-RIA στη διάγνωση του υποθυρεοειδισμού δεν προσφέρεται.

Ο σπινθηρογραφικός έλεγχος παρέχει πληροφορίες.

Θεραπεία του υποθυρεοειδισμού:

Η θεραπεία έγκειται στη χορήγηση φαρμάκων. Δίδεται κατά προτίμηση L-θυροξίνη.

Η θεραπεία είναι εφ'όρου ζωής σωστή χορήγηση των φαρμάκων πάντοτε με την καλή συνεργασία μεταξύ Ιατρού και ασθενούς.

Η θεραπευτική αγωγή συνίσταται στην προοδευτική σύζηση της δόσης L-θυροξίνης αν ο άρρωστος είναι ενήλικας και με πλήρη δόση υποκαταστάσεως αν ο ασθενής είναι νεαρό άτομο.

Συνήθως η θεραπεία αρχίζει με 25 μg ημερησίως και αυξάνεται κατά 25 μg ανά 10-15 ημέρες μετά την πλήρη δόση υποκαταστάσεως, που καθορίζεται σε εκείνη τη δόση που διατηρεί την

TSH σε φυσιολογικά επίπεδα (0,5-1,5 $\mu\text{U}/\text{ML}$). Συνήθως αρκούν 125-150 μg T4. Σε περιπτώσεις δευτεροπαθούς υποθυρεοειδισμού όπου η μέτρηση TSH είναι άνευ αξίας η δόση είναι συνήθως 150 μg T4 ημερησίως και λαμβάνεται υπόψη η κλινική ανταπόκριση.

Σ'αυτή την περίπτωση συνήθως συνυπάρχει και απουσία καρτιζόνης, η οποία πρέπει να υποκατασταθεί με χορήγηση 20-25 mg υδροκορτιζόνης σε δύο δόσεις ημερησίως με μεγαλύτερη δόση το πρωί. Εννοείται ότι η θεραπεία των ορμονών αυτών συνεχίζεται δια βίου.

Στην αντιμετώπιση του υποθυρεοειδισμού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι σε μερικές περιπτώσεις ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να είναι παροδικός. Αυτό συμβαίνει σε μερικές μορφές πρωτοπαθούς υποθυρεοειδισμού όπως π.χ. σε αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό, σε θυρεοειδεκτομή μετά νόσο του GRAVES, όπου τον παροδικό υποθυρεοειδισμό διαδέχεται ευθυρεοειδισμός αλλά όχι πάντοτε, η υποξεία θυρεοειδίτιδα, η σιωπηλή θυρεοειδίτιδα, η λήψη ιωδιούχων ουσιών (υποθυρεοειδισμός εξ ιωδιούχων), η λήψη λιθίου κλπ.

Εάν ένα άτομο εμφανίζει υποθυρεοειδισμό, ενώ λαμβάνει ιωδιούχες ουσίες, συνήθως ο υποθυρεοειδισμός παρέχεται μετά τη διακοπή της ιωδιούχου ουσίας. Ο άρρωστος όμως πρέπει να παρακολουθείται επί μακρό χρονικό διάστημα, διότι πολλοί άρρωστοι μετά από έτη εμφανίζουν μόνιμο υποθυρεοειδισμό. Πιστεύεται ότι τα ιωδιούχα απλώς αποκαλύπτουν προϋπάρχουσα άδηλη θυρεοειδική δυσλειτουργία, που ενδέχεται να καταστεί εμφανής με την πάροδο του χρόνου.

Μυξοιδηματικό Κώμα:

Είναι το τελικό αποτέλεσμα μακροχρόνιου υποθυρεοειδισμού

Οι άρρωστοι παρουσιάζουν υποθερμία, βραδυκαρδία, βαθύ λήθαργό ή κώμα. Η κατάσταση αυτή επέρχεται μετά από συνυπάρχουσα λοίμωξη, εγκεφαλικό επεισόδιο ή χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων. Αν μείνει αθεράπευτη, η κατάσταση αυτή οδηγεί 100% στο θάνατο. Η θεραπεία πρέπει να είναι επιθετική με χορήγηση 500 μg θυροξίνης εφάπαξ ενδοφλεβίως και κατόπιν 50-100 μg T4 καθημερινά μέχρι της εγρήγορης του ασθενούς. Συνιστάται ταυτόχρονη χορήγηση 50-100 mg υδροκορτιζόνης για μερικές ημέρες, λόγω πιθανής υποφυσιακής ανεπάρκειας, πρωτογενούς ή δευτερογενούς ή λόγω ηλαττωμένης απαντήσεως των επινεφριδίων στο STRESS. Δεν συνιστάται ταχεία θέρμανση του αρρώστου διότι μπορεί να προκαλέσει σοβαρή υπόταση λόγω αγγειοδιαστολής. Δυστυχώς στη χώρα μας, δεν υπάρχει διαθέσιμη ενδοφλέβιος θυροξίνη.

Σε δύο περιπτώσεις μυξοιδηματικού κώματος που έχουν αντιμετωπισθεί επιτυχώς χορηγήθηκε άπαξ θυροξίνη 1.000 μg με καθετήρα LEVING και στη συνέχεια 150-200 μg ημερησίως. Η χορήγηση 1.000 μg T4 είναι αναγκαία διότι υπό φυσιολογικές συνθήκες μόνο 50% της χορηγούμενης θυροξίνης απορροφάται και έχει υπολογισθεί ότι 500 μg T4 είναι απαραίτητα για τον κορεσμό της TBG (THYROXINE BINDING GLOBULIN). Συγχρόνως απαιτείται γενική υποστήριξη του ασθενούς, δηλαδή της αναπνευστικής λειτουργίας, αντικατάσταση ελλείματος υγρών και ηλεκτρολυτών αλλά με προσοχή διότι οι άρρωστοι με υποθυρεοειδισμό παρουσιάζουν ελαττωμένη ικανότητα αποβολής ύδατος, με κίνδυνο πνευμονικού οιδήματος.

Η αντιμετώπιση του μυξοιδηματικού κώματος θα πρέπει να λαμβάνει χώρα σε μονάδα εντατικής θεραπείας υπό συνεχή έλεγχο, ιδιαίτερα της υποκαπνίας, με διασωλήνωση, μηχανική αναπνοή και των λοιπών παραμέτρων.

ΘΥΡΕΟΒΙΑΔΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Τα θυρεοειδικά νοσήματα είναι συχνά κατά την εγκυμοσύνη. Πολλές γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν δυσλειτουργία του θυρεοειδούς ή η εγκυμοσύνη επηρεάζει προϋπάρχον θυρεοειδικό πρόβλημα.

Στην εγκυμοσύνη παρατηρούνται μεγάλες αλλαγές του μεταβολισμού των θυρεοειδικών ορμονών. Οι δύο ορμόνες T3 και T4 είναι φαινομενικά αυξημένες. Αυτό είναι συνέπεια των αυξημένων αναγκών των εγκύων γυναικών σε TBG στο αίμα και λόγω της αυξημένης απόδοσης οιστρογόνων της εγκύου.

Η απλή βρογχοκήλη αυξάνεται σε μέγεθος κατά την εγκυμοσύνη. Η βρογχοκήλη αυτή είναι ενθυρεοειδική με αυξημένη T3 και T4 αλλά φυσιολογική FT3, FT4 και TSH. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση T4 150 μ G ημερησίως για πρόληψη της αυξήσεως του μεγέθους της βρογχοκήλης. Κατά την θεραπεία αναμένεται ελαφρά αύξηση της FT3, FT4 και μη ανιχνεύσιμη TSH όταν ορό χωρίς αυτό να σημαίνει υπερθυρεοειδισμό, αλλά αποτέλεσμα της εξωγενούς χορήγησης της T4. Συνιστάται παρακολούθηση ανά 3μηνο και μετά τον τοκετό ανά 6μηνο ή ανά έτος.

Η θυροξίνη είναι απόλυτα ασφαλές φάρμακο και δεν επηρεάζει το έμβρυο. Αν η έγκυος θεραπεύεται με θυροξίνη πριν την εγκυμοσύνη συνιστάται η χορήγηση κατά τη διάρκεια της και κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Η απλή βρογχοκήλη δεν επηρεάζει τη σύλληψη.

Σε θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO χωρίς θεραπεία υποκαταστάσεως μπορεί να παρουσιαστούν σημεία υποθυρεοειδισμού κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης και κυρίως το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Επίσης έγκυοι που έχουν θετικά αντιθυρεοειδικά αντισώμα-

ματα, χωρίς συνοδό βρογχοκήλη, παρουσιάζουν παροδικό υποθυρεοειδισμό σε μεγάλη συχνότητα (περίπου 10%) κυρίως μετά τον τοκετό. Η παθογενεση της νόσου δεν είναι πλήρως κατανοητή. Η διάγνωση είναι εύκολη αρκεί ο ιατρός να είναι ενημερωμένος για την προυπάρχουσα νόσο. Η θεραπεία συνίσταται σε χορήγηση 150 mg T4 ημερησίως για 6 μήνες με ένα χρόνο και μετά γίνεται έλεγχος για τη συνέχιση ή τη διακοπή της.

Επειδή μπορεί οι άρρωστοι με την πάροδο του χρόνου να εμφανίσουν μόνιμο πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό χρειάζεται ετήσια παρακολούθηση. Απαιτείται προσοχη για πολλές φορές το υποθυρεοειδικό στάδιο διαδέχεται παροδικός υπερθυρεοειδισμός.

Ο υπερθυρεοειδισμός (συνήθως νόσος του GRAVES) δεν είναι σπάνιος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Προϋπάρχων υπερθυρεοειδισμός δεν αποτελεί αντένδειξη εγκυμοσύνης εφόσον η έγκυος παρακολουθείται σχολαστικά από έμπειρους ιατρούς. Απαραίτητη προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση της εγκυμοσύνης αποτελεί η καλή ρύθμιση της θυρεοειδικής λειτουργίας.

Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα δεν προκαλούν ανωμαλίες στο έμβρυο. Η μοναδική παρενέργεια είναι ο υποθυρεοειδισμός του εμβρύου. Η υπερθυρεοειδική εγκυμονούσα πρέπει να θεραπεύεται με τη μικρότερη δυνατή δόση αντιθυρεοειδικού φαρμάκου (PTU ή METHIMAZOLE) και είναι προτιμότερο να διατηρείται ελαφρά υπερθυρεοειδική παρά υποθυρεοειδική.

Η ταυτόχρονη χορήγηση θυροξίνης με στόχο την προφύλαξη του εμβρύου από τον υπερθυρεοειδισμό δεν συνιστάται διότι η θυροξίνη και η τριιωδοθυροξίνη περνούν πολύ δύσκολα τον πλακούντα.

Στην Ελλάδα η PROPYLTHIOURACIL (PTU) άρχισε να κυκλοφορεί τελευταία. Στην κύηση θεωρείται προτιμώτερη από την CAR-

BIMAZOLE γιατί περνά τον πλακούντα δυσκολότερα και γιατί αναστέλλει τη μετατροπή της T4 σε T3 στους περιφερειακούς ιστούς σε αντίθεση με την καρβιμαζόλη που δεν την αναστέλλει. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το έμβρυο πρέπει να παρακολουθείται μηνιαίως με υπερήχους για εκτίμηση της ενδομητρίου αναπτύξεώς του και καταγραφή της καρδιακής συχνότητας η οποία πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 120-160 παλμούς ανά λεπτό. Παρέκλιση από το όριο αυτό σημαίνει υποθυρεοειδισμό ή υπερθυρεοειδισμό του εμβρύου αντίστοιχα. Το αίτιο του εμβρυϊκού υπερθυρεοειδισμού είναι η διέλευση των θυρεοειδικών διεγερτών (TRAb) της μητέρας από τον πλακούντα και διέγερση του θυρεοειδούς του εμβρύου.

Μετά τον τοκετό, το νεογνό πρέπει να εξετάζεται για σημεία θυρεοειδικής δυσλειτουργίας. Ακόμη κι αν η μητέρα είναι ευθυρεοειδική χωρίς φαρμακευτική αγωγή, ο κίνδυνος νεογνικού υπερθυρεοειδισμού είναι 1:70 γεννήσεις διότι οι θυρεοειδικοί διεγέρτες δεν εξαφανίζονται από τον ορό της μητρός, έστω και αν η μητέρα είναι ευθυρεοειδική. Αν η μητέρα παίρνει αντιθυρεοειδικά φάρμακα η επίπτωση παροδικού υποθυρεοειδισμού είναι περίπου 20-30% που αποκαθίσταται σε 10 ημέρες χωρίς παραπέρα συνέπειες του νεογνού. Συνιστάται επανεξέταση του νεογνού 7-10 ημέρες μετά τον τοκετό, διότι το νεογνό προστατευόμενο από την ενδομήτριο έκθεση στα αντιθυρεοειδικά φάρμακα, γεννάται συνήθως ευθυρεοειδικό ή υποθυρεοειδικό και ο υπερθυρεοειδισμός εκδηλώνεται συνήθως αργότερα, μετά την απομάκρυνση των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων από το θυρεοειδή του νεογνού. Αν εμφανισθεί υπεθυρεοειδισμός στο νεογνό, εκδηλώνεται με ταχυκαρδία (σφύξεις >160), υπερφαγία, πρόωρη σύγκληση των πηγών του κρανίου, μεγάλη νευρικότητα και καρδιακή ανεπάρκεια σε 50% των

περιπτώσεων αν η νόσος δεν γίνει αντιληπτή. Η διάρκεια του υπερθυρεοειδισμού είναι 8-10 εβδομάδες, όσο περίπου και η ζωή του TRAb στο πλάσμα του νεογνού. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με αύξηση της T4, T3 και μη ανιχνεύσιμη TSH στον ορό. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση PTU ή CARBIMAZOLE, σε δόση 10 mg PTU ή 1 mg CARBIMAZOLE ανά θωρο και PROPRANOLOL 2 MG ανά χιλίογραμμο βάρους ανά θωρο. Χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για την τιτλοποίηση των δόσεων γιατί το νεογνό μεταπίπτει από τον υπερθυρεοειδισμό στον υποθυρεοειδισμό πολύ πιο γρήγορα απ' ό τι ο ενήλικας.

Η επίπτωση υπερθυρεοειδισμού στη μητέρα μετά τον τοκετό είναι αυξημένη όπως και στην περίπτωση του υποθυρεοειδισμού.

Ιδιαίτερα συχνός είναι ο υπερθυρεοειδισμός σε γυναίκες με υψηλό τίτλο θυρεοειδικών αυτοαντισωμάτων προ της εγκυμοσύνης. Η θεραπεία είναι συμπτωματική αν η πρόσληψη I¹³¹ (ή I¹²³) είναι χαμηλή. Συνήθως η νόσος διαρκεί 2-3 μήνες και παρέρχεται. Αν όμως η πρόσληψη είναι αυξημένη και αν ανευρεθούν θυρεοειδικό διεγέρτες (TRAb) στον ορό, συνιστάται θεραπεία με αντιθυρεοειδικά φάρμακα όπως στον υπερθυρεοειδισμό GRAVES.

ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Ο ρ ι σ μ ό ς :

Πρόκειται για μια διάχυτη η εστιακή φλεγμονή του θυρεοειδή, όπου όμως τα υπόλοιπα μέλη του ορμονικού κυκλώματος (υπόφυση, υποθάλαμος) λειτουργούν χωρίς να επηρεάζονται από την παραπάνω πάθηση. Σήμερα οι γνώσεις μας στην κυτταρολογία με την παράλληλη ανάπτυξη των γνώσεων και στην ανοσοβιολογία αύξησαν σημαντικά το ποσοστό των διαγνωσμένων θυρεοειδίτιδων. Ο σημαντικός αριθμός εξετάσεων του θυρεοειδή παρέχει τη δυνατότητα να διαγνωσθεί η θυρεοειδίτιδα παρ'όλη την ποικίλη και ιδιόμορφη κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί:

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤ' ΑΘΗΝ

AMERICAN THYROID ASSOCIATION.

Οξεία θυρεοειδίτιδα: πυώδης (ειδικό μικρόβιο), υποξεία μη πυώδης (ιοί).

Χρόνια θυρεοειδίτιδα:

Λεμφοκυτταρική (HASHIMOTO) : - ~~ε~~ινώδης, - ατροφική - εφηβική-εστιακή.

Ινώδης (RIEDEL).

Πυώδης (ειδική μικρόβια)

Μη πυώδης (φυματίωση, σύφιλη κ.α.)

Στην καθημερινή κλινική πράξη η θυρεοειδίτιδα ταξινομείται ως εξής:

A. Οξεία βακτηριακή θυρεοειδίτιδα

B. Υποξεία θυρεοειδίτιδα DE QUERVAIN

Γ. Χρόνια αυτοανοσιολογική θυρεοειδίτιδα (τύπου HASHIMOTO)

α. υπερτροφική μορφή

β. ατροφική μορφή

Δ. Πρωτοπαθής ενώδης θυρεοειδίτιδα RIEDEL

Ε. Θυρεοειδίτιδα από ειδικές λοιμώξεις (φυματίωση, δύφιλη κ.α.)

Α. ΟΞΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος:

Συναντάται σπάνια. Αυτή τις περισσότερες φορές προέρχεται από εστιακές φλεγμονές του ρινοφάρυγγα από σταφυλόκοκκους, στρεπτόκοκκους, πνευμονοκόκκους και σε ελάχιστες περιπτώσεις από κολοβακτηρίδια.

Παρουσιάζεται με δυνατούς πόνους, πρήξιμο ενός ή αμφοτέρων των λοβών του θυρεοειδή, ευαίσθητα στην ψηλάφηση, δυσκαταποσία, βραχνάδα, πυρετό και διόγκωση των γειτονικών λεμφαδένων. Το δέρμα είναι ερυθρό. Σπάνια αναπτύσσονται αποστήματα. Η ΤΚΕ είναι σημαντικά αυξημένη.

Η μέτρηση των θυρεοειδικών ορμονών T4, T3 και TSH είναι συνήθως στα φυσιολογικά όρια ή ελαφρώς πάνω από τα φυσιολογικά όρια λόγω της καταστροφής του αδένου. Η θυρεοσφαιρίνη του ορού μπορεί να είναι πολύ αυξημένη και αυτό αποτελεί καλό διαγνωστικό σημείο, ότι δηλαδή υπάρχει καταστροφή του θυρεοειδικού ιστού ιδιαίτερα αν η πρόσληψη ραδιενεργού I¹³¹ είναι φυσιολογική και η TSH δεν είναι κατεσταλμένη. Η πρόσληψη I¹³¹ είναι συνήθως φυσιολογική και το σπινθηρογράφημα συνήθως αποκαλύπτει έλλειμμα ή "ψυχρή" περιοχή. Η φυσιολογική πρόσληψη I¹³¹ με σκιαγραφικό έλλειμμα στο σπινθηρογράφημα, ουσιαστικά αποκλείουν την περίπτωση της υποξείας θυρεοειδίτιδας DE QUERVAIN. Το υπερηχογράφημα δεν προσφέρει ουσιαστική βοήθεια εκτός στις περιπτώσεις αποστήματος οπότε θα αποκαλυφθεί κοιλότητα.

Η περίπτωση οξείας αιμορραγίας σε προϋπάρχοντα όζο στο θυρεοειδή έχει όμοια κλινική και σπινθηρογραφική εικόνα αλλά λείπουν τα οξέα φαινόμενα της φλεγμονής, ο πυρετός, η τοπική ερυθρότητα κ.λ.π.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Πριν τη θεραπεία και ιδίως αν υπάρχει απόστημα συνίστάται παρακέντηση με λεπτή βελόνα για επιβεβαίωση της διάγνωσης και καλλιέργεια του υλικού για ανίχνευση του μικροβίου και χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού. Τα αντιβιοτικά πρέπει να χορηγούνται ενδοφλέβια και η θεραπεία να αρχίζει χωρίς και να είναι επιθετική, επειδή η αποστηματοποίηση είναι συχνή και με τάση επέκτασης στο μεσοθωράκιο.

- Ανάπαυση, τοπικά ψυχρά επιθέματα και αντιφλογιστικά π.χ. TANDERIL, επιτυγχάνουν την ανάρρωση.
- Χειρουργική αντιμετώπιση με παροχέτευση.

Παρακολουθείται η ΤΚΕ γιατί είναι ο καθοριστικός παράγοντας για την παραπέρα χρησιμοποίηση των αντιφλογιστικών.

B. ΥΠΟΞΕΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ DE QUERVAIN

Α ι τ ι ο λ ο γ ί α :

Η αιτιολογία σήμερα δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως. Συνήθως προηγείται επιμόλυνση με ιούς του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος, καθώς και η ανεύρεση αυξημένου τίτλου αντισωμάτων έναντι των αδενοτρόπων ECHO, COXSACKIE, παρωτίτιδας, ιλαράς και μονοκυρηνώσεως ιών. Έχει βρεθεί και γενετική προδιάθεση. Επειδή η επίπτωση του αντιγόνου ιστοσυμβατότητας HLA-BW35 βρέθηκε υψηλότερο σε άτομα που προσβλήθηκαν από υποξεία θυρεοειδίτιδα.

Συνήθως οι ασθενείς παραπονούνται για καταβολή δυνάμεων, πυρετό, αδυναμία, πόνο στο θυρεοειδή με αντανάκλαση στα αυτιά,

ινιακή χώρα και κάτω σταχόνα.

Λεμφαδένες διογκούμενοι δεν ψηλαφούνται.

Συνυπάρχει δεκατική πυρετική κίνηση.

Το 1/4 περίπου των ασθενών παρουσιάζει σε ήπια μορφή ταχυκαρδία, εσωτερική ανησυχία, τρόμο και απώλεια βάρους.

Δ ι ά γ ν ω σ η :

Η θυροξίνη και η τριιωδοθυρονίνη του ορού είναι συνήθως αυξημένες και η TSH του ορού συνήθως μη ανιχνεύσιμη, που αποτελεί και το πιο ευαίσθητο εργαστηριακό εύρημα στον υπερθυρεοειδισμό. Η θυρεοσφαιρίνη του ορού είναι πολύ αυξημένη αλλά δεν αποτελεί χαρακτηριστικό εύρημα. Τα θυρεοειδικά αυτοαντισώματα (αντιμικροσωμιακά και αντιθυρεοσφαιρικά) είναι ελαφρώς αυξημένα στην αρχή της νόσου και επανέρχονται στο φυσιολογικό σε μερικούς μήνες. Κλειδί για τη διάγνωση της νόσου αποτελεί ο συνδυασμός της κλινικής εικόνας με την πρόσληψη το I^{131} από το θυρεοειδή που είναι σε υπόνοια υποξείας θυρεοειδίτιδας το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς να γίνεται με I^{131} και όχι με $Te^{99μ}$ γιατί η χρήση του $Te^{99μ}$ μπορεί να οδηγήσει σε λάθος συμπεράσματα αφού η πρόσληψή του από το θυρεοειδή είναι δύσκολο να εκφρασθεί ποσοτικά.

Το υπερηχογράφημα του θυρεοειδούς δεν προσφέρει διαγνωστική βοήθεια. Μπορεί να βοηθήσει στην περίπτωση οξέως άλγους του θυρεοειδούς που οφείλεται σε οξεία αιμορραγία σε προϋπάρχοντα όζο.

Η T.K.B. είναι μέτρια ως σημαντικά αυξημένη. Αυτή θεωρείται ταυτόχρονα η σπουδαιότερη παράμετρος παρακολούθησεως της εξελίξεως της ασθeneίας.

Η α2 σφαιρίνη παρατηρείται αυξημένη.

Γίνεται περιφερειακός-ορμονικός έλεγχος

Στο κυτταρολογικό επίστρωμα παρατηρούνται ιστοκυτταρικά γιγαντοκύτταρα.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Η θεραπεία έγκειται στη συμπτωματική θεραπεία του άλγους και του υπερμεταβολισμού λόγω της αυξημένης T4 και T3. Χορήγηση ασπιρίνης μέχρι και 2-3 GR ημερησίως βοηθά στην αντιμετώπιση του πόνου και του πυρετού. Πολλές φορές όταν τα συμπτώματα επιμένουν ή υπάρχουν αντενδείξεις χορήγησης ασπιρίνης. Ενδείκνυται η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών (30-60 mg PREDNISONE ή PREDNISOLONE) για ένα μήνα με σταδιακή μείωση. Χορήγηση PROPRANOLOL 20 mg τρεις φορές την ημέρα ή ATENOLOL 50 mg ημερησίως είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του υπερμεταβολισμού. Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα όπως METHIMAZOLE, PROPYLTHIOURACIL δεν ωφελούν και πρέπει και αποφεύγονται.

Μετά την υπερθυρεοειδική περίοδο μπορεί και ακολουθεί φυσιολογική λειτουργία του θυρεοειδούς ή βραχεία περίοδος υποθυρεοειδισμού. Η παροδική θεραπεία υποκατάστασης με θυροξίνη 150 mg ημερησίως βοηθά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του υποθυρεοειδισμού, αν υπάρχουν. Μόνιμος υποθυρεοειδισμός είναι σπάνιος. Υποτροπές υποξείας θυρεοειδίτιδας συμβαίνουν αλλά δεν είναι συχνές.

Γ. ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ, ΝΟΣΟΣ HASHIMOTO:

Πρόκειται για ανοσοβιολογική πάθηση με πιθανή οικογενειακή επίδραση. Παρουσιάζεται σε 2 μορφές: α) υπερτροφική μορφή

με λεμφοκυτταρική διήθηση, β) ατροφική μορφή με ινώδεις εξαλλαγές.

Ο HASHIMOTO περιέγραψε για πρώτη φορά τη χρόνια θυρεοειδίτιδα το 1912 και την ονόμασε λεμφοματοειδή βρογχοκήλη.

Το ποσοστό ασθενών είναι περισσότερο αυξημένο απ'ότι μέχρι σήμερα ήταν παραδεκτό.

Θεωρείται διπλάσιο από τους ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό και δεκαπλάσιο της υποξείας θυρεοειδίτιδας.

Η διάγνωση της ασθένειας είναι δύσκολη, γιατί τακτικά εξελίσσεται χωρίς συμπτώματα.

Οι γυναίκες υπερίσχυουν στους άνδρες φθάνοντας τη σχέση 10:1.

Η θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO είναι οργανοειδική αυτοάνοσος νόσος. Η παθογένειά της δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί αν και πιστεύεται ότι η ανωμαλία βρίσκεται στα κατασταλτικά T λεμφοκύτταρα που επιτρέπουν στα βοηθητικά T λεμφοκύτταρα να αντιδράσουν με ειδικά αντιγόνα που στοχεύουν το θυρεοειδικό κύτταρο. Συχνά ανευρίσκονται τα HLA-DR β θετικά σε αρρώστους με HASHIMOTO. Η νόσος παρατηρείται σε εξωθυρεοειδικά αυτοάνοσα νοσήματα όπως: ρευματοειδής αρθρίτιδα, μυασθένεια, σύνδρομο SJOGREN, χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, ερυθρματώδης λύκος.

Κλινικά Χαρακτηριστικά:

Συνήθως η νόσος είναι ασυμπτωματική. Η διόγκωση του θυρεοειδή είναι ανώδυνη. Στην ψηλάφηση ο αδένας είναι συνήθως σκληρός, ανώμαλος με ή χωρίς όζους. Συνήθως οι ασθενείς προσέρχονται λόγω των συμπτωμάτων του υποθυρεοειδισμού. Σε ποσοστό 3-4% μπορεί να συνυπάρχει και υπερθυρεοειδισμός. Τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα σ'αυτή την περίπτωση είναι πολύ ψηλά, συνήθως άνω του 1:100.000.

Δ ι ά γ ν ω σ η :

Η διάγνωση μπορεί να γίνει από μια τυχαία παρατήρηση μιας εμφανούς βρογχοκήλης ή αν αναπτυχθεί τελικά υποθυρεοειδισμός.

Η TRH διάγνωση αποβαίνει θετική αν αναπτυχθεί ήδη υποκλινική ή έκδηλη υπολειτουργία.

Συνήθως οι ασθενείς με θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO έχουν φυσιολογική συγκέντρωση της T₄, T₃ και TSH στον ορό.

Τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα (αντιμικροσωμιακά και αντιθυρεοσφαιρινικά) είναι θετικά στο 90% των αρρώστων. Τελευταία έχει περιγραφεί ευαίσθητη μέθοδος μέτρησης αυτών των αντισωμάτων με ραδιοανοσοβιολογική μέθοδο και ανευρίσκονται θετικά περίπου σε όλους τους ασθενείς. Η πρόσληψη I¹³¹, το θυρεοειδικό σπινθηρογράφημα, το υπερηχογράφημα, δεν προσφέρουν βοήθεια για τη διάγνωση της νόσου HASHIMOTO. Η διάγνωση στηρίζεται στα κλινικά ευρήματα και στην παρουσία υψηλού τίτλου αντισωμάτων. Οι άρρωστοι με νόσο του HASHIMOTO είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στην έκθεση σε ιωδιούχες ουσίες. Η πιθανότητα να αναπτύξουν παροδικό υποθυρεοειδισμό μετά από χορήγηση φαρμακευτικών δόσεων ιωδιούχων ουσιών είναι 50% περίπου. Αυτό δεν ισχύει όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε θεραπεία υποκαταστάσεως με θυροξίνη.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Η θεραπευτική αντιμετώπιση έγκειται στη δια βίου χορήγηση 100-250 μ g θυροξίνης την ημέρα. Συνήθως η βρογχοκήλη υποχωρεί ως ένα βαθμό αλλά όχι πάντα.

Δεν είναι απόλυτο αν πρέπει να χορηγείται θυροξίνη δια βίου σε αρρώστους με ενθυρεοειδική νόσο του HASHIMOTO και μι-

κρή βρογχοκήλη. Σ'αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται η παρακολούθηση κάθε 6 μήνες ή τουλάχιστον κάθε χρόνο.

Στα παιδιά που η νόσος μπορεί να υποστρέψει, δεν έχει γίνει αποδεκτό αν θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης δια βίου. Συνιστάται επανεκτίμηση μετά από έτη, μέτρηση των αντισωμάτων και έλεγχος της θυρεοειδικής λειτουργίας μετά διακοπή της θεραπείας για 30-40 ημέρες. Αν η TSH βρεθεί αυξημένη συνιστάται η χορήγηση θυροξίνης δια βίου. Άρρωστοι χωρίς βρογχοκήλη και χαμηλό τίτλο αυτοαντισωμάτων δεν χρειάζονται θεραπεία εκτός και αν αναπτύξουν υποθυρεοειδισμό.

Σε ασθενείς με νόσο HASHIMOTO μπορεί να χορηγηθούν και κορτικοειδή σε περίπτωση γρήγορης αύξησης του θυρεοειδή και αν υπάρχουν συμπιεστικά σημεία στην έξοδο του θώρακα. Η διάρκεια τους πρέπει να είναι σύντομη.

Χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται μόνο εάν υπάρχουν σημαντικά συμπιεστικά σημεία, ή επί σημαντικής υποψίας κακοήθειας.

Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Σ Τ Ο Υ Θ Υ Ρ Ε Ο Ε Ι Δ Η

Ε ι σ α γ ω γ ή :

Ασθενείς με θυρεοειδικό καρκίνο είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικοί.

Ο καρκίνος του θυρεοειδή αποτελεί το 1% όλων των νεοπλασιών γενικά. Οι γυναίκες υπερिशύουν έναντι των ανδρών σε σχέση 3:1.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του θυρεοειδή καθιστά εκοτακτική την ανάγκη της πρώιμης διάγνωσης.

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α :

Η αιτιολογία της νόσου είναι γνωστή.

Η θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO, λόγω του μεγάλου ποσοστού (25-30%) παρατηρούμενων νεοπλασιών θεωρείται από πολλούς σαν προκαρκινοματώδης κατάσταση. Ο μοναδικός παράγοντας ο οποίος σήμερα αναγνωρίζεται σαν καρκινογόνος είναι η επίδραση της ακτινοβολίας (ακτίνες RONTGEN) αν τα άτομα αυτά είχαν υποβληθεί στην παιδική τους ηλικία σε ακτινοβολία στην περιοχή του λαιμού.

Τ Α Ξ Ι Ν Ο Μ Η Σ Η

Περίπου το 98% των νεοπλασιών του θυρεοειδή είναι καρκινώματα. Η ιστολογική διευκρίνιση παρέχει σπουδαίες βοήθειες στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στον πρόγνωση.

Ο καρκίνος του θυρεοειδή διαιρείται σε τέσσερις ιστολογικούς τύπους:

α) το θηλώδες, β) το θηλακώδες, γ) το μυελοειδές και δ) το αμετάπλαστο καρκίνωμα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Συχνά χωρίς ενοχλήματα του ασθενή ψηλαφάται όζος από τον ίδιο ή το γιατρό του. Όσο διάστημα ο καρκίνος δεν παρουσιάζει μεταστάσεις παραμένει ασυμπτωματικός και αυτό διότι ο καρκίνος του θυρεοειδή δεν συνοδεύεται από δυσλειτουργία.

Τα σημεία τα οποία γεννούν την υποψία για νεοπλασία στο θυρεοειδή είναι :

- Κάθε όζος στο θυρεοειδή είναι ύποπτος καρκινώματος.
- Η ανάπτυξη μέσα σε λίγες εβδομάδες συμπαγούς υβώδους περιορισμένης κινητικότητας βρογχοκήλης με ανώνυμους λεμφαδένες κατά μήκος του στερνοκλειδομαστοειδούς.
- Συμπτώματα, όπως βραχνάδα, φλεβική στάση στο λαιμό, δυσκαταποσία, πόνος στο λαιμό με αντανάκλαση στο αυτί προκαλούμενος

από πίεση του υπογλωσσίου νεύρου ή εισανευστική δύσπνοια γεννούν, εμβάλλουν την υπόνοια διηθητικού νεοπλάσματος του θυρεοειδή.

Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες. Ψυχροί όζοι είναι περίπου σε ποσοστό 5% κακοήθεις.

Κάθε ψυχρός όζος θα πρέπει να κινεί την υποψία μιας νεοπλασίας μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου.

Σε κάθε σπινθηρογραφικό "ψυχρό όζο" θα πρέπει ανεξάρτητα από το βαθμό υποψίας νεοπλασίας να διενεργείται η παρακέντηση και η κυτταρολογική εξέταση.

Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει τη νεοπλασία. Μπορεί να διενεργηθεί πολλές φορές χωρίς κίνδυνο.

Ο υπέρηχος μας δίνει πληροφορίες αν ένας όζος είναι κυστικός ή συμπαγής, δεν μας διαφοροποιεί όμως παραπέρα αν πρόκειται περί κακοήθους ή καλοήθους.

Στα C κυτταρικά καρκινώματα, ο προσδιορισμός του επιπέδου της Καλτσιτονίνης με RIA έχει μεγάλη διαγνωστική αξία.

Θ ε ρ α π ε ί α

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του θυρεοειδή επιτυγχάνεται:

- α. με τη θυρεοειδεκτομή
- β. με τη χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου 131
- γ. με τη χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών.

Αν ο όζος είναι καλοήθης συνιστάται η χορήγηση 150 ^{mcg} θυροξίνης περίπου και η παρακολούθηση.

Αν ο όζος αποδειχθεί καρκίνωμα γίνεται σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή, αφαίρεση λεμφαδένων τοπικά όσο είναι δυνατό και αποφυγή ριζικής εκτομής στον τράχηλο λόγω της καλοήθους σχετικά συμπεριφοράς του καρκινώματος. Σε πολλές περιπτώσεις

ανάλογα με το μέγεθος και την επιθετικότητα του αρχικού όζου, συνιστάται χορήγηση I^{131} για καταστροφή του υπόλοιπου θυρεοειδούς και αν υπάρχουν θετικοί λεμφαδένες παναχορηγείται 100-150 μCi I^{131} για πιο ριζική θεραπεία. Στον άρρωστο χορηγείται θυροξίνη δια βίου. Κάθε χρόνο συνιστάται μέτρηση της θυρεοσφαιρίνης (T₄) του ορού. Σε περίπτωση που η θυρεοσφαιρίνη είναι αυξημένη, σημαίνει ότι πιθανό να υπάρχει υποτροπή.

Το υπερηχογράφημα συμβάλλει στην καλή παρακολούθηση. Η μαγνητική τομογραφία υπερτερεί της αξονικής τομογραφίας. Επί υποψίας υποτροπής συνιστάται διακοπή της θεραπείας με T₄ ολόσωμο σπινθηρογράφημα με I^{131} και επανεγχείρηση αν υπάρχει τοπική υποτροπή και θεραπεία με I^{131} αν υπάρχουν απομεμακρυσμένες μεταστάσεις.

Η παραπάνω θεραπεία εννοείται ότι ισχύει για τα καλώς διαφοροποιημένα καρκινώματα δηλαδή το θηλώδες και το θηλακώδες που αποτελούν το 80-90% των καρκινωμάτων.

Η χημειοθεραπεία συνήθως αποτυγχάνει. Στο μυελώδες καρκίνωμα η διάγνωση τίθεται ιστολογικά και προεγχειρητικά με μέτρηση της καλτσιτονίνης του ορού που βρίσκεται πάντα αυξημένη. Η θεραπεία είναι μόνο χειρουργική.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ.

Η ουσία της νοσηλευτικής φροντίδας βρίσκεται στην ικανότητα του Νοσηλεύτη/τριας να συλλαμβάνει και να κατανοεί τα σημεία συμπεριφοράς, που δείχνουν την κατάσταση άνεσης του αρρώστου ή την ικανότητά του να διαπραγματεύεται με προβλήματα, που δημιουργούνται εξαιτίας της απειλής της υγείας του. Η ικανότητα του νοσηλεύτη/τριας να προσδίδει έννοια στη συμπεριφορά είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εκπλήρωση του ρόλου του.

Ο νοσηλεύτης/τρια είναι αυτός που θα βοηθήσει άμεσα τον ασθενή με πάθηση του θυρεοειδή ώστε να ξεπεράσει όσο το δυνατό γρηγορότερα το πρόβλημα της υγείας που παρουσιάζει.

ΝΟΣΙΑΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

Ο ασθενής έρχεται στο Νοσοκομείο με πολλά προβλήματα όπως: Μείωση της άνεσης, αυξημένο μεταβολισμό, μείωση δραστηριοτήτων, υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο-δυναμικό (διάρροια), οφθαλμοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, θυρεοειδική κρίση, μεταβολή του σωματικού ειδώλου.

Σκοπός του νοσηλεύτη/τριας είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνονται: σε άμεσους και σε μακροπρόθεσμους.

Άμεσοι σκοποί είναι:

- 1) Έλεγχος της καρδιακής κάμψης.
- 2) Έλεγχος της έκκρισης της θυροξίνης και επαναφορά στην ευ-

θυρεοειδική κατάσταση.

- 3) Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων.
- 4) Εξασφάλιση άνεσης (δροσερό και ήσυχο περιβάλλον)
- 5) Τροποποίηση δραστηριοτήτων.
- 6) Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Μακροπρόθεσμοι σκοποί είναι:

Η διατήρηση της ευθυρεοειδικής κατάστασης με αυτόματη ύφεση, φάρμακα ή χειρουργική επέμβαση.

Νοσηλευτική Παρέμβαση:

Α. Γενικά :

1. Εξασφάλιση άνετου και θεραπευτικού περιβάλλοντος.
 - α. Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο με ευχάριστη θέα από το παράθυρο και μακριά από ενοχλητικούς θορύβους (ασανσέρ, κοψίνα) βαριά αρρώστους ή ενοχλητικό φωτισμό.
 - β. Σύσταση να ακούει ευχάριστα ραδιοφωνικά προγράμματα και να αποφεύγει να βλέπει τηλεόραση με διεγερτικά προγράμματα.
 - γ. Περιορισμός των επισκεπτών, εκείνων, που αναστατώνουν τον άρρωστο με τις συζητήσεις τους.
 - δ. Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο που βρίσκονται άρρωστοι σε ανάρρωση και προστασία του από ενοχλητικά βλέμματα.
 - ε. Απόκτηση της εμπιστοσύνης του αρρώστου και απομάκρυνση κάθε πράγματος που τον ερεθίζει.
2. Ενθάρρυνση συμμετοχής στο σχεδιασμό της καθημερινής φροντίδας δίνοντας έμφαση στην επαρκή ανάπαυση στα μεσοδιαστήματα των δραστηριοτήτων.
3. Παροχή βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες. Ο τρόμος των χεριών και η μυϊκή αδυναμία του δημιουργούν προβλήματα.
4. Ρύθμιση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος για εξασφάλιση άνεσης. Χρησιμοποίηση ανεμιστήρων.

5. Εξασφάλιση θρεπτικής δίαιτας.

α. Δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα και θερμίδες (4.000-5.000 καθημερινά) εξαιτίας του αυξημένου μεταβολισμού.

β. Χορήγηση, συμπληρωματικά, βιταμινών ειδικά θειαμίνης και ασκορβικού οξέος.

γ. Αποφυγή χορήγησης τσαγιού και καφέ, εξαιτίας της διεγερτικής τους δράσης.

6. Απαλλαγή του αρρώστου από την ψυχική ένταση. Ορισμένα είδη απασχολησιοθεραπείας ηρεμούν τον άρρωστο (πλέξιμο, ράψιμο, κέντημα.).

7. Υποστήριξη του αρρώστου κατά την εκτέλεση των διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων.

α. Επεξήγηση του σκοπού και της διαδικασίας της κάθε εξέτασης.

β. Πληροφόρηση του αρρώστου και της οικογένειάς του για τη λήψη προφυλακτικών μέτρων κατά τη διάρκεια των ραδιοϊσοτοπικών εξετάσεων.

γ. Υπενθύμιση του αρρώστου ότι θα πρέπει να παραμένει στο δωμάτιό του μέχρις ότου τελειώσουν οι εξετάσεις.

8. Χορήγηση υπνωτικών κατευναστικών (βρωμιούχα και φαινοβαρβιτάλη) για μείωση της νευρικότητας και εξασφάλιση ύπνου.

9. Πρόληψη τραύματος των αφθαλμών εξαιτίας του εξόφθαλμου.

α. Παρότρυνση του αρρώστου να φορεί γυαλιά ηλίου.

β. Ενστάλαξη METHYLCELLULOSE 0,5-1% για προστασία του κερατοειδούς.

γ. Κάλυψη των ματιών κατά την ώρα του ύπνου για αποφυγή ξήρανσης του κερατοειδή.

δ. Παρότρυνση του αρρώστου να σηκώνει το επάνω μέρος του κρεβατιού την ώρα του ύπνου για βελτίωση της παροχέτευ-

σης.

- ε. Προετοιμασία του αρρώστου, εάν πρόκειται να κάνει βλεφαρορραφή για προστασία του κερατοειδή ή ανακουφιστική κογχοτομή (γίνονται σε βαριές μορφές εξόφθαλμου).
 - στ. Χορήγηση κορτικοστεροειδών σε μεγάλες δόσεις για αρκετό χρονικό διάστημα (σε κακοήθη εξόφθαλμο).
10. Παρακολούθηση και αναγραφή των αποκρίσεων του αρρώστου στη θεραπεία.
- α. Βάρος σώματος.
 - β. Αρτηριακή πίεσης, σφιγμός, αναπνοές, θερμοκρασία.
 - γ. Διανοητική κατάσταση
 - δ. Ορεξη.
 - ε. Νευρομυϊκά αντανακλαστικά.
11. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση παρενεργειών από τη χορήγηση των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων και άμεση αναφορά.
- α. Εξάνθημα
 - β. Κνησμός
 - γ. Δερματίτιδα
 - δ. Πυρετός
 - ε. Πονόλαιμος
 - στ. Αρθραλγίες
 - ζ. Γαστρεντερικές διαταραχές.
 - η. Ακοκκιοκυτταραιμία (η σοβαρότερη παρενέργεια).
12. Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση συμπτωμάτων τοξικότητας του ιωδίου (ιωδισμός), η εμφάνιση των οποίων αποτελεί ένδειξη για άμεση διακοπή.
- α. Εξοίδηση του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας
 - β. Αφθονη έκκριση σιέλου

- γ. Φλεγμονή σιελογόνων αδένων
 - δ. Κόρυζα
 - ε. Εξάνθημα δέρματος.
13. Κατα νόσηση της κατάστασης του αρρώστου και υποστήριξη αυτού και της οικογένειάς του.
14. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του.
- α. Επεξήγηση της φύσης της νόσου.
 - β. Φάρμακα (είδος, δόση, δράση και παρενέργειες)
 - γ. Αναμενόμενες αποκρίσεις από τη φαρμακευτική θεραπεία.
 - δ. Εγκαιρη αναγνώριση εμφάνισης αποκκιοκυτταραιμίας και άμεση αναφορά στο γιατρό. προειδοποιητικά συμπτώματα είναι: πυρετός, κυνάγχη, φλεγμονές, κακουχία.
 - ε. Σημεία και συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού.
 - ζ. Σπουδαιότητα ιατρικής παρακολούθησης.
 - η. Δίαιτα.
 - θ. Δραστηριότητα και ανάπαυση.
- Β. Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει θυρεοειδική κρίση, τότε πρέπει να γίνουν οι εξής νοσηλευτικές ενέργειες για την αντιμετώπισή της:
1. Εξασφάλιση τέλειας θεραπευτικής ανάπαυσης.
 2. Διατήρηση ανοικτής ενδοφλέβιας οδού.
 3. Σύνδεση αρρώστου με καρδιακό MONITOR.
 4. Γίνεται έλεγχος της σύνθεσης και απέκκρισης των θυρεοειδικών ορμονών.
 - α. Χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων σε μεγάλες δόσεις από το στομα ή μέσω ρινογαστρικού σωλήνα για μείωση της παραγωγής των θυρεοειδικών ορμονών.
 - β. Χορήγηση ιωδίου με τη μορφή LUGOL για αναστολή της έκκρι-

σης των θυρεοειδικών ορμονών. Χορηγείται πάντα μετά τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα για να μη χρησιμεύσει σαν πρώτη ύλη για τη θυρεοειδική ορμονοσύνθεση.

5. Χορήγηση β-αναστολέων (προπρανόλη) για καταστολή των αδρενεργικών εκδηλώσεων.
6. Χορήγηση καρδιοτονοτικών (δακτυλίτιδα) σε περίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας.
7. Χορήγηση βαρβιτουρικών και ρεζερπίνης για καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.
8. Χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και αγγειοσυσπαστικών για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης, των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και της υπότασης. Οι ανάγκες σε υγρά κυμαίνονται μεταξύ 2500-4000 ML ανάλογα με την κατάσταση του αρρώστου.
9. Αντιμετώπιση της υπερπυρεξίας με:
 - α. Κουβέρτες και στρώματα υποθερμίας.
 - β. Ψυχρά επιθέματα, ψυχρές πλύσεις, επαλλείψεις με οινόπνευμα.
 - γ. Αποφυγή ρίγους και εγκαυμάτων δέρματος.
 - δ. Φάρμακα (σαλικυλικά).
10. Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για τη ναυτία, τους εμέτους και τη χορήγηση φαρμάκων.
11. Χορήγηση φαρμάκων για ανακούφιση από τον κοιλιακό πόνο, τη ναυτία και τους εμέτους.
12. Παρακολούθηση της απόκρισης του αρρώστου στα θεραπευτικά μέτρα.
 - α. Αρτηριακή πίεση, σφυγμός, αναπνοές και θερμοκρασία κάθε 30 λεπτά ή ανάλογα με την κατάσταση του αρρώστου.
 - β. Διανοητική κατάσταση.

- γ. Προσλαμβανόμενα-αποβαλλόμενα: εκτίμηση της απώλειας υγρών με την εφίδρωση.
 - δ. Νευρομυϊκά αντανακλαστικά.
 - ε. Αναπνευστικοί ήχοι.
13. Χορήγηση στεροειδών, γιατί υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης επινεφριδικής ανεπάρκειας.
 14. Κάλυψη θρεπτικών αναγκών με ορούς γλυκοζέ και χορήγηση βιταμινών Β.
 15. Επαγρύπνηση για εμφάνιση λοίμωξης, άμεση θεραπεία σε εμφάνισή της,

Γ. Νοσηλευτική φροντίδα υπολικής θυρεοειδεκτομής.

Η υπολική θυρεοειδεκτομή είναι μια θεραπευτική μέθοδος κατά την οποία μειώνεται ή αφαιρείται όλος ο θυρεοειδικός ιστός και επομένως περιορίζεται η παραγωγή ορμονών. Αυτή είναι η θεραπεία εκλογής για τους περισσότερους ασθενείς ηλικίας 18-40 ετών.

Απόλυτες ενδείξεις θυρεοειδεκτομής είναι οι πιο κάτω:

1. Ενδεχόμενη κακοήθεια.
2. Βρογχοκήλη, που προκαλεί φαινόμενα πίεσεως.
3. Άρνηση ή αδυναμία του αρρώστου να υποβληθεί σε συντηρητική αγωγή.
4. Νέοι άρρωστοι, που δεν ανέχονται τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Ο άρρωστος πρέπει να είναι ευθυρεοειδικός πριν από την έγχειρση. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων και χορήγηση ιωδίου. Ακόμη πριν την έγχειρση ο άρρωστος θα πρέπει να έχει φθάσει το ιδεώδες βάρος του σώματός του.

Επομένως, σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώ-
στου στο ^{στάδιο} ~~πρώτο~~ της προετοιμασίας για την εγχείρηση είναι η μείω-
ση των συμπτωμάτων και σημείων που δημιουργεί ο υπερθυρεοει-
δισμός με την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής και την υλοποίη-
ση των νοσηλευτικών στόχων.

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με υπολική θυρεοειδεκ-
τομή περιλαμβάνει την προεγχειρητική και τη μετεγχειρητική νο-
σηλευτική φροντίδα.

I. Προεγχειρητική Φροντίδα:

1. Ψυχολογική και φυσική προετοιμασία των αρρώστου για χειρουργική επέμβαση.
 - α. Εύρισμα του άνω μέρους του θώρακα και του τραχήλου μέχρι την κάτω γνάθο.
 - β. Χορήγηση υπνωτικού το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης για εξασφάλιση ύπνου και ανάπαυσης.
 - γ. Δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα.
 - δ. Γίνεται λαρυγγοσκόπηση για έλεγχο των φωνητικών χορδών.
 - ε. Επεξήγηση του αρρώστου ότι η λαρυγγοσκόπηση είναι μια εξέταση ρουτίνας για τους αρρώστους που κάνουν θυρεοειδεκτομή, εξαιτίας της ανατομικής σχέσης του κάτω λαρυγγικού νεύρου. Είναι ανώδυνη.
 - στ. Ενημέρωση του αρρώστου ότι μετεγχειρητικά η ομιλία του θα πρέπει να περιορισθεί αμέσως και ότι θα του χορηγηθεί οξυγόνο για διευκόλυνση της αναπνοής.
 - ζ. Ενημέρωση του αρρώστου ότι μετεγχειρητικά θα του χορηγηθούν υγρά ενδοφλέβια για διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και κάλυψη των θρεπτικών του αναγκών.

Ενδέχεται να του χορηγηθεί ορός γλυκοζέ πριν από τη νάρκωση.

- η) Φροντίζουμε ο αρρώστος να τοποθετηθεί σε μονόκλινο δωμάτιο αν είναι δυνατόν, διαφορετικά προτείνουμε δωμάτια με αρρώστους οι οποίοι έχουν κάνει θυρεοειδεκτομή και βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης.
- θ) Φροντίζουμε ώστε ο αρρώστος να έλθει σε επαφή με άλλο αρρώστο που έκανε θυρεοειδεκτομή και βρίσκεται σε πλήρη ανάρρωση για να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες του σχετικά με την επέμβαση (ουλή τραύματος, κυρίως στις γυναίκες, ανακούφιση της νευρικότητας και του άγχους).
- ι) Εξασφάλιση αίματος για αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας μετεγχειρητικά.

11. Μετεγχειρητική Φροντίδα:

1. Εξασφάλιση ήσυχου δροσερού και άνετου περιβάλλοντος.
2. Μετακίνηση του αρρώστου με προσοχή. Ιδιαίτερη φροντίδα παίρνεται για την υποστήριξη της κεφαλής ώστε να μην εφαρμόζεται καμιά τάση στα ράμματα.
 - α. Υποστήριξη της κεφαλής με σκληρά μαξιλάρια.
 - β. Αποφυγή έκτασης ή κάμψης της κεφαλής (το κεφάλι κρατιέται με τα δύο χέρια κατά την έγερση του αρρώστου από το κρεβάτι).
 - γ. Μετακίνηση της κεφαλής μαζί με το υπόλοιπο σώμα κατά την αλλαγή θέσης στο κρεβάτι.
3. Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση ημι-FOWLER με το κεφάλι ανυψωμένο και καλά υποστηριγμένο.
4. Για να διευκολύνουμε την αναπνοή του αρρώστου χορηγούμε οξυγόνο.
5. Χορήγηση υγρών από το στόμα μόλις σταματήσει η τάση για

- έμετο. Ευκολότερα παίρνει τα κρύα υγρά εξαιτίας της δυσκολίας στην κατάποση.
6. Για να ανακουφιστεί ο άρρωστος από τον πόνο της εγχείρησης χρησιμοποιούνται παυσίπονες ενέσεις και όχι σπάνια ενέσεις μορφίνης.
 7. Πρέπει να γίνεται λήψη ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά για μια ώρα και στη συνέχεια κάθε μισή ώρα.
 8. Έλεγχος του τραύματος (τουλάχιστον κάθε μια ώρα) για :
 - α. Ερυθρότητα
 - β. Πόνο
 - γ. Οίδημα
 - δ. Αιμορραγία: Πλάγιες και οπίσθιες επιφάνειες του λαιμού κυρίως γιατί ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση.
 9. Παρακολούθηση της λειτουργίας της συσκευής HEMOVAC για έγκαιρη διαπίστωση της αιμορραγίας μέτρηση υγρών.
 10. Αν ο άρρωστος παραπονεθεί για αίσθημα πίεσης ή πλήρωσης στο σημείο της τομής είναι ενδεικτικό αιμορραγίας. Σ' αυτή την περίπτωση μπορεί να εμφανισθεί σοβαρή δύσπνοια εξαιτίας της πίεσης, της τραχείας και των κάτω λαρυγγικών νεύρων από το αιμάτωμα. Για την πρόληψη της αιμορραγίας τοποθετούνται παγοκύστες στο τραύμα. Χορηγείται Βιταμίνη Κ σε αρρώστους που παρουσιάζουν αιμορραγική διάθεση (εξαιτίας της προεγχειρητικής ετοιμασίας με καρβιμαζόλη).
 11. Παρακολούθηση για εμφάνιση αναπνευστικής απόφραξης (δύσκολη και θορυβώδης αναπνοή), δύσπνοιας και κυάνωσης που οφείλονται σε οίδημα της γλωττίδας ή βλάβη των καλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων. Γίνεται αμέσως ενημέρωση του γιατρού και έχουμε έτοιμο κοντά στον άρρωστο το δίσκο τραχειοτομίας και αναρροφητήρα.

12. Σε περίπτωση μεταβολής της ποιότητας της φωνής του αρρώστου όπως τόνος, ύψος, βραχνάδα, ψιθυριστή φωνή είναι ενδεικτικές για βλάβη των παλλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων. Τότε συστήνουμε στον άρρωστο να περιορίσει την ομιλία του και του εξασφαλίζουμε εναλλακτικά μέσα επικοινωνίας.
13. Σε σπάνιες περιπτώσεις κατά την αφαίρεση του θυρεοειδή αδένου, αφαιρούνται οι παραθυρεοειδείς αδένες ή μπορεί να προκληθεί βλάβη σ' αυτούς. Αυτό έχει ως συνέπεια τη διαταραχή του μεταβολισμού του ασβεστίου και την εμφάνιση τετανίας. Καθώς το ασβέστιο του αίματος ελαττώνεται, εμφανίζεται ευερεθιστικότητα των νεύρων, με σπασμούς των άκρων και ήπιους σπασμούς των μυών. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται από την 1η έως την 7η ημέρα μετά την εγχείριση και προδίδουν κατάσταση που ονομάζεται τετανία.
Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση εκχυλίσματος παραθορμόνης και γλυτονικού ασβεστίου. Η ενδοφλέβια χορήγηση του ασβεστίου θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή σε αρρώστους που έχουν νεφρική βλάβη ή παίρνουν δακτυλίτιδα.
14. Γίνεται στενή παρακολούθηση για εμφάνιση εκδηλώσεων θυρεοειδικής κρίσης και άμεση αντιμετώπισή της (βλέπε θυρεοειδική κρίση).
15. Καλύπτουμε τις ανάγκες του αρρώστου.
 - α. Χορήγηση υπερθερμιδικής δίαιτας για επανάκτηση του βάρους που έχασε.
 - β. Εξασφάλιση επικλινίδιου τραπεζιού, επάνω στο οποίο τοποθετείται ό,τι χρειάζεται συχνά στον άρρωστο και σε τέτοια θέση ώστε να μπορεί εύκολα να το φθάσει χωρίς να είναι ανάγκη να γυρίσει το κεφάλι του.

16. Έγερση του αρρώστου το απόγευμα της ημέρας του χειρουργείου ή την επόμενη.
17. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του.
 - α. Τονίζεται στον άρρωστο η ανάγκη για ηρεμία, ανάπαυση και καλή διατροφή. Ενθαρρύνεται να παίρνει τροφές πλούσιες σε θερμίδες για να επανακτήσει το χαμένο βάρος.
 - β. Εξηγείται στην οικογένεια του ασθενή η ανάγκη για εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και απαλλαγμένου από την ένταση.
 - γ. Ο άρρωστος μπορεί να επιστρέφει στις συνηθισμένες του δραστηριότητες σταδιακά. Συνήθως χρειάζονται 2-3 μήνες για την πλήρη ακώρωσή του.
 - δ. Τονίζεται η σπουδαιότητα της μετέπειτα ιατρικής και εργαστηριακής παρακολούθησης.
 - ε. Εξηγούμε στον άρρωστο ότι, μέσα στα δύο πρώτα χρόνια μετά την εγχείρηση μπορεί να εμφανίσει υποθυρεοειδισμό.
 - στ. Εάν η άρρωστη είναι γυναίκα, διαβεβαιώνεται ότι η ουλή δεν θα φαίνεται αργότερα και ότι προσωρινά μπορεί να καλύπτει την περιοχή εκείνη για λόγους καλαισθησίας με ένα όμορφα δεμένο φουλάρι.

Νοσηλευτική Αξιολόγηση:

1. Αξιολόγηση της επιτυχίας της θεραπείας με την επαναφορά του αρρώστου στην ευθυρεοειδική κατάσταση.
2. Αξιολόγηση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και πρόκληση ευθυρεοειδικής κατάστασης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

Ο υποθυρεοειδικός ασθενής έρχεται στο Νοσοκομείο με πολλά προβλήματα όπως :

1. Μείωση της άνεσης (οίδημα , δυσπεψία, τυμπανισμός κοιλιάς, μη ανοχή στο κρύο).
2. Μείωση δραστηριοτήτων (αδυναμία, εύκολη κόπωση).
3. Θρεπτικό και ενεργειακό ανισοζύγιο (ανορεξία, δυσπεψία και υποθερμίας).
4. Ελλιπής επικοινωνίας με το περιβάλλον (βαρυκοΐα, δυσκολία στην ομιλία).
5. Μεταβολή του σωματικού ειδόλου.
6. Απάθεια.
7. Επιπλοκές από τη θεραπεία.

Όταν ο ασθενής παρουσιάσει μυξοιδηματικό κώμα (μια κατάσταση που εμφανίζεται σε πολύ προχωρημένο στάδιο του υποθυρεοειδισμού και κατά την οποία οι σωματικές και οι πνευματικές λειτουργίες μειώνονται σε βαθμό που ο άρρωστος πέφτει σε κώμα) παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

1. Κακή κυκλοφορία του οξυγόνου (βραδυκαρδία, υποαέρωση).
2. Ενεργειακό ανισοζύγιο (θερμοκρασία σώματος κάτω από 30°C).
3. Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο.
4. Αναπνευστική δυσλειτουργία (βραδύπνοια).
5. Θρεπτικό ανισοζύγιο.

Η νοσηλευτική φροντίδα αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνονται σε ά-

μεσους και σε μακροπρόθεσμους.

Άμεσοι σκοποί είναι:

- α. Πρόληψη και έλεγχος των επιπλοκών ή έλεγχος των επιπλοκών.
- β. Διόρθωση θρεπτικού και ενεργειακού ανισοζύγιου.
- γ. Εξασφάλιση μέσων άνεσης.
- δ. Προαγωγή της λειτουργίας του εντέρου.
- ε. Παροχή φυσικής υποστήριξης.
- στ. Αποκατάσταση της μεταβολικής διαταραχής.
- ζ. Παροχή βοήθειας στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.
- η. Παροχή συναισθηματικής και συγκινησιακής υποστήριξης στην οικογένεια του αρρώστου.

Επιπλέον σε μυξοιδηματικό ασθενή η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται και στην υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας.

Μακροπρόθεσμοι σκοποί είναι:

Η επαναφορά του αρρώστου στην φυσική, συγκινησιακή και ψυχολογική κατάσταση που βρισκόταν πριν από την αρρώστια εάν αυτό είναι δυνατό.

Νοσηλευτική Παρέμβαση:

Α. Γενικά :

1. Χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών για την επαναφορά του αρρώστου σε ευθυρεοειδική κατάσταση.

Η θεραπεία αναπληρωσης γίνεται σήμερα με τη χορήγηση από το στόμα συνθετικής κρυσταλλικής L-θυροξίνης. Αρχικά χορηγούνται μικρές δόσεις και ακολουθεί μια προοδευτική αύξησή τους μέχρι να φθάσουν στη δόση συντήρησης. Σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί η χορήγηση της θυροξίνης αυξάνει το μεταβολισμό και κατά συνέπεια οι ανάγκες σε οξυγόνο των ισ-

τών και του μυοκάρδιου δεν καλύπτονται, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να εμφανίζουν στηθάγχη κές κρίσεις. Στους αρρώστους αυτούς η θεραπεία αναπλήρωσης αρχίζει με μικρότερες δόσεις.

2. Παρακολούθηση των αποκρίσεων στη θεραπεία:

- α) Η πρώτη κλινική απόκριση είναι η αυξημένη διούρηση.
- β) Γίνεται ζύγισμα καθημερινό. Το βάρος σώματος μειώνεται.
- γ) Ελάττωση του οιδήματος και του οιδήματος των βλεφάρων.
- δ) Βελτίωση της όρεξης και της διανοητικής κατάστασης του αρρώστου. Ο άρρωστος βγαίνει από την απάθειά του. Είναι περισσότερο ενεργητικός και ξύπνιος, γνωρίζει τί συμβαίνει γύρω του και βελτιώνεται το αίσθημα της ευεξίας.
- ε) Η βραχνάδα υποχωρεί σιγά-σιγά.
- στ) Αυξάνονται ο σφυγμός και οι αναπνοές. Η θερμοκρασία αυξάνεται μέσα σε 24 ώρες.
- ζ) Η δυσκοιλιότητα μπορεί να υποχωρήσει.
- η) Βελτιώνονται τα αντανακλαστικά και ο μυϊκός τόνος. Η κατάσταση του δέρματος και των μαλλιών βελτιώνεται μετά από μήνες.

3. Παρακολουθούνται για εμφάνιση παρενεργειών των φαρμάκων. Ειδικά οι καρδιοπαθείς, γιατί αύξηση της δόσης μπορεί να προκαλέσει: Ταχυκαρδία, έκτακτες συστολές, στηθάγχη κές κρίσεις, Κεφαλαλγία, δύσπνοια, ανησυχία.

4. Αναγνώριση των εκλυτικών παραγόντων και αποφυγή τους ώστε να προληφθεί παραπέρα καρδιαγγειακή βλάβη καθώς και εμφάνιση μυξοιδηματικού κώματος.

α. Θεραπεία των εκλυτικών παραγόντων όπως λοίμωξη, STRESS από τραύμα κλπ.

β. Πρόληψη του ρίγους για να αποφευχθεί αύξηση του μεταβολικού ρυθμού που θα έχει σαν αποτέλεσμα επιβάρυνση της καρ-

διακής λειτουργίας.

Εξασφαλίζεται στον άρρωστο θερμό περιβάλλον, κάλτσες και ζακέτα για το κρεβάτι.

5. Χορηγούμε στον άρρωστο υπνωτικό και ηρεμιστικά φάρμακα σε δόσεις πολύ μικρότερες από εκείνες που δίνουμε σε υγιή άτομα της ίδιας ηλικίας και του ίδιου βάρους. Αυτό γίνεται επειδή οι άρρωστοι αυτοί είναι πολύ ευαίσθητοι στα υπνωτικά και στα ηρεμιστικά, τα οποία και σε μικρές δόσεις ακόμα μπορεί να προκαλέσουν υπονάρκωση και καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας που μπορεί ακόμη να επιφέρει και το θάνατο. Γίνεται στενή παρακολούθηση του αρρώστου που πήρε υπνωτικά και ηρεμιστικά για συμπτώματα επικείμενης υπονάρκωσης ή αναπνευστικής ανεπάρκειας.
6. Εξασφαλίζουμε ισορροπημένη δίαιτα με περιορισμένες θερμίδες και αλάτι αλλά πάντα στα πλαίσια της προτίμησης του αρρώστου.
7. Φροντίζουμε για την προαγωγή της ικανοποιητικής λειτουργίας του εντέρου. Αυτό επιτυγχάνεται:
 - α. Με την ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει υγρά.
 - β. Με την ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει τροφή με υπόλειμα.
 - γ. Με την ενθάρρυνση των δραστηριοτήτων στα πλαίσια της ανάγκης του αρρώστου.
 - δ. Με τη χορήγηση καθαρτικού.
 - ε. Με την αποθάρρυνση της έντασης κατά την αφόδευση.
8. Ενθάρρυνση του αρρώστου για συμμετοχή στο σχεδιασμό της καθημερινής του φροντίδας.
9. Εξασφαλίζουμε για τον άρρωστο άνετο και ήσυχο περιβάλλον. Και ρυθμίζουμε τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

10. Γίνεται παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον άρρωστο και την οικογένειά του.
 - α. Προαγωγή της επικοινωνίας με την οικογένεια, για να μπορεί να καταλάβει τις φυσικές και συναισθηματικές μεταβολές.
 - β. Ενθάρρυνση για εξωτερίκευση των αισθημάτων τους.
 - γ. Διαβεβαίωση ότι οι περισσότερες φυσικές αλλαγές καθώς και οι μεταβολές στη συμπεριφορά είναι αποκριτικές στη θεραπεία.
 - δ. Παροχή χρόνου στον άρρωστο να εκφραστεί (βραδεία ομιλία, δυσκολία στην επικοινωνία).
11. Γίνεται λήψη μέτρων για αποφυγή κατακλίσεων όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης.

Αυτό επιτυγχάνεται με την :

 - α. Έναρξη ασκήσεων πλήρους τροχιάς.
 - β. Συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι.
 - γ. Χρησιμοποίηση στρωμάτων αέρα.
 - δ. Χρησιμοποίηση ήπιων σαπουνιών και λοσιόν για τη φροντίδα του δέρματος, γιατί το δέρμα είναι συνήθως ξηρό.
 - ε. Γίνεται συχνός έλεγχος για εμφάνιση κατακλίσεων και χρησιμοποίηση μέτρων, που διεγείρουν την κυκλοφορία στις πιεζόμενες περιοχές.
12. Κάνουμε στον άρρωστο επεξήγηση όλων των διαδικασιών και των αναμενόμενων αποκρίσεων.
13. Κάνουμε διδασκαλία στον άρρωστο και την οικογένειά του σχετικά με :
 - α. Τη φύση της νόσου.
 - β. Τις αναμενόμενες αποκρίσεις από τη θεραπεία.
 - γ. Τα φάρμακα: (1) είδος φαρμάκου (στο εκχύλισμα του θυρεο-

ειδούς η βιολογική ισχύς ποικίλλει, η συνθετική ορμόνη του θυρεοειδούς είναι περισσότερο αποτελεσματική).

(2) Δράση, δόση, παρενέργειες.

δ. Τα σημεία και τα συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού.

ε. Την σπουδαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης για την πορεία της κατάστασης του ασθενούς.

στ. Τη δίαιτα.

ζ. Τη δραστηριότητα και την ανάπαυση.

B. Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή που έχει παρουσιάσει μυξοιδημοτικό κώμα.

1. Σύνδεση του αρρώστου με καρδιακό MONITOR.

2. Διατήρηση ανοιχτής ενδοφλέβιας οδού κι αυτό γιατί ο βαθμός απορρόφησης των φαρμάκων από το στομάχι ή ακόμα όταν χορηγούνται υποδόρια ή ενδομυϊκά, δεν μπορεί να καθοριστεί, λόγω της βραδείας κυκλοφορίας του αίματος και του σοβαρού υπομεταβολισμού.

3. Με ιδιαίτερη προσοχή χορηγούμε υγρά επειδή υπάρχει υπονατριαιμία.

4. Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα πάντα με την ιατρική εντολή.

Αυτά είναι:

α. Τριϊωδοθυρονίνη με στομαχικό καθετήρα (η T3 είναι δραστικότερη της L-θυροξίνης).

β. Υδροκορτιζόνη.

γ. Διουρητικά.

5. Αποφυγή εξωτερικής θέρμανσης του αρρώστου παρά την υποθερμία, γιατί η αύξηση των αναγκών των ιστών και του μυοκαρδίου σε οξυγόνο και η μείωση του τόνου των περιφερικών αγγείων θα επιδεινώσουν την ήδη υπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια.

Γίνεται εξασφάλιση ικανοποιητικών μέτρων που θα μειώσουν:

- α. Την παραπέρα απώλεια θερμότητας.
 - β. Τη μη απαραίτητη έκθεση του σώματος.
 - γ. Τα ρεύματα.
6. Γίνεται μέτρηση των αερίων του αίματος για τον προσδιορισμό της κατακράτησης του CO_2 .
 7. Υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας (σύνδεση αναπνευστήρα) για την καταπολέμηση του υποαερισμού.
 8. Εάν η θερμοκρασία είναι φυσιολογική γίνεται έλεγχος για λοίμωξη.
 9. Εάν υπάρχει υπογλυκαιμία χορηγούμε υπέρτονα διαλύματα γλυκόζης. Προσοχή για αποφυγή κυκλοφορικής υπερφόρτωσης.
 10. Παρακολούθηση και καταγραφή των αποκρίσεων στη θεραπεία.
 - α. Η θερμοκρασία αυξάνεται μέσα σε 24 ώρες.
 - β. Ο σφυγμός, οι αναπνοές και η αρτηριακή πίεση αυξάνονται.
 - γ. Διούρηση (πρώιμη κλινική απόκριση).
 - δ. Τα αντανακλαστικά βελτιώνονται.
 - ε. Το οίδημα υποχωρεί.
 - στ. Η διανοητική κατάσταση βελτιώνεται.
 - ζ. Η υπόλοιπη φροντίδα είναι η ίδια με τη φροντίδα αρρώστου σε κώμα.

Νοσηλευτική Αξιολόγηση:

1. Εκτίμηση εάν τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία και εάν εγκαθίσταται η φυσιολογική μεταβολική δραστηριότητα.
2. Εκτίμηση της απόκρισης του αρρώστου στη φαρμακευτική αγωγή. Εάν εμφανιστούν παρενέργειες, ενημερώνεται ο γιατρός αμέσως για διακοπή της θεραπείας για αρκετές ημέρες και επανάληψή της με μικρότερες δόσεις κάτω από αυστηρή παρακολούθηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

Οι φλεγμονώδεις καταστάσεις του θυρεοειδή αδένος ονομάζονται θυρεοειδίτιδες και προκαλούν παροδική υπερλειτουργία ή υπολειτουργία. Μόνιμη υπολειτουργία μπορεί επίσης να είναι το αποτέλεσμα μιας θυρεοειδίτιδας, ενώ ο υπερθυρεοειδισμός είναι ασυνήθης. Η οξεία θυρεοειδίτιδα είναι πολύ σπάνια. Η υποξεία και η χρόνια (νόσος του HASHIMOTO) θυρεοειδίτιδα είναι οι πιο κοινές φλεγμονώδεις καταστάσεις του θυρεοειδή αδένος.

Ο ασθενής έρχεται στο Νοσοκομείο με πολλά προβλήματα. Σε υποξεία θυρεοειδίτιδα ο ασθενής παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

1. Δεν αισθάνεται άνετα. Έχει πόνους, πυρετό, κεφαλαλγία, μυαλγίες και νευρικότητα.
2. Έχει θρεπτικό ανισοζύγιο (δυσφαγία).
3. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός).
4. Μείωση δραστηριοτήτων (αίσθημα κόπωσης, κακουχία).
5. Ο αδένος διογκώνεται με συνέπεια να αλλάξει το σωματικό είδωλο του ασθενούς.
6. Πάντα υπάρχει ο φόβος υποτροπής.

Σε θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO ο ασθενής παρουσιάζει το εξής συμπτώματα:

1. Ο αδένος διογκώνεται σε προχωρημένα στάδια με συνέπεια την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.
2. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

Οι σκοποί διακρίνονται σε άμεσους και μακροπρόθεσμους.

Άμεσοι σκοποί είναι :

- α. Η ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο, τον πυρετό, την κεφαλαλγία, τις μυαλγίες.
- β. Προσπάθεια ηρεμίας του ασθενή.
- γ. Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίου.
- δ. Προαγωγή φυσικής και συγκινησιακής ανάπαυσης.
- ε. Ενθάρρυνση δημιουργίας θετικού σωματικού ειδώλου.

Μακροπρόθεσμοι σκοποί είναι :

Η βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του στη διαπραγμάτευση με τη νόσο και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

A. Σε υποξεία θυρεοειδίτιδα:

1. Χορήγηση αναλγητικών (ασπιρίνη) για την ανακούφιση από τον πόνο και τον πυρετό.
2. Χορήγηση κορτιζόνης για την ανακούφιση από τα συμπτώματα. Τις πρώτες 24 ώρες έχουμε θεαματικά αποτελέσματα.
Αρχικά χορηγούνται μεγάλες δόσεις (20-40 mg predνιζόνης) και μετά από αρκετές μέρες ακολουθεί μια προοδευτική μείωση της δόσης.
3. Γίνεται στενή παρακολούθηση σε άρρωστο που προηγουμένα είχε πάρει κορτιζόνη και είχε διακοπεί, για τυχόν επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, ώστε να επαναληφθεί η θεραπεία.
4. Χορήγηση θυροξίνης σε δόσεις υποκατάστασης συγχρόνως με την κορτιζόνη.
5. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του σχετικά με τη φύση της νόσου, τον κίνδυνο υποτροπής, τα συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού, τη θεραπεία και την αναμενόμενη απόκριση σε αυτή.

6. Τονίζεται η σπουδαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης.

B. Σε θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO:

1. Χορηγείται θυροξίνη σε δόσεις υποκατάστασης για μεγάλο χρονικό διάστημα. Υπάρχει πιθανότητα ο άρρωστος να συνεχίσει τη θεραπεία αυτή εφ'όρου ζωής.
2. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του σχετικά με τη φύση της νόσου, τη θεραπεία και την αναμενόμενη απόκριση σ'αυτή.
3. Τονίζεται η σπουδαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης.

Νοσηλευτική Αξιολόγηση:

1. Στην υποξεία θυρεοειδίτιδα τα συμπτώματα υποχωρούν.
2. Η αντιρροπιστική υπερπλασία εμποδίζεται με τη θυροξίνη και έτσι μειώνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης υποθυρεοειδισμού στη θυρεοειδίτιδα του HASHIMOTO.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΓΚΟ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ

Οι όγκοι του θυρεοειδή αδένος μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι ονομάζονται αδενώματα. Τα αδενώματα είναι καλά εγκυστωμένοι, μη διηθητικοί όγκοι, που εμφανίζουν αυτόνομη ανάπτυξη και λειτουργία. Η παθογένεια των αδενωμάτων δεν έχει διευκρινισθεί. Πιθανώς η συνεχής διέγερση του θυρεοειδή προκαλεί την υπερπλασία και υπερλειτουργία μιας περιοχής του αδένα, η οποία μετά από ένα χρονικό διάστημα λειτουργεί αυτόνομα.

Τα συμπτώματα είναι ίδια με αυτά της νόσου GRAVES-BASEDOW, αλλά λιγότερο έντονα και λείπει ο εξόφθαλμος. Κατά την ψηλάφηση η βρογχοκήλη είναι οζώδης.

Τα κακοήθη νεοπλασμάτα του θυρεοειδή δεν είναι συχνά και σπάνια είναι θανατηφόρα.

Διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- α) αναπλαστικά και ιστολογικώς αδιαφοροποίητα,
- β) θυλακώδη,
- γ) συμπαγή ή μυελοειδή,
- δ) καρκινώματα που παρουσιάζουν ποικίλου βαθμού διαφοροποίηση με πιο συνηθισμένο το θηλώδες αδενοκαρκίνωμα.

Ο ασθενής έρχεται στο Νοσοκομείο με πολλά προβλήματα όπως:

- 1) Εξαιτίας της δύσπνοιας η κυκλοφορία του αξυγόνου δεν είναι καλή.
- 2) Θρεπτικό ανισοζύγιο (δυσκαταποσία, διάρροια).
- 3) Υδατοηλεκτρολυτικό και αξεοβασικό ανισοζύγιο, (διάρροια)
- 4) Μείωση της άνεσης (πόννοι οστών, αυτόματα κατάγματα, διάρροια, δυσκαταποσία, δυσχέρεια της αναπνοής).

- 5) Μείωση δραστηριοτήτων (αυτόματα κατάγματα, πόνοι οστών)
- 6) Πόνος, αγωνία.
- 7) Προβλήματα επικοινωνίας.
- 8) Προβλήματα χρονιότητας.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι άμεσοι και μακροπρόθεσμοι.

Άμεσοι σκοποί είναι:

- α. Προσπάθεια για την όσο το δυνατόν καλύτερη κυκλοφορία του οξυγόνου.
- β. Ανακούφιση του πόνου.
- γ. Προαγωγή φυσικής και συναισθηματικής ανάπαυσης.
- δ. Προαγωγή φυσικής και συναισθηματικής υποστήριξης.
- ε. Συναισθηματική και ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση (θυρεοειδεκτομή) και ακτινοβολία και για τις περιπτώσεις που θα ακολουθήσει μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Μακροπρόθεσμοι σκοποί είναι:

- α. Παροχή βοήθειας στον άρρωστο και την οικογένειά του για τη διαπραγμάτευση με τη νόσο, αποδοχή και εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος.
- β. Βοήθεια του αρρώστου για ανάληψη των οικογενειακών και κοινωνικών του ρόλων, όπου είναι δυνατόν.

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή Π α ρ έ μ β α σ η :

1. Χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση από τον πόνο.
2. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων σε περίπτωση διάρροιας.
3. Βεβαίωση δίαιτας πλούσιας σε θερμίδες και λευκώματα.
Υγρά χορηγούνται ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου.
4. Εκτιμείται η θαναπνευστική λειτουργία και λαμβάνονται κατάλ-

μέτρα:

α. Οξυγονοθεραπεία.

β. Επαρκής ανάπαυση στα μεσοδιαστήματα των δραστηριοτήτων για την αποφυγή δύσπνοιας.

5. Φυσική και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.

6. Δίνεται ευκαιρία στον άρρωστο και στην οικογένειά του να εξωτερικεύσουν τα αισθήματα και τους φόβους τους.

7. Υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του να αντιμετωπίσουν την περίπτωση πτωχής πρόγνωσης.

8. Σε περίπτωση μετάστασης η παρέμβαση πρέπει να επικεντρώνεται στη συμπτωματική αγωγή των συστημάτων που προσβλήθηκαν.

9. Ενημέρωση του αρρώστου και της οικογένειάς του για τη θεραπεία και τις αναμενόμενες αποκρίσεις.

α. Ολική θυρεοειδεκτομή.

β. Ακτινοβολία με ραδιενεργό ιώδιο που συμπληρώνει τη χειρουργική επέμβαση.

γ. Χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών (σε δόσεις υποκατάστασης) εφόρου ζωής μετά την αφαίρεση του θυρεοειδή για να αναστέλλεται έκκριση της TSH, που θεωρείται ότι ευνοεί την ανάπτυξη των μεταστάσεων.

10. Ετοιμάζεται ο ασθενής για τη χειρουργική επέμβαση και ακτινοβολία με ραδιενεργό ιώδιο.

11. Σε περίπτωση που ο άρρωστος κάνει θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, αντιμετωπίζουμε τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

Διδασκαλία και βοήθεια του αρρώστου και της οικογενείας του να διαπραγματευθούν με τυχόν παρενέργειες.

12. Τονίζεται η σπουδαιότητα της μετέπειτα παρακολούθησης

(φάρμακα υποκατάστασης, ακτινοθεραπεία). Γίνεται παραπομπή σε Κοινοτικές Υγειονομικές Υπηρεσίες για συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή Α ξ ι ο λ ο γ η σ η :

Αξιολογούνται τα αποτελέσματα της παρέμβασης πάνω στα προβλήματα του ασθενή:

- α. Η δυσφαγία μειώνεται: βελτιώνεται η όρεξη και αυξάνει το βάρος.
- β. Ο πόνος ελαττώνεται.
- γ. Η δυσκολία στην αναπνοή μειώνεται και ο άρρωστος αισθάνεται ανακουφισμένος.
- δ. Περιορίζεται η κινητικότητα του εντέρου (ελαττώνεται η διάρροια).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1. Νοσηλευτική διεργασία στις δοκιμασίες ελέγχου λειτουργίας του θυρεοειδή αδένος

Δοκιμαστικές Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας

Θυροξίνη ο- Βοήθεια για να ρού ή τριών- γίνε η εξέταση δοθρονόνη. σωστά.

Θα πρέπει να ρωτηθεί ο άρρωστος σχετικά με φάρμακα που πρόσφατα έκανε χρήση. Δεν πρέπει να περιόρουμε την τροφή και το νερό του ασθενούς.

Δεν έγινε κανένας περιορισμός σε τροφή και νερό. Ο άρρωστος ρωτήθηκε σχετικά με τα φάρμακα που χρησιμοποίησε πρόσφατα. Η εξέταση έγινε κανονικά χωρίς πρόβλημα.

Έλεγχος καθή- Βοήθεια κατά λωπης πρόσλη- τη διάρκεια ψης ραδιενερ- της εξέτασης γού ιωδίου πριν και με- (κατακράτηση τά από αυτή. I 131).

Δεν πρέπει να δώσουμε στον άρρωστο τροφές που περιέχουν ιώδιο μια εβδομάδα πριν από τον έλεγχο. Κατά την ημέρα της εξέτασης δεν πρέπει να περιορίσουμε την τροφή και το νερό του άρρωστου. Θα πρέπει να ενημερώσουμε τον άρρωστο σχετικά με τη δόση του ραδιενεργού ιωδίου, το διαγνωστικό σκοπό της.

Μια εβδομάδα πριν από τον έλεγχο δεν δίνονται τροφές που περιέχουν ιώδιο. Δεν περιορίζουμε την τροφή και το νερό του άρρωστου κατά την ημέρα της εξέτασης.

Βεβαιώθηκε ο άρρωστος πως η δόση του ραδιενεργού ιωδίου που χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό, είναι πολύ μικρή και ακίνδυνη.

Ρωτήθηκε ο άρρωστος αν στο παρελθόν έκανε ενέσεις για διαγνωστικό σκοπό.

Ρωτήθηκε ο άρρωστος αν στο παρελθόν έκανε ενέσεις για διαγνωστικό σκοπό.

Ακόμη πρέπει να καθορίσουμε τον άρρωστο εξηγώντας του ότι η εξέταση είναι ακίνδυνη.

Η προετοιμασία του του αρρώστου έγινε σωστά όπως επίσης και η διαδικασία της εξέτασης.

Δοκιμαστικές εξετάσεις. Αντικειμενικός Προγραμματισμός νοση- σκοπός νοσηλευ-λευτικής φροντίδας τικής φροντίδας. Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντί Αξιολόγηση αποτελε- σμάτων νοσηλευτικής φροντίδας.

Μετά τη λήψη του φαρμάκου κρατούνται τα ούρα του αρρώ- στον για ένα 24ωρο και στέλ- νονται στο εργαστήριο με τη σχετική ετικέττα στο δοχείο.

Δίνουμε στον άρρωστο κανονι- κά τροφή και νερό. Δίδεται θυρεοτροπίνη σε μορφή ενέσε- ως.

Δε γίνεται καμιά προετοιμα- σία. Ενημερώνουμε τον άρρω- στο να παίρνει κανονικά τροφή και νερό.

Χορηγείται 200 mg TRH ενδο- φλέβια.

Ενημερώθηκε ο άρρωστος να μην έλθει σε επαφή με ιώδιο ένα μήνα πριν από την εξέ-ταση (ο χρόνος εξαρτάται από την ποσότητα του ιωδίου). Το σπινθηρογράφημα λαμβάνε-ται με τη βοήθεια του απαριθ- νητού σπινθηρισμών που τοπο-θετείται στον πρόσθιο άξονα του τραχήλου. Ο νοσηλευτής/τρια βοηθά στην τοποθέτηση αυτή.

Ελεγχος θυ- ροειδοτρόπου επιτυχία του ορμόνης (TSH). ελέγχου της θυρεοειδοτρό- που ορμόνης. Βοήθεια για την επιτυχία του ελέγχου διεγέρσεως της TRH.

Ελεγχος διέ- γέρσεως TRH. Θα πρέπει να ενημε- ρώσουμε τον άρρωστο να μην περιορίσει την τροφή του ή το νερό.

Σπινθηρογρά- φημα θυρεοει- δούς αδένος. Συμβολή για την θα πρέπει να ενημε- ρώσουμε τον άρρω- στο που θα υποβλη-θει σ' αυτή την εξέ-ταση να μην έρθει σε επαφή με ιώδιο ένα μήνα πριν απ' αυτή.

Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς αδένος

Η διαδικασία της εξέ- τάσεως έγινε σωστά.

Η προετοιμασία του αρρώστου και η δια- δικασία της εξέτα- σης έγιναν σωστά.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Α. Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο :

Όνομα : Δ.Μ. ετών 43. Ημερομηνία εισόδου: 21-7-1989.

Αναμνηστικό ιστορικό:

Ο ασθενής παρουσιάζει αρρυθμίες και 1-1/2 έτος κάνει χρήση αμιοδαρόνης (ANGORON) 1/2 TABL.X2). Ο ασθενής επισκέπτεται τον καρδιολόγο του και εκείνος του συστήνει επίσκεψη σε ενδοκρινολόγο. Όντως ο ασθενής εξετάζεται από ενδοκρινολόγο για πρώτη φορά στις 23-6-1987.

Σύμφωνα με το ιστορικό ο ασθενής δεν αναφέρει δυσανεξία στη θερμότητα, διάρροιες, εφιδρώσεις ή μεταβολή του σωματικού βάρους, παρά την αναφερόμενη αύξηση τελευταία της όρεξης.

Από την κλινική εξέταση βρέθηκε θυρεοειδής 70 GR. οζώδης. Το σωματικό βάρος ήταν 67 KGR. Οι σφύξεις ήταν 72/MIN ρυθμικές (υπό ANGORON). Το δέρμα φυσιολογικό, δεν παρουσίαζε τρόμο και το LID-LAG ήταν αρνητικό. Τα τενόντια αντανακλαστικά ήταν φυσιολογικά και το αχίλλειο αντανακλαστικό φυσιολογικό.

Έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις οι οποίες έδειξαν τα εξής:

- T3 = 1,1
- T4 = 10,2
- TSH = 0,1
- ANTI-T (-)
- ANTI-M (-)

Αφού αποδείχθηκε ότι οι T3 και T4 ήταν φυσιολογικές, παρέμεινε σε θεραπεία με ANGORON και τακτική επίσκεψη στον ενδοκρινολόγο.

Τον Ιούλιο του 1989 παρουσιάζει κάποια συμπτώματα, τα οποία τον οδηγούν στον ενδοκρινολόγο και ο τελευταίος αποφασίζει την είσοδο του ασθενούς στην κλινική για εξετάσεις και παρακολούθηση.

Τα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζει ο ασθενής είναι :
- αύξηση του σωματικού βάρους κατά 4 ΚΓΡ σε διάστημα τεσσάρων μηνών, υπεριδρωσία, νευρικότητα, αϋπνίες, καταβολή, διάρροιες εναλλασσόμενες με δυσκοιλιότητα. Έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις, οι οποίες έδειξαν τα εξής :

- T3 = 1,4
- T4 = 12
- TSH < 0,1

Έγινε έναρξη θεραπείας με 4 TSH/ημερησίως και INDERAL 1Χ1. Η αγωγή αυτή συνεχίστηκε χωρίς διακοπή για κάποιο διάστημα, αλλά παρ'όλα αυτά ο ασθενής δεν αντελήφθη βελτίωση και ιδιαίτερα στο "κουράγιο". Από την αντικειμενική εξέταση βρέθηκαν :

- Σφύξεις = 72/λεπτό (υπό INDERAL)
- Α.Μ. = 130/70 mm Hg
- Δέρμα : Υγρό, λίγο θερμό
- LID-LAG = (-)
- Τρόμος = (+)
- Τενόντια αντανακλαστικά = επιγονατίδος ταχεία
- Αχίλλειο = Ελαφρά ταχεία επαναφορά.
- Θυρεοειδής = μόλις ψηλαφητός
- Λεμφαδένες = (-)
- Εκτίμηση : Σαφώς υπερθυρεοειδισμός
- Έναρξη θεραπείας με : - THYROSTAT TABL. 2-2-2-
- Αποφυγή ιωδιούχων.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων των Νοσηλευτικών Φροντισμάτων.

Προβλήματα Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

Αυξημένη Επανάφορά του όρεξη (διά-βάρους στα φυ-θεση) για σιολογικά επί-φαγητό και πεδα.
 μικρή αύξη-ση του σω-ματικού βά-ρους.
 Ελεγχος της δίαιτας του ασθενούς.
 Του προσφέρονται γεύ-ματα πλούσια σε θερμί-δες.
 Ενθαρύνεται ο άρρωστος να παίρνει την τροφή που αισθάνεται πως έ-χει ανάγκη.
 Εξηγήσαμε στον άρρω-στο ότι πρέπει να α-ποφεύγει δραστηριότη-τες που του προκαλούν κόπωση και κάματο.
 Εφαρμόστηκε δίαιτα πλούσια σε λευκώματα.

Αίσθημα κα-μάτου και εύκολη κό-πωση.
 Ανακούφιση του ασθενούς.
 Διατηρήθηκε το περιβά-λον του δωματίου σε χαμηλή θερμοκρασία, χρησιμοποιήθηκε ανε-μιστήρας και καλός αερισμός του δωματίου.
 Χρησιμοποιήθηκε ο κα-τάλληλος ιματισμός.
 Προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη.

Δέρμα ζεστό Διατήρηση της θερμο-κρασίας του περιβά-λοντος μειωμένη.
 και υγρό, θερμοκρασίας στα φυσιολογικά ε-πίπεδα και φυ-σιολογικής λει-τουργίας των ιδρωτοποιών α-δένων.
 Διατηρήθηκε το περιβά-λον του δωματίου σε χαμηλή θερμοκρασία, χρησιμοποιήθηκε ανε-μιστήρας και καλός αερισμός του δωματίου.
 Χρησιμοποιήθηκε ο κα-τάλληλος ιματισμός.
 Προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη.

Προβλήματα Αντικειμενικός Προγραμματισμός νοσηλευ- Εφαρμογή Νοσηλευτικής Αξιολόγηση αποτελεσμά- ασθενούς σκοπός νοσηλευ-τικής φροντίδας τικής φροντίδας φροντίδας των Νοσηλευτικής φροντί-δας.

ΑΥΧΟΣ, Ανη- Ανάπαυση του συζυγία, ευε-ασθενούς και ρεθιστικό- εξασφάλιση αμέ- τητα, Αϋπνί-σσης και ησ-ες, Νευρικό-χίας.

-Αποφεύγονται συγκινη-σεις. -Προλαμβάνονται ερεθί-ματα που αυξάνουν το άγχος και την ευερεθι-στότητα. -Χορηγούνται ηρεμιστικά φάρμακα με οδηγία για-τρού. -Περιορίζεται το επισκε-πήριο και ελέγχεται η φύση του (αν είναι κουραστικός στο άρω-στο).

Ενημερώσαμε τον άρρω-στο να αποφεύγει τις συγκινήσεις και του εξασφάλισαμε ησυχία του χορηγήθηκε ηρε-μιστικό μετά την ο-δηγία του γιατρού και περιορίσαμε το επισκεπήριο.

Διάρροια Κανονική λει-εναλλάσσό- τουργία του μενη με δυ-εντέρου. σκολιότητα.

Περιορίζουμε τις τρο-φές που περιέχουν κυτταρίνη.

Εγινε η σωστή εκλογή της διαίτας του αρ-ρώστου.

Μειώθηκαν τα ενοχλητικά συμπτώματα.

Γ. Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο :

Όνομα : Γ.Β. ετών 58 , Ημερομηνία εισόδου 1-10-1990

Η ασθενής Γ.Β. σύμφωνα με το ιστορικό της πάσχει από υποθυρεοειδισμό (ν. HASHIMOTO) που διεγνώσθη τον Ιανουάριο του 1985, έχει τεθεί σε αγωγή υποκατάστασης (T4-150 μ g). Στο διάστημα αυτό δεν εμφάνισε προβλήματα θυρεοειδικής δυσλειτουργίας. Πριν από ένα δίμηνο άρχισε συμπτώματα ύποπτα υποθυρεοειδισμού με προεξάρχοντα (δυσκοιλιότητα-εύκολη κόπωση).

Αναφέρει αύξηση βάρους, οιδήματα άκρων και προσώπου, επίταση των αιμωδιών στα άνω και κάτω άκρα. Ακόμα η ασθενής πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη από δεκαετίας. Είναι σε αγωγή με DIAMICRON 1X2 και διαπιστώθηκε προ 20ημέρου σάκχαρο νηστείας αίματος 300 μ g% και προστέθη GLUCOPHAGE 1X1. Στην εισαγωγή της το σάκχαρο αίματος παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα με σακχαρουσία (++++) και χωρίς οξονουρία.

Παρελθόν Ιστορικό:

Παιδικά Νοσήματα: Ιλαρά - Ερυθρά - Ανεμοβλογιά.

Νοσήματα ενηλίκων: Δύο ουρολοιμώξεις προ 4ετίας. Μεσοδιάστημα εξαμήνου από την πρώτη στη δεύτερη ουρολοίμωξη.

Εμβολιασμούς δεν θυμάται.

Φάρμακα: Θεραπεία υποκατάστασης με θυροξίνη (T4-150 μ g)

- DIAMICRON 1 X 2
- GLUCOPHAGE 1 X 1
- TENORMIN 0,5 X 1

Οικογενειακό Ιστορικό: Ο πατέρας της βρίσκεται στα τελικά στάδια Ca.

Κοινωνικό Ιστορικό:

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη με 5 παιδιά

Ασθενής παχύσαρκτη με προσωπείο υποθυρεοειδισμού.

Κεφαλή-τράχηλος: Προσωπείο υποθυρεοειδισμού.

Θυρεοειδής: σχεδόν ψηλαφητός. Πρεσβυωπία - έντονη κεφαλαλγία.

Ενδοκρινικό: Υποθυρεοειδισμός, Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ).

Καρδιαγγειακό: Υπέρταση (Α.Π. 150/70 mmHg)

Γαστρεντερικό : Δυσκοιλιότητα - Αιμορροΐδες.

Μυοσκελετικό : Αιμώδες και πόνοι άνω-κάτω άκρων.

Κιρσοί κάτω άκρων, οιδήματα κάτω άκρων.

Νευρικό-Ψυχιατρικό: Μερικές φορές αϋπνία, Άγχος, ανησυχία, νευρικήτητα.

Αχίλλειο: (βραδεία επαναφορά.

Γεννητικό : Εμμηνοπαυσιακή γυναίκα.

Αγγεία :Κοινή φλεβική κατάσταση κάτω άκρων.

Πνεύμονες: Παράταση αναπνευστικού ψιθυρίσματος.

Οφθαλμοί : Πρεσβυωπία, περικογχικό οίδημα.

Καρδιά : Βραδυκαρδία.

Κοιλιά : Εικόνα παχύσαρκης με ολότιμη κατανομή λίπους. Μαλακή κοιλιά, ευπίεστη. Ραγάδες στο δέρμα της κοιλιακής χώρας.

Δέρμα : Ξηρό με ελαφρά απολέπιση στους αγκώνες. Τρίχωση μασχαλών και εφηβαίου εμμηνοπαυσιακής γυναίκας, πτώση μαλλιών.

Στόμα : Βράγχος φωνής, κολλώδη ομιλία.

- Α.Π. 150/70 mmHg

- θερμοκρασία : 36°C

- Αναπνοές : 20/MIN.
- Σφύξεις : 60/MIN.

Στις 2-10-1990 παρουσίασε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στις 2-10-1990 έγινε ΜΑΝΤΟΥΧ. Στις 4-10-1990 έγινε CT-SCAN εγκεφάλου για να καθορισθεί εάν έχει συμβεί ή όχι εγκεφαλικό έμφρακτο. Ανάδειξη νεοπλασματικής περιοχής. Στις 16-10-1990 έγινε επανάληψη CT-SCAN εγκεφάλου.

Η ασθενής παραπονείται συνεχώς για έντονη κεφαλαλγία. Η Α.Π. αρχικά ήταν απροσδιόριστη.

Προβλήματα Αντικειμενικός Προγραμματισμός Νοσηλευ- Εφαρμογή νοσηλευτικής Αξιολόγηση αποτελεσμά- ασθενούς σκοπός νοσηλ. τικής φροντίδας. φροντίδας. των Νοσηλ. φροντίδας.

Αύξηση βάρους. Αδυναμία-Βάρους στα φύ- Επαναφορά του Αύξηση βάρους. Αδυναμία-Βάρους στα φύ- Επαναφορά του

μα, εύκολη κόπωση, υπνηλία. Θα πρέπει να ενημερω- σουμε την ασθενή σχε- τικά με τη δίαιτα που θα πρέπει να ακολουθή- σει.

Βεβαφαίσαμε στην ασ- θενή ισορροπία δυνά- μεις με περιορισμένες θερμίδες και αλάτι, αλ- λά πάντα στα πλαίσια της προτίμησης της. Ακόμη ενθαρρύνουμε την άρρωστη για συμμετοχή στο σχεδιασμό της κα- θμερινής της φροντί- δας.

Τα αποτελέσματα από τη νοσηλευτική μας παρέμβα- ση είναι ικανοποιητικά. Το βάρος του σώματος μειώ- νεται (γίνεται καθημερινό θετικό). Η ασθενής εί- ναι περισσότερο ενεργητι- κή και ξύπνια και γωρρίζει τι συμβαίνει γύρω της. Βελτιώνεται η όρεξή της.

Βράγχος φωνής, κολλωδη ομιλία.

Επαναφορά της ομιλίας της ασθενούς στα φυσιολογική της μορφή.

Θα πρέπει να δώσουμε χρόνο στην άρρωστη για να εκφραστεί. Ακόμη θα πρέπει να βελτιώ- σουμε την επικοινωνία της και να την ενθαρ- ρύνουμε να εξωτερικεύ- σει τα αισθήματά της.

Παροχή χρόνου στην άρ- ρωστη για να εκφραστεί. Χωρεί. Προαγωγή της επικοινω- νίας με την οικογένεια. Η ασθενής επικοινωνεί ευ- κέως των αισθημάτων τους.

Η βραχνιάδα σιγά-σιγά υπο- χωρεί. Βελτιώνεται το αίσθημα της ευεξίας. Η ασθενής επικοινωνεί ευ- κολότερα.

Εντονη κεφαλαλγία.

Ανακούφιση της ασθενούς από την κεφαλαλ- γία.

Προσέχουμε τις δόσεις των φαρμάκων. Παρακολουθούμε για εμ- φάνιση παρενεργειών των φαρμάκων.

Μειώσαμε τη δόση των θυρεοειδικών φαρμάκων με εντολή του ιατρού.

Η κεφαλαλγία μετά από αρ- κές ημέρες ελαττώθηκε.

Προβλήματα Αντικειμενικός Προγραμματισμός Νοσηλευ- Εφαρμογή Νοσηλευτικής Αξιολόγηση αποτελεσμά- ασθενούς σκοπός Νοσηλ. τικής φροντίδας φροντίδας. των Νοσηλ.φροντίδας.

Υπέρταση. Ρύθμιση της αρ-θα πρέπει να ενημερώσου- Ενημερώσαμε την άρρωστη Πλήρης κατανόηση της ρτηριακής πίε- με την άρρωστη να παίρνει και να ανα- αρρώστου και διατήρηση σης στο φυσιο- νει και να αναγράφει την γράφει την ερτηριακή της της πίεσης στα φυσιο- λογικό της ε- αρτηριακή της πίεση. Α- πίεση. Αναγράφουμε την λογικά επίπεδα. πίεδο. κόμη θα πρέπει να ενημε Α.Π. 150/70 mmHg

ρώσουμε το γιατρό σε πε- Με εντολή γιατρού, δόθη- ρίπτωση που η συστολική κε CAROTEN. Επειδή η Α.Π. αρχικά ή- ταν απροσδιόριστη, δόθη- καν 2 ορροί φυσιολογικού (NIS 0,9%). Νέα Α.Π. 100/70 mmHg Παραμένει ένας ορρός και διακόπηκε το CAROTEN.

Δυσκοιλιό- Ρύθμιση της τητα, αι- λειτουργίας μορροΐδες. του εντέρου και θεραπεία αιμορροΐδων.

θα πρέπει να ενθαρρύνου- με την άρρωστη να παίρνει υγρές τροφές, να δρασθη- ριοποιείται στα πλαίσια της ανοχής της. Μπορεί να χορηγηθεί κα- θαρτικό φροντίζουμε για την ηρε- μία της ασθενούς κατά την αφέδευση.

Η ασθενής πήρε υγρά και τροφές με υπόλειμα. Δρα- στηριοποιείται το σημείο που μπορεί. Χορηγήθηκε καθαρτικό. Αδειάσαμε το δωμάτιο από τους επισκέπτες.

Η δυσκοιλιότητα υπο- χορεί σιγά-σιγά. Τα ενοχλητικά συμπτώματα μειώθηκαν, Το έντερο λειτουργεί καλύτερα.

Προβλήματα Αντικειμενικός σκοπός νοσηλ.

Εξασφάλιση η-
ρεμίας και ύ-
πνου της αθε-
ρικής. Αποκατά-
σταση της ανα-
πνευστικής
λειτουργίας.

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας

Οι άρρωστοι αυτοί είναι πολύ ευαίσθητοι στα υπνωτικά και στα πρεμιστικά τα οποία και σε μερικές ακόμη δόσεις μπορεί να προκαλέσουν υπονάρκωση και καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας που μπορεί να επιφέρει ακόμη και το θάνατο. Αποφεύγονται συγκινήσεις. Προλαμβάνονται ερεθίσματα που αυξάνουν το άγχος και τη νευρική δραστηριότητα. Χορηγούνται πρεμιστικά και υπνωτικά φάρμακα με εντολή του Ιατρού. Περιορίζεται το επισκεπτήριο και ελέγχεται η φύση του (αν είναι κουραστικοί στον άρρωστο).

Δέρμα ξηρό Βελτίωση της με ελαφρά ξηρότητας του απολέπιση δέρματος και στους αγκώνων τριχών. Ελάττωση της Τρίχωση μα. τριχόπτωσης σχαλών και ή ακόμη και α-εφηβαίου παλλαγή από εμμηνοπαυσιασική. *από γυναικός. πέντε φορές ημερησίως.*

Εφαρμογή Νοσηλευτικής Αξιολόγηση αποτελεσμάτων φροντίδας.

Ενημερώσαμε την ασθενή σχετικά με τη στου-φροντίδα, κατορθώσαμε να περιορίσουμε το άγχος, την αϋπνία, την χορηγήσαμε άνετο σιτισμό με την βοήθεια του Ιατρού. Δεν παρουσίασε αναπνευστική ανεπάρκεια. Παρακολουθείται στενά για επικείμενη υπονάρκωση ή αναπνευστική ανεπάρκεια.

Ενημερώσαμε την ασθενή Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα και ταυτόχρονα να υποστηρίξουμε ψυχολογικά σισμένη να ακολουθήσει σχετικά με την βελτίωση πιστά τη θεραπεία της. Η ασθενής και των Πείστηκε για τα θετικά αποτελέσματα που θα επιφέρει η θεραπεία της. Χρησιμοποιούμε ήπια σαπούνια και λοσιόν για τη φροντίδα του δέρματος.

Προβλήματα Αντικειμενικός Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φαρμογή Νοσηλευτικής Αξιολόγηση αποτελεσμάτων ασθενούς αποκύσση. φροντίδας. φροντίδας. φροντίδας. φροντίδας. φροντίδας. φροντίδας.

Πρεσβυωπία. Αποκατάσταση θα πρέπει να διορθωθεί με Σε συνεργασία με το Υστερα από τα μέτρα της δράσης συγκλίνοντες (αμφίκυρτους γιατρό ενημερώνουμε που λάβαμε, η ασθένεια στην κανονική φακούς, για κοντινή μόνο την ασθενή και την νής βλέπει καλύτερα. της μορφή. δράση θα πρέπει να ενημερώ- βοηθάμε να χρησιμοποιή- σουμε την ασθενή ότι θα ποιήσει τους φακούς. χρησιμοποιήσει φακούς.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η προσπάθειά μου να καλύψω τα νοσήματα του θυρεοειδούς αδένος από ιατρικής και Νοσηλευτικής πλευράς, ήταν πλούσια σε εμπειρίες, σε διδάγματα αλλά και σε επιστημονικές γνώσεις, βαθύτερα εμπειρωμένες και ταξινομημένες.

Η εργασία αυτή ήταν μια εμπειρία που με βοήθησε να συνειδητοποιήσω το ρόλο μου ως Νοσηλεύτη και να προσεγγίσω όλα εκείνα τα νοσηλευτικά προβλήματα με ηθικό και δεοντολογικό χαρακτήρα, που δημιουργούνται στο χώρο της Νοσηλευτικής.

Δεν υπάρχει καμμία αμφιβολία πως ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και νοσηλευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του θυρεοειδούς είναι ουσιαστικός. Η υλοποίησή του όμως σημαίνει εξατομίκευση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, πολύπλευρη προσέγγιση, διερεύνηση και αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων και αναγκών.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ALAN G.READ - D.W.BARRITE - R.LANGTON HEWER.
"Σύγχρονη Παθολογία" Επιμέλεια Ελλην. Έκδοσης Χ.Μουτσό-
πουλος Καθ.Ιατρικής Σχολής Πανεπιστ.Ιωαννίνων, Έκδοση 2η
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
2. AMINO N. AUTOIMMUNITY AND HYPOTHYROIDISM. CLINICAL
ANDOCRINOL.AND METAB.1988: 2 : 591 - 617.
3. AUFFERMANN W., CLARK O.H., THERNHEL S., RECURRENT THYROID
CARCINOMA : CHARACTERISTICS ON MR IMAGES. RADIOLOGY 1988:
168: 753-760.
4. BURGI U.AND KONING M.P. CLINICAL PATHOPHYSIOLOGY AND META-
BOLIC EFFECTS OF HYPOTHYROIDISM. BALLIERE'S CLIN. ENDO-
CRINOLOGY AND METABOLISM 1988: 2:567-589.
5. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία" Τρίτη Έκδοση, Επιστημο-
νικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιανός., Αθήνα 1981.
6. HAHLE W.-LEONHARDT H. - PLATZER W., "Εγχειρίδιο Ανατομι-
κής του ανθρώπου (HEIMUT LEONHARDT, Εσωτερικά όργανα, Τόμος
2ος), Ιατρικές Εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1985.
7. HARRISON F.R. "Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Α, Έκδοση 10η.
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ.Κ.Παρισιανός, Αθήνα 1986.
8. HARTZBAND P.I. AND SOLOMON D.H.THE TREATMENT OF HYPERTHY-
ROIDISM. DISEASE A MONTH 1981 : 27 : 1.

9. HEDBERG B., GRAIG W., FISHBEIN M.S., DANIEL M.D. AN OUT-BREAK OF THYROTOXICOSIS CAUSED BY THE CONSUMPTION OF BOVINE THYROID GLAND IN GROUBD BEEF. NEW ENGL. J. MED. 1987: 316:993-998.
10. Ιατρική Μηνιαία Έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τόμος 4ος, Αθήνα 1981, (Ιούλιος-Δεκέμβριος).
11. JANSON R., DAHLBERG P., A., AND KARLSON F.A. POSTPARTUM THYROIDITIS. IN HYPOTHYROIDISM AND GOITRE BAILLIERE'S CLINICAL ENDOCR. AND METAB. 1988:2:619-633.
12. ΚΑΠΟΠΟΥΛΟΣ "Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια", Τόμος 1,2, Αθήνα 1981.
13. ΚΟΥΤΡΑΣ Δ. "Εισαγωγή στην Ενδοκρινολογία" επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισσιανός, Αθήνα 1983.
14. ΚΟΥΤΣΑΜΠΕΛΟΣ Κ. "Νοσήματα θυρεοειδούς", Ιατρικές Εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1986.
15. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Β', Έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
16. MAZZAFERI E.L., PAPILLARY THYROID CARCINOMA. FACTORS INFLUENCING PROGNOSIS AND CURRENT THERAPY. SEMIN.ONCOL. 1987: 14: 315-325.

17. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ.Μ. - ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Δ.Σ. "Βασικές αρχές Παθολογίας", Ιατρικές Εκδόσεις "Αίτσας", Αθήνα 1984.
18. ΜΠΑΚΑΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: "Εσωτερική Παθολογία και Θεραπευτική" Τόμος 3ος, Έκδοση 3η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ.Κ.Παρισιανός, Αθήνας 1986.
19. ΜΠΑΤΡΙΝΟΥ Μ.Α. "Σύγχρονη Ενδοκρινολογία", Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης., Αθήνα 1982.
20. PINCHERA A., MARTINO E., FAGLIA G. CENTRAL HYPOTHYROIDISM, IN: THE THYROID. INGBAR SH AND BRAVERMAN LE EDITORS. J.B. LIPPINCOTT 1986: PP1235-1254.
21. ΡΑΓΙΑ Α.Χ. "Βασική Νοσηλευτική" , Αθήνα 1987.
22. ΣΑΧΙΝΗ -ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική Χειρουργική νοσηλευτική", Τόμος 2ος, Μέρος Α, Εκδόσεις "BHTA" MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.
23. TACHMAN N.L. AND GUTHRIE G.P. HYPOTHYROIDISM: DIVERSITY OF PRESENTATION. ENDOCR. REVIEWS 1984: 5 : 456-465.
24. VAGENAKIS A. AND ROTI E. IODINE-INDUCED THYROID DISEASE. IN: THE THYROID. BRAVERMAN L.E. AND UTIGER R. EDITORS. J.B. LIPPINCOTT 1991, IN PRESS.
25. ΧΑΛΜΟΥΚΗ Κ.Δ. "Το Υπερηχογράφημα στη μη τοξική βρογχοκήλη" Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρικό Τμήμα, Πάτρα 1989.
26. ZAKARIJA M., MCKENZIE J.M. THE SPECTRUM AND SIGNIFICANCE OF AUTOANTIBODIES REACTING WITH THE THYROTROPIN RECEPTOR. ENDOCRIN. METAB. CLIN. N. AM. 1987:6:343-355.

