

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Ψ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: ΥΠΕΡΟΥΡΕΘΕΙΑΙΣΜΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

κ. ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ



ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΚΑΡΑΜΠΟΥΛΑ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ	865
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	2
<u>ΜΕΡΟΣ Α' - ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</u>	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ	4
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ	15
ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ	18
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ	22
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</u>	
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ	27
ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	27
ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	33
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ	35
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ	37
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	43
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</u>	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ	45
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΝΤΙΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	45
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	50
ΡΑΔΙΟΕΝΕΡΓΟ ΙΩΔΙΟ	52
ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ	57
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο</u>	
ΝΕΟΓΝΙΚΟΣ ΥΠΕΡΘ/ΣΜΟΣ	58
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΥΠΕΡΘ/ΣΜΟΣ	59
ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΘ/ΣΜΟΣ	62

	Σελίδα
ΥΠΕΡΟΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΝΗΝ	63
ΟΖΩΔΗΣ ΤΟΞΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ	65
<u>ΜΕΡΟΣ Β'</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	67
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</u>	
ΕΙΣΟΔΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	67
ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	72
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΕΡΟΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ	78
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</u>	
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	82
ΤΟΝΩΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ	82
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	83
ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ	85
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</u>	
ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ	93
ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	94
ΑΝΑΝΗΨΗ	100
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	104
ΕΓΓΡΕΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	109
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο</u>	
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ	111
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	114
ΘΥΡΕΟΤΟΞΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	117
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο</u>	
ΔΙΑΙΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	121
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	123

	Σελίδα
ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	123
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	125
1ο ΙΣΤΟΡΙΚΟ	125
2ο ΙΣΤΟΡΙΚΟ	131
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	140
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	142

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

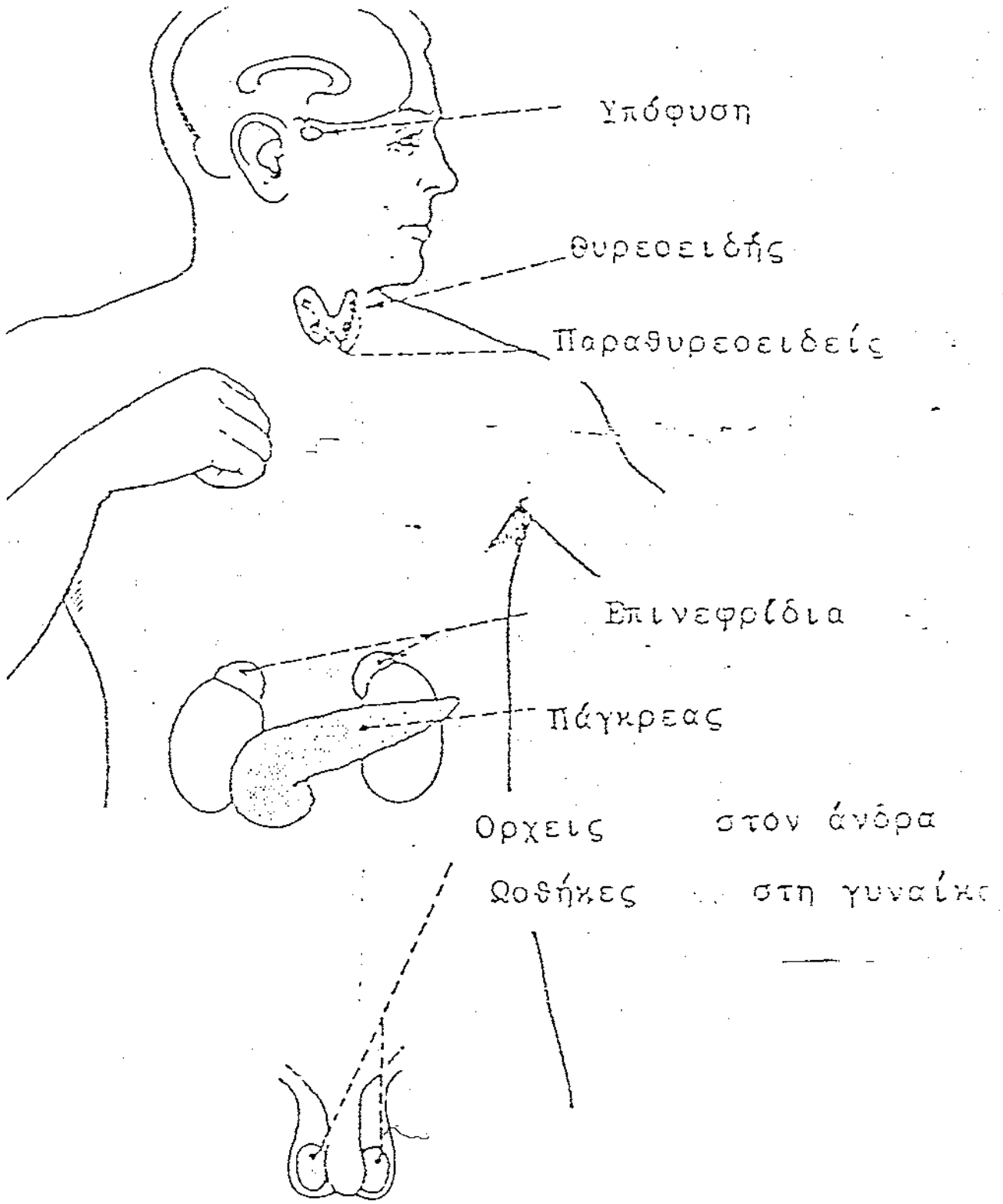
Η πτυχιακή μου εργασία με θέμα: υπερθυρεοειδισμός και Νοσηλευτική αντιμετώπιση, απευθύνεται σ'όλο το κοινό που επιθυμεί να πλουτίσει το περιεχόμενο των γνώσεών του για τον υπερθυρεοειδισμό και τη Νοσηλευτική αντιμετώπιση αυτού.

Αποτελείται από δύο μέρη, το Ιατρικό και το Νοσηλευτικό, Το Ιατρικό μέρος αναφέρεται στην φυσιολογία -ανατομία, των ενδοκρινών αδένων, και στην παθολογία-θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού.

Το δεύτερο μέρος που είναι το Νοσηλευτικό αναφέρεται στην εισαγωγή του αρρώστου στο Νοσοκομείο, στα προβλήματα που αντιμετωπίζει, στην προεγχειρητική, μετεγχειρητική φροντίδα και στην έξοδό του από το νοσοκομείο. Περιέχονται επίσης δύο ιστορικά ασθενών που πάσχουν από υπερθυρεοειδισμό, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Π.Π.Γ.Ν.Π..

Παράκληση προς τον αναγνώστη της πτυχιακής μου εργασίας να με συγχωρέσει για τυχόν λάθη.

Ευχαριστώ



ΟΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ενδοκρινολογία έκανε μεγάλη πρόοδο την τελευταία δεκαετία για τους εξής λόγους:

α) Διακριβώθηκαν πολλά σημεία, όσο αφορά την φυσιολογία των ενδοκρινών αδένων για να γίνει καλύτερη κατανόηση των διαφόρων ενδοκρινών παθήσεων.

β) Έγινε καθορισμός του χημικού τύπου και της συνθέσεως των διαφόρων ορμονών.

γ) Με ραδιοαναστολογικές μεθόδους κατορθώθηκε ο ακριβής ποσοτικός προσδιορισμός των περισσοτέρων ορμονών και τέλος έγινε αντιληπτό ότι διάφορες ενδοκρινοπάθειες έχουν ανοσοβιολογική βάση.

Όσον αφορά τον υπερθυρεοειδισμό, η κλινική του εικόνα περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1835 από τον GRAVES και 5 χρόνια αργότερα το 1840 περιγράφηκε από τον BASEDOW και για τον λόγο αυτό στην αγγλοαμερικανική βιβλιογραφία είναι γνωστή σαν νόσος του GRAVES, ενώ στην γερμανική βιβλιογραφία είναι γνωστή σαν νόσος του BASEDOW.

Την θυροξίνη την ανακάλυψε ο KENDALL το 1914 και ήταν η αποκλειστική ορμόνη του θυρεοειδούς μέχρι την ανακάλυψη της τριϊωδοθυρονίνης από τον ίδιο τον KENDALL.

Μ Ε Ρ Ο Σ Α'

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχουν πολλοί αδένες δηλαδή όργανα που εκκρίνουν διάφορες ουσίες χρήσιμες για την λειτουργία του.

Οι αδένες χωρίζονται σε εξωκρινείς και ενδοκρινείς. Οι εξωκρινείς αδένες ή αδένες έξω εκκρίσεως παράγουν ουσίες οι οποίες μέσω ενός εκφορητικού πόρου χύνονται έξω από τον αδένα, είτε σε κάποιο κοίλο όργανο του σώματος (π.χ. οι σιελογόνοι αδένες εκκρίνουν τον σιελό που χύνεται στην στοματική κοιλότητα), είτε στο δέρμα (π.χ. οι ιδρωτοποιοί αδένες εκκρίνουν τον ιδρώτα, που χύνεται στην επιφάνεια του δέρματος).

Οι ενδοκρινείς αδένες ή έσω εκκρίσεως παράγουν ουσίες, που χύνονται κατ'ευθείαν στην κυκλοφορία του αίματος και λέγονται ορμόνες.

Υπάρχουν βέβαια αδένες, που εμφανίζουν εξωκρινή και ενδοκρινή μοίρα και ονομάζονται μικτοί αδένες. Οι ορμόνες μεταφέρονται με την κυκλοφορία του αίματος σε διάφορα σημεία του σώματος και ρυθμίζουν την λειτουργία τους. Είναι πολύ σημαντικές για την λειτουργία και ανάπτυξη του οργανισμού και η υπερέκκρισή τους ή η έλλειψή τους δημιουργεί διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

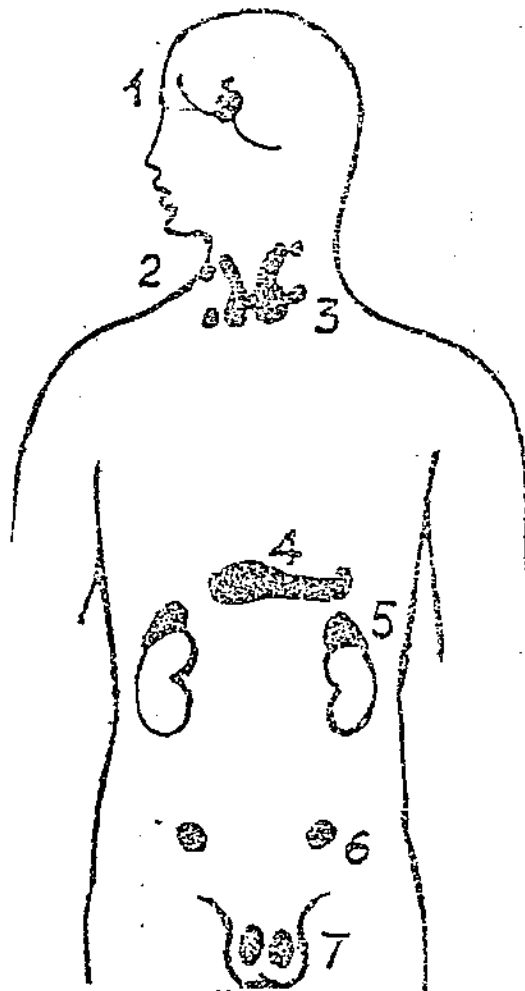
Οι ενδοκρινείς αδένες βρίσκονται διασκορπισμένοι σε πολλά μέρη του σώματος. Μεταξύ τους δεν έχουν καμμία ανατομική σχέση παρ'ότι εξετάζονται σαν ενιαίο σύστημα. Μερικοί όμως μπο-

ρεί να έχουν μεταξύ τους λειτουργική σχέση π.χ. η υπόφυση και ο θυροειδής αδένας.

Η λειτουργία τους, δηλαδή η έκκρισή τους ρυθμίζεται από το φυτικό νευρικό σύστημα. Όμως η έκκριση μιάς ορμόνης μπορεί να επηρεάζεται και από ορμόνες άλλων αδένων, με τις οποίες βρίσκεται σε λειτουργική σχέση π.χ. η έκκριση των ορμονών του θυροειδούς και των επινεφριδίων επηρεάζεται από την έκκριση κάποιων ορμονών ή παραγόντων από την υπόφυση.

Αυταταραχές των ενδοκρινών αδένων μπορούν να προκαλέσουν αυξημένη ή ελαττωμένη έκκριση της ορμόνης που παράγουν.

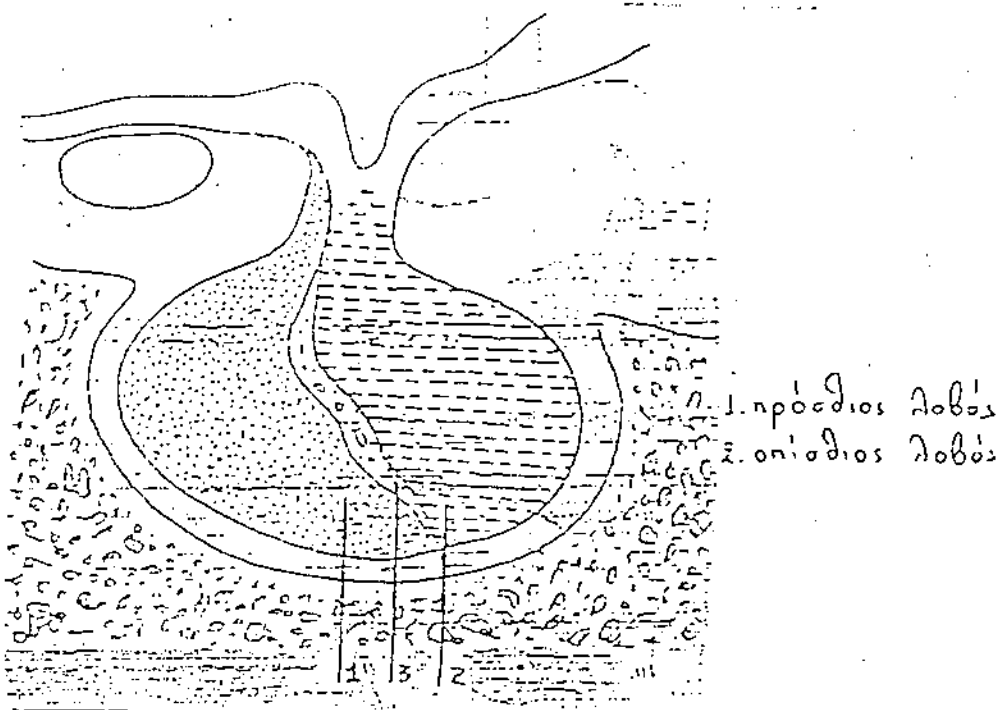
Οι ενδοκρινείς αδένες του ανθρώπου είναι: 1)Υπόφυση, 2)Επίφυση, 3)Παραθυροειδείς αδένες, 4)Πάγκρεας, 5)Όρχεις, 6)Ωοθήκες, 7)Θυροειδής αδένας.



Σχήμα των
κυριότερων ενδοκρινών
αδένων.

1. ΥΠΟΦΥΣΗ

Είναι ο σπουδαιότερος ενδοκρινής αδένας του σώματος. Βρίσκεται κάτω από την τρίτη κοιλία, μέσα στο τουρκικό εφίπλιο του σφηνοειδούς οστού, κρεμασμένη με ένα μίσχο από τον υποθάλαμο. Χωρίζεται σε δύο λοβούς τον πρόσθιο ή αδενουπόφυση και τον οπίσθιο ή νευροϋπόφυση.



ΥΠΟΦΥΣΗ

Οι ορμόνες που εκκρίνει η αδενουπόφυση είναι:

- α) Αυξητική ορμόνη ή σωματοτροπος (GH) που βοηθά στην φυσιολογική αύξηση του οργανισμού.
- β) Φλοιοτροπος ή φλοιοεπινεφριδιότροπος (ACTH), που διεγείρει τον φλοιό των επινεφριδίων για να εκκρίνουν τις ορμόνες τους δηλ. τα κορτικοστεροειδή - γλυκορτικοειδή.
- γ) Μελανοτρόπος (MSH), που προκαλεί αυξημένη εναπόθεση μελανίνης στο δέρμα.

δ)Θυλακιοτρόπος (FSH), που προωθεί στη γυναίκα την ωρίμανση των ωοθηλακίων και στον άνδρα την σπερματογέννεση.

ε)Ωχρινοποιητική (LH) ή παρινοτρόπος που στην γυναίκα βοηθά των ωοθηλακίων και διεγείρει τις ωοθήκες για έκκριση ορμονών και στον άνδρα διεγείρει τους όρχεις για έκκριση ανδρογόνων.

στ)Προλακτίνη (LTH) η οποία αρχίζει και διατηρεί την γαλουχία και βοηθά στην αύξηση του μαστικού αδένα.

ζ)Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH), που δρα στον θυρεοειδή τόσο μορφολογικά δηλαδή στο μέγεθός του, όσο και λειτουργικά δηλαδή στην ποσότητα παραγωγής και απελευθέρωσης των ορμονών του T_3 και T_4 .

Οι ορμόνες που εκκρίνει η νευροϋπόφυση είναι:

α)Αντιδιουρητική (ή πιτρεσσίνη) που βοηθά στην επαναρρόφηση του νερού στα νεφρικά σωληνάκια.

β)Οξητοκύνη που βοηθά στην έξοδο του γάλακτος από το μαστό και στην εξώθηση του εμβρύου.

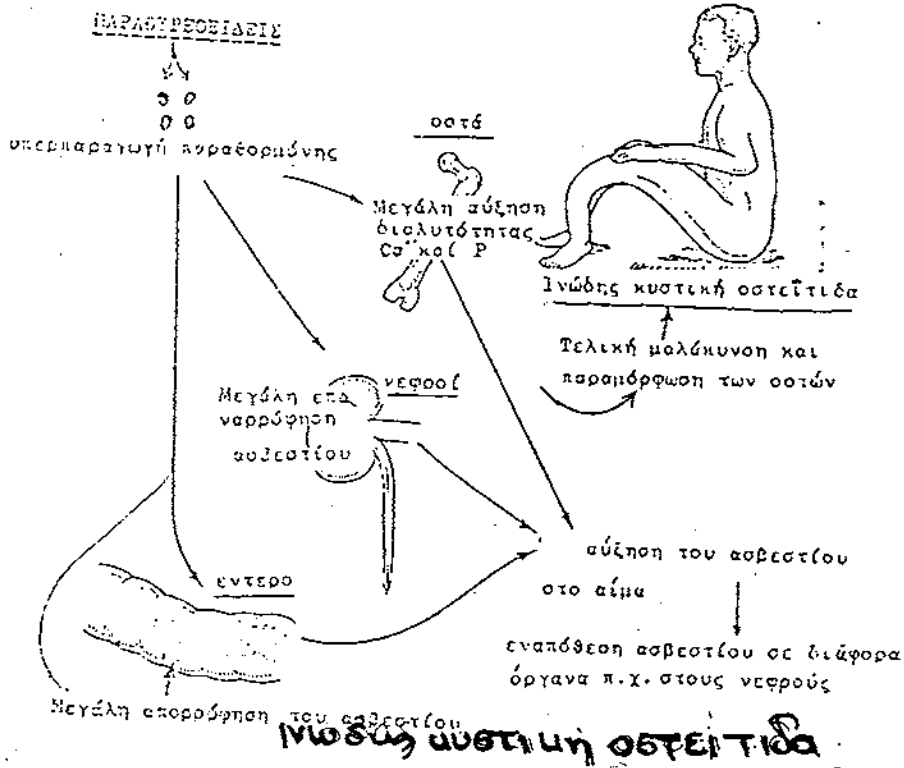
2. ΕΠΙΦΥΣΗ.

Βρύσκεται πάνω από την τρίτη κοιλία, πιστεύεται ότι δρα πάνω στις γονάδες.

3. ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ

Είναι τέσσερεις και βρίσκονται ανά δύο στους άνω και κάτω πόλους και στην οπίσθια επιφάνεια τους θυρεοειδούς αδένα. Παράγουν μία ορμόνη την παραθορμόνη η οποία μαζί με την κοιλιοτονίνη και την βιταμίνη D ρυθμίζουν τον μεταβολισμό του ασβεστίου στον οργανισμό.

Η παραθορμόνη ρυθμίζει τα ποσά του ασβεστίου και του φωσφόρου στο αίμα Συγκεκριμένα αυξάνει τα επίπεδα του ασβεστίου



Ινώδης κυστική οστεΐτιδα

και ελαττώνει τα επίπεδα του φωσφόρου. Παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία του νευρικού συστήματος.

Η καλσιτονίνη δρα ανταγωνιστικά προς την παραθορμόνη, δηλαδή ελαττώνει το ασβέστιο και αυξάνει το φώσφορο.

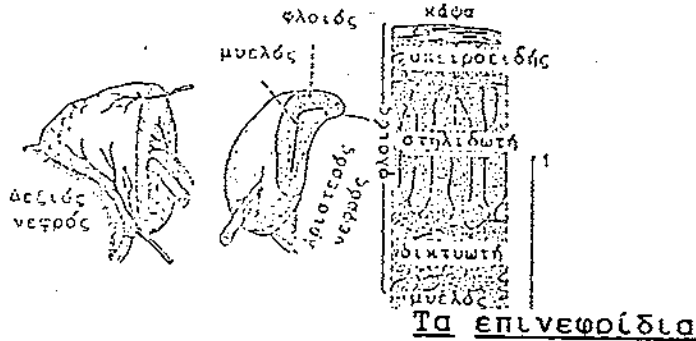
Β) Η βιταμίνη D βοηθά στην απορρόφηση του ασβεστίου στο έντερο, δηλαδή αυξάνει την ποσότητά του στο αίμα.

4. ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ

Είναι δύο αδένες που βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, πάνω από τους άνω πόλους των νεφρών. Κάθε επινεφρίδιο αποτελείται από το φλοιό περιφερικά και το μυελό εσωτερικά. Ο φλοιός εμφανίζει τρεις ζώνες, που είναι από έξω προς τα μέσα, τη σπειροειδή, την στηλιδωτή και την δικτυωτή. Τα κύτταρα της σπειροειδούς ζώνης εκκρίνουν τα αλατοκορτικοειδή, ρυθμίζουν

τα ποσά του νατρίου και του καλίου στο αίμα.

4) Τα επινεφρίδια



Τα κύτταρα της στηλιδωτής ζώνης εκκρίνουν τα γλυκοκορτικοειδή που δρουν στον μεταβολισμό των λιπών, των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων. Επίσης ρυθμίζουν την λειτουργία πολλών οργάνων, όπως νευρικό, κυκλοφοριακό σύστημα και αναστέλλουν τις φλεγμονές.

Τα κύτταρα της δικτυωτής ζώνης εκκρίνουν τα ανδρογόνα και τα αστρογόνα που είναι υπεύθυνα για τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου.

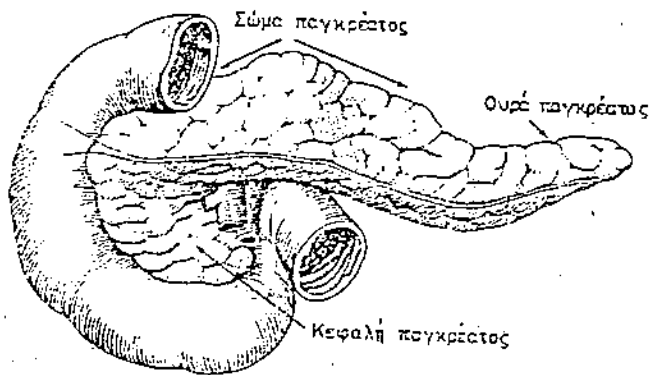
Ο μυελός εκκρίνει δύο ορμόνες την αδρεναλίνη και την ναδρεναλίνη που αυξάνουν την λειτουργία του καρδιακού μυ και την σύσπαση των αγγείων με αποτέλεσμα την αύξηση της πίεσης.

Η αφαίρεση των επινεφριδίων, αν δεν αντικατασταθούν οι ορμόνες, οδηγεί σε θάνατο.

Η υπολειτουργία τους προκαλεί τη νόσο του ADDISON και η υπερλειτουργία τους τη νόσο του GUSHING.

5. ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Είναι μικτός αδένας. Βρίσκεται στην άνω κοιλία. Εμφανίζει εξωκρινή μοίρα που εκκρίνει το παγκρεατικό υγρό από τα αδένια, το οποίο με δύο εκφορητικούς πόρους χύνεται στο δωδεκαδάκτυλο



Το πάγκρεας

και βοηθά στην πέψη των τροφών και ενδοκρινής μοίρα του παγκρέατος που αποτελείται από τα νησίδια του LAMOEERHAUS και εκκρίνουν την ινσουλίνη και τα γλυκαγόνα. Η ινσουλίνη αυξάνει τον μεταβολισμό των υδατανθράκων και προκαλεί υπογλυκαιμία. Η έλλειψή της προκαλεί τον σακχαρώδη διαβήτη. Το γλυκαγόνο που προκαλεί υπεργλυκαιμία ανταγωνίζεται την ινσουλίνη.

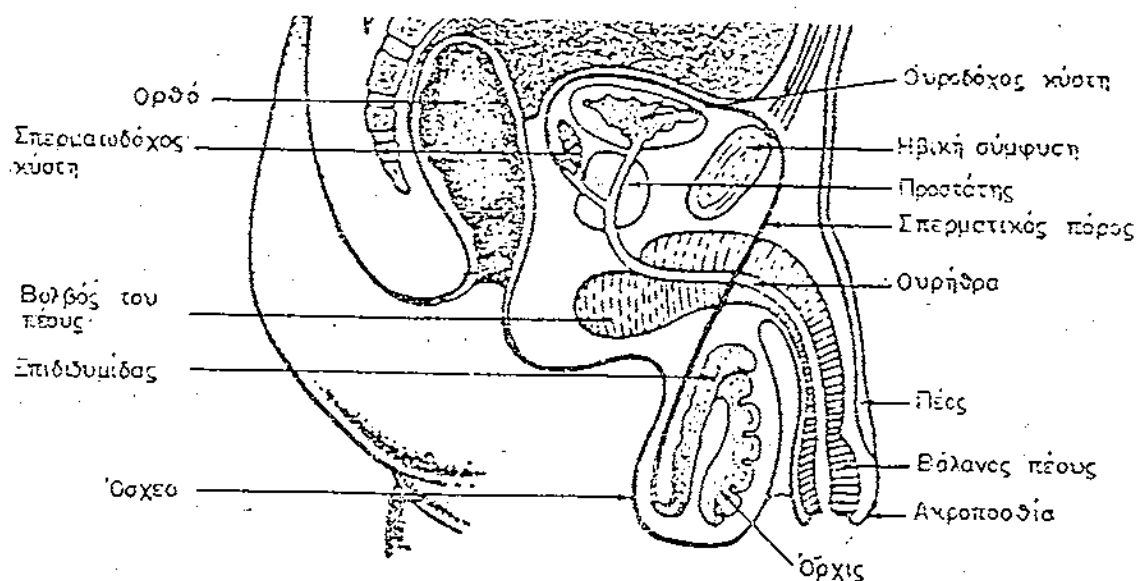
6. ΟΡΧΕΙΣ

Οι όρχεις αρχικά βρίσκονται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα όπου αναπτύσσονται και αργότερα κατέρχονται και παραμένουν δεξιά και αριστερά της ρίζας του πέους μέσα σε μία πτυχή του δέρματος το όσχεο.

Εμφανίζουν εξωκρινή μοίρα που παράγονται τα σπερματοζωάρια, τα γεννητικά κύτταρα του άνδρα, και ενδοκρινή μοίρα που παράγονται τα ανδρογόνα, η οστεοστερόνη.

Τα ανδρογόνα ασκούν μεγάλη αναβολική δράση στον οργανισμό γενικά αλλά είναι ιδιαίτερα σαφής η δράση στο γεννητικό σύστημα του άρρενος (πέος, προστάτη, σπερματοδόχος κύστη), στο ήπαρ, στην καρδιά, στα νεφρά και στους σκελετικούς μυς. Στα

ΟΙ ΟΡΧΕΙΣ



Οβελισία διατομή ανδρικής πυέλου. Τα γεννητικά όργανα του άνδρα.

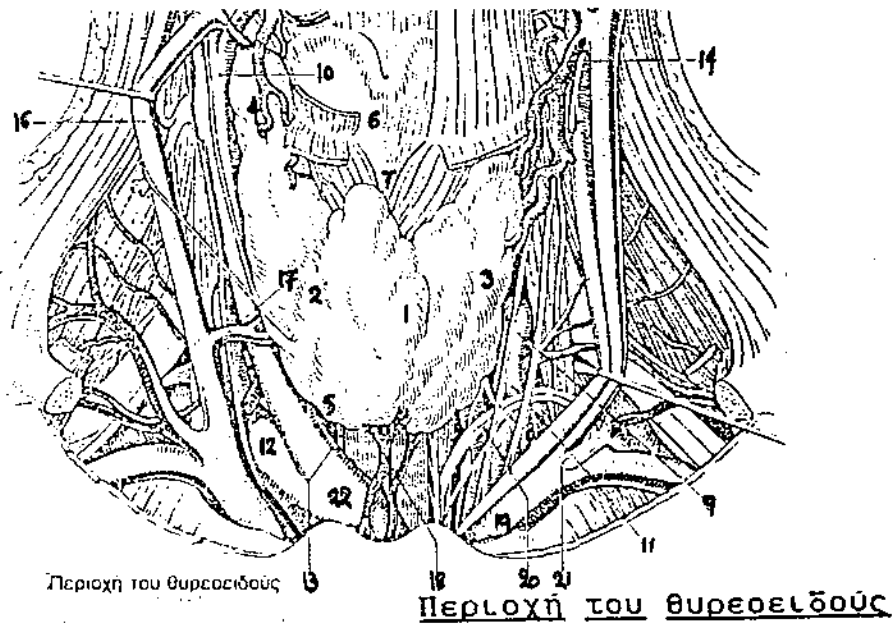
ανδρογόνα οφείλεται η δευτερογενής τρίχωση στον άνδρα.

7. ΩΟΘΗΚΕΣ

Είναι δύο και βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα της ελάσσονος, πυέλου. Εμφανίζουν εξωκρινή μοίρα και ενδοκρινή μοίρα. Η εξωκρινή μοίρα παράγει τα ωάρια, δηλαδή τα γεννητικά κύτταρα του θύλεως. Η ενδοκρινή μοίρα παράγει τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη που είναι υπεύθυνα για την διαμόρφωση και την διαφοροποίηση των γεννητικών οργάνων του θήλεως.

8. ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ

Βρίσκεται στον τράχηλο μπροστά από το πάνω μέρος της τραχείας. Έχει βάρος περίπου 30 γραμ. και σχήμα κεφαλαίου Η. Φυσιολογικά δεν ψηλαφάται αλλά μόνο σε παθολογικές καταστάσεις όπου διογκώνεται καθώς επίσης και στις γυναίκες στην διάρκεια της κύησης και της εμμήνου ρύσης.



Εμφανίζει τον δεξιό και τον αριστερό λοβό που ενώνονται μεταξύ τους με ένα μεσαίο στενότερο μέρος τον ισθμό. Κάθε λοβός έχει άνω πόλο και κάτω πόλο. Οι άνω πόλοι των λοβών φθάνουν μέχρι τον θυροειδή χόνδρο. Οι κρικοθυροειδής σύνδεσμος στα πλάγια καλύπτεται από το σύστοιχο κρικοθυροειδή μυ. Κάθε κρικοθυροειδής μυς νευρώνεται από τον έξω κλάδο του άνω λαρυγγικού νεύρου. Οι αρτηρίες που διανέμονται στο θυροειδή αδένα είναι η άνω και η κάτω θυροειδής αρτηρία. Η άνω θυροειδής αρτηρία εκφύεται από την έξω καρωτίδα και φτάνει στον άνω πόλο του θυροειδούς αδένα. Η κάτω θυροειδής αρτηρία είναι κλάδος του θυροαυχενϊκού στελέχους.

Η φλεβική αποχέτευση του θυροειδούς αδένα γίνεται με τις άνω θυροειδείς φλέβες, οι οποίες εκβάλλουν στις έσω-σφαγίτιδες φλέβες, διαμέσου των κοινών προσωπικών φλεβών. Η

μέση θυρεοειδής φλέβα, εκατέρωθεν εκβάλλει απ'ευθείας στη σύστοιχη έσω σφαγίτιδα φλέβα.

Στο κάτω άκρο του θυρεοειδούς αδένα υπάρχει το μονοφυ-
ές θυρεοειδές φλεβώδες πλέγμα, το οποίο ως <<κάτω θυρεοει-
δής φλέβα>> εκβάλλει στην αριστερή ανώνυμη φλέβα.

Ο θυρεοειδής αποτελείται από πάρα πολλά και μικρά αδέ-
νια που λέγονται θυρεοειδικά θυλάκια. Σ'αυτά αποθηκεύονται
το ιώδιο, που είναι απαραίτητο για την σύνθεση των θυρεοει-
δικών ορμονών. Τα κύτταρα των θυλακίων παράγουν το κολλοει-
δές που περιέχει τις ορμόνες και αποθηκεύεται στον αυλό των
θυλακίων.

Οι θυρεοειδικές ορμόνες είναι η θυροξίνη και η τριϊω-
δοθυρονίνη. Αυτές αυξάνουν τον μεταβολισμό του οργανισμού
και βοηθούν στην κανονική αύξησή του και την λειτουργία του
νευρικού συστήματος, των επινεφριδίων και των γεννητικών ορ-
γάνων.

Η υπερλειτουργία του θυρεοειδούς προκαλεί την εξώφθαλ-
μο βρογχοκήλη και η έλλειψη των ορμονών του το μυξοίδημα.
Αν είναι ατροφικός από την γέννηση, στα παωδιά δημιουργεί-
ται κρετινισμός.

Μεταξύ των θυλακίων στο υπόστρωμα υπάρχουν μερικά κύτ-
ταρα που ονομάζονται παραθυλακιώδη κύτταρα. Αυτά παράγουν
μία ορμόνη την καλσιτονίνη. Η καλσιτονίνη ρυθμίζει τα επί-
πεδα ασβεστίου και φωσφόρου στο αίμα. Αυτό γίνεται σε συνερ-
γασία με την παραθορμόνη και την βιταμίνη D.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ

Οι κυριότεροι ενδροκρινείς αδένες και οι ορμόνες τους.

ΥΠΟΦΥΣΗ:

Πρόσθιος λοβός: Αδρενοκορτικότροπος (ACTH), θυρότροπος (TTH)
Ωοθυλακοτρόπος (FSH), Λουτεΐνική (ωχρίνη LH)
ή των διαμέσων κυττάρων (ICSH), λουτεοτροποι
(προλακτίνη LTH), σωματότροπος (STH)

Μέσος λοβός: Μελανοκυταρότροπος (MSH)

Οπίσθιος λοβός: Βαζοπρεσίνη, οξυτοκίνη

Θυρεοειδής αδένας: Θυροξίνη, Τριϊωδοθυρονίνη, θυροκαλιτονίνη

Παραθυρεοειδής αδένας: Παραθυρεοειδής ορμόνη

Πάγκρεας: Ινσουλίνη, γλυκαγόνη

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ

Μυελός: Επινεφρίνη, νορεπινεφρίνη

Φλοιός επινεφριδίων: Κορτικοστερώνη (ένωση Β), 17 δροκορτικο-
στερόνη (υδροκορτιζόνη, κορτιζόλη, ένωση
F) ανδροεπιανδροστερόνη, ανδροστενεδιόνη

Όρχεις: Τεστοστερόνη, ανδροστενεδιόνη, ανδροεπιανδροστερόνη

Ωοθήκες: Οιστρόνη, 17-οιστραδιόλη, οιστριόλη, προγεστερόνη

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Ο θυρεοειδής παράγει δύο δραστικές ορμόνες την θυροξίνη (T_4) και την τριϊωδοθυρονίνη (T_3) οι οποίες έχουν πολλαπλές και σημαντικές ενέργειες στον οργανισμό.

Μεταβολικός κύκλος ανόργανου ιωδίου

Το ιώδιο αποτελεί την πρώτη ύλη για την κατασκευή των θυρεοειδικών ορμονών. Επαρκή ποσότητα ιωδίου είναι απαραίτητη για την καθημερινή έκκριση και σύνθεση φυσιολογική ποσότητας θυρεοειδικών ορμονών. Το ιώδιο προσλαμβάνεται από τις τροφές.

Η περιεκτικότητα των τροφών σε ιώδιο εξαρτάται από την αφθονία του ιωδίου στο έδαφος. Η ημερήσια πρόσληψη ιωδίου από τις τροφές είναι 100-300 MG η οποία είναι και ικανοποιητική για της βιοσυνθετικές ανάγκες του θυρεοειδούς. Τροφές πλούσιες σε ιώδιο είναι: αστακός, γαρίδες και ωρισμένα ψάρια. Η περιεκτικότητα σε ιώδιο των κυριότερων τροφών εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Τ ρ ο φ ή	Α θ ή ν α
Νερό 100 ML	0,47
Γάλα αγ. 100 ML	4,15
Γάλα πρ. 100 ML	-
Κομμάτι κότας (βάρους 240 GR)	125,5
Κομμάτι κρέατος (βάρους 250 GR)	6,5
Μερίδα ψαριών (βάρους 22 GR)	63,9
Μερίδα λαχανικών (βάρους 300 GR)	3,0
Τυρί (100 GR)	15,1
Ψωμί (100 GR)	1,5

Το ψωμί απορροφάται γρήγορα και εύκολα από τον γαστρεντερικό σωλήνα, μικρή ποσότητα χάνεται με τα κόπρανα ενώ στο αίμα κυκλοφορεί ως ανόργανο ιώδιο με την μορφή ιόντος που προσλαμβάνεται από τον θυροειδή και απεκκρίνεται από τους νεφρούς.

Το ιώδιο χρησιμοποιείται για την σύνθεση των θυροειδικών ορμονών και το υπόλοιπο που περισσεύει αποθηκεύεται ως οργανικό ιώδιο και έτσι ο θυροειδής αποτελεί δεξαμενή ιωδίου που περιέχει 5000 - 7000 MG ιωδίου. Εκτός από τον θυροειδή αδένα προσλαμβάνουν ιώδιο οι σιαλογόνοι αδένες, οι μαζικοί αδένες, ο γαστρικός βλεννογόνος, το λεπτό έντερο και ο πλακούντας.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΘΥΡΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΥΡΟΕΙΔΗ

Η παραγωγή των ορμονών από τον θυροειδή και η έκκρισή τους ακολουθούν τα παρακάτω βιοσυνθετικά στάδια:

- α) Την πρόσληψη του ανόργανου ιωδίου.
- β) Την οξείδωση του ανόργανου ιωδίου σε μεταλλικό ιώδιο και την σύνδεσή του για τον σχηματισμό των ιωδοτυροσινών.
- γ) Την ένωση των ιωδοτυροσινών για το σχηματισμό των θυροειδικών ορμονών.
- δ) Την απελευθέρωση στην κυκλοφορία των θυροειδικών ορμονών.

α) Πρόσληψη του ανόργανου ιωδίου

Ο μηχανισμός μέσω του οποίου τα θυροειδικά κύτταρα προσλαμβάνουν το ιώδιο από το περιβάλλον και το μεταφέρουν στο εσωτερικό των θυροειδικών κυττάρων. Ο μηχανισμός αυτός δεν έχει σαφώς διευκρινισθεί.

β) Οξειδωση του ανόργανου ιωδίου σε μεταλλικό και σχηματισμός ιωδοθυροσινών

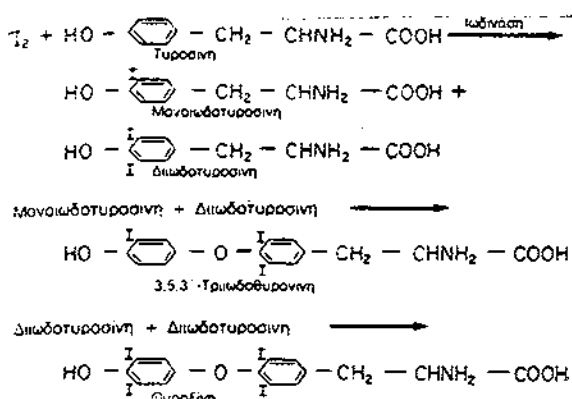
Το ιώδιο εισέρχεται στα θυροειδικά κύτταρα με την μορφή ιόντος ιωδίου. Μέσα στα κύτταρα το ιώδιο οξειδώνεται σε μεταλλικό ιώδιο με την ενζυμική δράση μιάς υπεροξειδάσης και συνδέεται με την τυροσίνη για να σχηματιστεί καταρχήν η μονοιωδοτυροσίνη και στη συνέχεια η διϊωδοτυροσίνη. Το ιώδιο συνδέεται με την τυροσίνη οπότε λέγεται οργανικό ιώδιο. Ο σχηματισμός των ιωδοθυροσινών που γίνεται λαμβάνει χώρα για την θυροσφαιρίνη που βρίσκεται στην κοιλότητα των θυροειδικών κυστιδίων.

γ) Ένωση των ιωδοθυροσινών για τον σχηματισμό των θυροειδικών ορμονών.

Η διϊωδοθυροσίνη ενώνεται με ένα μόριο μονοϊωδοτυροσίνης ή διϊωδοτυροσίνης για τον σχηματισμό της τριϊωδοθυρονίνης και τετραϊωδοθυρονίνης (θυροξίνη) οι οποίες αποτελούν τις δραστικές ορμόνες του θυροειδούς.

δ) Απελευθέρωση από την κυκλοφορία των θυροειδικών ορμονών

Η απελευθέρωση των θυροειδικών ορμονών από το μόριο της θυροσφαιρίνης γίνεται κατόπιν πρωτεολυτικών επεξεργασιών οι οποίες γίνονται μέσα στο θυροειδικό κύτταρο.



Χημεία του σχηματισμού της θυροξίνης & της τριϊωδοθυρονίνης

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ

Οι θυρεοειδικές ορμόνες που εισέρχονται στην κυκλοφορία διέρχονται στο ήπαρ, το οποίο αποτελεί πραγματική αποθήκη και μεταβολικό εργαστήριο γι' αυτές.

Το ήπαρ έχει την ικανότητα να κατακρατεί τις θυρεοειδικές ορμόνες, οπότε η συγκέντρωσή τους στο ήπαρ είναι τριπλάσια της συγκέντρωσής τους στο πλάσμα. Η περιεκτικότητα του ήπατος σε θυροξίνη ανέρχεται στο 150 MG περίπου.

Μετά την είσοδό τους στο ήπαρ, οι θυρεοειδικές ορμόνες και τα μεταβολικά προϊόντα τους αποβάλλονται μέσω της χολής για να ακολουθήσουν τον ηπατοεντερικό κύκλο. Στο έντερο το μεγαλύτερο ποσοστό απορροφείται και τα 10-15% αποβάλλονται με τα κόπρανα.

Εκτός από την αποθηκευτική ικανότητα που έχει το ήπαρ, συμβάλλει σημαντικά στον μεταβολισμό των θυρεοειδικών ορμονών, γιατί σ' αυτό όλες οι μεταβολικές μετατροπές γίνονται σε μεγαλύτερη ένταση και έκταση από τους άλλους ιστούς. Στο ήπαρ συντίθενται και οι πρωτεΐνες οι οποίες συνθέτουν τις θυρεοειδικές ορμόνες.

Οι θυρεοειδικές ορμόνες μεταβολίζονται κατά τρεις τρόπους:

α) Δι' απιωδιώσεως, η οποία αφορά την αφαίρεση όλων των ατόμων του ιωδίου του μορίου της θυροξίνης και της τριϊωδοθυρονίνης. Η απιωδίωση γίνεται σ' όλους τους ιστούς, αλλά ιδιαίτερα στο ήπαρ. Η θυροξίνη απιωδιούται όλη σε ποσοστό 80-85% ενώ το 5% της ορμόνης μετατρέπονται σε τριϊωδοθυρονίνη με την αφαίρεση ενός μόνο ιωδίου.

β) Δια συνδέσεως του γλυκουρονικού και θειικού οξέος.

γ) Σε μικρό ποσοστό, δι' απαμινώσεως και αποκαρβοξυλιώσεως των μορίων τους, που σχηματίζονται τετραϊωδιωμένα ή τριϊωδιωμένα παράγωγα του πυροσταφυλικού, γαλακτικού και οξεικού οξέος που μπορούν ν' απυώδιωθούν αργότερα.

Η βιολογική σημασία του είδους και της εκτάσεως των μεταβολικών μετατροπών, που υφίστανται οι θυρεοειδικές ορμόνες δεν έχει εξακριβωθεί. Υποστηρίχθηκε ότι η μετατροπή της θυροξίνης σε τριϊωδοθυρονίνη αποσκοπεί στο να προσφέρει σε όλους τους ιστούς ταχύτερη και εντονότερη δράση.

Η απιωδίωση που γίνεται σε όλους τους ιστούς, θεωρείται από ορισμένους ερευνητές ότι αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα της βιολογικής δράσης και όχι απλή αποδομητική επεξεργασία.

Το ιώδιο που απασπάται από το μόριο των θυρεοειδικών ορμονών ακολουθεί την τύχη του ανόργανου ιωδίου.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

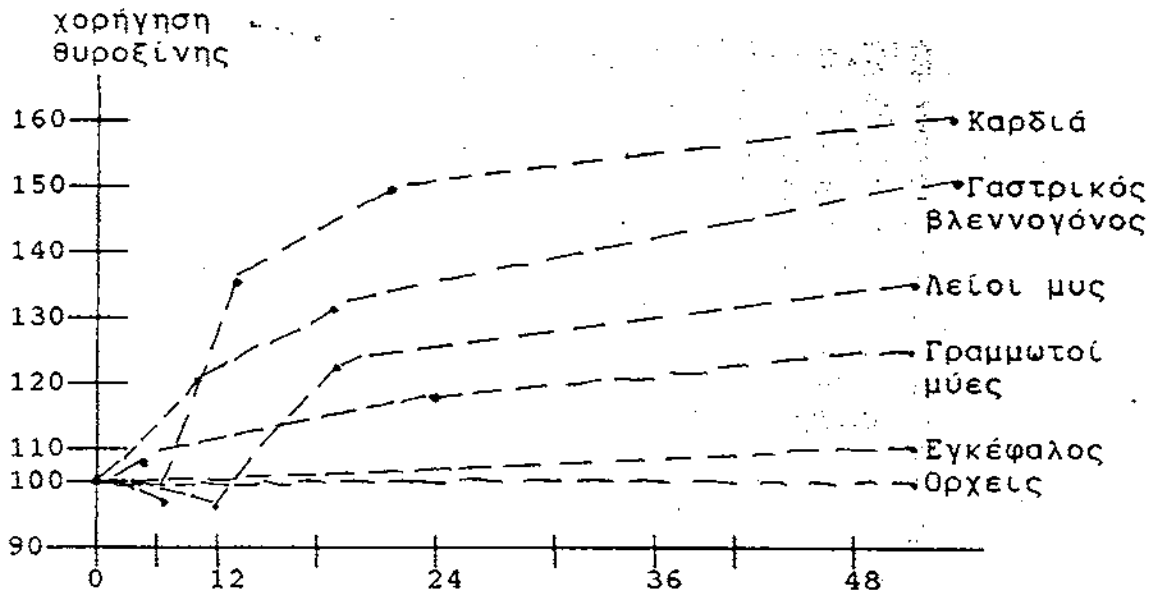
1. Κατανάλωση οξυγόνου

Η σημαντικότερη δράση των θυρεοειδικών ορμονών είναι η αύξηση της καταναλώσεως του οξυγόνου από τους ιστούς. Η δράση αυτή αφορά όλους τους ιστούς αλλά κυρίως εκδηλώνεται στον καρδιακό μυ και το γαστρικό βλεννογόνο (αύξηση 160%). Ο εγκέφαλος, ο σπλήνας και οι γεννητικοί αδένες αποτελούν εξαίρεση δεν εμφανίζουν μεταβολή στην κατανάλωση οξυγόνου. Η κατανάλωση οξυγόνου σημαίνει ότι χρησιμοποιείται οξυγόνο ως δέκτης ηλεκτρονίων κατά τις οξειδωτικές αντιδράσεις που γίνονται μέσα στο μετοχόνδριο, όπου δρουν και οι θυρεοειδικές ορμόνες και διεγείρουν τα ενζυμικά συστήματα που είναι υπεύθυνα για

την οξείδωση.

2. Δράση στη σωματική ανάπτυξη

Η αύξηση των οστών και του σώματος τελείται μεταξύ άλλων παραγόντων και από την επίδραση των θυρεοειδικών ορμονών. Έλλειψη ή καταστροφή του θυρεοειδούς κατά την παιδική ηλικία προκαλεί αναστολή της σωματικής ανάπτυξης. Ο ρυθμός της αυξήσεως επανέρχεται φυσιολογικά με την έγκαιρη χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών.



3. Δράση στην ωρίμανση

Η τελική διάπλαση φριομένων οστών υποβοηθείται από τις θυρεοειδικές ορμόνες. Παράδειγμα, η σύγκλιση των επιφύσεων των οστών επιτυγχάνεται από τις ορμόνες.

4. Δράση στην ανάπτυξη του Κ.Ν.Σ.

Στον άνθρωπο οι θυρεοειδικές ορμόνες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου. Συγγενής υποθυρεοειδισμός προκαλεί διανοητική καθυστέρηση η οποία είναι

ανατάξιμη με τη χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών εφόσον χορηγηθούν εγκαίρως.

5. Δράση στα λευκώματα

Οι θυρεοειδικές ορμόνες διεγείρουν τη σύνθεση των λευκωμάτων μέσα στο κύτταρο. Η δράση όμως εξαρτάται από τη δόση, γιατί μεγάλες δόσεις όχι μόνο αναστέλλουν τη σύνθεση των λευκωμάτων αλλά δρουν καταβολικά με αποτέλεσμα αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και ατροφία οργάνων (μύες κ.α.).

6. Δράση στους υδατάνθρακες

Οι θυρεοειδικές ορμόνες αυξάνουν την απορρόφηση της γλυκόζης από το έντερο και επιταχύνουν την αποδόμηση της ινσουλίνης. Λόγω της μεγάλης δράσης παρατηρείται αύξηση του σακχάρου στο αίμα στον υπερθυρεοειδισμό, παρόλο που οι θυρεοειδικές ορμόνες αυξάνουν την κατανάλωση του σακχάρου από τους ιστούς.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της ελλείψεως ή υπερεκκρίσεως θυρεοειδικών ορμονών οφείλονται κυρίως στην δράση αυτών στο μεταβολισμό των λευκωμάτων και λιπών και στην κατανάλωση οξυγόνου.

7. Δράση στα λίπη

Η δράση των θυρεοειδικών ορμονών εκδηλώνεται στη χοληστερίνη. Η σύνθεση, η αποδόμηση στο ήπαρ και η απέκκρισή της από την χολή της χοληστερίνης διεγείρονται από τις ορμόνες του θυρεοειδή με αποτέλεσμα τη μείωση της χοληστερίνης στο αίμα.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Για τον έλεγχο της λειτουργικότητας του θυρεοειδή αδένου γίνονται οι παρακάτω εξετάσεις.

1. Βασικός μεταβολισμός (για την εκτίμηση της περιφερικής ροής των θυρεοειδικών ορμονών).

Με τον προσδιορισμό του βασικού μεταβολισμού είναι δυνατή μία ημιποσοτική εκτίμηση της δραστηριότητας του θ αδένα. Ο όρος <<Βασικός μεταβολισμός>> αναφέρεται στην ποσότητα του οξυγόνου που καταναλώνεται από τον οργανισμό για τις ζωτικές λειτουργίες της κυκλοφορίας και της αναπνοής. Προσδιορίζεται επομένως, όταν το άτομο βρίσκεται σε πλήρη φυσική και συγκινησιακή ανάπαυση είναι νηστικό για 14 ώρες τουλάχιστον και έχει φυσιολογική θερμοκρασία. Είναι δυνατό να υπολογιστεί ο ρυθμός παραγωγής θερμότητας μέσα στον οργανισμό με βάση τον όγκο του οξυγόνου, που καταναλώνεται ή άνω από τις παραπάνω συνθήκες. Ένας φυσιολογικός ενήλικας άνδρας παράγει 1500 CAL/24 ώρες ενώ μία φυσιολογική ενήλικη γυναίκα 1300 CAL/24 ώρες. Εκφρασμένος σε παραγωγή θερμότητας κατά M^2 επιφάνειας και ανά ώρα ο μέσος όρος του βασικού μεταβολισμού για ένα φυσιολογικό άτομο είναι περίπου 40 CAL, εξαφτώμενος από το φύλο και την ηλικία.

2. Πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου (I^{131}) από τον θυρεοειδή αδένα.

α) Χορηγείται από το στόμα σε άρρωστο που είναι νηστικός, άλας ραδιενεργού ιωδίου, συνήθως ιωδιούχο κάτριο, σε δόσεις από 5-50 μC .

β) Μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα (στα περισσότερα

εργαστήρια οι προσδιορισμοί γίνονται μετά 4 και 24 ώρες) μετράται το ποσό πρόσληψης ραδιενεργού ιωδίου από τον θυρεοειδή με βάση την ραδιενέργεια που εκπέμπεται απ' αυτόν και η οποία προσδιορίζεται με μέτρηση GEIGER, που κρατιέται σε σταθερή θέση πάνω από την μέση γραμμή του αδένου. Φυσιολογικά μετά από 4 ώρες η πρόσληψη είναι 10-30% και μετά 24 ώρες 25-50%. Τιμές πάνω από 30% είναι ενδεικτικές υπερθυρεοειδισμού. Μετά από 24 ώρες, τιμές κάτω από 20% είναι ενδεικτικές υποθυρεοειδισμού. Επίσης υψηλές τιμές μετά 4 ώρες σε συνδυασμό με χαμηλές τιμές μετά 24 ώρες (διάρροια θυροξίνης) είναι ενδεικτικές υπερθυρεοειδισμού.

3. Προσδιορισμός της ποσότητας του ραδιενεργού ιωδίου που αποβάλλεται με τα ούρα.

α) Μετράται η ολική ποσότητα του απεκρινόμενου με τα ούρα ραδιενεργού ιωδίου σε διαστήματα 6 και 24 ωρών, μετά την λήψη και αφαιρείται από την ποσότητα που χορηγήθηκε στον άρρωστο. Η διαφορά αντιπροσωπεύει τη δόση που προσλήφθηκε από τον αδένα.

β) Φυσιολογικά σε 24 ώρες απεκκρίνεται το 40-80% του λαμβανόμενου ιωδίου. Σε υπερθυρεοειδισμό απεκκρίνεται λιγότερο από 40% και σε υποθυρεοειδισμό περισσότερο από 80%.

4. Προσδιορισμός του δεσμευμένου με πρωτεΐνη ιωδίου PBI.

α) Ένας λογικά ακριβής δείκτης της θυρεοειδικής λειτουργίας είναι η συγκέντρωση του PBI στο αίμα γιατί το περισσότερο ιώδιο που είναι δεσμευμένο με τις πρωτεΐνες ανήκει στις θυρεοειδικές ορμόνες αλλά και γιατί υπάρχει ισορροπία μεταξύ ελεύθερων θυρεοειδικών ορμονών και αυτών που είναι δεσμευ-

μένες με πρωτεΐνες.

β) Φυσιολογικές τιμές: 3,5-8,0 MG/100 ML αίματος. Πάνω από 8,0: θυρεοειδική υπερδραστηριότητα. Κάτω από 3,5: υποθυρεοειδισμός.

5. Προσδιορισμός ολικής θυροξίνης ορού (T_4)

α) Ολική θυροξίνη είναι το άθροισμα της ελεύθερης και της δεσμευμένης θυροξίνης. Αυτή αποτελεί σήμερα τον καλύτερο δείκτη της θυρεοειδικής λειτουργίας.

β) Φυσιολογικές τιμές: 5,3 - 14,5 MG/100 ML ορού, ανάλογα την μέθοδο.

6. Δοκιμασία πρόσληψης ραδιενεργού τριϊωδοθυρονίνης (T_3RU) από ρητίνη

α) Ραδιενεργός τριϊωδοθυροξίνη προστίθεται στον ορό που είναι για εξέταση. Μετά προστίθεται ρητίνη η οποία απορροφά την T_3 που παρέμεινε ελεύθερη, δηλαδή δεν δεσμεύτηκε από τις πρωτεΐνες του ορού. Στην συνέχεια προσδιορίζεται η ραδιενέργεια της προσφερόμενης T_3 .

β) Φυσιολογική δέσμευση: 25% - 35%. Στον υπερθυρεοειδισμό είναι πάνω από 35%.

7. Δοκιμασία διέγερσης με θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH)

Με την δοκιμασία αυτή ελέγχεται η απόκριση του θυρεοειδή στην εξωγενή χορήγηση θυρεοειδοφρόπου ορμόνης.

8. Δοκιμασία διέγερσης με υποθαλαμική TRH

Σήμερα χρησιμοποιείται σαν δοκιμασία διέγερσης ο προσδιορισμός της TSH στον ορό πριν και μετά την ένεση υποθαλαμικής TRH.

α) Ο άρρωστος είναι νηστικός

- β) 15 λεπτά πριν από την ένεση TRH παίρνεται δείγμα αίματος.
- γ) Ο γιατρός ενίει ενδαρτηριακά 500 MG συνθετικής TRH παίρνεται πάλι δείγμα αίματος για προσδιορισμό της TSH.
- δ) Δείγματα αίματος παίρνονται σε 15, 30, 45, 60, 90 και 120 λεπτά. Η δοκιμασία αυτή είναι χρήσιμη για τον αποκλεισμό του υπερθυρεοειδισμού, γιατί σ' αυτόν η ένεση TRH δεν επιφέρει καμμία αύξηση της TSH.

9. Δοκιμασία αναστολής με τριϊωδοθυρονίνη

- α) Μετράται για 24 ώρες η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου.
- β) Χορηγείται στον άρρωστο T_3 (40 MG/8ωρο) για 8-15 μέρες.
- γ) Για 24 ώρες μετράται και πάλι η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου.
- δ) Φυσιολογικά: αναστολή στην πρόσληψη της ραδιενεργούς ουσίας κάτω από 20% σε 24 ώρες.
- Νόσος GRAVES: Καμμία αναστολή.

10. Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς αδένα

Σπινθηρογράφημα είναι η απεικόνιση του αδένα με καταγραφή των κρούσεων του ραδιενεργού που προσλήφθηκε απ' αυτόν.

α) Χορηγείται στον άρρωστο ραδιενεργό ιώδιο (I^{131}) από το στόμα και την επόμενη ημέρα παίρνεται το σπινθηρογράφημα. Εάν το I^{131} δοθεί ενδοφλέβια τότε το σπινθηρογράφημα παίρνεται σε μισή έως 1 ώρα.

β) Μειωμένη πρόσληψη I^{131} σε μία συγκεκριμένη περιοχή του θυρεοειδή θάωρείται ενδεικτική για ύπαρξη κακοήθους όγκου. Μετά το σπινθηρογράφημα μελετάται η μορφολογία και η λειτουργία του οργάνου (τοπογραφική καθήλωση του ραδιενεργού ιωδίου). Το φυσιολογικό σπινθηρογράφημα δίνει συνήθως την εικόνα πεταλού-

δας (δύο ξεχωριστοί λοβοί και μερικές φορές ο ισθμός).

11. Εκτίμηση περιφερικής δράσης των θυρεοειδικών ορμονών.

Για την εκτίμηση της περιφερικής δράσης των θυρεοειδικών ορμονών εκτός από το βασικό μεταβολισμό αναφέρονται και κάποιες άλλες δοκιμαστικές εξετάσεις:

α) Διάρκεια χάλασης Αχιλλείου αντανακλαστικού.

Φυσιολογικές τιμές 250-280 MM/SEC

Σε υποθυρεοειδισμό ανευρίσκονται αυξημένες και σε υπερθυρεοειδισμό ανευρίσκονται μειωμένες.

β) Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

γ) Χοληστερίνη αίματος.

Φυσιολογικές τιμές 140-240 MG/100 ML

Σε υποθυρεοειδισμό αυξημένες, σε υπερθυρεοειδισμό οι τιμές της χοληστερίνης του αίματος μπορεί να είναι ελαττωμένες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Γενικά οι εκδηλώσεις του υποθυρεοειδισμού είναι αντίθετες από του υπερθυρεοειδισμού, υπάρχουν όμως και λίγες ακόμα εκδηλώσεις που αφορούν μόνο τον υποθυρεοειδισμό.

Ενδημική κολλοειδής βρογχοκήλη

Ο όρος βρογχοκήλη σημαίνει διόγκωση του θ αδένα. Για τον σχηματισμό επαρκών ποσοτήτων θυρεοειδικών ορμονών απαιτείται η πρόσληψη περίου 50 MG ιωδίου τοχρόνο. Σε ορισμένες περιοχές του κόσμου τοιώδιο του εδάφους είναι πολύ λίγο και η διατροφή δεν περιέχει ούτε τις ελάχιστες απαραίτητες ποσότητες. Έτσι, πριν από την εισαγωγή της προσθήκης ιωδίου στο επιτραπέζιο αλάτι, πολλά άτομα που ζούσαν σ' αυτές τις περιοχές παρουσίαζαν εξαιρετικά μεγάλη διόγκωση του θυρεοειδούς αδένα, την λεγόμενη ενδημική βρογχοκήλη.

Ο μηχανισμός ανάπτυξης της ενδημικής βρογχοκήλης είναι οι εξής, η έλλειψη ιωδίου εμποδίζει την παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών από το θυρεοειδή αδένα, κατά συνέπεια, δεν υπάρχει ορμόνη για να προκαλέσει αναστολή της παραγωγής TSH από την πρόσθια υπόφυση η οποία έτσι εκκρίνει μεγάλες ποσότητες TSH. Η τελευταία προκαλεί έκκριση υπερβολικών ποσοτήτων θυρεοσφαιρίνης (κολλοειδούς) από τα θυρεοειδικά κύτταρα μέσα στα θυλάκια και έτσι ο αδένας διογκώνεται συνεχώς. Λόγω όμως της έλλειψης ιωδίου δεν αυξάνει η παραγωγή θυροξίνης και τριϊωδοθυ-

ρονίνης. Το μέγεθος των θυλακίων γίνεται τεράστιο και το βάρος του θυροειδούς μπορεί να αυξηθεί φθάνοντας τα 300-500 γραμμάρια ή και περισσότερο.

Ιδιοπαθής μη τοξική κολλοειδής βρογχοκήλη

Διόγκωση του θυροειδούς αδένα ίδια σχεδόν με της ενδημικής κολοειδούς βρογχοκήλης, αναπτύσσεται πολλές φορές ακόμα και όταν το άτομο παίρνει αρκετή ποσότητα ιωδίου με την διατροφή του.

Ο αδένας είναι δυνατό να εκκρίνει ακόμα και φυσιολογικές ποσότητες θυροειδικών ορμονών αλλά τις περισσότερες φορές η έκκριση του είναι ελαττωμένη, όπως κατά την ενδημική κολλοειδή βρογχοκήλη.

Το ακριβές αίτιο της διόγκωσης του θυροειδούς αδένα των αρρώστων με ιδιοπαθή κολλοειδή βρογχοκήλη δεν είναι γνωστό οι περισσότεροι όμως από τους αρρώστους αυτούς παρουσιάζουν σημεία ελαφράς θυροειδίτιδας, γι' αυτό το λόγο υποστηρίζεται ότι η θυροειδίτιδα προκαλεί ελαφρό υποθυροειδισμό, ο οποίος οδηγεί σε αύξηση της έκκρισης TSH και σε προοδευτική διόγκωση των περιοχών του αδένα που δεν φλεγμαίνουν. Η παραδοχή αυτής της άποψης θα μπορούσε να εξηγήσει και γιατί αυτοί οι αδένες περιέχουν συνήθως όξους και μερικές περιοχές τους διογκώνονται ενώ άλλες καταστρέφονται από τη θυροειδίτιδα.

Σε μερικά άτομα με κολλοειδή βρογχοκήλη τα ενζυμικά συστήματα του θυροειδούς δεν λειτουργούν φυσιολογικά, με αποτέλεσμα ελάττωση του σχηματισμού θυροειδικών ορμονών και έτσι υπέρμετρη διέγερση του θυροειδούς αδένα από της TSH. Μερικές φορές, τέλος, περιέχουν βρογχοκηλογόνες ουσίες με αντι-

θυρεοειδική δράση τύπου προπυλοθειουρακίλης που οδηγεί επίσης σε διόγκωση, εξαιτίας διέγερσης από την ΤΒΗ του θυρεοειδούς αδένα. Τέτοιες βρογχοκήληγόνες ουσίες βρίσκονται σε μερικές ποικιλίες από γογγύλια και σε ορισμένα λάχανα.

Χαρακτηριστικά του υποθυρεοειδισμού

Ανεξάρτητα από το αν ο υποθυρεοειδισμός οφείλεται σε ενδημική κολλοειδή βρογχοκήλη, σε ιδιοπαθή κολλοειδή βρογχοκήλη, σε καταστροφή του θυρεοειδούς αδένα από ακτινοβολία, σε χειρουργική εξαίρεσή του ή σε καταστροφή του από διάφορα νοσήματα, τα συμπτώματα είναι ίδια. Συνίσταται σε πολλή έντονη υπνηλία, με 14-167 ώρες ύπνου την ημέρα, έντονη μυϊκή ατονία, βραδυκαρδία, ελάτωση του όγκου παλμού, ελάτωση του όγκου αίματος, αύξηση του βάρους, δυσκοιλιότητα, νωθρότητα των διανοητικών λειτουργιών, ελάτωση πολλών τροφικών λειτουργιών του οργανισμού (που γίνεται φανερή από την ελάτωση της αύξησης των τριχών και την απολέπιση του δέρματος) εμφάνιση βραχείας και ξερής-σαν βατράχου-φωνής και σε βαριές περιπτώσεις οιδηματώδη εμφάνιση ολόκληρου του σώματος που λέγεται μυξοίδημα.

Μυξοίδημα. Ο άρρωστος του οποίου ο θυρεοειδής δε λειτουργεί σχεδόν καθόλου αναπτύσσει μυξοίδημα. Για λόγους που δεν έχουν ακόμα εξηγηθεί στους διάμεσους χώρους των ιστών συγκεντρώνονται κατά το μυξοίδημα πολύ μεγάλες ποσότητες βλεννοπολυσακχαριτών κυρίως ναλουρονικού οξέος.

Αρτηριοσκλήρυνση στον υποθυρεοειδισμό: Η έλλειψη θυρεοειδικών ορμονών προκαλεί αύξηση των λιποπρωτεϊνών του αίματος που πε-



Άρρωστη με μυξοίδημα

ριέχουν ιδιαίτερα μεγάλες ποσότητες χοληστερόλης. Και η αύξηση της χοληστερόλης του αίματος συνοδεύεται συνήθως από αθηροσκλήρωση και αρτηριοσκλήρυνση. Κατά συνέπεια πολλοί υποθυρεοειδικοί ασθενείς και ιδιαίτερα αυτοί που έχουν μυξοίδημα αναπτύσσουν εκτεταμένη αρτηριοσκλήρυνση που καταλήγει σε περιφερική αγγειοπάθεια, κώφωση και συχνά σε σοβαρή σκλήρυνση των στεφανιαίων αγγείων με αποτέλεσμα τον πρόωρο θάνατο.

Δοκιμασίες διάγνωσης του υποθυρεοειδισμού: Οι δοκιμασίες που αναφέρονται παραπάνω για τη διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού στον υποθυρεοειδισμό δίνουν αντίθετα αποτελέσματα. Η ελεύθερη θυροξίνη του αίματος είναι χαμηλή. Ο βασικός μεταβολισμός στο μυξοίδημα κυμαίνεται ανάμεσα στα -30 και -40%. Το πρωτεϊνικό δεσμευμένο ιώδιο (PROTEIN-BOUND IODINE PBI) βρίσκεται στο 1/3 του φυσιολογικού. Και η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου, από το θυρεοειδή αδένια (εκτός από τον ιωδιοπενικό υποθυρεοειδισμό) είναι μικρότερος από 1% την ώρα αντί για

το φυσιολογικό που είναι περίπου 4% την ώρα. Ωστόσο για τη διάγνωση έχουν την ίδια σημασία με τις εργαστηριακές δοκιμασίες έχουν και τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού που αναφέρονται πιο πάνω.

Θεραπεία του υποθυρεοειδισμού: Η επίδραση των θυρεοειδικών ορμονών στο βασικό μεταβολισμό είναι δεδομένη. Φυσιολογικά η δράση της ορμόνης διαρκεί πάνω από ένα μήνα. Κατά συνέπεια με καθημερινή λήψη ενός περίπου δισκίου αποξηραμένου θυρεοειδούς ή θυρεοειδικού εκχυλίσματος είναι εύκολη η διατήρηση της θυρεοειδικής δραστηριότητας σε σταθερό επίπεδο. Επιπλέον η σωστή θεραπεία του υποθυρεοειδικού αρρώστου οδηγεί σε τέτοιου βαθμού αποκατάσταση ώστε πρώην μυξοιδηματικά άτομα που θεραπεύθηκαν σωστά να φθάνουν ως 90 χρόνων παίρνοντας αγωγή για περισσότερα από 50 χρόνια.

Κρετινισμός: Ο κρετινισμός είναι κατάσταση που οφείλεται σε έντονο υποθυρεοεισμό κατά την βραφική και την παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από αναστολή της αύξησης του σώματος. Ο κρετινισμός είναι συνέπεια συγγενούς έλλειψης θυρεοειδούς (συγγενής κρετινισμός) γενετικής αδυναμίας του θυροειδούς να παράγει θυρεοειδικές ορμόνες ή έλλειψης ιωδίου από τη διατροφή (ενδημικός κρετινισμός). Η βαρύτητα του ενδημικού κρετινισμού ποικίλλει πολύ ανάλογα με την ποσότητα του ιωδίου της διατροφής, και είναι γνωστές ενδημικές περιοχές των οποίων ολόκληρος ο πληθυσμός παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα κρετινών. Το νεογνό που δεν έχει θυρεοειδή αδένια μπορεί να έχει απόλυτα φυσιολογική εμφάνιση και λειτουργίες επειδή

έπαιρνε θυρεοειδικές ορμόνες από τη μητέρα του όσο ήταν στη μήτρα. Δίγες όμως εβδομάδες μετά τη γέννηση οι κινήσεις του γίνονται νωθρές και η σωματική και πνευματική του ανάπτυξη καθυστερούν πολύ. Η θεραπεία του κρετίνου σ' οποιοδήποτε χρόνο, συνεπάγεται συνήθως την επάνοδο της φυσιολογικής αύξησης του σώματος, ενώ πνευματικά το άτομο παραμένει καθυστερημένο αν αυτή δεν γίνει τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση.

ΥΠΕΡΘΥΡΕΘΕΙΔΙΣΜΟΣ

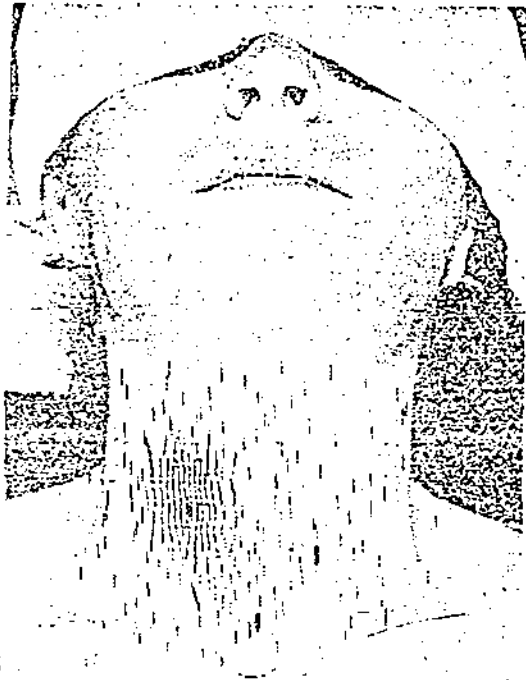
Υπερθυρεοειδισμός είναι η παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολική έκκριση θυρεοειδικών ορμονών. Η αυξημένη παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών μπορεί να οφείλεται ή στην υπερλειτουργία ολόκληρου του αδένου και χαρακτηρίζεται διάχυτος τοξική βρογχοκήλη ή νόσος του BASEDOW ή νόσος του GRAVES ή στην υπερλειτουργία των θυρεοειδικών ορμονών που προέρχεται από ένα τμήμα του θυρεοειδούς που λειτουργεί αυτόνομα και λέγεται τοξικό αδένωμα. Η συχνότητα του αυτόνομου λειτουργικού αδενώματος ή τοξικό αδένωμα υπολογίζεται στο 10% επί των συνολικών περιπτώσεων του υπερθυρεοειδισμού και είναι συχνότερο στις γυναίκες κατά 80-90% και σε ηλικία άνω των 40 ετών.

Η αιτία της δημιουργίας αυτόνομου λειτουργικού αδενώματος δεν έχει βρεθεί. Παράγει μεγάλες ποσότητες θυραξίνης και τριϊωδοθυρονίνης και γι' αυτό προκαλεί τα συμπτώματα του υπερθυρεοειδισμού που είναι ήπια και ελαφρότερα οπότε η κλινική διάγνωση δυσκολεύεται. Έτους οφθαλμούς υπάρχει σύσπαση των βλεφάρων στο θυρεοειδή. Το αδένωμα ψηλαφάται ως όζος, για να δώσει συμπτώματα πρέπει να είναι πάνω από 2,5 εκατοστά. Ο όζος είναι η μοναδική αιτία που ο ασθενής οδηγείται στον γιατρό. Ο όζος είναι ημίσκληρος και αναπτύσσεται αργά ενώ ο υπόλοιπος θυρεοειδής είναι φυσιολογικός ή αφηλάφητος.

Η ταχυκαρδία είναι μικρής εντάσεως, ο τρόμος, η μυϊκή αδυναμία και η απώλεια βάρους εκδηλώνεται λιγότερο. Η θερμοφοβία μπορεί να μη γίνει αντιληπτή από τον ασθενή και δια-

πιστώνεται από τα θερμά και υγρά χέρια και τις επιδρώσεις.

Επειδή η κλινική εικόνα δεν είναι σαφής χαρακτηριστικά για την διάγνωση είναι: η σπινθηρογραφική εικόνα του θυρεοειδή που διαγράφεται μία στρογγυλή περιοχή που είναι η ψηλαφητή όζος.



Σπινθηρογραφική εικόνα τοξικού αδενώματος.

Οι θυρεοειδικές ορμόνες είναι αυξημένες στο αίμα. Η θεραπεία του τοξικού αδενώματος είναι η χειρουργική και σε περίπτωση αδυναμίας χειρουργικής επέμβασης χορηγείται ραδιενεργό ιώδιο σε μεγάλες δόσεις.

Όπως ανέφερα και στην αρχή ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να οφείλεται στην υπερλειτουργία του αδένου και χαρακτηρίζεται ως διάχυτη τοξική βρογχοκήλη. Είναι πιο συχνή από το τοξικό αδένωμα και προσβάλλει τις γυναίκες ηλικίας μεταξύ 20-30 ετών ή μετά την εμμηνόπαυση. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι έντονες, πολλές σε αριθμό και σπουδαίας σημασίας.

θα αναφέρω την αιτιολογία, τα κλινικά ευρήματα, τη διάγνωση και τη θεραπεία της διάχυτης τοξικής βρογχοκήλης.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αιτιολογία της αυξημένης δραστηριότητας του θυρεοειδούς δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένη. Η πάθηση είναι συχνότερη στις γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών παρά τους άνδρες ενώ είναι σπάνια στα παιδιά.

Κατ' αρχής ενοχοποιήθηκε ο φυσικός διεγερτικός παράγοντας της λειτουργίας του θυρεοειδή, η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη. Τα εργαστηριακά ευρήματα όμως δεν ενίσχυσαν την άποψη αυτή. Η TSH μετρούμενη βιολογικά ή ραδιοαναστολογικά δεν βρίσκεται αυξημένη στη διάχυτη τοξική βρογχοκήλη. Επιπλέον η καταστροφή της υποφύσεως δεν επιφέρει θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού ούτε αποκλείει την εμφάνιση τούτου. Η αυξημένη πάντως παραγωγή της TSH δυνατόν να προκαλέσει υπερπαραγωγή θυρεοειδικών ορμονών και συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού. Τούτο παρατηρήθηκε στις ολιγάριθμες περιπτώσεις του υποφυσιακού αδενώματος.

Η αιτιολογία του υπερθυρεοειδισμού ετέθη και επί μίας άλλης βάσεως στην ανακάλυψη μίας ανοσοσφαιρίνης του LATS (διεγέρτης του θυρεοειδούς μακράς διάρκειας) η οποία συμπεριφέρεται ως αντίσωμα και προκαλεί διέγερση της λειτουργίας του θυρεοειδούς.

Ο LATS ανευρίσκεται σε πολλούς πάσχοντες από υπερθυρεοειδισμό, ιδίως όταν υπάρχει εξώφθαλμος και μυξοίδημα. Πιστεύεται ότι ο LATS παράγεται από το λεμφοποιητικό ή δικτυοενδο-

θηλιακό σύστημα, κατόπιν δράσεως ειδικού αντιγόνου θυρεοειδικής ή εξωθυρεοειδικής προελεύσεως και επιφέρει υπερλειτουργία του θυρεοειδούς. Λόγω του μηχανισμού αυτού εξηγούνται η λεμφοκυτταρική και η πλασμοκυτταρική διήθηση του θυρεοειδούς και ο υπερθυρεοειδισμός υπάγεται ως αυτοανοσοποιητική νόσο.

Υπάρχουν όμως ορισμένα κενά στη συσχέτιση του LATS προς τον υπερθυρεοειδισμό. Η ύπαρξη π.χ. αρκετών περιπτώσεων της νόσου, που δεν βρίσκεται LATS στον ορό του αίματος, δεν κατηγορείται ο LATS ως αιτιολογικός παράγοντας του υπερθυρεοειδισμού.

Στην εμφάνιση του υπερθυρεοειδισμού δρουν ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως η κληρονομικότητα, τα ψυχικά τραύματα, και η λήψη μεγάλων ποσοτήτων ιωδίου.

Η κληρονομική προδιάθεση παίζει σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση του υπερθυρεοειδισμού όπως και για άλλες παθήσεις του θυρεοειδισμού.

Η παρουσία στο οικογενειακό ιστορικό άλλων περιπτώσεων υπερθυρεοειδισμού δεν είναι σπάνια, η ύπαρξη γενικά θυρεοειδοπάθειας είναι συχνή υπογραμμίζοντας έτσι τον επιβαρυντικό ρόλο της κληρονομικότητας.

Ψυχικά τραύματα, ή αγχώδεις καταστάσεις συμπίπτουν συχνά με την έναρξη του υπερθυρεοειδισμού.

Η λήψη μεγάλων ποσοτήτων ιωδίου όπως θυρεοειδικών ορμονών μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση του υπερθυρεοειδισμού.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Τα παθοφυσιολογικά επακόλουθα, όπως είναι ευνότητα προέρχονται από την επίδραση των ορμονών του θυρεοειδή στο μεταβολισμό των κυττάρων των διαφόρων ιστών του σώματος. Επομένως είναι μεταβολικές εκδηλώσεις και είναι οι εξής:

- Ο άρρωστος είναι νευρικός, ευερέθιστος, ευσυγκίνητος (συναισθηματική αστάθεια) έχει υπερκινητικότητα, παραπονείται για αϋπνία και εξάψεις. Παρουσιάζει λεπτό τρόπο ιδίως κατά την έκταση των δακτύλων και της γλώσσας.

- Ο τρόμος των χεριών γίνεται πιο έντονος μετά από συγκίνηση και ο άρρωστος δυσκολεύεται να γράψει και να κάνει λεπτές κινήσεις.

- Ο άρρωστος έχει αυξημένες καύσεις με αποτέλεσμα να παρουσιάζει απίσχανση, η οποία συνήθως γίνεται πιο μεγάλη λόγω της συνυπάρχουσας διάρροιας. Η όρεξη είναι αυξημένη. Μπορεί να συνυπάρχει μικρή πυρετική κίνηση και το άτομο έχει δυσανεξία στη θερμότητα. Οι άρρωστοι παραπονιούνται για γενική κόπωση, μυϊκή εξασθένηση, ενώ το βάρος του σώματος προοδευτικά ελαττώνεται.

* Το δέρμα είναι υγρό και θερμό και το πρόσωπο εξέρυθρο. Οι επιδρώσεις είναι έντονες και πολλές φορές βασανιστικές. Οι τρίχες γίνονται πιο λεπτές αραιώνουν και λευκαίνουν πιο εύκολα.

~ Σπάνια ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει οστικούς πόνους από οστεοπόρωση.

- Οι εκδηλώσεις από το κυκλοφοριακό σύστημα είναι ταχυκαρδία και υποκειμενικό αίσθημα προκάρδιων παλμών τα οποία συχνά συνοδεύεται από συχνές επιπόλαιες αναπνοές. Ο όγκος παλ-

μού είναι αυξημένος καθώς και η ταχύτητα κυκλοφορίας του αίματος. Η συστολική αρτηριακή πίεση αυξάνεται ελάχιστα, ελαττώνεται όμως η διαστολική λόγω αστάθειας του τόνου των αγγείων με αποτέλεσμα να αυξάνει η διαφορετική πίεση. Μερικές φορές παρατηρείται έκδηλη καρδιακή ανεπάρκεια.

- Στις γυναίκες παρατηρείται ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια και διόγκωση των ματιών, ενώ στους άντρες γυναικομαστία.

- Στα μάτια και κυρίως στα νέα άτομα παρατηρούνται οι πιο κάτω εκδηλώσεις:

(1) Σύσπαση του πάνω βλεφάρου που δίνει την εντύπωση του εξώφθαλμου. Οφείλεται στην αυξημένη ευαισθησία προς αδρενεργικά ερεθίσματα.

(2) Ελαφρός τρόμος των βλεφάρων. Η εκδήλωση αυτή εμφανίζεται σε κάθε μορφή θυρεοτοξικώσεως, υποχωρεί όμως με την υποχώρηση της υπερλειτουργίας.

(3) Διήθητική οφθαλμοπάθεια με τις εξής εκδηλώσεις:

α. Εξώφθαλμος, συνήθως αμφοτερόπλευρος

β. Οίδημα βλεφάρων

γ. Οφθαλμοπληγία, όταν ο βαθμός του εξώφθαλμου είναι μεγάλος, η σύγκλιση των βλεφάρων είναι αδύνατη με αποτέλεσμα ο άρρωστος να διατρέχει τον κίνδυνο εξελικώσεως του κερατοειδή και ενδεχομένως τύφλωση.

- Στο δέρμα παρουσιάζεται: 1) Το προκνημιαίο μυξοίδημα σε αναλογία 10% των περιπτώσεων νόσου GRAVES, εκδηλώνεται με διήθηση του δέρματος στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης. Το δέρμα είναι πεπαχυσμένο και σκοτεινού ερυθρού χρώματος.

2) Η θυρεοειδική ακροπάθεια, δηλαδή παραγωγή περιοστικού οστού, ανάλογα με το παραγόμενο στην πνευμονική υπερτροφική οστεαρ-

θροπάθεια, χαρακτηρίζεται από πληκτροδακτυλία και οστικούς πόνους.

Γενικά σε νεότερης ηλικίας άτομα προεξέρχουν νευρικά συμπτώματα, ενώ στους αρρώστους μεγαλύτερης ηλικίας κυριαρχούν τα καρδιοαγγειακά και νευρομυϊκά συμπτώματα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Τίθεται από τα συμπτώματα και επιβεβαιώνεται με τον έλεγχο της λειτουργίας του θυρεοειδή αδένου. Η εισαγωγή τα τελευταία χρόνια νέων μεθόδων για την έρευνα της λειτουργίας του θυρεοειδή αδένου έχει αντικαταστήσει παλιές λειτουργικές δοκιμασίες που δεν ήταν πάντα αξιόπιστες.

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι τα εξής:

(1) Βρογχοκήλη: Παρατηρείται μικρή συνήθως διόγκωση του αδένου, συχνά μόνο του ενός λοβού ή μέρος αυτού (τοξικό αδένωμα).

(2) Εξόφθαλμος: Οι οφθαλμικοί βολβοί προβάλλουν, η δε βλεφαρική σχισμή διευρύνεται. Το μάτι λάμπει και δίνεται η εντύπωση ενεργητικού και έξυπνου ανθρώπου.

(3) Τρόμος χεριών. Ευσυκινησία και εύκολη κόπωση, δυσανέξια θερμότητας.

(4) Αϋπνία, ταχυκαρδία

(5) Απώλεια βάρους παρά την καλή όρεξη και διατροφή.

Οι δοκιμασίες που εφαρμόζονται σήμερα είναι οι ακόλουθες:

(1) Έλεγχος πρόσληψης ραδιενεργού ιωδίου (I^{131}) από το θυρεοειδή αδένου.

Με την δοκιμασία αυτή ελέγχεται με ειδικό απαραιθμητή σπινθηρισμών ή ραδιενέργεια πάνω από το θυρεοειδή αδένου, 5-24 ώρες μετά την χορήγηση 20 μ. CI (μικρό CURIBS) I^{131} , σε μορφή ιωδιούχου νατρίου, από το στόμα σε άτομο που κάνει την εξέταση. Σε υπερθυρεοειδισμό η κατακράτηση του I^{131} από το θυρεοειδή,

μετά από 24 ώρες, είναι κάτω του 15% ενώ σε φυσιολογικές συνθήκες φθάνει τα 20-45%.

(2) Προσδιορισμός του πρωτεϊνικού ιώδιου

Ο προσδιορισμός του πρωτεϊνικού ιώδιου αντιστοιχεί στο ποσό των ορμονών T_3 και T_4 που κυκλοφορούν στο αίμα. Το πρωτεϊνικό ιώδιο σε φυσιολογικές συνθήκες κυμαίνεται μεταξύ 4-8γ^ο/οο. Σε υπερθυρεοειδισμό είναι πάνω των 9γ^ο/οο.

(3) Σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς αδένα

Με τη μέθοδο αυτή γίνεται σκιαγράφηση του θυρεοειδούς αδένα μετά από χορήγηση ραδιενεργού ισοτόπου (ιώδιο 123) το οποίο προσλαμβάνεται από το θυρεοειδή. Με τη δοκιμασία αυτή εντοπίζονται περιοχές του αδένα με αυξημένη δραστηριότητα (θερμός όζος). Αδενώματα του θυρεοειδούς γενικά εμφανίζονται είτε <<ως ψυχροί όζοι>> (περιοχές του αδένα που δεν προσλαμβάνουν το ραδιοϊσότοπο) είτε <<ως θερμοί όζοι>> (περιοχές με αυξημένη πρόσληψη του ραδιοϊσοτόπου). Οι θερμοί όζοι σχεδόν πάντοτε δεν είναι κακοήθεις ενώ οι ψυχροί όζοι μπορεί να είναι κακοήθεις και ποσοστό 10-20%.

(4) Βασικός μεταβολισμός

Κατά την εξέταση αυτή ελέγχεται το ποσό του καταναλισκόμενου οξυγόνου σε ορισμένο χρονικό διάστημα και κάτω από ορισμένες συνθήκες (νηστεία, ανάπαυση, ηρεμία). Σε φυσιολογικές συνθήκες οι τιμές του μεταβολισμού κυμαίνονται μεταξύ -10% έως +10%. Σε υπερθυρεοειδισμό οι τιμές είναι ανώτερες του +30%.

(5) Προσδιορισμός θυροξίνης του ορού (T_4)

Η T_4 είναι αυξημένη στα 90% των υπερθυρεοειδικών αρρώ-

στων και ελαττωμένη στα 85% των υποθυρεοειδικών.

(6) Δοκιμασία πρόσληψης T_3 από τον ορό

Σε υπερθυρεοδινισμό οι πρωτεΐνες του ορού είναι ήδη κορεσμένες σε μεγάλο ποσοστό από τις θυρεοειδικές ορμόνες γι' αυτό και η T_3 που έχει προστεθεί βρίσκεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από το φυσιολογικό στην προσφορούσα ουσία. Το αντίθετο συμβαίνει στον υποθυρεοειδικό.

Άλλες λειτουργικές δοκιμασίες εξίσου σημαντικές είναι:

Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς

Η σκιαγράφιση του θυρεοειδούς με υπέρηχους μπορεί να αποτελέσει πολύτιμη μέθοδος για να εκτιμήσει κανείς οξώδεις αλλοιώσεις του θυρεοειδούς, να καθορίσει δηλαδή εάν οι όξοι οφείλονται σε κύστη (που δεν έχει σχέση με κακοήθεια) ή σε συμπαγή ιστό (που μπορεί να είναι κακοήθης).

Προσδιορισμός της χοληστερίνης του αίματος

Το ποσό της χοληστερίνης του αίματος βρίσκεται αυξημένο σε υποθυρεοειδισμό και φυσιολογικά ή μάλλον ελαττωμένο σε υπερθυρεοειδισμό.

Βιοψία με παρακέντηση

Η βιοψία και κυτταρολογική εξέταση του θυρεοειδικού ιστού που αναρροφάται μετά από παρακέντηση του αδένου με λεπτή βελόνα αποτελεί πλέον καθημερινή μέθοδο έρευνας της φύσης των όξων του θυρεοειδούς. Η ειδικότητα και η ευαισθησία της μεθόδου αυτής έχουν σήμερα τόσο μεγάλη αξιοπιστία ώστε πολλά κέντρα να χρησιμοποιούν τη βιοψία με βελόνα ως πρώτη φάση της έρευνας των ψυχρών όξων του θυρεοειδούς.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού είναι κατά κανόνα εύκολη, λόγω της κλινικής εικόνας, δηλαδή νευρικότητα, απώλεια βάρους, υπερκινητικότητα, ευσυκινησία, υπερίδρωση, μη ανοχή προς τη ζέστη, ταχυκαρδία, τρόμος και αυξημένη όρεξη επιβεβαιώνεται εργαστηριακά. »

Σε αμφίβολες περιπτώσεις συγκεντρώνονται όλα τα εργαστηριακά διαγνωστικά μέσα και διαπιστώνεται:

α) Αυξημένη παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών (ελεύθερη θυροξίνη, ρυθμός έκκρισης θυροξίνης και τριϊωδοθυροξίνης).

β) Τα βιολογικά αποτελέσματα της αυξημένης κυκλοφορίας των θυρεοειδικών ορμονών (αυξημένος βασικός μεταβολισμός).

γ) Αυξημένη λειτουργικότητα του θυρεοειδισμού λόγω μεγάλης κατακράτησης ραδιοϊωδίου, αυξάνει το μέγεθος του αδένος στο σπινθηρογράφημα.

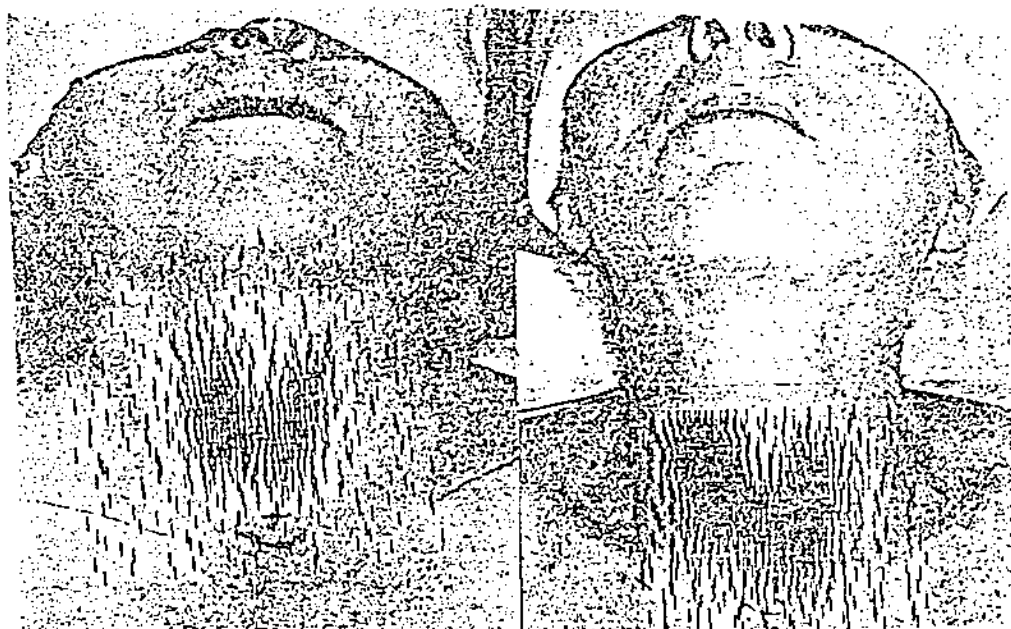
Λόγω όμως ορισμένων συμπτωμάτων όπως π.χ. τρόμος, ταχυκαρδίας και υπερδιέγερση απαιτείται προσοχή για τη διάκριση του υπερθυρεοειδισμού από αγχώδεις καταστάσεις.

Ο αγχώδης ασθενής έχει κατά κανόνα υγρά και ψυχρά χέρια ενώ ο υπερθυρεοειδικός υγρά και θερμά.

Στον αγχώδη ασθενή προεξέχουν το άγχος και η κατάθλιψη ενώ στον υπερθυρεοειδικό η νευρικότητα και η υπερδιέγερση.

Να μην συγχέουμε τον υπερθυρεοειδικό με την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια που σ' αυτή υπάρχει συχνά υπερκινητική κυκλοφορία τρόμος και θερμό δέρμα. Η διάγνωση του υπερ-

θυρεοειδισμού είναι δύσκολη σε άτομα ηλικίας πάνω των 60 ετών που λείπει η κλινική εικόνα ου υπερθυρεοειδισμού. Παρατηρείται πιο πολύ αδυναμία και απώλεια βάρους που οδηγεί σε νεοπλασία.



Αυξημένα όρια του θυρεοειδούς και τοποθέτηση ραδιοϊωδίου (αριστερά) σε υπερθυρεοειδισμό, σε σχέση με το φυσιολογικό άτομο (δεξιά).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΝΤΙΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι βασικοί τρόποι της θεραπευτικής αντιμετώπισης του υπερθυρεοειδισμού είναι τρεις και αποσκοπούν στον περιορισμό της ποσότητας των θυρεοειδικών ορμονών, την οποία μπορεί να παράγει ή να απελευθερώνει στην κυκλοφορία ο αδένας.

Η πρώτη βασική θεραπευτική μέθοδος είναι η φαρμακευτική. Σ' αυτή χορηγούνται αντιθυρεοειδικά φάρμακα, τα οποία επιδρούν με την παρεμβολή χημικού αποκλεισμού, ανασταλτικά στη σύνθεση των ορμονών. Η αναστολή της συνθέσεως των ορμονών διατηρείται μόνο κατά τη διάρκεια χορηγήσεως φαρμάκου.

Ως προς τις ενδείξεις των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων δεν υπάρχει ομοφωνία. Για πολλούς οι ενδείξεις είναι:

Προετοιμασία για εγχείρηση

-Σε παιδιά

-Σε εγκυμοσύνη

-Σε ήπιο υπερθυρεοειδισμό με μικρή βρογχοκήλη

-Τα πιο βασικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του υπερθυρεοειδισμού είναι το ιώδιο, τα παράγωγα θειουρίας και ακόμη χρησιμοποιούνται αναστολείς β-υποδοχέων (επιπρόσθετη θεραπεία).

1. Ιώδιο και Ιωδιούχα σκευάσματα

Η χορήγηση ιωδίου σε μεγάλες δόσεις προκαλεί ύφεση των συμπτωμάτων του υπερθυρεοειδισμού, η οποία όμως δεν είναι σταθερή ούτε διαρκείας.

Το ιώδιο χρησιμοποιείται:

α) Για την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς.

Ασθενείς, οι οποίοι πρόκειται να υποστούν υφολική θυρεοειδεκτομή λαμβάνουν αντιθυρεοειδικά φάρμακα μέχρις ότου καταστούν ευθυρεοειδικοί. Επίσης λαμβάνουν ιώδιο για 10 ημέρες πριν την εγχείρηση για την ελάττωση της αγγείωσης του αδένου.

β) Ως θεραπεία ανάγκης κατά την χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου ή την κύηση.

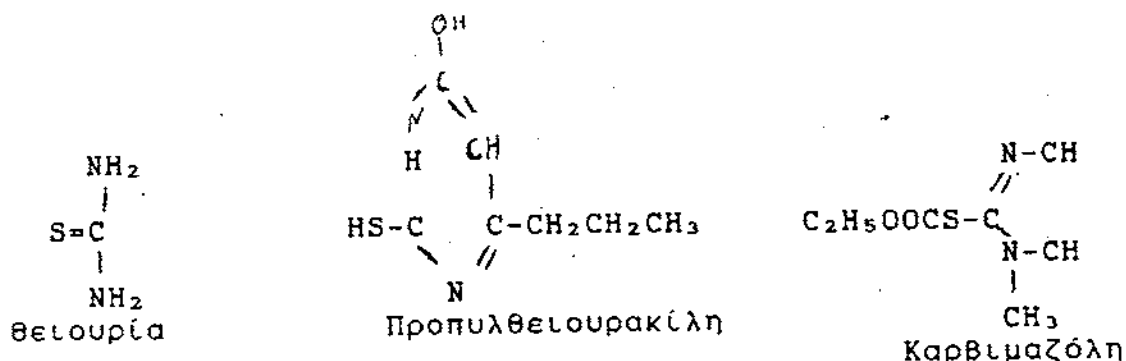
Σε περιπτώσεις στις οποίες τα συμπτώματα του υπερθυρεοειδισμού είναι έντονα και μέχρι να εμφανισθεί η ευεργετική επίδραση του ραδιενεργού ιωδίου (3-4 εβδομάδες) μπορούν να χορηγηθούν αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

Επίσης κατά την κύηση, η εμφάνιση ελαφράς υποφροπής υπερθυρεοειδισμού μπορεί να αντιμετωπισθεί με ιώδιο μόνο για να αποφευχθεί η χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων.

Το ιώδιο χορηγείται υπό την μορφή LUGOL, το οποίο περιέχει 5G ιωδίου και 15G ιωδιούχου καλίου σε 100 κ.εκ. νερού. Ένα κ.εκ. διαλύματος (15 σταγόνες περίπου) περιέχει 125 MG ιωδίου. Η δόση είναι 10-15 σταγόνες 1-3 φορές την ημέρα.

2. Παράγωγοι της θειουρίας

Η θειουρία εμφανίζει έντονη αναστολική δράση στη λειτουργία του θυρεοειδή αδένου, η χορήγησή της όμως είναι αδύνατη λόγω των παρενεργειών της. Από τα παράγωγα της θειουρίας χρησιμοποιούνται σήμερα η προπυλθειουρακίλη και κυρίως η καρβιμαζόλη.



Χημικός τύπος των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων,
των παραγώγων της θειουρίας.

Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα λαμβάνονται από το στόμα και απορροφούνται από το έντερο, κατανέμονται σ'όλους τους ιστούς και αποβάλλονται ταχέως από τα ούρα.

Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα χορηγούνται:

α) Για μόνιμη θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού

Η χορήγηση των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων στην κατάλληλη δόση προκαλεί ελάττωση της εκκρίσεως του θυρεοειδούς μέχρι και σε επίπεδα κατώτερα του φυσιολογικού.

Η μείωση των θυρεοειδικών ορμονών του αίματος επιφέρει βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων της νόσου. Αλλαγή της κλινικής εικόνας (αύξηση βάρους, ελάττωση σφυγμών) σημειώνεται μέσα σε 2-4 εβδομάδες.

Η αρχική δόση εξαρτάται από την βαρύτητα της νόσου, πρέπει να είναι μεγάλη και μετά τον πρώτο ή δευτέρο μήνα της θεραπείας και εφόσον επιτευχθεί βελτίωση ή δόση μειώνεται προοδευτικά μέχρι των δόσεων συντήρησης.

Η χορήγηση για να επιτευχθεί μόνιμο αποτέλεσμα πρέπει

να συνεχίζεται για 1-1½ χρόνια και να νιώθει πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων από τον πρόφωμόνα.

Κατά την κύηση η θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού μπορεί να γίνει με αντιθυρεοειδικά φάρμακα εφόσον η εγχείρηση είναι αδύνατη ή η χορήγηση ιωδίου ανεπαρκής.

Λόγω όμως διόδου των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων μέσω του πλακούντα συνιστάται η χορήγηση μικρότερων δυνατών δόσεων και ταυτόχρονα χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών για την παρεμπόδιση εμφάνισης βρογχοκήλης στο νεογνό. Λόγω ακόμα της μεγάλης απεικρίσεως των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων δια του γάλακτος αντενδείκνυται ο θηλασμός από την μητέρα η οποία λαμβάνει αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

β) Για την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή ή υποβοηθητικά κατά τη θεραπεία με ραδιοϊώδιο.

Στην πρώτη περίπτωση για την προεγχειρητική ετοιμασία μπορεί να χειρουργηθεί ο ασθενής χωρίς κίνδυνο θυρεοειδοτοξικής κρίσεως και στη δεύτερη περίπτωση να επέλθει βελτίωση των συμπτωμάτων μέχρι να δράσει το ραδιοϊσότοπο.

γ) Για την αντιμετώπιση της θυρεοειδοτοξικής κρίσεως.

Η θυρεοειδοτοξική κρίση παρατηρείται μετά από θυρεοειδεκτομή ασθενών οι οποίοι δεν προετοιμάστηκαν καλά προεγχειρητικά. Οφείλεται σε άφθονη απελευθέρωση θυρεοειδικών ορμονών και αντιμετωπίζεται μεταξύ άλλων και με τη χορήγηση μεγάλων δόσεων αντιθυρεοειδικών φαρμάκων.

Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα μπορεί να εμφανίσουν ελαφρές ή βαριές παρενέργειες. Οι ελαφριές παρενέργειες οφείλονται σε αντιδράσεις υπερευαισθησίας, όπως εξανθήματα, κνησμός,

δερματίτιδες. Σπάνια παρατηρείται πυρετός, γαστρεντερικές διαταραχές. Οι σοβαρές παρενέργειες είναι η απλαστική αναιμία και η ακοικιοκυτταραιμία, σπάνια εμφανίζονται τις πρώτες εβδομάδες από τη λήψη του φαρμάκου.

Ως αντιθυροειδικά φάρμακα χορηγούνται:

α) Η προπυλθειουρακίλη και β) η καρβιμαζόλη (NEO-MERCAL)

3. Φάρμακα ανταγωνιζόμενα τη δράση των θυροειδικών ορμονών

Ουσίες οι οποίες ελαττώνουν την περιεκτικότητα των ιστών σε κατεχολαμίνες ή αναστέλλουν την δράση της νοραδρεναλίνης με την επίδρασή τους στους β-υποδοχείς, όπως η προπρανολόλη χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του που οφείλονται σε αδρενεργική δράση.

Η προπρανολόλη χορηγείται προεγχειρητικά για την ετοιμασία του ασθενούς γιατί επιφέρει ταχέως (εντός 1-2 ημέρες) βελτίωση στην κατάσταση του ασθενούς, ελαττώνουν τις σφύξεις, τις εφιδρώσεις, και τον τρόμο επιτρέποντας την εγχείρηση. Πολύτιμη είναι η προπρανολόλη για την αντιμετώπιση της θυροειδοτοξικής κρίσεως επειδή επιδρά στην ταχυκαρδία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόσθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του 1880 και 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:

- Υποτροπή υπερθυρεοειδισμού μετά από θεραπεία με αντιθυρεοειδικά φάρμακα για 18 μήνες, σε άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών.
- Μεγάλη βρογχοκήλη που προκαλεί φαινόμενα πύεσως και δεν υποχωρεί με αντιθυρεοειδική θεραπεία.
- Νέοι άρρωστοι, που δεν ανέχονται τα θυρεοειδικά φάρμακα.
- Άρνηση ή αδυναμία του αρρώστου να υποβληθεί σε συντηρητική αγωγή.
- Ενδεχόμενο καρκίνωμα θυρεοειδούς.
- Διαμονή του ασθενούς σε απομακρυσμένη περιοχή όπου η παρακολούθησή του είναι δυσχερής ή αδύνατη.

Τα πλεονεκτήματα της χειρουργικής θεραπείας είναι:

α) Η ταχεία απαλλαγή του ασθενούς από τον υπερθυρεοειδισμό.

β) Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με την φαρμακευτική αγωγή.

γ) Το αισθητικό αποτέλεσμα σε μεγάλη βρογχοκήλη λόγω εξαφανίσεως της διογκώσεως του λαιμού.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι:

α) Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (αιμορραγία, θυρεοειδο-

τοξική κρίση, πτώση λαρυγγικού νεύρου, οι οποίες όσο σπάνιες και αν είναι δεν παύουν να είναι σοβαρές.

β) Οι μετεγχειρητικές υποθυρεοειδισμός ο οποίος δεν είναι σπάνιος.

γ) Το αντιαισθητικό αποτέλεσμα της παραμονής της ουλής.

Η αποτελεσματικότητα της χειρουργικής θεραπείας του υπερθυρεοειδισμού εξαρτάται από την καλή προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς και την εμπειρία του χειρουργού.

Προετοιμασία για την εγχείρηση

Η προετοιμασία αποσκοπεί στην μείωση των συμπτωμάτων της νόσου με την χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι προετοιμασίας.

1. Η παραδοσιακή μέθοδος κατά την οποία χορηγείται καρβιταζόλη μέχρι να καταστεί ο ασθενής ευθυρεοειδικός. Στην συνέχεια το αντιθυρεοειδικό φάρμακο διακόπτεται και χορηγείται ιωδιούχο κάλιο από το στόμα για δύο εβδομάδες μέχρι να εκτελεστεί η επέμβαση. Το ιώδιο ελαττώνει το μέγεθος του αδένα.

2. Προπρανολόλη 80 MG ανά 6ωρο ή 8ωρο. Όταν ο ασθενής απαλλαγεί από τα συμπτώματα και ενώ η προπρανολόλη συνεχίζεται προστίθεται ιωδιούχο κάλιο από το στόμα για 10 ημέρες οπότε γίνεται η επέμβαση. Η προπρανολόλη συνεχίζεται χορηγούμενη την ημέρα της εγχειρήσεως και τις 5 πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ενώ το ιώδιο διακόπτεται μετά την εγχείρηση.

3. Προπρανολόλη μόνο. Από της παραπάνω μεθόδους προετοιμασίας οι περισσότεροι προτιμούν την δεύτερη μέθοδο. ||

Η θνητότητα μετά την εγχείρηση είναι ελάχιστη (0,1%).

Υποθυρεοειδισμός εμφανίζεται σε ποσοστό κυμαινόμενο 2-3%, μικρότερο από το ποσοστό του υποθυρεοειδισμού με τη χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου. Υποτροπή του υπερθυρεοειδισμού συμβαίνει σε ποσοστό 5-10% των περιπτώσεων.

ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟ ΙΩΔΙΟ

Τρίτη μορφή θεραπείας είναι η χρήση του ραδιενεργού ιωδίου (I^{131}) με την οποία περιορίζεται ή διακόπτεται η παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών από τις μόνιμες ανατομικές αλλοιώσεις που δημιουργεί το I^{131} στον θυρεοειδή.

Το I^{131} αποτελεί θεραπεία εκλογής για άτομα ηλικίας πάνω από 40 χρονών, αν και υπάρχουν απόψεις που υποστηρίζουν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, επειδή πιστεύεται πως δεν υπάρχει φόβος γενετικής βλάβης στους απογόνους αυτών που λαμβάνουν το φάρμακο ούτε και ενδεχόμενο παρουσίας καρκινώματος ή λευχαιμίας.

Επικρατέστερη είναι η άποψη ότι, όταν πρόκειται για άρρωστο ηλικίας κάτω των 40 ετών στον οποίο απαιτείται η εφαρμογή θεραπείας για μείωση του θυρεοειδικού ιστού, να συνίσταται η εκλογή θυρεοειδεκτομής.

Το ραδιενεργό ιώδιο είναι απλή, αποτελεσματική και οικονομική μέθοδος θεραπείας του υπερθυρεοειδισμού. Το κυριότερο πλεονέκτημα είναι ότι μπορεί να έχει τα ίδια αποτελέσματα με την εγχείρηση, δηλαδή μείωση του θυρεοειδικού ιστού, κυρίως όμως την αποφυγή της ταλαιπωρίας της εγχείρησης.

Η εκλογή της θεραπείας στηρίζεται στους πιο κάτω παράγοντες:

- α) ηλικία του αρρώστου
- β) το μέγεθος του αδένα
- γ) ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας.

1. Δοσολογία: Το ραδιενεργό ιώδιο (I^{131}) περιορίζει την έκκριση της θυραξίνης καταστρέφοντας το θυροειδικό ιστό. Η κυριότερη μακροπρόθεσμη παρενέργειά του είναι ο υποθυρεοειδισμός που παρατηρείται σε ποσοστό 5-25% των αρρώστων μέσα στον πρώτο χρόνο και σε ποσοστό 3% περίπου κάθε χρόνο στη συνέχεια.

Οι δοσολογίες του ραδιενεργού ιωδίου για τη θεραπευτική αγωγή της νόσου του GRAVES κυμαίνονται από 40 έως 200 μ GI ανά γραμμάριο βάρους του αδένα. Πολλά κέντρα χρησιμοποιούν σταθερή δόση 80-160 μ GI/GR. Οι υψηλότερες δόσεις συνοδεύονται από περισσότερες πιθανότητες ίασης αλλά και συχνότερη εγνατάσταση υποθυρεοειδισμού.

Οι μικρότερες δόσεις προκαλούν σπανιότερα υποθυρεοειδισμό αλλά συνοδεύονται από μεγαλύτερη συχνότητα αποτυχίας της θεραπευτικής αγωγής, οπότε απαιτείται επανάληψη της με χρησιμοποίηση ραδιενεργού ιωδίου ή φαρμάκων ή και των δύο. Η εμφάνιση υποθυρεοειδισμού δύο ή και περισσότερα χρόνια μετά τη θεραπευτική αγωγή με ραδιενεργό ιώδιο είναι δυνατό να μην εξαρτάται από την δόση.

Οι πολυοζώδεις τοξικές βρογχοκήλες και οι τοξικού όξοι απαιτούν συνήθως μεγαλύτερες συνολικές δόσεις ραδιενεργού ιωδίου συχνά μέχρι 20-50 MG I.

2. Θεραπευτικά προβλήματα κατά τη χρησιμοποίηση του ραδιενεργού ιωδίου.

- α) Ακτινική θυροειδίτιδα: 1-2 εβδομάδες μετά την χορήγη-

ση του ραδιενεργού ιωδίου παρατηρείται παροδική έξαρση του υπερθυρεοειδισμού που οφείλεται σε απελευθέρωση ορμόνης στην κυκλοφορία από τα θυλάκια που καταστρέφονται. Η έξαρση σπάνια δημιουργεί σημαντικό κλινικό πρόβλημα, αλλά μπορεί να είναι επικίνδυνη σε αρρώστους με καρδιακά ή άλλα σοβαρά νοσήματα. Όσο μεγαλύτερη είναι η μάζα του θυρεοειδικού ιστού που υπερλειτουργεί τόσο μεγαλύτερη είναι και η ποσότητα του αποθέματος ορμόνης που είναι ενδεχόμενο ν' απελευθερωθεί στην κυκλοφορία. Για να προληφθεί ο υπερθυρεοειδισμός της ακτινικής θυρεοειδίτιδας πρέπει να εξαντληθούν τα αποθέματα ορμόνης πριν από την θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο. Για τον σκοπό αυτό προηγείται η χορήγηση προπυλουθίου ρακίλης (PTU) ή μεθιμαζόλης, ώσπου ο άρρωστος να γίνει ευθυρεοειδικός. Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα διακόπτονται 3 ημέρες πριν από την χορήγηση I^{131} και μπορούν να ξαναχορηγηθούν 2-3 ημέρες μετά απ' αυτή. Όταν έχει ήδη προκληθεί η ακτινική θυρεοειδίτιδα τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα δεν ωφελούν και οι περιφερικές εκδηλώσεις που οφείλονται στην περίσσεια ορμόνης θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με προπρανολόλη η οποία είναι αναστολέας των β-αδρενεργικών υποδοχέων, βελτιώνει ή εξαφανίζει τον τρόμο, την ταχυκαρδία, την νευρικότητα και άλλα συμπτώματα.

β) Καθυστέρηση ανταπόκρισης: Τα αποτελέσματα της δράσης του ραδιενεργού ιωδίου αρνούν να εμφανισθούν και για να φτάσουν στην μεγαλύτερη έκτασή τους πολλές φορές απαιτούνται 2-3 μήνες και μερικές φορές μέχρι και 6 μήνες. Ο βαρύς υπερθυρεοειδισμός ή οι επιπλοκές όπως η συμφοριτική καρδιακή ανεπάρκεια, πρέπει να τίθενται γρήγορα υπό έλεγχο με αντιθυρεοειδικά φάρμακα και να χορηγείται προπρανολόλη για την επίτευξη ευθυρεοειδισμού. Αν δεν παρατηρηθεί ανταπόκριση μετά από διά-

στημα 6 μηνών, θα πρέπει να επανεκτιμηθεί η περίπτωση και να επαναληφθεί η θεραπευτική αγωγή με ραδιενεργό ιώδιο.

γ) Ιωδιούχα φάρμακα δεν πρέπει να δίνονται πριν από την χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου, γιατί θα αυξήσουν την συγκέντρωση των ανόργανων ιωδιούχων αλάτων στο πλάσμα και έτσι θα προκληθεί ελάττωση του ποσού του ραδιενεργού ιωδίου που θα προσληφθεί από τον θυροειδή.

δ) Σε αρρώστους που παίρνουν αντιπηκτικά είναι δυνατό, να παρατηρηθεί ενδοθυροειδική αιμορραγία. Το επίπεδο της προθρομβίνης πρέπει να είναι πάνω από 20% πριν από την θεραπευτική αγωγή.

ε) Για να αποφεύγεται η χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου κατά τη διάρκεια της κύησης μερικοί συγγραφείς συνιστούν την εκτέλεση της αγωγής μόνο κατά το χρονικό διάστημα της εμμηνορροϊκής περιόδου.

3/ Επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής.

Η παρακολούθηση των αρρώστων που έχουν υποβληθεί σε αγωγή με ραδιενεργό ιώδιο έχει μεγάλη σημασία για όλη την διάρκεια της ζωής τους.

Ο υποθυροειδισμός πρέπει να διαπιστώνεται και να αντιμετωπίζεται. Ου επίσκεψης του αρρώστου στο γιατρό πρέπει να είναι συχνές στη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά την θεραπευτική αγωγή.

Μετά από χορήγηση θεραπευτικής δόσης ραδιενεργού ιωδίου είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αύξηση της TSH με φυσιολογική ή ελαφρά ελαττωμένη T_4 σε αρρώστους που κλινικά είναι ευθυροειδικοί. Δεν είναι σαφές, αν και κατά πόσο αυτοί οι άρρω-

έχουν ανάγκη από συμπληρωματική αγωγή με θυροξίνη. Δεν είναι ωστόσο σκόπιμη η προφυλακτική χορήγηση θυροξίνης μετά από αντιμετώπιση της θυρεοτοξίκωσης με ραδιενεργό ιώδιο ή με χειρουργική επέμβαση γιατί μπορεί να έχει βλαπτικές παρενέργειες σε περιπτώσεις εμμονής ή υποτροπής του υπερθυρεοειδισμού. Τέλος, μετά από χορήγηση μεγάλων δόσεων ραδιενεργού ιωδίου, έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις υποπα-
ραθυρεοειδισμού.

ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ο βαρύς υπερθυρεοειδισμός τίθεται υπό έλεγχο με φάρμακα πριν από την εφαρμογή θεραπευτικής αγωγής με το ραδιενεργό ιώδιο ή με χειρουργική επέμβαση.

Ο ελαφρός υπερθυρεοειδισμός μπορεί να θεραπευθεί με ραδιενεργό ιώδιο χωρίς άλλη πρόσθετη αγωγή σε άτομα άνω των 30 ετών, ακόμα και σε παιδιά γιατί η έρευνα απέδειξε ότι ο φόβος να προκληθεί καρκίνος θυρεοειδούς, λευχαιμία ή γενετική βλάβη στους απογόνους είναι τελείως αβάσιμη γιατί η ποσότητα της ακτινοβολίας που διέρχεται στις ωοθήκες και στους όρχεις είναι μικρότερη από την ακτινοβολία που παρέχεται στα όργανα από της συνηθισμένες ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις.

Η χειρουργική θεραπεία φέρει άριστα αποτελέσματα αφού ο υποθυρεοειδισμός εμφανίζεται σ'ένα ποσοστό 2-3% κάθε έτος, μικρότερο από το ποσοστό του υποθυρεοειδισμού μετά από θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο.

Ένα ποσοστό 5-10 εμφανίζει άμεσο μετεγχειρητικό υποθυρεοειδισμό ενώ υποτροπή υπερθυρεοειδισμού μετά από χειρουργική επέμβαση εμφανίζεται σε ποσοστό 5-10%.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΝΕΟΓΝΙΚΟΣ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ο υπερθυρεοειδισμός στα νεογνά παρατηρείται όταν οι μητέρες αυτών πάσχουν από μη θεραπευμένο ή πρόσφατα θεραπευμένο υπερθυρεοειδισμό.

Η νόσος είναι σπάνια, ο αριθμός των περιπτώσεων ανέρχεται σε 4% μόνο, η θνησιμότητα όμως είναι μεγάλη 18%.

Ο υπερθυρεοειδισμός εκδηλώνεται κατά τη γέννηση ή εντός μίας εβδομάδας, χαρακτηρίζεται από μικρή βρογχοκήλη, υπερκινητικότητα, ανησυχία του νεογνού, συνεχές κλάμα, τρόμο, ταχυκαρδία, επιδρώσεις και αδυναμία αύξησης του βάρους.

Στα νεογνά που επιζούν, τα συμπτώματα εμφανίζονται αυτόματα μέσα σε τρεις μήνες, εκτός του εξόφθαλμου, ο οποίος εμφανίζεται μέσα σ'ένα έτος.

Για την εμφάνιση του νεογνικού υπερθυρεοειδισμού ενοχοποιήθηκε ο IATS της μητέρας, γιατί βρέθηκε αυξημένος στα νεογνά και στη μητέρα και η πτώση αυτού στο αίμα των νεογνών συνέπιπτε με την κλινική βελτίωση της νόσου.

Σαν αυτό αληθεύει θα πρέπει να αναφέρουμε και τις συχνές περιπτώσεις κατά τις οποίες η νόσος εκδηλώνεται σε ελαφρά μορφή και η διάγνωσή της διαφεύγει.

Η θεραπεία του νεογνικού υπερθυρεοειδισμού συνίσταται στη χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων.

ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Η εμφάνιση υπερθυρεοειδισμού κατά την παιδική ηλικία δημιουργεί διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα λόγω της μη κλασσικής κλινικής εικόνας που εκδηλώνεται η νόσος και των δυσχερειών της θεραπείας.

Ο παιδικός υπερθυρεοειδισμός δεν είναι σπάνιος. Υπολογίζεται ότι έχουν δημοσιευθεί πάνω από 1.000 περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είναι ηλικίας 10 και 16 ετών. Η αναλογία κοριτσιών προς αγοριών είναι: 6 κορίτσια προς 1 αγόρι.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία του υπερθυρεοειδισμού στα παιδιά παραμένει όπως και στους ενήλικες άγνωστη. Δύο παράγοντες βρίσκονται συχνότερα κατά την παιδική ηλικία: α) η ύπαρξη ανωμαλίας του θυρεοειδή στους γονείς και β) οι συγκλησιακές διαταραχές, λόγω οικογενειακών ποστριβών κ.α..

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται: α) από τα κλασσικά συμπτώματα όπως τρόμος, ταχυκαρδία, βρογχοκήλη, β) υπερέρχουν οι νευροψυχικές εκδηλώσεις, γ) επιπτώσεις από την αύξηση του σώματος.

Από τα κλασσικά συμπτώματα ο εξόφθαλμος υπάρχει συνήθως, με απλή σύσπαση του άνω βλεφάρου. Η βρογχοκήλη είναι μικρή ομοιογενής και διάχυτη. Η ταχυκαρδία εκδηλώνεται υπερβαίνοντας τις 120 σφύξεις το λεπτό. Αυξάνει σημαντικά κατά τις συγκινήσεις και γι' αυτό το λόγο πρέπει να ελέγχεται.

Το σωματικό βάρος είναι ελαττωμένο και συνοδεύεται το μισό των περιπτώσεων από αυξημένη όρεξη. Παρατηρείται υπερκινητικότητα που συνοδεύεται από διαταραχή του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς που τις περισσότερες φορές οδηγούν τους γονείς στο γιατρό. Ξυσηγκινησία, αυξημένη ευερεθιστότητα, νευρωτικές εκδηλώσεις, εύκολοι θυμοί και γενικώς αδυναμία συγκέντρωσης δημιουργούν προβλήματα στην οικογένεια και το σχολείο. Η θερμοφοβία και η μυϊκή αδυναμία παρατηρούνται σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων.

Χαρακτηριστικό στον υπερθυρεοειδισμό των παιδιών είναι η επιτάχυνση της σωματικής αύξησης, η οποία παρατηρείται σε σημαντικό αριθμό ασθενών. Ταυτόχρονα παρατηρείται και ταχύτερη ωρίμανση του σκελετού, με αποτέλεσμα η οστική ηλικία να είναι μεγαλύτερη της χρονολογικής.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα εργαστηριακά ευρήματα είναι τα ίδια με των ενηλίκων και επιτρέπουν την διάγνωση της νόσου.

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από την απλή βρογχοκήλη και τις νευρωτικές εκδηλώσεις που παρουσιάζουν τα παιδιά που νοσούν.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού στα παιδιά γίνεται με τη χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων και με χειρουργική επέμβαση.

Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα χρησιμοποιούνται και στους ενήλικες λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία και το βάρος του ασθενούς.

νή.

Η θεραπεία συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται όταν αποτύχει η φαρμακευτική ή όταν οι συνθήκες δεν επιτρέπουν την μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα. Σπάνια είναι η χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου στα παιδιά.

ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ο υπερθυρεοειδισμός στα άτομα άνω των 60 ετών δεν είναι σπάνιος, παραμένει αδιάγνωστος για τρεις λόγους:

- α) γιατί αγνοείται η ύπαρξή του
- β) γιατί τα δύο χαρακτηριστικά της νόσου ο εξόφθαλμος ή η βρογχοκήλη απουσιάζουν στα 2/3 των περιπτώσεων.
- γ) γιατί οι εκδηλώσεις του υπερθυρεοειδισμού αποδίδονται σε άλλες παθήσεις.

Η συχνότητα ανέρχεται σε 10% του συνόλου των περιπτώσεων και 20% των ασθενών είναι άνω των 40 ετών. Η σχέση γυναικών-ανδρών είναι: 4 προς 1.

Εμπύρετα νοσήματα, όπως η γρίπη, αποτελούν την αρχή για την εγκατάσταση του υπερθυρεοειδισμού. Ο εξόφθαλμος υπάρχει σε 50-64% των ασθενών, η βρογχοκήλη βρίσκεται στο 2/3 των ασθενών. Η ταχυκαρδία συνοδεύεται από έκτακτες συστολές, αρρυθμία, καρδιακή ανεπάρκεια κ.α.. Η απώλεια βάρους είναι χαρακτηριστική και έντονη στους ηλικιωμένους υπερθυρεοειδικούς. Η απότομη απώλεια βάρους, οι έκτακτες συστολές, ή η καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να διερευνηθεί στους υπερήλικες για ενδεχόμενο υπερθυρεοειδισμό.

Θεραπευτικά χορηγείται το ραδιενεργό ιώδιο που επιφέρει ίαση της νόσου και βελτιώνει την κλινική εικόνα. Ιδιαίτερα ευνοϊκό είναι το θεραπευτικό αποτέλεσμα στην λειτουργία της καρδιάς γιατί σε ποσοστό πάνω του 50% των περιπτώσεων, η πλήρης αρρυθμία και η καρδιακή ανεπάρκεια εγκαθίστανται.

ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Οι περισσότερες περιπτώσεις θυρεοτοξίκωσης που παρατηρούνται στη διάρκεια της κύησης οφείλονται στη νόσο του GRAVES και πρέπει να αντιμετωπίζονται πάνω με αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

Ένδειξη χειρουργικής θεραπείας σπάνια υπάρχει σ' αυτές τις περιπτώσεις και ραδιενεργό ιώδιο δεν πρέπει να χορηγείται ποτέ.

Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα πρέπει να χορηγούνται στην ελάχιστη δοσολογία που απαιτείται για την αποκατάσταση του ευθυρεοειδισμού, διότι παίρνουν ελεύθερα από τον πλακούντα και σε μεγάλες δόσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν υποθυρεοειδισμό και βρογχοκήλη στο έμβryo.

Το φάρμακο εκλογής όταν υπάρχει ανάγκη χορήγησης θειοναμίδης σε έγκυο γυναίκα είναι η προπυλοθειουρακίλη, διότι μετά από χορήγηση μεθιμαζόλης έχουν περιγραφεί περιπτώσεις απλασίας του δέρματος του εμβρύου.

Θηλασμός κατά τη λήψη του φαρμάκου απαγορεύεται γιατί το φάρμακο εκκρίνεται στο γάλα και είναι δυνατόν να προκαλέσει υποθυρεοειδισμό στο νεογέννητο. Η κατάσταση του θυρεοειδή αδένος της μητέρας πρέπει να παρακολουθείται με προσδιορισμό της ελεύθερης T4 γιατί η ηθουγκέντρωση της ολικής T4 αυξάνει στη διάρκεια της κύησης επειδή τα οιστρογόνα προκαλούν αύξηση της TB6 του ορού. Το νεογνό της γυναίκας που πάσχει από νόσο GRAVES πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά, γιατί είναι δυνατό να παρουσιάσει φαινόμενα νεογνικής νόσου των GRAVES λόγω του παροδικού υπερθυρεοειδισμού που μπορεί να προκαλέ-

σει η παθητική μεταφορά TSI από τη μητέρα στο έμβρυο. Η ύπαρξη τέτοιου κινδύνου μπορεί να προβλεφθεί με προσδιορισμό της TSI στο αίμα του οφθαλμίου λώρου.

ΟΞΩΔΗΣ ΤΟΞΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ

Διακρίνουμε δύο μορφές: 1) την τοξική πολυοζώδη βρογχοκήλη, 2) το μονήρες τοξικό αδένωμα.

1. Τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη: Είναι συνηθέστερη σε ηλικιωμένα άτομα και μάλιστα σε γυναίκες άνω των 60 ετών με ιστορικό απλής οζώδους βρογχοκήλης.

Αρχικά η βρογχοκήλη εξαρτάται από την TSH, με την πάροδο όμως του χρόνου αναπτύσσονται αυτόνομες περιοχές θυρεοειδικού ιστού που δεν εξαρτώνται από τον φυσιολογικό ομοιοστατικό μηχανισμό ελέγχου, ενώ άλλες περιοχές του θυρεοειδή παρουσιάζουν μειωμένη δραστηριότητα.

Οι αυτόνομοι λειτουργικοί όζοι είναι δυνατόν επί χρόνια να παράγουν ορμόνες, όχι όμως σε υπερθυρεοειδικά επίπεδα και επομένως δεν δημιουργούν κλινικά προβλήματα.

Ορμημένοι αυτόνομοι λειτουργικοί όζοι παράγουν περίσσεια ορμονών με αποτέλεσμα να αναπτύξουν υπερθυρεοειδισμό.

Κλινική εικόνα, οι συνηθισμένες εκδηλώσεις υπερθυρεοειδισμού απουσιάζουν ή είναι ελαφρές, προέχουν όμως οι καρδιαγγειακές εκδηλώσεις όπως κολπική μαρμαρυγή, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, απώλεια βάρους και μυϊκή αδυναμία.

Διηθητική οφθαλμοπάθεια ή δερματοπάθεια απουσιάζουν.

Εργαστηριακός έλεγχος. Ο προσδιορισμός των θυρεοειδικών ορμονών δίνει αυξημένες τιμές. Ακτινογραφία θώρακος πρέπει να εκτελείται για τον αποκλεισμό ή τη διάγνωση οπισθοστερνικής βρογχοκήλης. Το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδή δείχνει περιοχές αυξημένης πρόσληψης με γειτονικές περιοχές ελαττωμένης πρόσληψης.

θεραπεία. Οι περισσότεροι, ως θεραπεία εκλογής θεωρούν την ολική θυρεοειδεκτομή. Άλλοι προτιμούν το ραδιενεργό ιώδιο, οι δόσεις σ' αυτή την περίπτωση είναι μεγάλες 30-50 MGΙΟ

Επειδή πολλά άτομα είναι ηλικιωμένα και η γενική αλλά κυρίως η καρδιαγγειακή κατάσταση δεν επιτρέπει την εγχείρηση καταφεύγουμε στην θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο. Τα αντι-θυρεοειδικά φάρμακα σπάνια κατέχουν θέση.

MEPOEB

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΕΙΣΟΔΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο αποτελεί μέρος μόνο της εμπειρίας της ασθένειάς του. Δεν αντιπροσωπεύει ούτε το τέλος ούτε την αρχή της. Η αλήθεια αυτή είναι σημαντική και πρέπει να τη σκέπτεται πάντα η Νοσηλεύτρια.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι πρώτες εντυπώσεις του αρρώστου από το νοσοκομείο και το προσωπικό επηρεάζουν αποφασιστικά την αντίδραση και την προσαρμογή του.

Η διαδικασία της εισαγωγής, οι τύποι των ερωτήσεων που απευθύνονται στον άρρωστο όταν έρχεται στο νοσοκομείο, του προκαλούν ισχυρές εντυπώσεις κατά πόσο γίνεται δεκτός σαν ανθρώπινη ήπαρξη ή σαν απλός φορέας μιάς αρρώστιας για θεραπεία. Και αυτές οι εντυπώσεις διατηρούνται στη μνήμη του αρρώστου για ολόκληρα ίσως χρόνια.

Ακόμα, επειδή ο άρρωστος από έλλειψη στοιχειωδών γνώσεων, δεν μπορεί να κρίνει την βαρύτητα της καταστάσεώς του συχνά ανησυχεί για ασήμαντα πράγματα.

Λόγω της εμφάνισης της νόσου αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά, επαγγελματικά, κοινωνικά, σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας κ.α..

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο διακόπτει τον κανονικό ρυθμό και τον τρόπο ζωής. Αποχωρίζεται την οικογένειά του, την εργασία του αν εργάζεται και τις ατομικές συνήθειες και μπαίνει σ'ένα ξένο και άγνωστο περιβάλλον.

Η επίγνωση λοιπόν, ότι η είσοδος του ασθενούς στο νοσοκομείο, αποτελεί μόνο ένα μέρος του προβλήματος της ασθένειάς του θα κατευθύνει κατάλληλα τις ενέργειες και τη συμπεριφορά της νοσηλεύτριας.

Ανεξάρτητα λοιπόν από τον τρόπο εισαγωγής του στο νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια και κάθε υπάλληλος πρέπει να κατανοήσει ότι ο άρρωστος είναι άνθρωπος, άνθρωπος που πάσχει και γι' αυτό η συμπεριφορά όλων πρέπει να είναι ενδεδειγμένη. Η διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο είναι η εξής:

Ο ασθενής μπορεί να εισαχθεί ως έκτακτο περιστατικό στο παθολογικό εξωτερικό ιατρείο του Νοσοκομείου λόγω εμφάνισης της <<θυρεοτοξικής κρίσης>> ή όταν ο υπερθυρεοειδισμός προκαλέσει αποσυμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή άλλες απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις.

Ακόμα μπορεί να εισαχθεί αρκετές ημέρες πριν χειρουργηθεί, κατόπιν προγραμματισμού από τον γιατρό του ενδοκρινολογικού ιατρείου του Νοσοκομείου για εγχείρηση, στο χειρουργικό τμήμα του Νοσοκομείου.

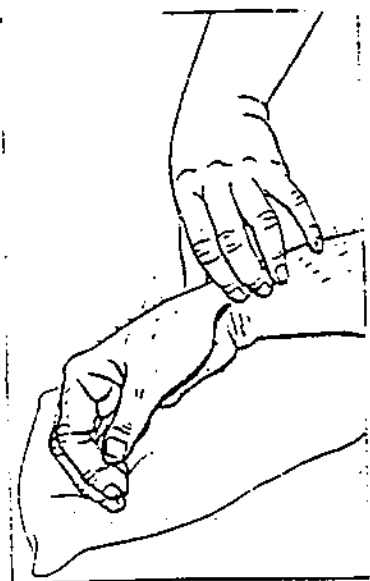
Ο ιατρός κρίνει αν έχει ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης και δίνει ένδειξη εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Ο ασθενής οδηγείται στη χειρουργική κλινική και παραδίδει στην προϊσταμένη ή στην υπεύθυνη νοσηλεύτρια-ή το εισητήριο.

Πριν την μεταφορά του ασθενούς στο τμήμα η προϊσταμένη των εξωτερικών ιατρείων πληροφορεί την προϊσταμένη αδελφή της νοσηλευτικής μονάδας για τον νέο ασθενή και την κατάστασή του.

Η αδελφή του τμήματος, μόλις ειδοποιηθεί ότι έρχεται

νέος άρρωστος ετοιμάζει το κρεβάτι του και τον περιμένει. Όταν φθάσει ο ασθενής η Νοσηλεύτρια τον υποδέχεται με ευγένεια και αξιοπρεπή συμπεριφορά, τον καλωσορίζει και τον οδηγεί η ίδια μέχρι το κρεβάτι του. Δείχνει στον άρρωστο το λουτρό, του συστήνει να κάνει μπάνιο και να φορέσει την πυτζάμα του. Επίσης του δείχνει τη ντουλάπα όπου μπορεί να τοποθετήσει τα πράγματά του και λύνει τυχόν απορίες του. Στην συνέχεια ειδοποιεί το γιατρό της κλινικής ότι έφθασε ο νέος ασθενής.



Αδελφ. συγγνώμη.

Η αδελφή παίρνει το νοσηλευτικό ιστορικό, τα ζωτικά σημεία του άρρώστου και ετοιμάζει τον ατομικό του φάκελλο με το θερμομετρικό διάγραμμα, το νοσηλευτικό δελτίο κ.λπ..

Στην συνέχεια δίνει στον ασθενή τις παρακάτω απαραίτητες και κατατοπιστικές πληροφορίες και εξηγήσεις:

1. Τρόπος για την πρόσκληση της αδελφής.
2. Τις ώρες επισκεπτηρίου.
3. Επεξήγηση του προγράμματος του νοσοκομείου.

Πέρα από αυτά παρατηρεί καλά την κατάσταση του δέρματος του ασθενούς μήπως παρουσιάζει κατακλίσεις, εξάνθημα ή άλλες ανωμαλίες καθώς και τη διανοητική κατάσταση του αρρώστου.

Εξασφαλίζει με κάθε μέσο άνεση και ασφάλεια για τον ασθενή.

Δίνει υγρά ή γεύμα ανάλογα με την ιατρική οδηγία.

Η Νοσηλεύτρια με την παρατήρηση και την επικοινωνία επισημαίνει και παρακολουθεί τα συμπτώματα και τις εκδηλώσεις του αρρώστου και τα αναφέρει στο Γιατρό και την προϊσταμένη.

Όλες οι κινήσεις θα πρέπει να είναι ακριβείς, πειστικές και να δημιουργούν ατμόσφαιρα ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

Βεβαιώνει τον άρρωστο ότι είναι στη διάθεσή του για να τον βοηθάει να τον ανακουφίζει και να τον παρακολουθεί. Προσφέρει τις υπηρεσίες της με αγάπη, σοβαρή, συνετή, συνειδητή που έχει θεραπευτική και ζωογόνο επίδραση στον άρρωστο.

Η Νοσηλεύτρια με προθυμία και ευγένεια εξηγεί τους κανονισμούς του νοσοκομείου στους συγγενείς σχετικά με τις ώρες επισκέψεων, τι είδους πράγματα μπορούν να φέρουν στον άρρωστο, πότε θα συναντούν το γιατρό για πληροφορίες κ.αλ. Επύσης απαντά πρόθυμα στις ερωτήσεις τους χωρίς να δίνει πληροφορίες για την πορεία και την πρόγνωση της ασθένειας καθώς επίσης και τυχόν επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν μετεγχειρητικά διότι αυτό αποτελεί ευθύνη του γιατρού. Έχει πάντα στο νου, ότι οι συγγενείς του αρρώστου αντιπροσωπεύουν την κοινωνία και επομένως η καλή συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού προς αυτούς είναι η καλύτερη προβολή της νοσηλευτικής στην κοινωνία.

Είναι σημαντικό από την πλευρά της νοσηλεύτριας να παρατηρεί τις δυσκολίες και τις αντιδράσεις που εκδηλώνει ο ασθενής με την είσοδό του στο νοσοκομείο. Η εμφάνιση νευρικής, μελαγχολίας, θλίψης και απογοήτευσης δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητα από τη νοσηλεύτρια αλλά να αντιλαμβάνεται και να ενημερώνει την προϊσταμένη και να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για να τονώσει το ηθικό του αρρώστου.

Ακούει με κατανόηση τους φόβους και τις ανησυχίες του, προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση, εμπνέει εμπιστοσύνη.

Η Νοσηλεύτρια όταν έρθει ο γιατρός συστήνει το νέο εισαχθέντα ασθενή στον γιατρό και αντίστροφα βοηθάει κατά την ιατρική εξέταση.

ΡΟΛΟΣΦΟΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Παρά τη μεγάλη πρόοδο στη βελτίωση της υγείας και την πρόληψη των νοσημάτων, οι άνθρωποι συχνά ασθενούν και γι' αυτό η διάγνωση, η νοσηλεία και η θεραπεία τους παραμένουν σαν ουσιαστικές ευθύνες των εκπροσώπων των επαγγελματιών υγείας.

Διάγνωση είναι η αναγνώριση της ασθένειας με τη διερεύνηση των επιδράσεων και των εκδηλώσεών της, δηλαδή των σημείων και συμπτωμάτων.

Η διάγνωση περιλαμβάνει:

α) Τη συλλογή των πληροφοριών για το νόσημα με την λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση, τις εργαστηριακές, ακτινολογικές και άλλες εξετάσεις και την παρατήρηση της πορείας της ασθένειας.

β) Την ανάλυση των πληροφοριών για το νόσημα με την κριτική μελέτη των δεδομένων, την εντόπιση των κυρίων χαρακτηριστικών και την κατάληξη στην τελική διάγνωση με αναθεώρηση όλων των ενδεικτικών στοιχείων, θετικών και αρνητικών.

Αν και η λήψη και η γραπτή περιγραφή του ιστορικού του αρρώστου αποτελεί ιατρική πράξη, εν τούτοις η Νοσηλεύτρια συχνά εξασφαλίζει από τον άρρωστο και την οικογένειά του πολύτιμες πληροφορίες για την αρρώστεια και τις αναφέρει στον γιατρό.

Για τη λήψη σωστού ιστορικού είναι απαραίτητη η καλή συνεργασία του ασθενούς με το γιατρό και τη Νοσηλεύτρια.

Η πρώτη ερώτηση του γιατρού ή της Νοσηλεύτριας συνήθως είναι «τι προβλήματα έχετε;» ή «τι σας έφερε εδώ;» έτσι ώστε με την απάντηση που θα δοθεί να οδηγήσει απ' την αρχή

στο συμπέρασμα, αλλά και να δώσει στον ασθενή την αφορμή να εκθέσει το πρόβλημά του.

Οι πληροφορίες που μας ενδιαφέρουν από το ιστορικό του ασθενούς είναι οι παρακάτω:

Ηλικία, επάγγελμα, κληρονομικό ιστορικό, ατομικό ιστορικό, βλαβερές συνήθειες, παρούσα κατάσταση κ.τ.λ..

Εκτός του ιστορικού ασθένειας, άλλη σπουδαία πτυχή της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η κλινική εξέταση του αρρώστου από το γιατρό, στην οποία συμμετέχει ενεργητικά η Νοσηλεύτρια σαν συνεργάτης και σαν υπεύθυνη Νοσηλεύτρια του αρρώστου.

Ο ασθενής στη διάρκεια της Ιατρικής εξέτασης κατέχεται συνήθως από αισθήματα φόβου και ντροπής. Φόβο για το άγνωστο των ευρημάτων και τις συνέπειές τους και ντροπή για το είδος της εξέτασης.

Η σωστή ενημέρωση του ασθενούς από την Νοσηλεύτρια καθώς επίσης και η σωστή συμπαράσταση που προσφέρει μπορούν να μειώσουν ή να διαλύσουν αυτά τα συναισθήματα φόβου και ντροπής.

Βέβαια ο φάκελλος του αρρώστου είναι απαραίτητος για να γραφτούν οι Ιατρικές οδηγίες μετά την εξέταση.

1. Έλεγχος προσλήψεως Ραδιενεργού Ιωδίου (I^{131}):

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- * Μία εβδομάδα πριν τον έλεγχο αποφεύγοντας τροφές που περιέχουν ιώδιο.
- * Δεν γίνεται κανένας περιορισμός σε τροφή ή νερό τη μέρα της εξέτασεως.
- * Βεβαιώνουμε τον άρρωστο πως η δόση ραδιενεργού ιωδίου που χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό είναι πολύ μικρή και

σημειωμένη.

* Ρωτάμε τον άρρωστο αναφορικά με το αν στο παρελθόν έκανε ενέσεις για διαγνωστικό σκοπό.

Διαδικασία εξέτασης

- Ο άρρωστος λαμβάνει ανιχνευτική δόση I^{131} από το στόμα (20 MCI περίπου).

- Κρατάμε τα ούρα του αρρώστου για ένα 24ωρο από την λήψη του φαρμάκιου.

- Μετά 4, 24 και 48 ώρες τοποθετείται πάνω από το θυρεοειδή αδένα ο απεριθμητής σπινθηρισμών για την μέτρηση της ακριβούς ποσότητας ραδιενέργειας που εκπέμπει από τον αδένα.

- Τα ούρα 24ώρου που συγκεντρώθηκαν στέλνονται στο εργαστήριο αφού προηγουμένως μπει σχετική ετικιέτα στο δοχείο.

2. Προσδιορισμός του πρωτεϊνικού ιωδίου

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης αυτής δε γίνεται προετοιμασία του αρρώστου και ούτε περιορισμός τροφής ή νερού.

- Χορηγούμε στον άρρωστο I^{131} από το στόμα.

- Μετά 48 ώρες από την χορήγηση του I^{131} παίρνουμε 5 κ. εκ. αίμα και μετράται το I^{131} που είναι πρωτεϊνικώς δεσμευμένο.

Φυσιολογικά ευρήματα 4-8%. Σε υπερθυρεοειδισμό η τιμή είναι πάνω από 9%.

3. Σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς αδένα

Το άτομο που υποβάλλεται στην εξέταση αυτή, ένα μήνα πριν απ'αυτή δεν πρέπει να έχει έλθει σε επαφή με ιώδιο. (Ο χρόνος εξαρτάται από την ποσότητα του Ιωδίου).

Διαδικασία εξέτασης

- Στον άρρωστο χορηγείται από το στόμα σε μορφή ιωδιούχου νατρίου I^{131} 100-200 MCI.

- Με τη βοήθεια απαριθμητού σπινθηρισμών που τοποθετείται στον πρόσθιο άξονα του τραχήλου λαμβάνεται το σπινθηρογράφημα.

4. Βασικός μεταβολισμός

Επειδή τα αποτελέσματα επηρεάζονται από πολλά εξωθυρεοειδικά αίτια, όπως ανησυχία, συγκίνηση, φάρμακα, κακή προετοιμασία και άλλα γύνεται η προετοιμασία του αρρώστου που περιλαμβάνει τα εξής:

-24 ώρες πριν από την εξέταση ο ασθενής δεν λαμβάνει λευκωματούχες τροφές.

-10 ώρες πριν την εξέταση δεν λαμβάνει τροφή.

-Την προηγούμενη της εξέτασης νύχτα βοηθείται να κοιμηθεί με ελαφρό υπνωτικό.

-Ο άρρωστος δεν καπνίζει την ημέρα της εξέτασης.

-Την ημέρα της εξέτασης και πριν απ'αυτή ο άρρωστος δεν υποβάλλεται σε μυϊκή κόπωση.

Διαδικασία εξέτασης

- Ο άρρωστος ενημερώνεται για τη διαδικασία.

- Μετράται η ποσότητα οξυγόνου που καταναλώνεται μέσα σε ορισμένο χρονικό διάστημα και κάτω από ορισμένες συνθήκες (όπως αναφέρονται στην προετοιμασία του αρρώστου).

- Ο άρρωστος οδηγείται στο εργαστήριο και αρχίζει η μέτρηση του ΒΜ αφού προηγουμένως συνδεθεί με το μηχάνημα που ελέγχει τον εισπνεόμενο και εκπνεόμενο αέρα και επομένως, την

κατανάλωση του οξυγόνου.

Φυσιολογικά + 10%, -10%. Σε υπερθυρεοειδισμό ουτιμές είναι πάνω από 30%.

5. Προσδιορισμός θυροξίνης του ορού (T₄)

-Προετοιμασία του αρρώστου.

-Δε γίνεται κανένας περιορισμός σε τροφή ή νερό.

-Ο άρρωστος ερωτάται σχετικά με φάρμακα που πρόσφατα έκανε χρήση.

Διαδικασία εξέτασης

-Λαμβάνεται δείγμα φλεβικού αίματος και στέλνεται στο εργαστήριο. Υψηλές τιμές θυροξίνης πάνω από 5-1 MCG/100 ML του ορού σε ενήλικα άτομα υπερθυρεοειδισμός.

6. Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Στον άρρωστο δεν γίνεται καμμία προετοιμασία για την εξέταση απλώς ενημερώνεται για τη διαδικασία.

Κατά την ώρα λήψης του Η.Κ.Γ. η νοσηλεύτρια απομακρύνει τους επισκέπτες και βοηθά τον ασθενή να πάρει την σωστή θέση.

Τέλος ενημερώνουμε τον άρρωστο για τα αποτελέσματα της εξέτασης, αυτό θα βοηθήσει, στην προσφορά καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή.

7. Ακτινογραφία θώρακος

Είναι απαραίτητη για την πλήρη έρευνα του θώρακα, επειδή η απλή κλινική εξέταση δεν αποκαλύπτει πάντα την ύπαρξη ενεργού πνευμονικής ή καρδιακής νόσου.

8. Γενική εξέταση αίματος.

9. Προσδιορισμός της ουρίας του αίματος.

10. Προσδιορισμός ομάδας αίματος και παράγοντα RH.

11. Προσδιορισμός του σακχάρου του αίματος.

12. Γενική εξέταση ούρων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

Προβλήματα από το καρδιαγγειακό σύστημα/Ρόλος της Νοσηλεύτριας

Ο ασθενής παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

-Αίσθημα παλμών-Ταχυκαρδία

Το κυκλοφοριακό σύστημα προσαρμόζεται στην αύξηση των καύσεων του οργανισμού με την αύξηση του όγκου παλμού, του όγκου του αίματος και μέτρια αύξηση των συστολικών πιέσεων. Η Νοσηλεύτρια τ'αντιμετωπίζει με: α)Ακριβής μέτρηση σφυγμών και ακριβής μέτρηση αρτηριακής πίεσεως του αίματος.

-Καρδιακή ανεπάρκεια

Ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα. Η αδυναμία της καρδιάς να ανταποκριθεί στις ανάγκες της περιφέρειας (αυξημένες καύσεις) καταλήγει σε καρδιακή κάμψη (ανεπάρκεια).

Για την αντιμετώπιση εφαρμόζουμε τα εξής μέτρα: α)Ακριβής και σε συχνά χρονικά διαστήματα μέτρηση αρτηριακής πίεσεως αίματος και σφυγμών.

β) Έγκαιρη ανίχνευση οιδημάτων.

γ) Περυορροσμός NaCl και υγρών.

δ) Μέτρηση ούρων.

ε) Παρακολούθηση του ασθενούς εκδήλωση συμφοριακής καρδιακής ανεπάρκειας (πνευμονικό οίδημα): δύσπνοια, βήχας, αφρώδης απόχρεμψη.

ζ) Η νοσηλεύτρια είναι έτοιμη να αντιμετωπίση πνευμονικό οίδημα.

η) Μέτρηση σωματικού βάρους, και

θ) Τα ενοχλήματα από το καρδιαγγειακό σύστημα προεξέχουν στα μεγαλύτερα άτομα.

-Δύσπνοια

Αύξηση κυτταρικού μεταβολισμού οδηγεί στην αύξηση των καύσεων, οι οποίες στη συνέχεια αυξάνουν τις ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο.

Ανακουφίζουμε τον άρρωστο από τη δύσπνοια λαμβάνοντας τα πιο κάτω μέτρα:

- * Τοποθετούμε τον άρρωστο σε ανάρροπη θέση.
 - * Χορηγούμε οξυγόνο μετά από εντολή του γιατρού.
 - * Διατηρούμε δροσερό περιβάλλον και καθαρό αέρα.
 - * Περυφορίζουμε κατά το δυνατόν τις καύσεις του οργανισμού.
- Η δύσπνοια ειδηλώνεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας.

Προβλήματα από το Νευρικό σύστημα/Ρόλος της Νοσηλεύτριας

Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει:

Περιφερική αγγειοδιαστολή (εξάψεις) - Ενεργοποίηση του χολινεργικού συστήματος.

Άγχος . Ανησυχία. Ευερεθιστικότητα. Δέχεται την επίδραση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Εμφανίζει υπερέκκριση αδρεναλίνης.

Η Νοσηλεύτρια ενεργεί ως εξής:

-Μείωση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος. Τα συμπτώματα αυτά προεξέχουν στα νέα άτομα.

-Αποφεύγονται οι συγκινήσεις

-Προλαμβάνονται ερεθίσματα που αυξάνουν το άγχος και την ευερεθιστότητα.

-Χορηγούμε ηρεμιστικά φάρμακα με οδηγία γιατρού.

-Περιορίζουμε το επισηκεπτήριο και ελέγχουμε τη φύση του (αν είναι κουραστικοί στον άρρωστο).

Υπερκινητικότητα. Λεπτός τρόμος ιδιαίτερα στην έκταση των δακτύλων και της γλώσσας. Οι μυς δέχονται συνεχή ερεθίσματα από το νευρικό σύστημα και βρίσκονται σε κατάσταση συνεχούς ασκήσεως.

-Αποφεύγουμε τη λήψη διεγερτικών του ΚΝΣ τροφών, όπως καφές, τσάϊ.

-Μειώνουμε τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος: έντονο φως, θόρυβος κ.α..

-Περιορίζουμε τους επισκέπτες.

-Διάρροια. Υπερκινητικότητα παχέος εντέρου. Περιορίζουμε τις τροφές που περιέχουν κυτταρίνη.

Προβλήματα από το δέρμα / Ρόλος Νοσηλεύτριας

-Εφιδρώσεις. Ενεργοποίηση του χολινεργικού συστήματος. Προφυλάζουμε τον άρρωστο από ψύξη.

-Λέπτυνση των τριχών, τριχόπτωση. Συμβουλή από δερματολόγο για το είδος του σαπουνιού που θα χρησιμοποιηθεί στο τριχωτό της κεφαλής.

-Προκνημιαίο μυξοίδημα: Διήθηση δέρματος στην πρόσθια επιφάνεια κνήμης (δέρμα σκοτεινό ερυθρού χρώματος).

-Περιποίηση δέρματος, ονύχων.

-Πλύσιμο με μη ερεθιστικό σαπούνι.

-Επάλειψη δέρματος με λοσιόν.

Προβλήματα από τα μάτια / Ρόλος Νοσηλεύτριας

Μπορεί να εμφανιστεί:

Σύσπαση άνω βλεφάρων. Ελαφρός τρόμος βλεφάρων

Αντιμετωπίζεται με ανύψωση του κεφαλιού του αρρώστου την νύχτα και προστατεύεται ο κερατοειδής, όταν ο άρρωστος δεν μπορεί να κλείσει τα μάτια του. Τον βοηθάμε με οφθαλμολογικά τα-

μπόν.

Διηθητική οφθαλμοπάθεια, εξόφθαλμος, οίδημα βλεφάρων, οφθαλμοπληγία, θυρεοτοξίκωση.

Αν ο άρρωστος δεν αντιμετωπισθεί σωστά μπορεί να σχηματισθούν έληκη κερατοειδούς, μόλυνση και τύφλωση ακόμη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Προεγχειρητική φροντίδα λέγεται το σύνολο ιατρικών και νοσηλευτικών ενεργειών, με τις οποίες προετοιμάζεται ο ασθενής για εγχείρηση κάτω από τις καλύτερες δυνατές συνθήκες. Διακρίνονται δε στην προεγχειρητική ετοιμασία και προεγχειρητική εκτίμηση.

Γενική προεγχειρητική ετοιμασία:

Αυτή περιλαμβάνει:

Τόνωση ηθικού: Ερχόμενος στο Νοσοκομείο διακατέχεται όχι μόνο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπει αποτυχία της εγχείρησης και τότε σκέψεις που αφορούν την οικογένεια, τα παιδιά κ.λ.π. δημιουργούν αισθήματα κατάθλιψης.

Είναι γεγονός ότι άρρωστοι που φοβούνται παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η τόνωση του ηθικού επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της Νοσηλεύτριας-τού:

1. Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.

2. Να καταλάβει τον άρρωστο και να συμεριστεί την θέση του.

Τόνωση σωματική: Οι αυξημένες καύσεις του υπερθυρεοειδικού αρρώστου προκαλούν απώλεια σωματικού βάρους και καταβολή των δυνάμεων.

Αυτά αντιμετωπίζονται με τα παρακάτω μέτρα:

Πλουτίζουμε το διαιτολόγιο με λευκωματούχες και υδατανθρακούχες τροφές, προσφέροντας τους πολλές θερμίδες.

Οι 4.000-5.000 θερμίδες την ημέρα είναι απαραίτητες, έχει ανάγκη από διπλάσιες θερμίδες από τον άρρωστο που έχει υποθυρεοειδισμό.

Τον αποθαρρύνουμε να παίρνει τροφές που αυξάνει τον περισταλτισμό του εντέρου και του προκαλούν διάρροια.

Τον ενθαρρύνουμε να παίρνει τρoφή, όση αισθάνεται ότι έχει ανάγκη.

Μετράμε το βάρος του καθημερινά. Σε περίπτωση που συνεχίζεται η απώλεια σωματικού βάρους ενημερώνουμε τον γιατρό.

Ο άρρωστος με την εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τυχόν εμέτους. Γι' αυτό προεγχειρητικά δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή πρέπει να αρχίζει από την στιγμή που αποφασίζεται να χειρουργηθεί ο άρρωστος.

Πολλά μπορούν να γίνουν για να ελαττώσουν τους φόβους και το άγχος προεγχειρητικά. Οι φόβοι που προέρχονται από το άγνωστο από την άγνοιά του τι θα γίνει μπορούν να προκαλέσουν μεγάλο άγχος, αγωνία και αϋπνία.

Το είδος και το σύνολο των πληροφοριών που θα του δώσουμε εξαρτάται από την ικανότητα του να καταλάβει σχετικές πληροφορίες με την νόσο του και την προγραμματιζόμενη επέμβαση.

Η αδελφή πρέπει να είναι ικανή και κατάλληλη να εξηγήσει στον άρρωστο την γενική σημασία των διαφόρων εξετάσεων που γίνονται ακτινολογικά και μικροβιολογικά. Επίσης την σκοπιμότητα των φαρμάκων και των διαφόρων νοσηλειών. Συχνά θα συζητήσουμε με τον άρρωστο την διαδικασία της εγχείρησης και τι θα πρέπει να κάνει μετεγχειρητικά.

Φόβοι για αναπηρία, ανικανότητα ή μειωμένη δραστηριότητα ακόμα και ο φόβος του θανάτου είναι συχνός στον ασθενή. Δίνουμε αφορμές εύστοχες, ώστε να βοηθήσουμε να εκφράσει τους φόβους του. Συνήθως θα εκφράσει τους φόβους του όταν οι σχέσεις του είναι καλές με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οποιαδήποτε παρανόηση ή και μερική αντίληψη της πραγματικότητας, μπορεί να διασαλεύσει την εμπιστοσύνη και το κουράγιο του έναντι του χειρουργού ή ακόμα και των συγχρόνων χειρουργικών μέσων.

Μερικές φορές είναι ωφέλιμο για τον μέλλοντα που θα χειρουργηθεί να έλθει σε επαφή με τον άρρωστο ο οποίος έχει υποστεί επιτυχώς την ίδια επέμβαση, ή ακόμα και το αντίθετο, δηλαδή να αποφευχθεί να πληροφορηθεί μία ανεπιτυχή έκβαση ενός χειρουργηθέντος για τον ίδιο λόγο.

Συχνά οι συγγενείς του, εκφράζουν ορισμένους φόβους όμοιους με τους φόβους του αρρώστου και έχουν ανάγκη επεξήγησης και αυτοί, αρχίζοντας από το πόσο θα έχει ανάγκη ο χειρουργημένος κάποιον απ'αυτούς, συχνότερα και κατόπιν αδείας συνέχεια. Ακόμα ότι πρέπει να αποφεύγουν να τον επισκέπτονται πολλοί μαζί.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

Εάν ο ασθενής έχει προετοιμασθεί για το τι πρέπει να κάνει μετά την εγχείρηση, η μετεγχειρητική του φροντίδα θα είναι ευκολότερη και αποτελεσματικότερη.

Πάντα πρέπει να διδάσκεται πως θα αναπνέει, πως θα βήχει και τι ασκήσεις πρέπει να κάνει μετεγχειρητικά. Είναι ανάγκη να γνωρίζει ότι οι βαθιές αναπνοές μετά το χειρουργείο διευκολύνουν την απομάκρυνση του αναισθητικού το ταχύτερο και παράλληλα εξασφαλίζουν την οξυγόνωση τόσο των πνευμόνων όσο και του όλου του σώματος. Τούτο διευκολύνεται, αν γνωρίζει ο άρρωστος ότι για να μην έχει επιδείνωση του αισθήματος του πόνου, θα πρέπει να λυγίζει τα γόνατα προς την κοιλιά ή ακόμα ίσως χρειασθεί να ββαηθηθεί από τον φυσιοθεραπευτή κατά διαστήματα με ελαφρά πίεση προς τα άνω των τοιχωμάτων της κοιλιάς και μάλιστα χαμηλά στο επιγάστριο. (αναπνευστική γυμναστική).

Στην προεγχειρητική εκτίμηση γίνονται οι παρακάτω ενέργειες:

1. Λήψη ιστορικού: Υπογραμμίζουμε την σημασία της γνώσης της παρούσας χειρουργικής νόσου και την ύπαρξη των κάτωθι:

Αλλεργία σε διάφορα φάρμακα ή ουσίες.

Αιμορραγική διάθεση

Σακχαρώδης Διαβήτης

Βρογχικό άσθμα.

Ψύχωση-νεύρωση.

Λήψη φαρμάκων όπως π.χ. κορτιζόνη (απαιτείται αύξηση της συνήθους δόσης για να φέρει το ίδιο αποτέλεσμα μετεγχειρητικά).

Κυτταροστατικά (ελαττώνουν τα λευκά αιμοσφαίρια έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης. Καθυστερούν την επούλωση).

Οιστρογόνα (αντισυλληπτικά). Αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβοφλεβίτιδας.

Διουρητικά: Ελαττώνουν το κάλιο του αίματος.

Αντιϋπερτασικά: Πέφτει επικίνδυνα η πίεση κατά την εγχείρηση και δυσκολεύεται η ανάταξή της.

2. Αντικειμενική εξέταση: Η πλήρης φυσική εξέταση του ασθενούς θα αποκαλύψει κλινικά σημεία των αναφερθέντων καταστάσεων.

3. Παρακλινικές εξετάσεις: Οι βασικές προεγχειρητικές εξετάσεις είναι:

Εργαστηριακές εξετάσεις:

Γενική εξέταση αίματος (ερυθρά, Λευκά, Τύπος, ΗΒ, ΗΤ, Αιμοπετάλια).

Χρόνος ροής-πήξεως

Χρόνος προθρομβίνης

Κρεατινίνη ή ουρία.

Σάκχαρο.

Ομάδα αίματος και παράγοντας RH.

Ψευδοχολινεστεράση.

Χολερϋθρίνη.

Τρανσαμινάσες.

Λευκώματα ορού.

Γενική ούρων.

Ακτινογραφία E + P.

ΗΚΚ+καρδιολογική εξέταση.

Ετην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του αρρώστου που θα χειρουργηθεί από:

1. Χειρουργό για εκτίμηση της κατάστασής του, επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.

2. Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. Το είδος της εγχείρησης και η κατάσταση του αρρώστου ρυθμίζουν την ανάγκη συμπληρωματικών εξετάσεων.

Μετά από την οριστική απόφαση για την εγχείρηση, καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της νάρκωσης (τοπική, γενική κ.λπ.).

Προεγχειρητική ετοιμασία

1. Πλήρη περιγραφή της χειρουργικής μεθόδου και των δυνατών κινδύνων στον ασθενή και στους στενούς συγγενείς, ψυχολογική προετοιμασία για το φόβο της νάρκωσης.

2. Ενυπόγραφη άδεια-συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του για την εγχείρηση.

Ο πάσχων πριν υποβληθεί σε θυρεοειδεκτομή πρέπει να καταστεί ευθυρεοειδικός με τη χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων.

Προπρανολόλη δόση 80 MG ανά 8ωρον. Όταν απαλλαγεί από τα συμπτώματα και ενώ η προπρανολόλη συνεχίζεται προστίθεται ιωδιούχο κάλιο 60 MG τρεις φορές την ημέρα από το στόμα επί 10 ημέρες, οπότε εκτελείται η επέμβαση.

Η προπρανολόλη συνεχίζεται χορηγούμενη την ημέρα της εγχειρήσεως και τις πέντε μετεγχειρητικές ημέρες, ενώ το ιώδιο διακόπτεται μετά την εγχείρηση.

Με την χορήγηση του ιωδίου, αυξάνεται απότομα το ιώδιο του αίματος, αναστέλλεται, η παραγωγή θυρεοτρόπου ορμόνης από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως, που έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση παραγωγής θυροξίνης και την ελάττωση έτσι των συμπτωμάτων της νόσου.

Ο αδένας γίνεται λιγότερο αιμορραγικός, μειώνει το μέγεθός του και διευκολύνει έτσι την εγχείρηση.

Ετοιμασία την προηγούμενη ημέρα της εγχειρήσεως

1. Εξακρίβωση της ταυτότητας του ασθενούς και της προς εγχείρηση περιοχής.

2. Καθαριότητα του αρρώστου. Αυτή συνιστάται σε:

A. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα ο οποίος αποβλέπει:

- Να αποφευχθεί μετεγχειρητικός μετεωρισμός.
- Να την ανακουφίσει από μετεγχειρητικό πόνο.
- Για ψυχολογικούς λόγους, γιατί φοβάται μήπως έχει κένωση (απώλειες κοπράνων) κατά τη διάρκεια της ναρκώσεως ή της εγχειρήσεως.

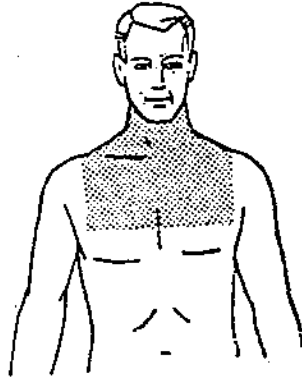
Ο καθαρισμός του εντέρου επιτυγχάνεται:

α) Με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων.

β) Με καθαρτικό υποκλυσμό με σαπουνόνερο ή απλώς νερό γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής και ο άλλος έξι ώρες πριν την εγχείρηση.

B. Καθαριότητα εγχειρητικού πεδίου.

Η καθαριότητα της περιοχής του δέρματος γύρω από την χειρουργική τομή που είναι ο λαιμός μέχρι την αρχή του θώρακα βοηθάει να ελαττωθούν οι πιθανότητες επιμολύνσεως του τραύματος.



Εγχειρητικό πεδίο για θυρεοειδεκτομή (εγχείριση θυρεοειδούς).

Αν και το δέρμα με οποιαδήποτε καθαριότητα δεν πρόκειται να γίνει ελεύθερο από βακτηρίδια, ο σκοπός της καθαριότητας είναι να μείνουν όσο το δυνατό λιγότερα. Το δέρμα τρίβεται με σαπουνόνερο και μετά ξυρίζεται. Εκτός από το σαπούνι χρησιμοποιούνται και διάφορα αντισηπτικά που είναι ανώτερα του διότι καταστρέφουν και σπόρους των μικροβίων. Το ξύρισμα του δέρματος ελαττώνει τις περιπτώσεις μόλυνσεως του τραύματος διότι απομακρύνει τις τρίχες επί των οποίων πολλές φορές κολλούν μικρόβια. Υπερβολική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται ώστε κατά την ώρα του ξυρίσματος να μην μικροτραυματισθεί το δέρμα, διότι υπάρχει φόβος επιμόλυνσης των τραυμάτων.

3. Ελαφρά τροφή το βράδυ.

4. Απαγόρευση καπνίσματος.

5. Εξασφάλιση αίματος για πιθανή μετάγγιση.

6. Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου. Πάντοτε η αναμονή της εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αύπνία και η κόπωση προδιαθέ-

του στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών. Τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως να χορηγήσουμε κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο.

Ετοιμασία κατά την ημέρα της εγχείρησης

Κατά την ημέρα της εγχειρήσεως οι επισκέπτες πρέπει να είναι περιορισμένοι και μόνο ένα ή δύο μέλη της οικογένειας θα επιτραπεί να δουν αμέσως τον άρρωστο πριν πάει στο χειρουργείο. Άρα ο άρρωστος πρέπει να μένει ήσυχος και σε ανάπαυση όσο περισσότερο είναι δυνατό. Πρέπει να βοηθηθεί γι' αυτό και να ενισχυθεί ώστε να είναι ήρεμος, εάν εμφανίσει δε υπερβολική ανησυχία, άγχος ή και βδιδόμορφες εκδηλώσεις πρέπει να ενημερωθεί ο χειρουργός Ιατρός εγκαίρως.

Ο ασθενής, νωρίς το πρωί, πρέπει να έχει κάνει την ατομική καθαριότητα του προσώπου και του στόματος.

Τα ζωτικά σημεία θερμοκρασία, σφυγμός, αρτηριακή πίεση και αναπνοές πρέπει να ελέγχονται και να καταγράφονται πριν γίνει η προνάρκωση στον άρρωστο εάν η θερμοκρασία έχει οποιαδήποτε άνοδο πρέπει να αναφερθεί στον θεράποντα γιατρό.

Όλα τα τσιμπίδια, φουρκέτες πρέπει να απομακρύνονται από τα μαλλιά του, τα οποία εάν είναι μακρυνά, να πλέκονται σε πλεξίδες. Τα μαλλιά πρέπει να καλύπτονται με ειδικό σκούφο ή σε έσχατη ανάγκη βαμβακερή πετσέτα.

Ξένα δόντια, και κινητές γέφυρες πρέπει να αφαιρούνται και να τοποθετούνται σε κάψα που να σκεπάζεται η οποία πρέπει να φυλάσσεται ασφαλώς για να μην χαθούν τα δόντια, αφού όμως γραφεί το ονοματεπώνυμο του αρρώστου, ο θάλαμος και η ημερομηνία.

Οι περισσότεροι αναισθησιολόγοι, προτιμούν να απομακρυν-

θεί όλο το μακιγιάζ ακόμα και το βερνίκι των νυχιών, πριν πάει στο χειρουργείο.

Οπουάδήποτε έλλειψη οξυγόνου κατά τη διάρκεια της αναισθησίας από το χρώμα των χειλιών, του προσώπου, των ονυχοφόρων φαλάγγων των δακτύλων και ακόμα από το χρώμα του αίματος στην χειρουργική περιοχή.

Πολύτιμα πράγματα όπως χρήματα και τιμαφή του αρρώστου απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα. Μαζεύονται, καταγράφονται μπροστά της, τοποθετούνται σ' ένα φάκελλο και φυλάσσονται κλειδωμένα σ' ένα ντουλάπι με γραμμένο το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο. Άλλοτε πάλι παραδίδονται στην οικογένειά τους.

Αφαίρεση όλων των ενδυμάτων και ένδυση του ασθενούς με κατάλληλο καθαρό ένδυμα χειρουργείο και κάλυμμα κεφαλής.

Απαγόρευση κάθε φαγητού ή ποτού 5-8 ώρες τουλάχιστον πριν την εγχείρηση λόγω του κινδύνου της αναγωγής κατά την έναρξη και την αφύπνιση από την νάρκωση, εισρόφησης και πνευμονίας.

Χορηγούμε αντιβιοτικά προφυλακτικά.

Κατάλληλη προετοιμασία κλίνης.

Ανάρτηση ειδικού θερμομετρικού διαγράμματος, για την λεπτομερή καταγραφή των ζωτικών σημείων και του ισοζυγίου των υγρών.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο, αερίζουμε το θάλαμο και ετοιμάζουμε το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι που θα δεχτεί τον χειρουργημένο πρέπει:

1. Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του ασθενούς από ψύξη

και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων.

2. Να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του από το φορείο στο κρεβάτι.

3. Τοποθερείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού.

4. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα. Στο κρεβάτι ακόμα μπορεί να τοποθετήσουμε διάφορα εξαρτήματα.

Στο κομοδίνο τοποθετούμε τετράγωνο αλλαγή ή πετσέτα, για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό (νεφροειδές κ.λπ.).

Ακόμη πάνω στο κομοδίνο τοποθετούμε ποτήρι με δροσερό νερό, PORT-COTTON, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Το κομοδίνο απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του αρρώστου για να τον προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεών του.

Η ετοιμασία του θαλάμου του ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοικτό για το συνεχές αερισμό του, κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό και αφού ρίξουμε μία τελευταία ματιά και διαπιστώσουμε την πλήρη ετοιμασία του θαλάμου και του κρεβατιού, απομακρυνόμαστε, για να επιστρέψουμε με την επάνοδό του από το χειρουργείο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ

Προνάρκωση λέγεται η κατάλληλη φαρμακευτική προετοιμασία με την οποία επιτυγχάνονται:

1. Εξάλειψη του άγχους, της ανησυχίας και του πόνου.
2. Ελάττωση ή εξαφάνιση ανεπιθύμητων παρενεργειών από το παρασυμπαθητικό σύστημα, και
3. Πρόληψη εμφάνισης μετεγχειρητικού εμέτου.

Τεχνική

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως και προ της κατακλίσεως ο ασθενής παίρνει υπνωτικό φάρμακο ώστε να επιτευχθεί ύπνος, βαθύς, συνεχής, αδιατάρακτος, πραγματικά ανακουφιστικός.

Η κυρία προνάρκωση γίνεται 60-90 λεπτά πριν την εγχείρηση με υποδόρια χορήγηση μορφίνης ή πεθιδίνης που έχει σαν σκοπό την γενική καταστολή και την εξαφάνιση του άγχους και του πόνου, και με ατροπίνη για την ελάττωση της σιαλόρροιας, των βρογχικών εκκρίσεων και του κινδύνου βρογχοσπασμού ή λαρυγγοσπασμού.

Αν απαιτηθεί ταχύτερη προετοιμασία, τα φάρμακα χορηγούνται ενδομυϊκών 25-30 λεπτά ή ενδοφλεβίως 5-10 λεπτά πριν την νάρκωση.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Μεταξύ των μελών της χειρουργικής ομάδας που προορίζεται για την εκτέλεση της εγχειρήσεως απαραίτητα πρέπει να υπάρχουν δύο αδελφές. Η μία είναι η εργαλειοδότρια αδελφή, ενώ η άλλη, που είναι προορισμένη να εξυπηρετεί όλη την χειρουργική ομάδα λέγεται αδελφή κυκλοφορίας.

Η αδελφή κυκλοφορίας δεν φοράει αποστειρωμένη ενδυμασία και έτσι κυκλοφορεί ελεύθερα, επιβλέπει στην χρησιμοποίηση του υλικού και επιτηρεί γενικά την ομαλή διακίνηση ατόμων και υλικού στην αίθουσα χειρουργείου.

Πριν την έναρξη της επέμβασης, η εργαλειοδότρια αδελφή και η αδελφή κυκλοφορίας φροντίζουν:

α) Ετοιμασία επίπλων και αίθουσας χειρουργείου πριν από την επέμβαση.

Τα έπιπλα τοποθετούνται στην σωστή θέση, πριν αρχίσει η εγχείρηση οι αδελφές φροντίζουν να σκουπιστούν όλες οι επιφάνειες τραπεζιών, μηχανημάτων, προβολέων, μηχάνημα αναισθησίας και άλλα.

Το υλικό μεταφέρεται από την αποθήκη και τοποθετείται στην κατάλληλη θέση όπως ο πλάγιος φωτισμός, η διαθερμία, το πεντάλ της διαθερμίας και ο αναρροφητήρας.

Τέλος τοποθετούνται ειδικά φάρμακα ή διαλύματα και αποστειρωμένο νερό. Στο δωμάτιο αναισθησίας τοποθετούν σε κατάλληλη θέση το τραπέζι, το μηχάνημα αναισθησίας, το κατάλληλο υλικό, όπως φάρμακα, σωλήνες ενδοτραχειακοί κ.λπ..

β) Φροντίδα ασθενούς στο χειρουργείο:

Κατά την μεταφορά του στο χειρουργείο η αδελφή των χει-

ρετάει με το όνομά του και το επίθετό του βρίσκεται δίπλα του, του εξηγεί για την πορεία που θα ακολουθηθεί.

γ) Πρόγραμμα επεμβάσεων.

Στο πρόγραμμα του χειρουργείου πρέπει να αναγράφεται, το όνομα του ασθενούς, η ηλικία, το είδος της επεμβάσεως, η κλινική από την οποία έρχεται και τα ονόματα του ιατρικού προσωπικού.

δ) Μεταφορά του ασθενούς.

Η μεταφορά του γίνεται από την κλινική με το κρεβάτι του ή με το φορείο. Η μεταφορά του μέσα στο χειρουργείο γίνεται από το φορείο στο χειρουργικό τραπέζι ή από το φορείο σε φορείο και στη συνέχεια τοποθετείται στο χειρουργικό τραπέζι.

ε) Ο ασθενής στο δωμάτιο αναισθησίας.

Κατά την είσοδό του στο δωμάτιο αναισθησίας πρέπει να βρυσκόμαστε κοντά του, να τον ενθαρρύνουμε και ο αναισθησιολόγος να τον χαιρετίσει με το όνομά του για να βεβαιωθεί ότι γνωρίζει για ποιό ασθενή πρόκειται.

Γίνεται παρακέντηση φλέβας και τοποθετείται ορός, παίρνουμε την αρτηριακή πίεση και τις σφύξεις του αρρώστου και αρχίζει η αναισθησία με την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων. Ο αναισθησιολόγος τοποθετεί τη μάσκα στο πρόσωπό του και του δίνει οξυγόνο με πίεση και του εισάγει τον ενδοτραχειακό σωλήνα.

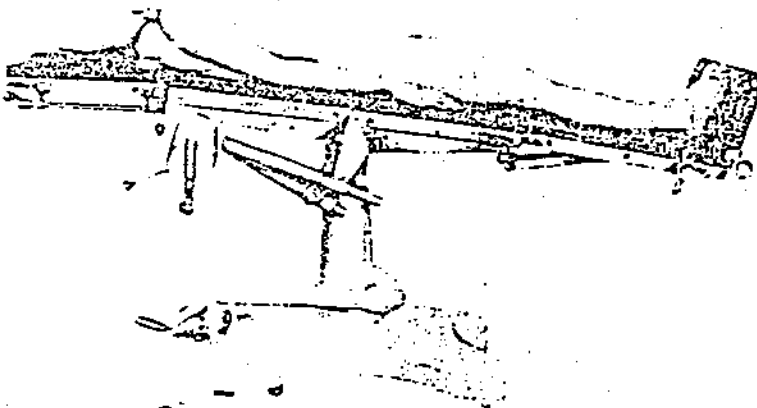
Μεταφέρεται στην αίθουσα του χειρουργείου, αφού γίνει αλλαγή κλινოსκεπασμάτων, τοποθετώντας τα χέρια του παράλληλα προς το σώμα του και ο αναισθησιολόγος έχει κοντά του.

Το μηχάνημα αναισθησίας που συνδέει με τον ενδοτραχειακό σωλήνα και έτσι η αναπνοή του τίθεται υπό έλεγχο (τεχνική αναπνοή).

Τη συσκευή αναρροφήσεως με πολλούς καθετήρες.

Φάρμακα ανανήψεως, όπως υδροκορτιζόνη και άλλα.

Αντιϊσταμινικά για περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης.



-Θέση άρρωστου στο χειρουργικό τραπέζι για χειρουργία εκτεταμένης.

Ο άρρωστος τοποθετείται ύπτια σε ένα μακρόστενο μαξιλάρι άμμου κάτω από τον αυχένα και τις ωμοπλάτες, έτσι ώστε να προκληθεί υπερένταση του κεφαλιού. Το κεφάλι ακουμπάει σε έναν αεροθάλαμο με αφρολέξ. Αυτή η θέση μπορεί να επιτυγχάνεται και με σπασίματα του χειρουργικού τραπεζιού.

Το μαξιλάρι του αυχένα αφαιρείται πριν αρχίσει το ράψιμο, για να επιτραπεί μία θέση ελαφράς κάμψης.

Η αδελφή κυκλοφορίας:

-Βοηθάει την εργαλειοδότρια και τους γιατρούς να φορέσουν τις αποστειρωμένες ρόμπες τους.

-Φέρνει το δίσκο για να γίνει το πλύσιμο και η αντισηψία του δέρματος του αρρώστου και τον απομακρύνει όταν τελειώσει ο γιατρός.

-Τοποθετεί το μηχάνημα διαθερμίας και η συσκευή αναρρόφησης κοντά στο χειρουργικό τραπέζι και τοποθετεί τη γείωση της διαθερμίας στο γλουτό του αφού έχει τοποθετήσει ειδική αλοιφή στη μεταλλική πλάκα.

-Τοποθετεί το διακόπτη ποδιού της διαθερμίας στο δεξιό πόδι του χειρουργού αφού αυτός πάρει τη σωστή θέση.

-Τακτοποιεί το φωτισμό συγκεντρώνοντας το στο εγχειρητικό πεδίο.

Τα καθήκοντα της εργαλειοδότριας αδελφής αρχίζουν ουσιαστικά από τη στιγμή που θα φορέσει την αποστειρωμένη ρόμπα και τα γάντια στην άσηπτη περιοχή του χειρουργείου.

α) Σκέπασμα του άρρωστου με αποστειρωμένο ιματισμό.

Το σκέπασμα γίνεται από το χειρουργό και την εργαλειοδότρια αδελφή, που το ανοίγει η αδελφή κυκλοφορίας και τοποθετείται πάνω από την περιοχή του εγχειρητικού πεδίου αδιάβροχα αποστειρωμένα μιάς χρήσης και μετά ο ιματισμός.

Το τραπέζι που χρησιμοποιεί η εργαλειοδότρια αδελφή για να τοποθετήσει τα εργαλεία που της ζητούνται, καλύπτεται με ένα αποστειρωμένο σάκο με κορδόνι και πάνω από αυτόν τοποθετείται το αδιάβροχο.

Η εργαλειοδότρια αδελφή είναι το ίδιο υπεύθυνη για τον άρρωστο όπως και ο χειρουργός, γι' αυτό πρέπει να φροντίζει ώστε:

-Να διατηρεί την ασηψία.

-Να προβλέπει όλες τις ανάγκες της χειρουργικής ομάδας κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

-Να προμηθεύεται έγκαιρα στο τραπέζι τις τυχόν ελλείψεις αποστειρωμένου υλικού.

-Να μετράει με σχολαστικότητα τις γάζες, κομπρέσες, εργαλεία και βελόνες.

-Μετά τη διεκπεραίωση της χειρουργικής επέμβαση

Η αδελφή κυκλοφορίας:

Ελέγχει την επίδεση του τραύματος και σκουπίζει όλες τις κηλίδες αίματος που υπάρχουν στο δέρμα του αρρώστου.

Καταμετρά γάζες, εργαλεία και βοηθάει στην επίδεση του τραύματος του αρρώστου που έχει έτοιμο το κατάλληλο υλικό για την επίδεση του τραύματος.

Η εργαλειοδότρια αδελφή:

-Βγάζει τις λεπίδες από τις λαβές των μαχαιριδίων, τις τυλίγει σε κομμάτια αυτοκόλλητου πλαστικού, τις βάζει μέσα σε φάκελλο ραμμάτων και τις πετάει στο σάκο απορριμάτων.

-Ανοίγει όλες τις αρθρώσεις των εργαλείων, εκτός των λαβίδων ρούχων, τοποθετεί τα εργαλεία σε δίσκο και τα στέλνει στην κεντρική αποστείρωση του χειρουργείου.

-Τοποθετεί όλες τις βελόνες στο κουτί βελονών.

-Αναρροφά και πλένει με φυσιολογικό ορό τους σωλήνες αναρρόφησης (εάν είναι μίας χρήσεως).

-Μαζεύει από το τραπέζι της τα ράμματα που δεν ανοίχθηκαν, ενώ τα άλλα τα πετά στον κάδο απορριμάτων.

Η αδελφή κυκλοφορίας:

-Βοηθάει τους χειρουργούς να βγάλουν τις ρόμπες και τα γάντια τους πριν βγουν από την αίθουσα του χειρουργείου.

-Συγκεντρώνει όλα τα στοιχεία της εγχείρησης στο φάκελλο του αρρώστου για να τα παραδώσει στην αδελφή της κλινικής.

-Με την άδεια του αναισθησιολόγου βοηθάει στην μεταφορά του αρρώστου στο φορείο και τον συνοδεύει μέχρι την ανάνηψη.

-Μετά την επίδεση του τραύματος και την απομάκρυνσή του η αδελφή κυκλοφορίας, φροντίζει για την καθαριότητα της αίθουσας και επηρεασοποιμασία της για την επόμενη εγχείρηση.

Α Ν Ν Α Ν Η Ψ Η

Μετά την χειρουργική επέμβαση ο άρρωστος συνοδεύεται από τον αναισθησιολόγο κατά την μεταφορά του στο τμήμα της ανάνηψης.

Είναι ο χώρος στον οποίο πρέπει να ξυπνά ο άρρωστος, να επανέρχεται, δηλαδή η συνείδησή του από την επίδραση της νάρκωσης.

Κανονικά ανήκει χωροταξικά στο χώρο του χειρουργείου και στο οποίο μεταφέρεται ο άρρωστος από το χειρουργείο για άμεση μετεγχειρητική φροντίδα. Παραμένοντας στο φορείο ή σε ειδικό κρεβάτι της ανάνηψης.

Είναι λοιπόν η ανάνηψη πλάϊ στο χειρουργείο εφοδιασμένη με ειδικό εξοπλισμό, φάρμακα, συσκευές για να προσφερθεί οποιαδήποτε άμεση και επείγουσα φροντίδα μετεγχειρητικά. Λειτουργεί συνήθως, υπό την ευθύνη του αναισθησιολόγου γιατρού, ο οποίος παραδίδει στην αδελφή του ασθενή με τις σχετικές οδηγίες και την ενημερώνει για την κατάστασή του και τα ειδικά προβλήματα για τα οποία απαιτείται η φροντίδα ή η προσοχή τους.

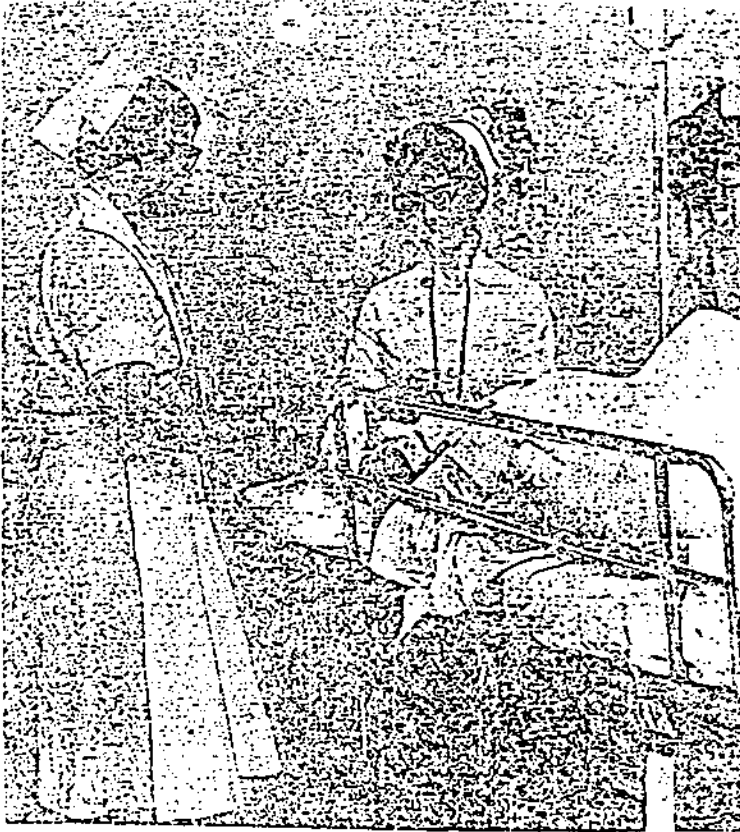
Ο αναισθησιολόγος πρέπει να σιγουρευθεί ότι η αναπνευστική οδός είναι ελεύθερη και τα ζωτικά σημεία είναι σε ικανοποιητικό βαθμό πριν αφήσει τον άρρωστο.

Ο άρρωστος πρέπει να είναι προστατευμένος με προφυλακτικές ώστε να εξασφαλίζεται η αποφυγή τραυματισμού και πτώσής του, αφού δεν έχει συνείδηση λόγω της νάρκωσης.

Ο ασθενής πρέπει να μετακινείται προσεκτικά όσο είναι δυνατόν. Τα αναισθητικά συλλέγονται στο σώμα κατά την διάρ-

κεια της εγχειρήσεως.

Κάθε κίνηση από το χειρουργικό τραπέζι στο φορείο ή στο κρεβάτι, μπαίνοντας στο ασανσέρ ή οδηγώντας στο διάδρομο σε γωνίες ή σε απότομες κινήσεις του φορείου, πιθανόν να προκαλέσουν διαταραχές στα ζωτικά σημεία.



Εύχρηστη ανάνηψη με ειδικό φορείο πο-
προστατεύει την όραση.

Παρακολούθηση αναπνευστικής λειτουργίας

Άμεση υπευθυνότητα είναι να ελέγχουμε αν η αναπνευστική οδός είναι ελεύθερη και καθαρή.

Έλεγχος της κυκλοφορίας

Η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός πρέπει να λαμβάνονται κάθε τέταρτο και να καταγράφονται τουλάχιστον επί 2 ώρες.

Ο σφυγμός ελέγχεται αν είναι κανονικός σε ρυθμό και σε όγκο. Πτώση αρτηριακής πίεσης, λεπτός, ασθενής και γρήγορος σφυγμός με ψυχρές επιδρώσεις του δέρματος ίσως να είναι ένδει-

ξη σοβαρής αιμορραγίας, η οποία συχνά συνοδεύεται με ωχρότητα προσώπου.

Χειρουργικά τραύματα

Ελέγχουμε συχνά ίσως και κάθε 15' το τραύμα του ασθενή για πιθανή εκροή ή αιμορραγία. Εάν η ποσότητα φρέσκου αίματος αυξηθεί στο τραύμα ίσως προμηνύεται αιμορραγία, γι' αυτό πρέπει αμέσως να κληθεί ο χειρουργός.

Ανακούφιση από τον πόνο

Μόλις αρχίζει να ξυπνά ο ασθενής από το στάδιο της ναρκώσεως παραπονείται για το αίσθημα πόνου, πριν χορηγήσουμε οτιδήποτε παυσίπνοιο θα πρέπει να ξέρουμε πότε ακριβώς του δόθηκε η τελευταία δόση αναισθητικού.

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ

Το χρονικό διάστημα που θα παραμείνει ο άρρωστος στην ανάνηψη είναι ακαθόριστο, εξαρτάται πάνω από την άμεση μετεγχειρητική του κατάσταση.

Όταν τα ζωτικά του σημεία σταθεροποιούν και ο άρρωστος ξυπνήσει τελείως μπορεί να μεταφερθεί στον θάλαμό του. Ένα κριτήριο αφυπνήσεως ικανοποιητικής είναι να λέει το όνομά του, να έχει προσανατολιστικό χρόνο και χώρο, να ξέρει που βρίσκεται.

Ο άρρωστος συνοδεύεται εκτός από τον τραυματιοφορέα ή νοσοκόμο και από την αδελφή που τον παρακολούθησε στην ανάνηψη.

Ο άρρωστος τοποθετείται με το κεφάλι στο πλάϊ πάνω σ' ένα μαξιλάρι, για να διατηρηθεί το κεφάλι σε μία ελαφρά κάμψη για να μην σπάσουν τα ράμματα. Κατά τη μεταφορά του πρέπει να προσέχουν να μην γλιστρήσουν τα χέρια και τα πόδια του

έξω από το φορείο και τραυματιστούν και να είναι καλά σιεπα-
σμένος να μην εκτεθεί στο κρύο.

Το φορείο πρέπει να φέρει στο κάτω τμήμα οξυγόνο και
μάσκα, αναρρόφηση, καθετήρα και συσκευή AMBU για τεχνητή α-
ναπνοή.

Η αδελφή που τον συνοδεύει παρακολουθεί κάθε αλλαγή χρώ-
ματος, αναπνοής και σφυγμών. Χρειάζεται δε να είναι έμπειρη,
ώστε να είναι σε θέση να αντιληφθεί κάθε αλλαγή της κατάστα-
σής του.

Το πιο σπουδαίο απ'όλα είναι να διατηρείται ελεύθερη η
αναπνευστική οδός.

Εάν κατά τη μεταφορά του κάνει εμετό και το κεφάλι εί-
ναι γυρισμένο στο πλάϊ δε θα υπάρχει ο κίνδυνος της εισρόφη-
σης που είναι πολύ επικίνδυνη.

Η αδελφή πρέπει να τον προσέχει ιδιαίτερα και αν έχει
κάποια αμφιβολία για την κατάστασή του, τον μεταφέρει αμέ-
σως στην πλησιέστερη μονάδα και καλεί τον αναισθησιολόγο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μετεγχειρητική φροντίδα λέγεται το σύνολο των Ιατρικών και νοσηλευτικών ενεργειών, με τις οποίες υποβοηθείται ο άρρωστος να αντιμετωπίσει τη μετεγχειρητική περίοδο.

Η καλή μετεγχειρητική φροντίδα εξασφαλίζει απόλυτα την εγχείρηση που έγινε, ενώ και ή ελλιπής, δυνατόν να καταστρέψει και το καλύτερο εγχειρητικό αποτέλεσμα.

Οι άμεσοι στόχοι της μετεγχειρητικής φροντίδας του αρρώστου με θυρεοειδεκτομή είναι:

1. Η μείωση της τάσεως (τέντωμα) της τομής.
2. Η μείωση της δυσφορίας από τον ερεθισμό του ρινοφάρυγγα και της τραχείας, και
3. Η πρόληψη της εμφάνισης επιπλοκών από τη θυρεοειδεκτομή.

Μετεγχειρητικές οδηγίες και Νοσηλευτικές δραστηριότητες

- Μέτρηση και αξιολόγηση ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά μέχρι σταθεροποίησής τους. Ακολουθεί η μέτρηση και αξιολόγησή τους ανά 2 ώρες για τις επόμενες 24 ώρες.

- Έλεγχος του τραύματος αμέσως μετά την λήψη των ζωτικών σημείων.

- Παρατηρούμε την πρόσθια, πλάγια και οπίσθια επιφάνεια του λαιμού για αιμορραγία.

- Εξετάζουμε με προσοχή το πίσω μέρος του λαιμού και της ωμοπλάτης για αιμορραγία (το αίμα κατευθύνεται προς τα πίσω λόγω της ανάρροπης θέσεως).

- Ελέγχουμε την επίδεση μήπως είναι σφιχτή.

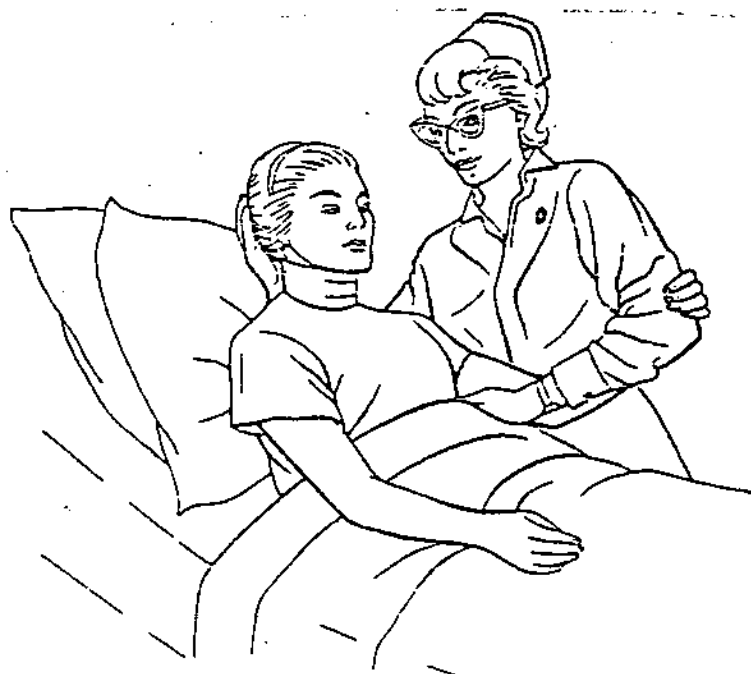
-Ενοχλητικό τέντωμα στην περιοχή του τραύματος μπορεί να είναι σημείο ισχυρής αιμορραγίας. Στην περίπτωση αυτή η Νοσηλεύτρια χαλαρώνει την επίδεση και καλεί το γιατρό.

-Τοποθετούμε τον άρρωστο σε ημικαθιστική θέση, εφόσον έχει ξυπνήσει από την νάρκωση.

-Τοποθετούμε αεροθάλαμο σε κεφάλι του αρρώστου για την ακινητοποίησή του και διατήρηση καλής θέσεως.

-Ενημερώνουμε τον άρρωστο να μην τεντώνει το λαιμό του και τον βεβαιώνουμε ότι ο αεροθάλαμος που έχει τοποθετηθεί στο κεφάλι αποβλέπει στον περιορισμό των κινήσεων του λαιμού. Ελαφρά εντριβή στο πίσω μέρος του λαιμού με σταθερές και ήπιες κινήσεις προκαλεί χάλαση.

-Υποβαστάζουμε το κεφάλι και το λαιμό του, όταν μετακινείται ή αλλάζει θέση.



Η νοσηλεύτρια βοηθεί τον άρρωστο με αφαίρεση θυρεοειδή αδένος να καθίσει στο κοσβάτι.

-Δείχνουμε στον άρρωστο πως να ανυψώνει το κεφάλι.



Η άρρωστη υποβαστάζει το κεφάλι της για να μπορέσει να ανασηκωθεί στο κρεβάτι.

-Το πρώτο 24ωρο χορηγούμε αναλγητικά όπως μορφίνη, πε-
θιδίνη για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την
ξικούρασή του. Δεν χορηγούνται ναρκοτικά σε άρρωστο που οι
αναπνοές του είναι λιγότερες από 12/λεπτό ή σε άρρωστο με
πνευμονική συμφόρηση. Παρακολουθούμε τα αποτελέσματα από τη
χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων και αν χρειαζόμαστε οδηγί-
ες καλούμε το γιατρό. Ο άρρωστος δεν τρώει τίποτα για 6-8 ώ-
ρες, επιτρέπεται μόνο το βρέξιμο των χειλιών με βρεγμένο
βαμβάκι. Η σίτιση αρχίζει με υδρική και στη συνέχεια ρευστή
μετά τη δεύτερη μέρα της εγχειρήσεως.

-Σε ναυτία ή εμετό ενημερώνουμε το γιατρό.

-Χορηγούνται υγρά παρεντερικά, σακχαρούχος ορός χωρίς
να αποκλείεται η λήψη τους από το στόμα, όταν ο άρρωστος
δεν έχει εμέτους ή ναυτία.

-Παροτρύνουμε τον άρρωστο να βήχει και ν'αναπνέει βα-

θιά. Αν δεν αποβάλλει εκκρίσεις, γίνεται προσεκτική αναρρό-
φηση των εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα και την τρα-
χεία γιατί η συγκέντρωση βλεννώδων εκκρίσεων στην τραχεία,
τους βρόγχους και τους πνεύμονες, δημιουργεί αναπόφευκτα
απόφραξη με επακόλουθα ατελεκτασία πνευμόνων και πνευμονία.



Αναρρόφηση εκκρίσεων βουβιστού που κούμπεται ακόμα α-
πό νάρκωση, μετεγχειρητικά με το κεφάλι στο πλάϊ.

-Δεν χορηγούμε ηρεμιστικά/κατευναστικά στον άρρωστο με
άφθονες εκκρίσεις γιατί δυσχεραίνεται η αποβολή τους.

-Ναρκοτικά/ηρεμιστικά δίνονται με ιδιαίτερη προσοχή
και εφόσον υπάρχει ιδιαίτερη ανάγκη και ιατρική εντολή.

-Παρακολουθούμε τον άρρωστο για σημεία απόφραξης αναπνευ-
στικής οδού, λόγω αιμορραγίας, οίδημα γλωττίδας, τραυματι-
σμό λαρυγγικού νεύρου ή τετανία, όπως αυξανόμενη ανησυχία,

ταχυκαρδία, κυάνωση, θορυβώδης αναπνοή, τέντωμα των ιστών του λαιμού και ενημερώνουμε το γιατρό.

-Λήψη θερμοκρασίας κάθε 4 ώρες το πρώτο 24ωρο, γιατί η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος είναι από τα πρώτα συμπτώματα της θυρεοειδικής κρίσεως.

-Συνήθως ο άρρωστος εμφανίζει μικρή δυσκολία στην κατάποση. Υδαρείς και πολτώδεις τροφές πρέπει να αποτελούν το διαιτολόγιό του.

-Του επιτρέπουμε να μιλάει λίγο. Κατά την ομιλία του παρακολουθούμε για τυχόν παραλλαγή της, που μπορεί να είναι ενδεικτική τραυματισμού του κάτω λαρυγγικού νεύρου.

-Όταν απομακρυνόμαστε από τον ασθενή, τοποθετούμε στο κομοδίνο αντικείμενα που χρησιμοποιεί, όπως το ποτήρι με το νερό, τεμάχια χαρτοβάμβακα, νεφροειδές κ.λπ.. Με τον τρόπο αυτό ο άρρωστος αποφεύγει κινήσεις της κεφαλής.

-Χορηγούμε δακτυλίτιδα σε περίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας.

ΕΓΕΡΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ο άρρωστος μπορεί να σηκώνεται από το κρεβάτι την δεύτερη ημέρα της εγχειρήσεως.



Έγερση αρρώστου μεταεγχειρητικά. Βοηθάται αδελφή να κάνει μερικά βήματα.

Εάν ο ασθενής αισθάνεται ζάλη ή ναυτία, πρέπει να βοηθηθεί για να σηκωθεί. Η έγερση, νωρίς, διευκολύνει την λειτουργία όλων των οργάνων και συστημάτων και έτσι προλαμβάνονται οι πιθανές επιπλοκές.

Κατά την πρώτη έγερση, συνήθως χρειάζεται βοήθεια και κατά την οποία θα πραγματοποιήσει λίγα βήματα μόνο. Η έγερση πρέπει να γίνει σταδιακά. Η αδελφή πρέπει να έχει στην διάθεσή της αρκετό χρόνο.

Επίσης πρέπει να έχει μαζί της ότι πράγματα θα χρησιμοποιήσει π.χ. ρόμπα για τον άρρωστο κ.λπ.. Μ'αυτή την προετοιμασία ο ασθενής μπορεί να γυρίσει στο ένα πλάϊ να καθίσει, να κρθμάσει τα πόδια, αμέσως να τοποθετηθεί στήριγμα κάτω από το πέλμα του να πατήσει και όχι να κρέμονται τα κάτω άκρα. Καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας να σηκωθεί ο άρρωστος ελέγχεται η γενική κατάστασή του. Ο σφυγμός και το χρώμα του συχνά προειδοποιούν ανεπιθύμητη κατάσταση. Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει βαθειές αναπνοές αφ' ενός μεν για να αναπνέει κανονικά και να οξυγονώνονται οι ιστοί, αφ' ετέρου να αισθάνεται χαλαρά ώστε να μην επιδεινώνεται το αίσθημα του πόνου.

Ο άρρωστος στη συνέχεια κάθεται σε καρέκλα ή πολυθρόνα που είναι κοντά στο κρεβάτι του. Τοποθετείται αναπαυτικά και προπάντων πρέπει να είναι ζεστή.

Η έγερση προκαλεί στον άρρωστο το αίσθημα της ανεξαρτησίας, της αυτοπεποίθησης και της καλής πορείας της καταστάσεώς του. Ενώ ταυτόχρονα διευκολύνει τα συστήματα του σώματος να λειτουργούν φυσιολογικά, κυρίως το κυκλοφοριακό και το αναπνευστικό.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Α. Πόνος

Ο πόνος είναι υποκειμενικό σύμπτωμα του αρρώστου, το οποίο εκφράζει φυσική και συναισθηματική καταπίεση και ο οποίος ποικίλλει από άτομο σε άτομο και από φυλή σε φυλή. Η νοσηλεύτρια εκτιμώντας τις περιπτώσεις πρέπει να θυμάται πάντα ότι ο πόνος είναι πραγματικότητα η οποία τάλαιπωρεί τον άρρωστο και γι' αυτό προσπαθούμε να τον ανακουφίσουμε.

Ο πόνος συνήθως συνοδεύεται από αγωνία. Ο άρρωστος μπορεί με λόγια να εκφράσει τον πόνο του ή μπορεί και με διάφορους άλλους τρόπους. Ένας συνήθης τρόπος εκφράσεως του πόνου είναι οι κινήσεις (γκριμάτσες) του προσώπου τω π.χ. το σφίξιμο των δοντιών, το δάγκωμα των χειλιών, το σφίξιμο των ματιών, οι αναδιπλώσεις του μετώπου, οι μορφασμοί γενικά.

Συχνά ο άρρωστος βογγά, στενάζει, φωνάζει, κλαίει. Οι κινήσεις του σώματος πολλές φορές εκφράζουν πόνο π.χ. η ακινησία, η στροφή.

Απώδλα τα προαναφερθέντα η παρατηρικότητα μας θα βοηθήσει το γιατρό να προσδιορίσει το είδος και το μέγεθος του πόνου ώστε να δοθεί στον άρρωστο η ανάλογη ανακούφιση.

Ο άρρωστος κατ' αρχήν παραπονεύεται για έντονο πόνο πολύ νωρίς μετεγχειρητικά και ο οποίος οφείλεται στο χειρουργικό τραύμα. Όταν ο άρρωστος παραπονείται για τον πόνο τον ρωτάμε σε πιο μέρος πονά (τη θέση του πόνου), ρωτάμε αν είναι συνεχής, περιοδικός ή αιφνίδιος, αν είναι οξύς κ.λπ..

Η χορήγηση φαρμάκων που καταστέλλουν τον πόνο, όπως μορ-

φίνη, πεθιδίνη κ.α. συχνά προκαλούν για μερικές ώρες υπνηλία στον άρρωστο, ο πόνος που προέρχεται από το τραύμα ελαττώνεται με την χορήγηση παυσιπόνων μετά το πρώτο 24ωρο, άρα επίμονος πόνος μπορεί να οφείλεται σε επίσχεση ούρων, σε πίεση προερχομένη από επιδεσμικό υλικό και σε άλλα αίτια.

Ο αγχώδης και νευρικός άρρωστος παραπονείται για περισσότερο πόνο από έναν ήρεμο άρρωστο.

Πριν δώσουμε ένα ναρκοτικό θα πρέπει να θυμόμαστε ότι επηρεάζουν την αναπνοή γι' αυτό αποφεύγονται σε περίπτωση που υπάρχουν αναπνευστικές διαταραχές στο ιστορικό του αρρώστου.

Τα ναρκοτικά αποφεύγονται όταν η αρτηριακή πίεση του είναι χαμηλή ή ασταθής διότι υπάρχει κίνδυνος να πάθει σοκ ο άρρωστος.

B. Ναυτία και έμετος

Η μετεγχειρητική ναυτία και ο έμετος μπορεί να οφείλονται σε διάφορους λόγους στους οποίους περιλαμβάνεται η αναισθησία, η ευαισθησία σε ορισμένα φάρμακα, οι χειρουργικοί χειρισμοί ή τέλος κάποια σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή.

Ψυχολογικά, αν ο άρρωστος προεγχειρητικά φοβάται μήπως μετεγχειρητικά κάνει έμετο συχνά κάνει. Ο έμετος και η ναυτία που προέρχονται από την αναισθησία συνήθως παρέρχονται σε οκτώ με δέκα ώρες.

Τις περισσότερες φορές ο μετεγχειρητικός έμετος αντιμετωπίζεται με ήπια αντιεμετικά, μερικά από τα οποία είναι PRIPERAN. Επίμονοι έμετοι μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρή κατάσταση

διότι διαταράσσουν το ισοζύγιο των υγρών και προκαλούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Γι' αυτό το λόγο ο έμετος αντιμετωπίζεται πολύ νωρίς για να μην έχει τέτοιες δυσάρεστες επιπτώσεις.

Γ.Η δυσφορία υπογάστριου ή μετεωρισμός

Οφείλεται σε συλλογή αερίων στον στόμαχο ή στα έντερα και έτσι προκαλείται ο πόνος από αέρια, λόγω διάτασης. Λόγω της προσωρινής καταργήσεως των περισταλτικών κινήσεων τα αέρια δεν μετακινούνται. Όταν υπάρχει επίμονη διάταση των εντέρων επηρεάζεται και η λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος.

Μέτρα με τα οποία ανακουφίζεται ο άρρωστος σ' αυτή την περίπτωση, είναι η τοποθέτηση στον πρωκτό ενός σωλήνα αερίων ο οποίος πρέπει να έχει λιπανθεί με ελαιώδη ουσία πριν εισαχθεί. Μπορεί δε να παραμείνει το πολύ έως 30⁰ της ώρας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάθε 4-5 ώρες εάν ο άρρωστος δεν έχει ανακουφιστεί. Το ελεύθερο μέρος του σωλήνα αερίων πρέπει να τοποθετηθεί σ' ένα νεφροειδές.

Η έγερση του αρρώστου νωρίς και η επανασίτισή του με κανονική δίαιτα προλαμβάνουν συχνά τον μετεωρισμό και την απ' αυτόν προερχόμενη δυσφορία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η εγχείρηση του θυρεοειδούς παρουσιάζει συχνά ποικίλες επιπλοκές, ανεξάρτητα από την ικανότητα του χειρουργού, την άρτια προ και μετεγχειρητική αγωγή ή την επιδεξιότητα του αναισθησιολόγου. Οι κυριότερες επιπλοκές είναι:

1. Μετεγχειρητικό αιμάτωμα: Είναι η συλλογή αίματος και πηγμάτων στο τραύμα και οφείλεται σε κακή αιμόσταση. Είναι η συχνότερη επιπλοκή. Ο λαιμός διογκώνεται, η αναπνοή δυσχεραίνεται μέχρι ασφυξίας και ο άρρωστος παρουσιάζει κυάνωση (μαυρίζει). Η κατάσταση είναι βαριά και επιβάλλει άμεση διάνοιξη του τραύματος, αφαίρεση των πηγμάτων του αίματος και έλεγχος της αιμορραγούσας περιοχής.

2. Δύσπνοια: Είναι αποτέλεσμα πύεσης της τραχείας από αιμάτωμα ή οίδημα.

3. Τετανία: Είναι βαριά επιπλοκή, οφείλεται σε τραυματική βλάβη των παραθυρεοειδών αδένων ή αφαίρεση τους μαζί με τον θυρεοειδή.

Η πρόγνωσή της είναι ανάλογη της βλάβης: επανορθώσιμη σε απλό τραυματισμό, μόνιμη σε περίπτωση συνεξαιρέσεως των παραθυρεοειδών αδένων. Τα συμπτώματα είναι:

α) Μυϊκή αδυναμία.

β) Τρόμος χεριών.

γ) Τετανικός σπασμός μετά από κάθε ερεθισμό. Συνήθως οι σπασμοί αρχίζουν από τους μασητήρες και τους μυς των χεριών.

Θεραπεία: Χορηγούνται σκευάσματα ασβεστίου και βιταμίνης D. Επανελέγχεται το ασβέστιο του ορού 3-6 μήνες μετά την εγχείρηση.

4. Τρώση των κάτω λαρυγγικών νεύρων: Είναι βαριά επιπλο-

κήναι μόνιμη. Τα κάτω λαρυγγικά νεύρα πορεύονται κατά την οπίσθια επιφάνεια των λοβών του θυρεοειδούς και εύκολα κόβονται κατά την εγχείρηση. Σε ετερόπλευρη βλάβη παρατηρείται βράγχος φωνής και δυσφωνία, ενώ σε αμφοτερόπλευρη βλάβη, αφωνία και δύσπνοια.

Για την αξιολόγηση της φωνής του ασθενούς ζητάμε από αυτόν, αμέσως μόλις έρθει στο θάλαμο και περιοδικά κάθε 30 ή 60 λεπτά, να πει το όνομά του ή να μιλήσει. Αν παρουσιάζει βράγχος και αδυνατία φωνής, η Νοσηλεύτρια τον καθησυχάζει πως είναι παροδική αυτή η αλλαγή και τον συμβουλεύει να περιορίζει την ομιλία.

5. Μυξοίδημα: Οφείλεται σε υπολειτουργία του θυρεοειδούς αδένου. Είναι αποτέλεσμα υπερβολικής αφαιρέσεως του θυρεοειδούς αδένου. Εμφανίζει δέρμα ξηρό και οιδηματώδες, πνευματική υπολειτουργία, μείωση της δραστηριότητας, καρδιακή δυσλειτουργία και άλλα.

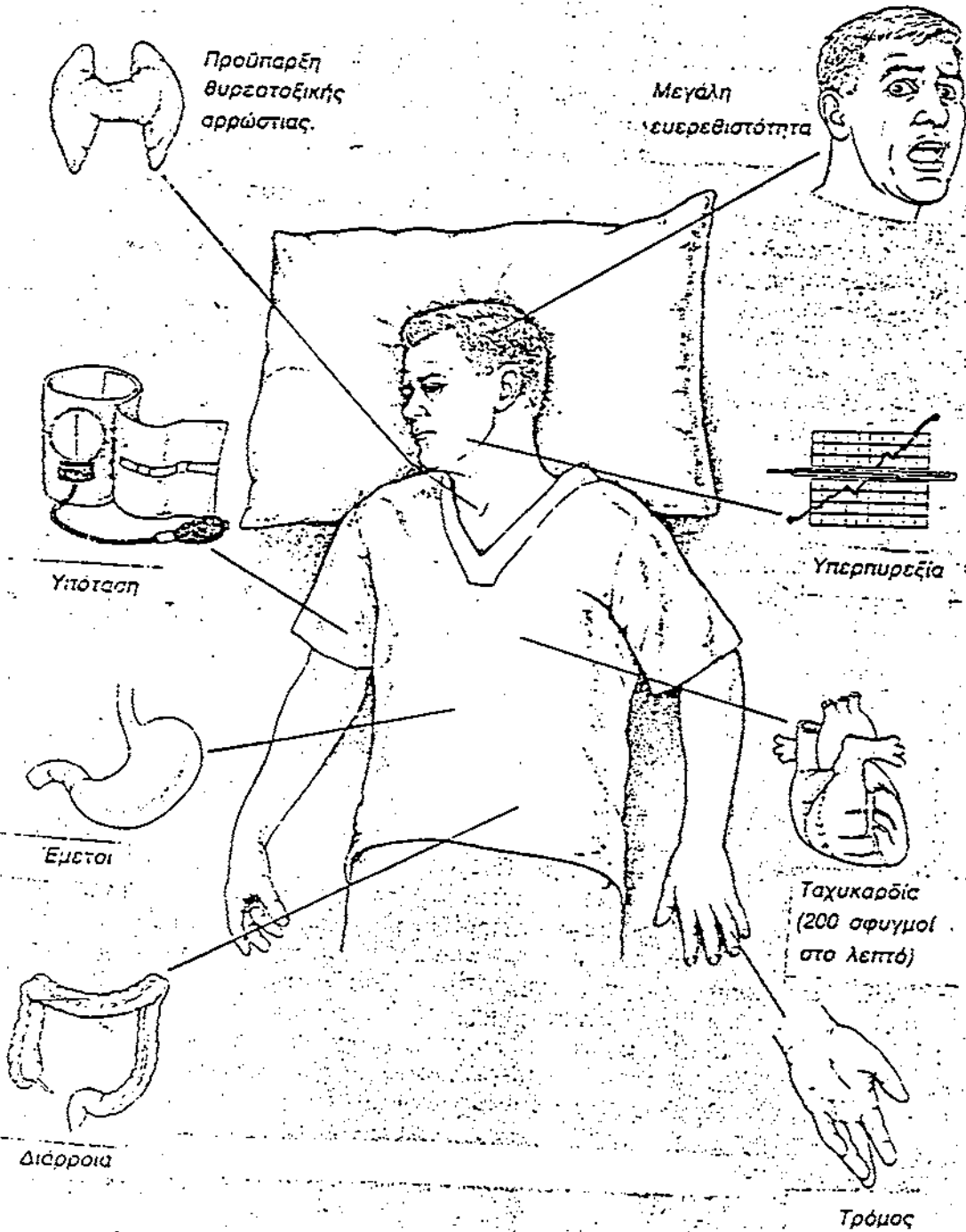
Θεραπεία: Ο πάσχων παίρνει θυροξίνη ισοβίως.

6. Υποτροπή του υπερθυρεοειδισμού: Είναι συχνή όταν η αφαίρεση του αδένου είναι περιορισμένη. Τυχόν επανεγχείρηση πρέπει να γίνει από πεπειραμένο χειρουργό. Χορηγείται και ραδιενεργό ιώδιο για την καταστροφή των υπολειμμάτων του αδένου. Είναι προτιμότερο το μετεγχειρητικό μυξοίδημα, παρά η υποτροπή του υπερθυρεοειδισμού.

7. Θυρεοειδική κρίση: Είναι σπάνια κατάσταση, αποτελεί όμως ισόβιο κίνδυνο για τον ασθενή με μη ελεγχόμενο υπερθυρεοειδισμό.

Αίτια της θυρεοτοξικής κρίσεως μπορεί να είναι: τραύμα του θυρεοειδούς, φλεγμονές του αδένου, συναισθηματική ένταση και

εγχείρηση θυρεοειδή σε υπερθυρεοειδικούς αρρώστους που δεν έχουν κατάλληλα προετοιμαθεί γι' αυτήν.



Εικόνα 2.3. Θυρεοτοξική κρίση (κλινική εικόνα).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της θυρεοτοξικής κρίσεως η <<καταιγίδα>> αποτελείται από κρραυνοβόλο επώδυνωση όλων των σημείων και συμπτωμάτων της θυρεοτοξικώσεως.

Ο άρρωστος παρουσιάζει υπερπυρεξία (40°C) ή και (περισσότερο), καθώς το σώμα αδυνατεί να αποβάλλει την παραγόμενη θερμότητα, που προκαλεί η μεγάλη αύξηση του μεταβολισμού, ταχυκαρδία, μεγάλο βαθμό ευερεθιστότητας, παραλήρημα και τελικά κώμα, που μπορεί να καταλήξει σε θάνατο από καρδιακή ανεπάρκεια. Το σύνδρομο είναι δυνατόν να εξελιχθεί γρήγορα σε κώμα, SHOCK και θάνατο. Ακόμα και με την καλύτερη αγωγή η θνησιμότητα είναι περίπου 20%.

Σε σπάνιες περιπτώσεις η κλινική εικόνα είναι λιγότερο θορυβώδες και συνίσταται σε απάθεια, μεγάλη εξάντληση και κώμα με ελαφρά μόνο ανύψωση της θερμοκρασίας. Πιστεύεται ότι σε ορισμένους αρρώστους η θυρεοτοξική κρίση προκαλείται από ή συνοδεύεται με φλοιοεπιϋεφριδική ανεπάρκεια.

Η θεραπεία της θυρεοτοξικής κρίσης και η Νοσηλευτική φροντίδα εξαρτώνται από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και τα εργαστηριακά ευρύματα. Η θεραπεία περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων υπέρτονου διαλύματος γλυκόζης για την αντιμετώπιση της αφυδατώσεως και της διαταραχής της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών, χορηγείται υδροκορτιζόνη και ιώδιο και γίνεται ενδομυϊκή χορήγηση βιταμινών του συμπλέγματος Β για την αντιμετώπιση επινεφριδικής ανεπάρκειας.

Όταν δεν υπάρχουν ενδείξεις χορηγείται ρεζεργίνη η προπρανολόλη για μείωση της δραστηριότητας του συμπαθητικού. Ε-

πίσης επιβάλλεται έναρξη ή συνέχιση της χορηγήσεως μεγάλων δόσεων αντιθυρεοειδικών φαρμάκων για την ελάττωση εκκρίσεως ορμονών.

Ο άρρωστος τοποθετείται σε δροσερή, υγραινόμενη τέντα οξυγόνου και η υπερπυρεξία αντιμετωπίζεται ανάλογα με παγοκύστες σε περιοχές του σώματος όπου περνούν μεγάλα αγγεία (μασχάλες, βουβωνικές χώρες) και χορηγείται οξυγόνο.

Χορηγούμε ηρεμιστικά και καρδιοτονωτικά φάρμακα ανάλογα με την κατάσταση της καρδιάς. Σε εμφάνιση καταπληξίας (SHOCK) μπορούμε να χορηγήσουμε ενδοφλέβια αντιϋποτασικά φάρμακα με μεγάλη προσοχή, επειδή οι υπερθυρεοειδικοί άρρωστοι παρουσιάζουν ιδιαίτερη ευαισθησία στα φάρμακα αυτά.

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Το χειρουργικό τραύμα πρέπει να το ελέγχουμε συχνά τόσο για πιθανή αιμορραγία όσο και για εκροή. Εάν η εκροή αίματος διαποτίσει το επιδεσμικό υλικό τότε προστίθεται και άλλο καθαρό υλικό πάνω από τα αρχικά τοποθετούμενο, ενισχύοντας έτσι το τραύμα. Αλλαγή γίνεται κατόπιν εντολής. Οποιαδήποτε αλλαγή τραύματος, γίνεται με όρους τέλει ασηψίας. Κάθε νοσοκομείο έχει ειδικό δωμάτιο αλλαγών, που γίνονται οι αλλαγές, ενώ σε άλλα νοσοκομεία δεν υπάρχουν δωμάτια αλλαγών, οπότε η περιποίηση του τραύματος γίνεται στο θάλαμο.

Για την περιποίηση του τραύματος απαιτείται ένα χωριστό πακέτο που λέγεται σετααλλαγής που περιέχει νεφροειδές, γάζες, τολύπια βάμβακος, δύο λαβίδες και ένα ψαλίδι. Αποστειρώνεται και τοποθετείται στο πάνω μέρος του τροχήλατου.

Η προετοιμασία του τροχήλατου γίνεται στο δωμάτιο αλλα-

γής, πριν από την τοποθέτηση των διαφόρων αντικειμένων πάνω σ' αυτό, γίνεται καθαριότητα αυτού με αντισηπτικό σαπούνι.

Το τροχηλάτο αλλαγών περιέχει στο επάνω μέρος:

1. Σετ αλλαγών
2. Κουτί αποστειρωμένο με γάζες και τολύπια
3. Πολυπάργα
4. Οινόπνευμα
5. Αντισηπτικό
6. Οξυζενέ
7. Βενζίνη
8. Αιθέρας
9. Διάφορες αντιμικροβιακές σκόνες
10. Αναισθητικό
11. Φυσιολογικό ορό
12. Μαχαυρίδια
13. Σύριγγες διαφόρων μεγεθών
14. Νεφροειδές με ψαλίδι-λευκοπλάστ
15. Κάψα με τολύπια
16. Κάψα με βελόνες
17. Γάντια αποστειρωμένα

Κάτω μέρος

Δύο λεκάνες

Δύο κάψες

Νεφροειδές

Επίδεσμοι

Τετράγωνο αδιάβροχο και αλλαγών αποστειρωμένα μιάς χρήσεως.

Την περιποίηση του τραύματος την κάνει ο γιατρός με την νοσηλεύτρια.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή για το τι πρόκειται να του γίνει. Κατόπιν απομακρύνει τους επισκέπτες και τοποθετεί παραβάν για να τον καλύψει από τα βλέμματα των άλλων ασθενών.

Κατεβάζει τις κουβέρτες μέχρι τα πόδια του και τοποθετεί το τετράγωνο αδιάβροχο και αλλαγών, κατόπιν αφαιρεί την παλιά επίδεση με βενζίνη και η νοσηλεύτρια ανοίγει το σετ προσεκτικά.

Ο γιατρός φοράει τα αποστειρωμένα γάντια, παίρνει τη λαβίδα που έχει γάζα εμποτισμένη με φυσιολογικό ορό και το καθαρίζει, στη συνέχεια το καθαρίζει με αντισηπτικό και το καλύπτει με αποστειρωμένες γάζες που στερεώνονται με λευκόπλάστ.

Τέλος, η νοσηλεύτρια απομακρύνει το τροχήλατο και τακτοποιεί τον ασθενή και τα διάφορα άλλα αντικείμενα για να είναι έτοιμα για την επόμενη χρήση τους.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε τα τοποθετούμε σε αντισηπτική διάλυση και τα στέλνουμε για αποστείρωση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5ο

ΔΙΑΙΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Στον άρρωστο μετεγχειρητικά δεν δίνουμε τροφή για 12-20 ώρες μέχρι να επανέλθουν οι περισταλτικές κινήσεις του εντέρου γιατί ίσως προκαλέσει ναυτία, εμέτους και δημιουργήσει αέρια. Επιτρέπεται το βρέξιμο των χειλιών του με νερό για να ανακουφίζεται από το αίσθημα της δίψας ενώ συγχρόνως ο άρρωστος παίρνει ενδοφλέβια ορούς. Λόγω μικρής δυσκολίας στην κατάποση δίνονται υδαρείς και πολτώδεις τροφές.

Αργότερα, ο άρρωστος δεν εμποδίζεται στο να διαλέξει το είδος της τροφής. Τον ενθαρρύνουμε να παίρνει τροφές πλούσιες σε θερμίδες για να επανακτήσει το χαμένο βάρος. Είναι σκόπιμο να χορηγούνται συμπληρωματικά βιταμίνες, επειδή οι απαιτήσεις γι' αυτές είναι αυξημένες. Η συνέχιση της αυξημένης πρόσληψης θερμίδων και μετά τον έλεγχο του υπερθυρεοειδισμού, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους κι αυτό πρέπει ν' αποφεύγεται.

Το διαιτολόγιο τους να είναι πλούσιο σε τροφές που περιέχουν ιώδιο όπως γαρίδες, ορισμένα ψάρια, κοτόπουλο, τυρί και άλλα.

Το κλίμα παίζει σημαντικό ρόλο, η παραμονή τους κοντά σε θάλασσα είναι ευνοϊκή για τους αρρώστους αυτούς, γιατί η περιεκτικότητα των τροφών σε ιώδιο ποικίλλει ανάλογα με την σύσταση του εδάφους από το οποίο προέρχονται, τροφές που προέρχονται από φυτά που καλλιεργούνται κοντά σε θάλασσα έχουν περισσότερη περιεκτικότητα ιωδίου από αυτές που καλλιεργού-

νται σε ορεινές περιοχές. Οι ανάγκες σε ιώδιο μειώνονται με την ηλικία, ενώ είναι αυξημένες σε παιδιά και στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ
ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μόλις οι κίνδυνοι της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου περάσουν, συγκεντρώνουμε την προσοχή του στην εκπαίδευση του αρρώστου στα εξής θέματα:

1. Του διδάσκουμε να υποβαστάζει το κεφάλι και το λαιμό του με τα χέρια του όταν μετακινείται ή σηκώνεται από το κρεβάτι. Αυτό μπορεί να το κάνει από τη δεύτερη μέρα.

2. Με την αφαίρεση των ραμμάτων τον διδάσκουμε να κάνει ασκήσεις λαιμού προς, δεξιά, αριστερά και εκτάσεως κεφαλής πίσω για την πρόληψη ριχνώσεων στην περιοχή της τομής.

3. Για την καλύτερη αισθητική έκβαση της ουλής του τραύματος τον ενημερώνουμε να βάζει κρέμα στην περιοχή του τραύματος καθημερινά μετά την αφαίρεση των ραμμάτων.

4. Σε ολική θυρεοειδεκτομή τον πληροφορούμε και του εξηγούμε την ανάγκη να λαμβάνει θυρεοειδικές ορμόνες.

5. Του κανονίζουμε επίσκεψη στο γιατρό μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Δίνουμε έμφαση στην ανάγκη να επισκέπτεται το γιατρό δύο φορές το χρόνο για το υπόλοιπο της ζωής του για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση κάποιας επιπλοκής, όπως υποθυρεοειδισμός, υποπαραθυρεοειδισμός ή επανεμφάνιση υπερθυρεοειδισμού.

Η μέρα αποχώρησης του ασθενούς από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του.

Προετοιμάζεται τόσο ο ίδιος όσο και το άμεσο περιβάλλον για την καλύτερη προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον.

Τα αισθήματα που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδό του

από το νοσοκομείο, συνήθως είναι αισθήματα ικανοποίησης, χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα όμως είναι διστακτικός, ανησυχεί και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του, να μας θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνουμε το ενδιαφέρον μας για τα προβλήματά του.

Ο ασθενής ο οποίος θα συνεχίσει τη λήψη θυρεοειδικών ορμονών και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψής τους.

Όταν κριθεί από τον γιατρό ότι ο ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, ακολουθεί ειδοποίηση των συγγενών, χορήγηση ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών.

Τη μέρα της αποχωρήσεως, εκδίδεται το εξιτήριο από τον γιατρό και βοηθάμε τον ασθενή να ετοιμαστεί για την έξοδό του.

Όταν είναι τελείως έτοιμος για να φύγει έχοντας κοντά του τους συγγενείς του, η προϊσταμένη και η νοσηλεύτρια του τμήματος τον χαιρετούν και του εύχονται πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1ο

Όνομα: Βασιλακοπούλου Μαίρη

Ηλικία: 56 ετών

Ημερομηνία εισόδου: 12.1.1989

Από έτους αναφέρει κτύπους στο προκάρδιο και στην βάση του τραχήλου. Επίσης παρουσιάζει τα εξής:

Απώλεια βάρους, παρά την αυξημένη όρεξη, αίσθημα κόπωσης, ταχυκαρδίες, διαρροϊκές κενώσεις, δύσπνοια, εξάψεις, εφιδρώσεις, δυσανεξία στη ζέστη, αϋπνίες, άγχος και ανησυχία. Συνεστήθη από τον παθολόγο ιατρό έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας. Έγιναν οι εξετάσεις, τα αποτελέσματα των οποίων ήταν:

$T_3 \rightarrow 2,70$

$T_4 \rightarrow >14$

TSH $\rightarrow 0,55$

Από τα λεγόμενα της ασθενούς, αποδείχθηκε ότι είχε συχνή επαφή με ιωδιούχα. Κάνει συχνές πλύσεις στοματικής κοιλότητας με στοματικό διάλυμα που περιέχει μεγάλη ποσότητα βάμμα. Από την κλινική εξέταση βρέθηκε θυρεοειδής με μικρή διόγκωση, κύρια στη βάση. Τα τενοτικά αντανακλαστικά ήταν ζωηρά, τρόμος (-), LID-LAG (-), ΑΠ: 140/80 MMHG, σφύξεις 90/λεπτό, Β.Σ. 66 κιλά.

Άρχισε θεραπεία με THYROSTAT 2X3 (2-2-2). Συνεχίστηκε

θεραπεία με THYROSTAT μέχρι 15.3.1989 οπότε μειώθηκε η δόση σε 2X2 (2 πρ. - 2 βρ.).

Από την κλινική εξέταση βρέθηκε θυρεοειδής αμετάβλητος, δέρμα φυσιολογικό, τρόμος (-), LID-LAG (-), τενόντια αντανάκλαστικά Κ.Φ., Αχίλλεια αντανάκλαστικά Κ.Φ.. Β.Σ.: 60 κιλά, Σφύξεις 78/λεπτό. Από τις εξετάσεις που έγιναν βρέθηκαν:

T_4 -> 9,9

TSH -> 7,5

Η ασθενής είναι πλέον θυρεοειδική. Θα συνεχίσει θεραπεία με TST $\frac{1}{2}$ X2.

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
Απώλεια βάρους σώματος εμφανής (παρά την καλή όρεξη του ασθενή).	- Έντονη αύξηση του μεταβολισμού των πρωτεϊνών. - Δεν επαρκεί το κανονικό διαιτολόγιο. - Υπερμηντητικότητα γαστροεντερικού σωλήνα.	- Μέτρηση σωματικού βάρους. - Εμπλουτισμός διαιτολογίου με τροφές πλούσιες σε λευκώματα. - Η θερμιδική αξία του διαιτολογίου πρέπει να φτάνει τις 3.500 KCAL ημερησίως. - Χορήγηση βιταμινών συμπληρωματικά.	Έγινε μέτρηση του σωματικού βάρους και βρέθηκε ότι ήταν 66 κιλά. Εμπλουτίσθηκε το διαιτολόγιο της ασθενούς πλούσιες σε λευκώματα. Η θερμιδική αξία του διαιτολογίου της έφτασε στις 3.500 θερμίδες την ημέρα. Χορηγήθηκαν βιταμίνες.	Με τις νοσηλευτικές μας παρεμβάσεις κατορθώσαμε να μειώσουμε την απώλεια βάρους και να καλυτερεύσουμε το διαιτολόγιό της.
Αίσθημα κόπωσης και εύκολη κόπωση.	Ο άρρωστος έχει αυξημένες κόψεις και μεταβολισμό των πρωτεϊνών και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την εύκολη κόπωση.	Για να μπορέσουμε να περιορίσουμε το αίσθημα κόπωσης θα πρέπει: - Να περιοριστούν οι δραστηριότητες του αρρώστου. - Να γίνει εμπλουτισμός του διαιτολογίου της σε λευκώματα.	Έγινε ενημέρωση της ασθενούς να μειώσει όσο μπορεί μερικές από τις δραστηριότητες της και το διαιτολόγιό της να είναι πλούσιο σε λευκώματα.	Η ασθενής ήδη αναφέρει ότι νιώθει καλύτερα. Με τα μέτρα που πάρθηκαν περιορίστηκε στο ελάχιστο το αίσθημα κόπωσης και κόπωσης.

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
Αίσθημα παλμών & σασταχοκαρδία.	Το κυκλοφοριακό σύστημα προσαρμόζεται στην αύξηση των καύσεων του οργανισμού με την αύξηση του όγκου παλμού, του όγκου αίματος και μέτρα αύξηση των συστολικών πιέσεων.	Για να αντιμετωπίσουμε το σύμπτωμα της ταχυκαρδίας & του αισθήματος του παλμού θα πρέπει να γίνεται: -Αμφιβής μέτρηση σφυγμών -Αμφιβής μέτρηση αρτηριακής πίεσης αίματος.	Κατά τακτά χρονικά διαστήματα γίνονται η αμφιβής λήψη των σφυγμών και της ΑΠ του αίματος.	Με αυτή την νοσηλευτική παρέμβασή μας καταρθώσαμε να έχουμε την σωστή εικόνα της ασθενούς και να μπορούσαμε να επέμβουσα άμεσα όταν αυτό κρίθηκε απαραίτητο.
Διαρροϊκές κενώσεις.	Η διάφροια που παρουσιάζει η ασθενής είναι αποτέλεσμα της υπερκινητικότητας του παχέως εντέρου.	Η παρέμβασή μας συγκεντρώνεται στο να περιορίσουμε τις τροφές που περιέχουν κυτταρίνη και να παρέχουμε άφθονα υγρά για να μην αφθωδαίνωται ο οργανισμός της.	-Περιορίστηκαν οι τροφές που περιέχουν κυτταρίνη. -Δόθηκαν στην ασθενή άφθονα υγρά για να μην αφθωδαίνωται ο οργανισμός της.	Οι διαρροϊκές κενώσεις έχουν σταματήσει με τα μέτρα που εφαρμόσαμε. Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα και πιο άνετα.
Δύσπνοια.	Η αύξηση του κυτταρικού μεταβολισμού οδηγεί στην αύξηση των καύσεων, οι οποίες στη συνέχεια αυξάνουν τις ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο.	Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας είναι να ανακουφίσει την ασθενή από την δύσπνοια. Αυτό θα το επιτύχει λαμβάνοντας τα πιο κάτω μέτρα: -Χορήγηση οξυγόνου μετά οδηγίας γιατρού.	Τοποθετήθηκε η ασθενής σε ανάρροπη θέση. Φροντίστηκε να αερίζεται καλά το περιβάλλον της	Κατορθώσαμε με τις νοσηλευτικές ενέργειες να μειώσουμε στο ελάχιστο την δύσπνοια της ασθενούς.
		-Τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση. -Φροντίδα για καθαρά αέρα και υγρασία περιβάλλον.		

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
Δέρμα ελαφρά θερμό.	Αυξημένες καύσεις από την υπερέκφιση της θυροξίνης.	-Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος. -Χρησιμοποίηση βαιβακερού λεπτού ιματισμού (σεντόνια-νυκτινικό).	Διατηρήθηκε η θερμοκρασία του δωματίου σε χαμηλά επίπεδα. Χρησιμοποιήθηκε ο κατάλληλος φωτισμός.	Με τα μέτρα που λάβαμε στην νοσηλευτική φροντίδα, είχαν σαν αποτέλεσμα την ανακούφιση της ασθενούς από το σύμπτωμα αυτό.
Περιφερική αγγειοδιαστολή (εξάψεις)	Λόγω ενεργοποίησης του χολινεργικού συστήματος, επέρχονται οι εξάψεις. Εμφανίζεται υπερέκφιση αδρεναλίνης και υπάρχει επίδραση του αυτόνομου νευρικού συστήματος.	-Μείωση θερμοκρασίας του περιβάλλοντος. -Αποφεύγονται οι συγκινησεις. -Χρησιμοποιούνται ηρεμιστικά φάρμακα μετά από οδηγία γιατρού. -Πρέπει να γίνει περιορισμός του αριθμού των επισκεπτών που είναι κορραστικοί για την ασθενή. -Προλαμβάνονται ερεθίσματα που αυξάνουν το άγχος και την ευερεθιστότητα.	Διατηρήθηκε η θερμοκρασία του περιβάλλοντος σε σταθερά επίπεδα 18 ^ο -20 ^ο C. Της χορηγήθηκαν ηρεμιστικά φάρμακα μετά από οδηγία γιατρού. Περιορίσαμε τον αριθμό των επισκεπτών ώστε να αποφευχθούν συγκινησεις & ερεθίσματα που αυξάνουν το άγχος και την ευερεθιστότητα.	Με τις νοσηλευτικές μας παρεμβάσεις κατορθώσαμε να μειώσουμε το άγχος, την ανυπαχία και την ευερεθιστότητα που ένιωθε η ασθενής. Με τη διατήρηση της σωστής θερμοκρασίας του περιβάλλοντος μειώθηκαν οι εξάψεις.

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
Εφιδρώσεις & δυσανεξία στη ζέση.	-Αυξημένες καύσεις από την υπερέκκριση της θύνης, και -Ενεργοποίηση του χολινεργικού συστήματος έχουν σαν αποτέλεσμα τις εφιδρώσεις και τη δυσανεξία στη ζέση.	-Λόγω των εφιδρώσεων η ασθενής να προφυλάσσεται από τον κίνδυνο της ψύξεως. Μείωση θερμοκρασίας του περιβάλλοντος. -Ιματισμός λεπτός και βαμβακερός. -Χρησιμοποίηση ανεμιστήρων αν χρειαστεί.	Διατηρήθηκε η θερμοκρασία του περιβάλλοντος σε σταθερά επίπεδα και με τη βοήθεια ανεμιστήρα ώστε να μην είναι πολύ υψηλή. Χρησιμοποιήθηκε ιματισμός λεπτός και βαμβακερός. Οι ανεμιστήρες ήταν σε τέτοια θέση ώστε να μην κινδυνεύει η ασθενής να πάθει ψύξη.	Η ίδια η ασθενής αναφέρει ότι η κατάσταση της έχει βελτιωθεί κατά πολύ.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2ο

Όνομα: Κανελλοπούλου Χρυσούλα

Ηλικία: 20 ετών

Ημ.Εισόδου: 31.10.1990

Σύμφωνα με το ιστορικό της παίρνει αγωγή από τις 18.8.1987 για νόσο του GRAVES. Τα συμπτώματα που την οδήγησαν να επισκεφτεί ενδοκρινολόγο ήταν τα εξής:

<<πρήξιμο>> στο λαιμό, εφιδρώσεις, δυσανεξία στη ζέση, αύξηση της όρεξης για φαγητό, χωρίς όμως αύξηση του σωματικού βάρους, ευερεθιστότητα, ταχυκαρδίες, παρουσίαζε τρόμο.

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν τα εξής:

Βρογχοκήλη (ομαλή) κάτω από τον κρικοειδή, με περίμετρο 35 εκ. και περίπου 10 γρ.υπόσκληρη. Παρουσίαζε έντονο φύσημα αριστερού λοβού κυρίως και λιγότερο του δεξιού.

Οι σφύξεις ήταν 120/λεπτό ρυθμικές, αρτηριακή πίεση 140/80 MMHG και σωματικό βάρος 58 κιλά, τρόμος (+), δέρμα φυσιολογικό, τόνοντια αντανανκλαστικά φυσιολογικά, ζωνρά αχίλλεια αντανανκλαστικά: Ταχεία επαναφορά, LID-LAG (-), εξόφθαλμος (-), SPAN 100'Δ 18 A 18

Οι ειδικές εξετάσεις αίματος έχουν δείξει:

$$T_3 = 4,8$$

$$T_4 = 11,5$$

$$TSH < 0,2$$

ANTI M (+) 1/102.400

ANTI T (+) > 1/640

Άρχισε αγωγή με THYRFSTAT 3-3 και INTERAL TB $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ για ενάμιση μήνα. Της έγινε ενημέρωση για τυχόν παρενέργειες.

Στη συνέχεια μειώθηκε το THYROSTAT και στις 15.3.1988 άρχισε η αγωγή και με T4 : 500 MG X 1. Η αγωγή αυτή συνεχίστηκε

κανονικά όμως παρουσίαζε μεγάλη διόγκωση του θυρεοειδούς, περίπου 120 γρ. με φύσημα σε αμφοτέρους τους λοβούς.

Στις 13.12.1988 αυξήθηκε η δόση του THYROSTAT 2-2 και του T4 από 500 MG σε T4 των 100 MG. Καμμία αλλαγή δεν παρατηρείται. Ο θυρεοειδής παρουσιάζει διάχυτη μαλακή διόγκωση περίπου 90 γρ. με έντονο φύσημα κυρίως στον αριστερό λοβό.

Συνέχισε την ίδια αγωγή για 2 χρόνια, και ο θυρεοειδής παρέμεινε αμετάβλητος. Το σωματικό βάρος παρέμεινε σταθερό 60 κιλά, όχι ταχυκαρδίες και αϋπνίες, το δέρμα θερμό, λεπτό τρόμος (+) LID-LAG (-), εξόφθαλμος (-), ΑΠ: 105/70 ΜΜΗΓ, σφύξεις 100/λεπτό, τενόνια αντανακλαστικά φυσιολογικά, αχίλλεια αντανακλαστικά ταχεία επαναφορά. Η ασθενής είναι θυρεοειδική. Αποφασίστηκε χειρουργική επέμβαση με την συναίνεση της ασθενούς.

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
<p>Ψυχολογική προετοιμασία της άρρωστης για χειρουργική επέμβαση. Καταπολέμηση άγχους, νευρικότητας, αϋπνίας, ευερεθιστότητας.</p>	<p>Η ανησυχία πριν από την επέμβαση αλλά και η έλ- δια η νόσος δημιουργούν τα συμπτώματα αυτά.</p>	<p>-Τοποθέτηση της αρρώστου σε δωμάτιο με άλλο άρρωστο που έκανε θυρεοειδεκτομή και βρίσκεται σε πλήρη ανάρρωση, ούτως ώστε να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες της σχετικά με την επέμβαση. -Μείωση του αριθμού των επισκεπτών και κυρίως αυτών που επιθυμούν την άρρωστη. Περιορισμός των συζητήσεων με θέματα που δεν διεγείρουν ή επηρεάζουν την ασθενή. -Περιορισμός των θορύβων, σπαργή έντονου φωτισμού στο δωμάτιο. -Αποφυγή λήψης διεγερτικών τροφών όπως καφές, τσάι κ.α.. -Απασχόληση της αρρώστου (σασοληθιοθεραπεία-εργασιοθεραπεία) ώστε να επιτύχουν την απομάκρυνση της σκέψης της αρρώστου από την επέμβαση. -Χορήγηση των φαρμάκων από το γιατρό (αντιθυρεοειδικά, ηρεμιστικά), με απόλυτη ακρίβεια. Χορήγηση υπνωτικού το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης για εξασφάλιση ύπνου και ανάπαυσης.</p>	<p>Η άρρωστη τοποθετήθηκε σε δωμάτιο με άλλη ασθενή η οποία είχε υποστεί θυρεοειδεκτομή και βρισκεται στο στάδιο της ανάρρωσης, με αποτέλεσμα η ασθενής να νοιώθει καλύτερα. Το δωμάτιο ήταν κατάλληλα φωτισμένο και απομακρυσμένο από θορύβους και οι επισκέψεις μειώθηκαν. Χορηγήθηκαν κανονικά τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα που έπαιρνε ως αγωγή και επίσης έγινε χορήγηση υπνωτικού.</p>	<p>Με τα νοσηλευτικά μέτρα που πάρθηκαν κατορθώσαμε να μειώσουμε τα ψυχολογικά προβλήματα της αρρώστου, και να σιέφτεται πιο ήρεμα την επέμβαση.</p>

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
Φυσική προετοιμασία της αρρώστου για χειρουργική επέμβαση.	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
Φυσική προετοιμασία της αρρώστου για χειρουργική επέμβαση.	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας

Φυσική προετοιμασία της αρρώστου για χειρουργική επέμβαση.

-Αρυγγοσκόπηση για έλεγχο φωνητικών χορδών.
 -Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τις ενέργειές μας μετά την επέμβαση.
 -Το βράδυ πριν από την εγχείρηση και κυρίως μετά τα μεσάνυχτα δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα.
 -Εξασφάλιση αίματος για αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας με τεχνητή αιμοποίηση.
 -Ευχρόνος έλεγχος των ζωτικών σημείων.

Έγινε λαρυγγοσκόπηση αφού ενημερώθηκε η ασθενής ότι η εξέταση είναι ανώδυνη και χρήσιμη για την εξέταση των φωνητικών χορδών. Ενημερώθηκε σχετικά με:
 -Το περιορισμό της σιμίας μετά την επέμβαση.
 -Πιθανή χορήγηση οξυγόνου για διευκόλυνση της αναπνοής.
 -Μετεγχειρητική χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.
 -Έλεγχος των σφύξεων ως προς τη συχνότητα και το ρυθμό.

Με όλη την προεγχειρητική μας φροντίδα προετοιμάσαμε την αρρώστο για την επέμβαση που ακολούθησε.

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
Υποστήριξη της κεφαλής.	Ακινησία κεφαλής και λαιμού είναι βασικά για την πρόληψη κάμψης & υπερεκτάσεως του λαιμού με επακόλουθο το τέντωμα της ραφής του τράυματος.	Μετακίνηση της αρρώστου με προσοχή. Ιδιαίτερη φροντίδα παίρνεται για την υποστήριξη της κεφαλής ώστε να μην εφαρμόζεται καμμία τάση στα ράγματα. -Υποστήριξη της κεφαλής με σκληρά μαξιλάρια. -Αποφυγή έκτασης ή κάμψης της κεφαλής (το κεφάλι κρατιέται με τα δύο χέρια κατά την έγερσή της αρρώστου από το κρεβάτι). -Μετακίνηση της κεφαλής μαζί με το υπόλοιπο σώμα κατά την αλλαγή θέσης στο κρεβάτι. -Τοποθέτηση της αρρώστου σε θέση ημι-FOWLER με το κεφάλι αυψωμένο και καλά υποστηριγμένο.	Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση ημι-FOWLER και έγινε υποστήριξη κεφαλής με σκληρά μαξιλάρια. Ενημερώθηκε η άρρωστη μετά την ανάκτηση των αισθήσεών της να μην τεντώνει το λαιμό της.	Με τις νοσηλευτικές μας παρεμβάσεις αποφύγαμε την έκταση ή κάμψη της κεφαλής και δεν εφαρμόστηκε καμμία τάση στα ράγματα.
Μετεγχειρητικός πόνο.	Το πρώτο 24ωρο χορηγούνται αναλγητικά, όπως μορφίνη, πεθιδίνη, για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο & την ξεικούρασή του.	Χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του πόνου.	Χορηγήθηκαν παυσίπονες ενέσεις μετά από εντολή ιατρού.	Με τα αναλγητικά που χορηγήθηκαν η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
<p>-Μέτρηση & αξιολόγηση ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά, μέχρι σταθεροποίηση τους.</p> <p>-Αξιολογήσει η μέτρηση και αξιολόγηση τους κάθε 30 λεπτά για τις επόμενες 24 ώρες.</p>	<p>-Μετά τη θερεοειδεικτομή δυνατό να εμφανιστεί αιμορραγία ή απόφραξη αναπνευστικής οδού.</p> <p>-Αύξηση σφυγμών και υπόταση μπορεί να είναι σημεία αιμορραγίας και SHOCK.</p> <p>-Δύσπνοια, θορυβώδης αναπνοή, τάση των ιστών του λαιμού μπορεί να είναι σημεία αποκράξεως αναπνευστικής οδού.</p>	<p>-Αξιολόγηση των ζωτικών σημείων της αράτου.</p> <p>- Έλεγχος του τραύματος αιμάτωσ μετά τη λήψη των ζωτικών σημείων.</p> <p>-Παρατήρηση της πρόσθιας, οπίσθιας επιφάνειας του λαιμού για αιμορραγία</p> <p>-Εξετάζουμε με προσοχή το πόσο μέρος του λαιμού και αμωπλάτης για αιμορραγία (το αίμα κατευθύνεται προς τα πίσω λόγω της ανάρρωσης θέσης της αράτου).</p> <p>- Έλεγχος της επίδεσης μήπως είναι σφιχτή.</p> <p>-Ενοχλητικό τέντωμα στην περιοχή του τραύματος μπορεί να είναι σημείο ιατρικής αιμορραγίας. Στην περίπτωση αυτή χαλαρώνουμε την επίδεση και καλούμε το γιατρό.</p>	<p>Έγινε αξιολόγηση των ζωτικών σημείων.</p> <p>Ελέγχθηκε το τραύμα & οι περιοχές οι οποίες είναι πιθανές να εμφανίσουν αιμορραγία.</p>	<p>Από την αξιολόγηση των ζωτικών σημείων η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς κρίθηκε καλή. Δεν εμφανίστηκε αιμορραγία.</p>

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
<p>Τοποθέτηση αρρώστου σε ημικαθιστική θέση, εφόσον ανακινήσει άρρωστη.</p> <p>Ημικαθιστική θέση εύκολη για την αναπνοή.</p> <p>Τοποθέτηση αρρώστου σε ημικαθιστική θέση, εφόσον ξυπνήσει από τη νάρκωση.</p> <p>Έγερση της αρρώστου τη δεύτερη μέρα, τόσο όσο την ανέχεται.</p> <p>Χορήγηση υγρών από το στόμα όσο τα ανέχεται η άρρωστη εφόσον δεν παρουσιάζει ναυτία & έμετο.</p> <p>Προσφέρεται στην άρρωστη ρευστή δίοτα τη δεύτερη μέρα της εγχείρησης.</p>	<p>Ημικαθιστική θέση εύκολη να αναπνεύσει άρρωστη.</p> <p>Ημικαθιστική θέση εύκολη για την αναπνοή.</p> <p>Ανακίνηση άρρωστη.</p> <p>Τις αιθήσεις της.</p> <p>Χορήγηση υγρών.</p>	<p>Τοποθέτηση της αρρώστου σε ημικαθιστική θέση, εφόσον ξυπνήσει από τη νάρκωση.</p> <p>Έγερση της αρρώστου τη δεύτερη μέρα, τόσο όσο την ανέχεται.</p> <p>Χορήγηση υγρών από το στόμα όσο τα ανέχεται η άρρωστη εφόσον δεν παρουσιάζει ναυτία & έμετο.</p> <p>Προσφέρεται στην άρρωστη ρευστή δίοτα τη δεύτερη μέρα της εγχείρησης.</p>	<p>Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε ημικαθιστική θέση.</p> <p>Τη δεύτερη μέρα σηκώθηκε από το κρεβάτι για 15 λεπτά περίπου. Διόχιτη στην άρρωστη πως να ανυψώνει το κεφάλι της, υποβοηθώντας το και με τα δύο χέρια της.</p> <p>Επίσης της έγινε ελαφρά εντριβή στο πίσω μέρος του λαιμού με σταθερές και ήπιες κινήσεις, έτσι ώστε να προκαλέσει με χλάση. Προσφέρθηκε στην άρρωστη ρευστή δίοτα.</p>	<p>Η άρρωστη νοιώθει πιο αναπαυτικά σε αυτή τη θέση.</p> <p>Εφαρμόζει πιστά αυτά που της διδάξαμε. Παίρνει από το στόμα αρκετά υγρά. Με τη δίοτα που σκολουθεί νοιώθει να ανακτά κάπως τις δυνάμεις της.</p>
<p>Ενδάρρυνση της αρρώστου να βήχει & να αναπνεύσει βαθιά κάθε 30 λεπτά.</p> <p>Συγγεντρική βλεννώδης εκκρίσεις στην τραχεία, τους βρόγχους & τους πνεύμονες, δημιουργεί αναπνευστικά απόφραξη με επακόλουθα απειλεκτασία πνευμόνων και πνευμονία.</p>	<p>Πρέπει να ενημερώσουμε την άρρωστη ότι πρέπει να βήχει & να αναπνεύσει βαθιά, γιατί εάν δεν αποβάλει από μόνη της τις εκκρίσεις θα πρέπει να γίνει αναρρόφηση των εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα και την τραχεία με ειδική συσκευή.</p>	<p>Έγινε η ενημέρωση στην άρρωστη. Δεν χρειάστηκε να γίνει αναρρόφηση.</p>	<p>Η ασθενής σκολουθεί πιστά τις οδηγίες που της δώσαμε, με αποτέλεσμα να έχουμε καλή μετεγχειρητική πορεία.</p>	

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
<p>Ευνέχισα εισπνοής με υδρατμούς μέχρι τέλεια απελευθέρωση των πνευμόνων από τις εγκρίσεις.</p> <p>Λήψη θερμοκρασίας από το ορθό κάθε 4 ώρες το πρώτο 24ωρο. Στη συνέχεια η λήψη της θερμοκρασίας γίνεται από το στόμα.</p>	<p>Η υγραποίηση του εισπνεόμενου αέρα διευκολύνει την αναπνοή και ρευστοποίηση των βλεννογόνων εγκρίσεων.</p>	<p>Διατήρηση της πόρτας του δωματίου της αρρώστου κλειστή ώστε να διατηρείται ο αέρας του δωματίου υγρός.</p>	<p>Διατηρήθηκε ο αέρας του δωματίου υγρός.</p>	<p>Με τις νοσηλευτικές μας φροντίδες κατορθώσαμε την τέλεια απελευθέρωση των πνευμόνων της αρρώστου από τις εγκρίσεις.</p>
<p>Ένα από τα πρώτα συμπτώματα της θυρεοειδούς κρίσεως είναι η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος.</p>	<p>-Προσεκτική παρακολούθηση της αρρώστου για συμπτώματα θυρεοειδικής κρίσεως (άνοδος της θερμοκρασίας του σώματος, μεγάλη ανησυχία, ευερεθιστότητα, ταχυκαρδία).</p> <p>-Ενημέρωση του γιατρού εάν η θερμοκρασία ανέβει πάνω από τους 37,7°C.</p>	<p>Η θερμοκρασία της αρρώστου είναι στα φυσιολογικά επίπεδα. Δεν παρουσίασε συμπτώματα θυρεοειδικής κρίσης.</p>	<p>Η θερμοκρασία της αρρώστου είναι στα φυσιολογικά επίπεδα. Δεν παρουσίασε συμπτώματα θυρεοειδικής κρίσης.</p>	<p>Η μετεγχειρητική μας φροντίδα έχει βοηθήσει πολύ στην καλή ανάρρωσή της αρρώστου.</p>

Προβλήματα ασθενούς	Αξιολόγηση Προβλημάτων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων φροντίδας
Επανεξέταση της αρρώστου στην φυσιολογική ζωή της.		<ul style="list-style-type: none"> -Με την αφαίρεση των ραμμάτων πρέπει να διδάξουμε την άρρωστη τα εξής: -Να εκτελεί ασκήσεις λαιμού μπρος, δεξιά, αριστερά και εκτάσως κεφαλής πίσω για την πρόληψη ρινοώσεων στην περιοχή της τομής. -Να βάζει κρέμα στην περιοχή του τραύματος καθημερινά μετά την αφαίρεση των τραυμάτων για την καλύτερη αισθητική έμβαση της ουλής του ραμματος. -Κανονίζουμε επίσκεψη της αρρώστου στο γιατρό, μετά την έξοδο της από το Νοσοκομείο. Επίσης την ενημερώνουμε να επισκέπτεται τον γιατρό 2 φορές το χρόνο για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση κάποιας επιπλοκής. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε η πλήρης ενημέρωση της αρρώστου για την καλύτερη φροντίδα του τραύματος αλλά και τη μετέπειτα αντιμετώπιση της ουλής, αφού τη βεβαιώσαμε ότι δεν θα είναι αντιαισθητική. 	<ul style="list-style-type: none"> Η άρρωστη βρίσκεται στο στάδιο της ανάρρωσης και ήδη έχει επιστρέψει στο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το άτομο ποιασδήποτε ηλικίας και αν είναι, αν παρουσιάσει τα εξής συμπτώματα: ταχυκαρδία, τρόμο, απώλεια βάρους, νευρικότητα, μυϊκή αδυναμία, βρογχοκήλη και άλλα, θα πρέπει το συντομότερο να επισκεφτεί το γιατρό.

* Ουπερθυρεοειδισμός παρουσιάζει συμπτώματα που δεν αφορούν ένα μόνο σύστημα αλλά πολλά όπως το καρδιαγγειακό, το νευρικό, από το δέρμα, από τα μάτια και άλλα.

* Η διάγνωση είναι εύκολη και ανώδυνη από τα κλινικά ευρήματα και τις εργαστηριακές εξετάσεις όπως αιματολογικές, ακτινολογικές και άλλες.

* Θα πρέπει να ξέρουμε ότι παρουσιάζεται σε οποιαδήποτε ηλικία από νεογνική έως γεροντική.

* Είναι σοβαρή ασθένεια γιατί οφείλεται στην αύξηση της εκκρίσεως των θυρεοειδικών ορμονών που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του σώματος, στην ανάπτυξη και λειτουργία του ΚΝΕ, στην ωρίμανση ορισμένων οργάνων και άλλα.

* Τα άτομα που πάσχουν από υπερθυρεοειδισμό θα πρέπει να ξέρουν ότι μπορούν να θεραπευτούν και το είδος της θεραπείας εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, το μέγεθος του θυρεοειδούς και από την βαρύτητα της παθήσεως.

* Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική.

* Η χειρουργική θεραπεία είναι ακίνδυνη με την καλή προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, την εμπειρία του χειρουργού και την βοήθεια του ασθενούς για την πλήρη τήρηση των ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών.

* Οποιαδήποτε θεραπεία και αν ακολουθήσουν θα πρέπει να

ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού.

* Επειδή το ιώδιο είναι η πρώτη ύλη για τη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών, το διαιτολόγιό μας πρέπει να περιλαμβάνει τροφές που περιέχουν ιώδιο, όπως π.χ. ψάρια.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Βαγενάκης Ν., <<Υπερθυρεοειδισμός>>, Σημειώσεις για τους Φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών, 1989.
- GUYTON A., <<Φυσιολογία του Ανθρώπου>>, Έκδοση 3η, Μετάφραση Ευαγγέλου Α., Ιατρικές εκδόσεις <<ΛΙΤΣΑΣ>>, Αθήνα 1984.
- HARRISON T.R., <<Εσωτερική Παθολογία>>, Τόμος Α, Έκδοση 10η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα 1986.
- Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδιου Σ.Φ., <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική>>, Τόμος Β', Έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1987.
- Μπατρινού Μ., <<Σύγχρονος Ενδοκρινολογία>>, Τόμος 2ος, Εκδόσεις <<ΛΙΤΣΑΣ>>, Αθήνα 1980.
- Σαχίνη-Καρδάση Α. - Πάνου Μ., <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική>>, Τόμος 2ος, Μέρος Α', Εκδόσεις <<ΒΗΤΑ>> MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.
- Σιώρα Ν.Αθανάσιου, <<Η κλινική ενδοκρινολογία>>, Τυπογραφείου Θεοδώρου Α.Κούκουρα, Πάτρα 1973.
- Τούντα Κ.Ι., <<Επίτομος Χειρουργική>>, Τεύχος 2ο, Επιστημονικά Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισσιανός, Αθήνα 1982.
- FRIEDMAN H.HAROLD, <<Διαγνωστική Μεθοδολογία>>, CONSULTING EDITOR SOLOMON PAPPER M.D., Εκδόσεις <<ΛΙΤΣΑΣ>> Αθήνα 1978.

