

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ - ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ"

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1)
- 2)
- 3)

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΜΑΡΛΑΦΕΚΑ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1251

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	2
A. Στοιχεία Ανατομικής	2
1. Ιστολογία	3
2. Εμβρυολογία	6
B. Στοιχεία Φυσιολογίας	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΚΛΙΝΙΚΟ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ	12
A. Κλινική Εξέταση	12
B. Δοκιμασίες Ελέγχου της Λειτουργίας του Θυρεοειδούς Αδένα	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ	19
A. Υπερθυρεοειδισμός	19
1. Τοξική Διάχυτος Βρογχοκήλη ή νόσος των Graves - Basedow	20
2. Οζώδης Τοξική Βρογχοκήλη	34
i) Τοξική Πολυοζώδης Βρογχοκήλη	34
ii) Τοξικό Μονήρες Αδένωμα	36
Ατυπες Μορφές Υπερθυρεοειδισμού	38
Ιδιάζουσες Μορφές Υπερθυρεοειδισμού	41
B. Υποθυρεοειδισμός	43
1. Πρωτοπαθής Υποθυρεοειδισμός	43
2. Δευτεροπαθής Υποθυρεοειδισμός	44

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ	54
A. Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενή κατά τις Διαγνωστικές Εξετάσεις Νοσηλευτικά Μέτρα κατά τη χορήγηση I ¹³¹ για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς	54
B. Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενή με Υπερθυρεοειδισμό	59
1. Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενή που λαμβάνει Συντηρητική Αγωγή	61
2. Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενή με Υφολική Θυρεοειδεκτομή	66
i) Προεγχειρητική Φροντίδα	66
ii) Μετεγχειρητική Φροντίδα	70
Γ. Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενή με Υποθυρεοειδισμό	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	83
A' Περίπτωση	83
B' Περίπτωση	92
Γ' Περίπτωση	96
Συμπεράσματα - Προτάσεις	101
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	103

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική είναι έργο που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη νοσηλεία των ασθενών, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Είναι προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο, τον οποίο αντιμετωπίζει σαν μια ενοποιημένη ολότητα. Αποβλέπει, δηλαδή, στην περιφρούρηση και τη φροντίδα της ανθρώπινης υγείας, τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής.

Για να πραγματώσει το έργο της βασίζεται σε πνευματικά θεμέλια και εμπνέεται από χριστιανικά ιδεώδη. Αφενός, είναι η επιστήμη της αγάπης, της πίστης και της υπομονής, που προσφέρει άνεση, συμπαράσταση, άμεση βοήθεια, ανακούφιση, παρηγοριά, προστασία και ψυχική αναστήλωση σε θέματα υγείας. Αφετέρου, είναι άσκηση που απαιτεί τον συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας προκειμένου να συντελέσει στην αποκατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενή.

Η εργασία αυτή, που έχει σαν θέμα τον υπερ/υποδυρεοειδισμό και ειδικότερα τον υπερ/υποδυρεοειδικό ασθενή, φιλοδοξεί να τονίσει το ρόλο και τη σημασία της συμμετοχής του/της Νοσηλευτή/τριας στην καθολική αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.

Στις σελίδες που ακολουθούν, γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης του θέματος από ιατρική σκοπιά, έτσι ώστε να γίνει γνωστό καθετί που αφορά τη νόσο του υπερ/υποδυρεοειδισμού. Στη συνέχεια, όπως προαναφέρθηκε, αναλύεται ο ρόλος του/της Νοσηλευτή/τριας και η Νοσηλευτική Φροντίδα που μπορεί να προσφέρει σ'ένα τέτοιο ασθενή.

Απώτερος σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η διαφώτιση και η ενημέρωση του κοινού, όσον αφορά την επιτακτική ανάγκη της πρόληψης των χρόνιων ασθενειών - τέτοιες είναι ο υπερ/υποδυρεοειδισμός - έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα της γρήγορης και εύκολης διάγνωσης καθώς και της έγκαιρης αντιμετώπισης των ασθενών.

Έχοντας συναίσθηση ότι το θέμα δεν έχει εξαντληθεί, ελπίζω η εργασία αυτή να γίνει η αφορμή για ανάλογες προσπάθειες από μελλοντικούς σπουδαστές της Νοσηλευτικής.

Τέλος, θα'θελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συντέλεσαν, άμεσα ή έμμεσα, στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ

Ο θυρεοειδής ανήκει στους ενδοκρινείς αδένες, έχει σχήμα μνηνοειδές ή πεταλοειδές, βρίσκεται δε αμέσως κάτω από τον λάρυγγα, μπροστά και πλάγια απ'την αρχική μοίρα της τραχείας.

Στο έμβρυο ο θυρεοειδής αδένας είναι εξωκρινής και φέρει εκφορητικό πόρο, τον θυρεογλωσσικό, ο οποίος εκβάλλει στο τυφλό τμήμα της γλώσσας.

Το βάρος του θυρεοειδούς ανέρχεται σε 25-30 γρ. για τους ενήλικες, έχει δε μεγαλύτερος μέγεθος στις γυναίκες.

Μακροσκοπικά ο θυρεοειδής αποτελείται από δύο πλάγιους λοβούς, τον δεξιό και τον αριστερό, οι οποίοι συνδέονται μεταξύ τους στη μέση γραμμή από λωρίδα θυρεοειδικού παρεγχύματος, που ονομάζεται ισθμός. Οι πλάγιοι αυτοί λοβοί έχουν σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας, η κορυφή της οποίας ενώνεται με τον ισθμό, η δε βάση έρχεται προς τα πίσω και εκτείνεται από το μέσο του θυρεοειδούς χόνδρου μέχρι το 6ο ημικρίκιο της τραχείας.

Σπινθηρογραφικές μετρήσεις απέδειξαν ότι ο δεξιός λοβός είναι μεγαλύτερος του αριστερού και βρίσκεται τοπογραφικά σε υψηλότερη θέση.

Σε ποσοστό 30-50%, περίπου, υπάρχει και τρίτος λοβός, ο πυραμοειδής, ο οποίος εκφύεται από τον ισθμό ή σπανιότερα από τον αριστερό λοβό και ανέρχεται κατά τη μέση γραμμή μέχρι του υοειδούς οστού.

Ο θυρεοειδής περιβάλλεται από ινώδη κάψα και καλύπτεται από έξω προς τα μέσα από το δέρμα, το υποδόριο, το μυώδες πλάτυσμα, την επιπολής τραχηλική περιτονία, τους κάτωθεν του υοειδούς οστού μύες και την μέση τραχηλική περιτονία. Ο θυρεοειδής δεν ηυλαφάται στο φυσιολογικό άτομο, παρά μόνο αν είναι παθολογικά διογκωμένος (εικ.1).

Αγγεία

Ο θυρεοειδής είναι ένα από τα πιο αγγειοβριδή όργανα του ανθρώπου και λαμβάνει το περισσότερο αίμα ανά γραμμάριο ιστού από όλα τ'άλλα όργανα εκτός από τα νεφρά, τα επινεφρίδια και το καρωτιδικό σωματίο.

Υπολογίζεται ότι περνούν μέσω του θυρεοειδικού παρεγχύματος 120 κ.εκ. αίματος ανά πρώτο λεπτό, ίσως δε να αποτελεί το μόνο όργανο για

το οποίο δεν αναφέρεται περίπτωση ισχαιμίας μετά από απολίνωση ή διατομή των αγγείων του.

Αγγειώνεται από την άνω και κάτω θυρεοειδική αρτηρία και από τη μέση θυρεοειδική αρτηρία, η οποία παριστά ανατομική παραλλαγή.

Σημαντική είναι η σχέση της κάτω θυρεοειδικής αρτηρίας με το κάτω λαρυγγικό νεύρο, με το οποίο διασταυρώνεται με πολλούς τρόπους. Έχουν περιγραφεί 28 δυνατές περιπτώσεις, όπου το νεύρο βρίσκεται μπροστά, πίσω ή μεταξύ των κλάδων της αρτηρίας.

Οι θυρεοειδικές φλέβες είναι τρεις, η άνω, η μέση και η κάτω. Η άνω και η μέση θυρεοειδικές φλέβες εκβάλλουν στην έσω σφαγίτιδα. Η κάτω εκβάλλει αριστερά μεν στην αριστερά ανώνυμο, δεξιά δε στη δεξιά ανώνυμο ή στη δεξιά φλεβώδη γωνία (εικ.2).

Λεμφαγγεία

Υπάρχει ένα εκτεταμένο δίκτυο λεμφαγγείων εκτός του θυρεοειδούς αδένα. Το λεμφαγγειακό δίκτυο του θυρεοειδούς εκβάλλει κυρίως στους προτραχηλικούς (Δελφικούς) και παρατραχηλικούς λεμφαδένες, καθώς επίσης και σε αυτούς που συνοδεύουν την άνω και κάτω θυρεοειδική φλέβα, για να καταλήξουν τελικά στους εν τω βάθει τραχηλικούς και μεσοθωρακικούς λεμφαδένες.

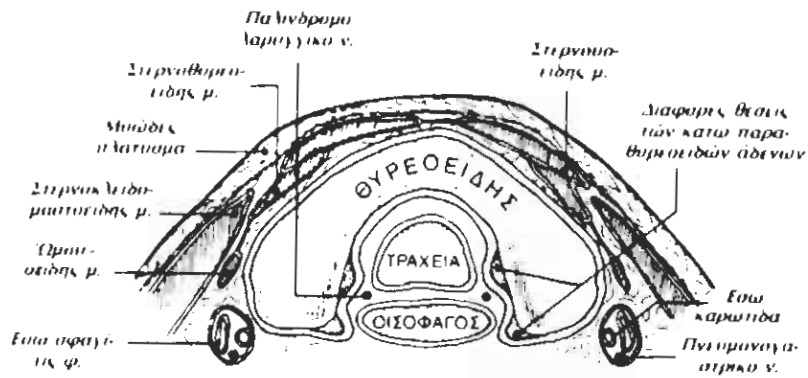
Ένα μικρό ποσοστό λεμφαγγείων περνά κατ'ευθείαν από το θυρεοειδή στους εν τω βάθει τραχηλικούς λεμφαδένες.

Νεύρωση

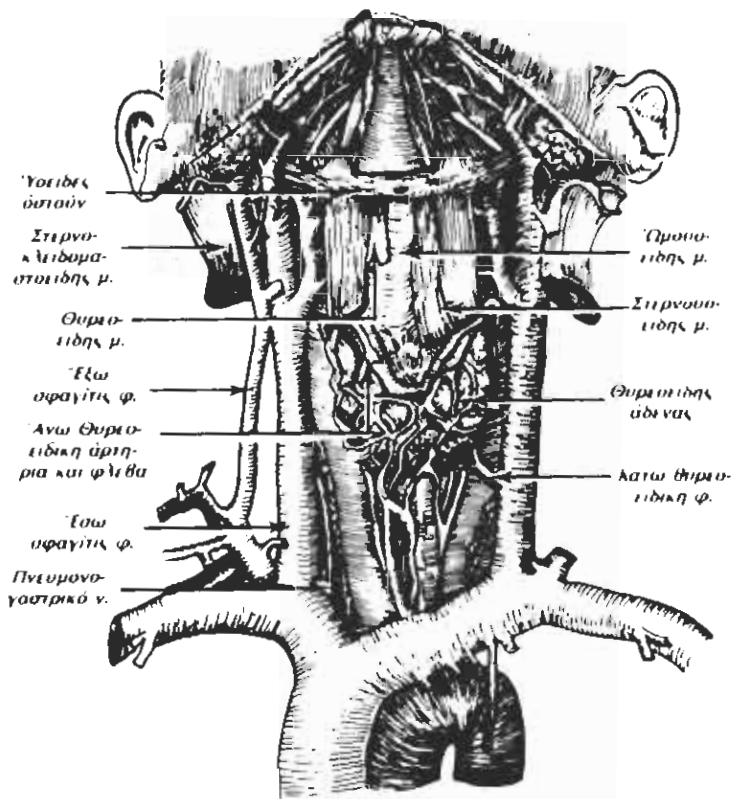
Οι νευρικές ίνες του αδένα προέρχονται από τα άνω, μέσα και κάτω αυχενικά γάγγλια της αυχενικής αλύσου, καθώς και από το άνω λαρυγγικό νεύρο, που είναι κλάδος του πνευμογαστρικού. Το μεγαλύτερο μέρος των νευρικών ινών θεωρείται ότι είναι του συμπαθητικού συστήματος. Οι ίνες διακλαδίζονται μέσα στον αδένα και δημιουργούν περιαγγειακά και περιθυλακιώδη νευρικά δίκτυα.

Κάκωση του άνω λαρυγγικού νεύρου, και γενικά του κλάδου αυτού, προκαλεί ανάρροια και ελαφρό βράγχος φωνής, συνήθως παροδικό.

Μονόπλευρη κάκωση του κάτω λαρυγγικού προκαλεί παροδικό ή μόνιμο βράγχος φωνής. Αμφοτερόπλευρη κάκωση προκαλεί παράλυση των φωνητικών χορδών με αποτέλεσμα αφωνία και ασφυξία, ανάλογα με τη θέση που παίρνουν οι χορδές μετά την κάκωση.



Εικόνα 1: Οι ανατομικές σχέσεις του διογκωμένου θυροειδή αδένος σε έγκαιρα διατομή (Zollinger και Cutler 1961).



Εικόνα 2: Ο θυροειδής αδένος και οι ανατομικές του σχέσεις σε κατά μέτωπο τομή μετά την αφαίρεση του δέρματος, του μυώδους πλατυσματος και μερική έκτομη των κάτω από το υοειδές οστέον μιών του τραχήλου (Jones και Shepard 1945).

1. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Μακροσκοπικά μετά από διατομή η επιφάνεια του φυσιολογικού θυρεοειδούς εμφανίζει όψη ερυθρόφαιη και μοιάζει με βόειο κρέας.

Μικροσκοπικά ο θυρεοειδής αποτελείται από πολυάριθμα θυλάκια, τα οποία έχουν σχήμα σφαιρικό με διάμετρο γύρω στα 200 μ. και αποτελούν την εκκριτική λειτουργική μονάδα αυτής.

Τα θυλάκια ενώνονται μεταξύ τους ανά 30-40 τον αριθμό και σχηματίζουν τα θυρεοειδικά λόβια, τα οποία ευρίσκονται ακανόνιστα διατεταγμένα μέσα στο θυρεοειδικό παρέγχυμα. Τα λόβια χωρίζονται μεταξύ τους με διαφράγματα συνδετικού ιστού, τα οποία ξεκινούν από την ινώδη κάψα του θυρεοειδούς.

Κάθε θυλάκιο αποτελείται από τη βασική μεμβράνη, το θυλακιώδες επιθήλιο και το κολλοειδές. Η βασική μεμβράνη καλύπτεται εξωτερικά από πυκνό δίκτυο αιμοφόρων και λεμφοφόρων τριχοειδικών αγγείων. Εσωτερικά επενδύεται από το επιθήλιο, το οποίο σχηματίζεται από τα θυλακιώδη κύτταρα.

Τα θυλακιώδη κύτταρα είναι ουδετερόφιλα, κυβοειδούς σχήματος με μεγάλο σφαιρικό πυρήνα, ο οποίος καταλαμβάνει το ένα τρίτο του μεγέθους του κυττάρου.

Ο αυλός των θυλακίων περιέχει μια διαυγή ουσία προτεϊνικής φύσεως, το κολλοειδές, το οποίο εκκρίνεται από τα θυλακιώδη κύτταρα υπό μορφή ζυμογόνων κοκκίων.

Η μορφολογία των θυλακιωδών κυττάρων, το μέγεθος των θυλακίων και η περιεχόμενη ποσότητα του κολλοειδούς εξαρτώνται από την δράση της TSH.

Επί απουσίας ή ελαττώσεως της τιμής της TSH, τα θυλακιώδη κύτταρα από κυβοειδή γίνονται επίπεδα, το κολλοειδές γίνεται πυκνόρρευστο και η ποσότητα αυτού αυξάνει, με αποτέλεσμα τη διάταση των θυλακίων.

Επί αυξήσεως της τιμής της TSH τα θυλακιώδη κύτταρα από κυβοειδή γίνονται υψηλά κυλινδρικά, το κολλοειδές γίνεται λεπτόρρευστο και η ποσότητα αυτού ελαττώνεται με αποτέλεσμα τη σύμπτωση των θυλακίων.

Ο θυρεοειδής εκτός από τα θυλακιώδη κύτταρα περιέχει και τα παραθυλακιώδη ή C-κύτταρα, τα οποία προέρχονται από το τελευταίο ζεύγος των φαρυγγικών θυλάκων και η λειτουργία τους είναι ανεξάρτητη από τη δράση της TSH.

Τα παραθυλακιώδη κύτταρα ευρίσκονται στο θυλακιώδες επιθήλιο μεταξύ των θυλακιωδών κυττάρων και στον διάμεσο συνδετικό ιστό, αλλά ουδέποτε έρχονται σε επαφή με το κολλοειδές.

Το κυτταρόπλασμα των κυττάρων αυτών αποτελείται από υπερμικροσκοπικά κοκκία, τα οποία παράγουν την ορμόνη καλσιτονίνη, που σχετίζεται με τον μεταβολισμό του ασβεστίου.

Τα παραθυλακιώδη κύτταρα πιστεύεται ότι αποτελούν μέρος ενός διάχυτα διασπαρμένου συστήματος κυττάρων του Apud-System που προέρχεται από τη νευρική ακρολοφία.

2. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

Ο θυρεοειδής αδένας υπάρχει σε όλα τα σπονδυλωτά ζώα, μέχρι και τα πιο πρωτόγονα, καθώς και στα αμφίβια και τα πουλιά. Σε μερικά ασπόνδυλα, αν και δεν υπάρχει θυρεοειδής αδένας, μπορεί να παράγονται θυρεοειδικές ορμόνες. Στο ανθρώπινο έμβρυο, ο θυρεοειδής προέρχεται από μια εκβλάστηση, που παρουσιάζεται τη 17η μέρα της ζωής, ανάμεσα στις δύο πρώτες φαρυγγικές πτυχές του εμβρυϊκού φάρυγγα. Τα παραθυλακιώδη κύτταρα του αδένα προέρχονται από ένα εκκόλπωμα της τέταρτης φαρυγγικής πτυχής, το εσχατοβραγχιακό σώμα, οι δε παραθυρεοειδείς αδένες από την τρίτη και τέταρτη φαρυγγική πτυχή.

Η καταβολή του αδένα γίνεται σύντομα δίλοβη και επικοινωνεί με το φάρυγγα με το θυρεογλωσσικό πόρο. Ο πόρος εκβάλλει στο σημείο απ'όπου θα αναπτυχθεί η γλώσσα και συγκεκριμένα, στο τελειωμένο έμβρυο, στο τυφλό τμήμα της γλώσσας. Στη διάρκεια της ανάπτυξής του ο αδένας μεταναστεύει από την περιοχή της γλώσσας στο κάτω τμήμα της πρόσθιας επιφάνειας του τραχήλου, ενώ ο θυρεογλωσσικός πόρος αρχίζει από την 8η εβδομάδα της ζωής να ατροφεί και τελικά εξαφανίζεται. Μπορεί, όμως, να μην εξαφανισθεί ή να μην κλείσει κατά τόπους, οπότε δημιουργούνται στο άτομο τα θυρεογλωσσικά συρίγγια ή κύστεις, αντίστοιχα.

Έκτοπος θυρεοειδικός ιστός μπορεί να βρεθεί κατά μήκος της μέσης γραμμής του τραχήλου ή και κάτω από την τελική θέση του θυρεοειδούς. Ο θυρεοειδικός ιστός, που βρίσκεται πολλές φορές στα πλάγια του τραχήλου, δεν δικαιολογείται εμβρυολογικά σαν έκτοπος ιστός και πρέπει να θεωρείται καρκινωματώδης μετάσταση.

Η ιστολογική διαφοροποίηση του αδένα αρχίζει την 7η με 8η εβδομάδα της ζωής του εμβρύου, όταν αυτό έχει μήκος 24 χιλιοστά, περίπου. Από την 12η εβδομάδα αρχίζει να προσλαμβάνει εκλεκτικά το ιώδιο και να εκκρίνει το κολλοειδές, ενώ από την 19η εβδομάδα αρχίζει να συνθέτει τις θυρεοειδικές ορμόνες.

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μεταβολισμός ιωδίου

Το ιώδιο, ιχνοστοιχείο απαραίτητο για τη φυσιολογική λειτουργία του θυρεοειδούς, προσλαμβάνεται με τις τροφές υπό την μορφή του μοριακού ιωδίου σε ποσότητα 70-300 μg την ημέρα.

Απορροφάται δε σχεδόν πλήρως κατά μήκος του γαστρεντερικού συστήματος, ιδίως στο λεπτό έντερο, όπου και ταχύτατα ανάγεται σε ιοντικό. Με τη μορφή αυτή μεταφέρεται στην κυκλοφορία και αποτελεί το ανόργανο ιώδιο του πλάσματος (PII) που χαρακτηρίζεται σαν η πρώτη μεταβολική δεξαμενή του ιωδίου.

Το PII (Plasma Inorganic Iodine) περιλαμβάνει επίσης και το ιώδιο που προέρχεται από την αποϊωδίωση των θυρεοειδικών ορμονών στην περιφέρεια. Το 20% περίπου της ποσότητας του ιωδίου αυτού προσλαμβάνεται από το θυρεοειδή, που αποτελεί τη δεύτερη μεταβολική δεξαμενή του ιωδίου και εντός του οποίου χρησιμοποιείται για τη σύνδεση των θυρεοειδικών ορμονών.

Οι θυρεοειδικές ορμόνες εκκρίνονται στο πλάσμα, όπου και αποτελούν τη τρίτη μεταβολική δεξαμενή του ιωδίου το PBI.

Το PBI (Protein - Bound Iodine) αποϊωδιούται στην περιφέρεια και η μεγαλύτερη ποσότητα του παραγόμενου ιωδίου επανέρχεται στη δεξαμενή του PII. Μικρή ποσότητα του ιωδίου αυτού αποβάλλεται από τον οργανισμό με τα ούρα και τα κόπρανα.

Σύνδεση θυρεοειδικών ορμονών

Η σύνδεση θυρεοειδικών ορμονών περιλαμβάνει τρία στάδια:

1) την πρόσληψη του ανόργανου ιωδίου του πλάσματος από το θυρεοειδή.

2) την οξείδωση του ιωδίου και την οργανική σύνδεση αυτού με τις τυροσίνες για σχηματισμό των ιωδοτυροσινών και

3) την ένωση των ιωδοτυροσινών μεταξύ τους για παραγωγή των ιωδοθυρονικών.

Η πρόσληψη του ανόργανου ιωδίου από τον θυρεοειδή είναι φαινόμενο ενεργητικό, που απαιτεί κατανάλωση ενέργειας και επηρεάζεται από τη δράση της TSH και από ένα αυτορρυθμιστικό μηχανισμό του θυρεοειδούς.

Το ανόργανο ιώδιο που προσλαμβάνεται από το θυρεοειδή εισέρχεται στα επιθηλιακά κύτταρα των θυλακίων δια μέσου της βασικής

μεμβράνης, όπου στη συνέχεια οξειδώνεται με τη δράση της θυροξειδικής υπεροξειδάσης ($H_2O_2-O_2$).

Το οργανικό ιώδιο συνδέεται με τις τυροσίνες στο μόριο της θυροσφαιρίνης και παράγονται η μονοϊωδοτυροσίνη (MIT, Moniodo Tyrosine) και η διϊωδοτυροσίνη (DIT, Diiodotyrosine).

Η οξείδωση του ιωδίου και η οργανική σύνδεση αυτού με τις τυροσίνες αναστέλλονται ύστερα από δράση των αντιθυροξειδικών φαρμάκων και του ιωδίου σε περίσσεια.

Δύο μόρια DIT συνδέονται μεταξύ τους και σχηματίζουν ένα μόριο τετραϊωδοθυρονίνης ή θυροξίνης (T_4), ένα μόριο DIT και ένα μόριο MIT συνδέονται και σχηματίζουν ένα μόριο τριϊωδοθυρονίνης (T_3).

Από τις δύο αυτές θυροξειδικές ορμόνες η T_4 σχηματίζεται σε μεγαλύτερη ποσότητα από την T_3 .

Ευρίσκονται δε εντός του κολλοειδούς των θυλακίων ενωμένες από μόριο της θυροσφαιρίνης (εικ. 3).

Εκκριση θυροξειδικών ορμονών

Τα μόρια της θυροσφαιρίνης, τα οποία περιέχουν τις πεπτιδικώς ενωμένες ιωδοτυροσίνες και ιωδοθυρονίνες, ευρίσκονται μέσα στο κολλοειδές των θυλακίων κοντά στη κορυφαία μεμβράνη των θυλακιωδών κυττάρων.

Το κολλοειδές αυτό, με φαγοκυττάρωση από τα θυλακιώδη κύτταρα, μετατρέπεται σε κολλοειδή σταγονίδια, τα οποία εισέρχονται στο κύτταρο δια μέσου της κορυφαίας μεμβράνης, όπου και συγχωνεύονται με ειδικά λυσοσωμάτια.

Η θυροσφαιρίνη, που ευρίσκεται μέσα στα κολλοειδή σταγονίδια, υφίσταται πρωτεόλυση με τη δράση της TSH, οπότε απελευθερώνονται τα παράγωγα αυτής MIT, DIT, T_3 , T_4 .

Από τα παράγωγα αυτά οι μεν θυροξειδικές ορμόνες εκκρίνονται στην κυκλοφορία, οι δε ιωδοτυροσίνες αποϊωδιούνται και το παραγόμενο I επανέρχεται στο θυροειδή.

Η ημερήσια παραγωγή των θυροξειδικών ορμονών είναι: 90 μ g για την T_4 και 30-40 μ g για την T_3 . Οι ορμόνες αυτές δεν ευρίσκονται ελεύθερες στην κυκλοφορία, αλλά συνδεδεμένες με τρεις πρωτεΐνες του ορού, οι οποίες είναι:

1) Η σφαιρίνη η συνδέουσα τη θυροξίνη (TBG, Thyroxine-Binding Globulin), η οποία παράγεται στο ήπαρ και ελαττώνεται επί δυσλειτουργίας αυτού. Το 75-80% των θυροξειδικών ορμονών ευρίσκεται ενωμένο με την πρωτεΐνη αυτή.

2) Η λευκοματίνη.

3) Η προλευκωματίνη (Tbpa, Thyroxine-Binding Prealbumin).

Η T_3 συνδέεται χαλαρότερα με τις πρωτεΐνες απ'ότι η T_4 , αυτό δεν εξηγεί την ισχυρότερη βιολογική δράση αυτής.

Η φυσιολογική τιμή της T_4 στο πλάσμα είναι 4-11 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$, της δε T_3 100-200 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$.

Μία ελάχιστη ποσότητα θυρεοειδικής ορμόνης παραμένει στον ορό ελεύθερη και ευρίσκεται σε συνεχή ισορροπία με τις πρωτεϊνικές δεσμευμένες θυρεοειδικές ορμόνες και αποτελεί την βιολογικώς ενεργό μορφή των θυρεοειδικών ορμονών.

Η μεταβολική δράση των θυρεοειδικών ορμονών στην περιφέρεια συνίσταται:

1) Στην αύξηση γενικά των καύσεων (αύξηση του μεταβολισμού των πρωτεϊνών, λιπών, υδατανθράκων, βιταμινών, ανόργανων αλάτων και ύδατος).

Πιστεύεται ότι αυτό οφείλεται στην αύξηση της παραγωγής θερμότητας και καταναλώσεως του οξυγόνου από τους περιφερικούς ιστούς, λόγω δράσεως των θυρεοειδικών ορμονών επί της αντλίας του νατρίου.

2) Στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση των διαφόρων ιστών και συστημάτων του οργανισμού (εγκέφαλος - οστά κλπ.).

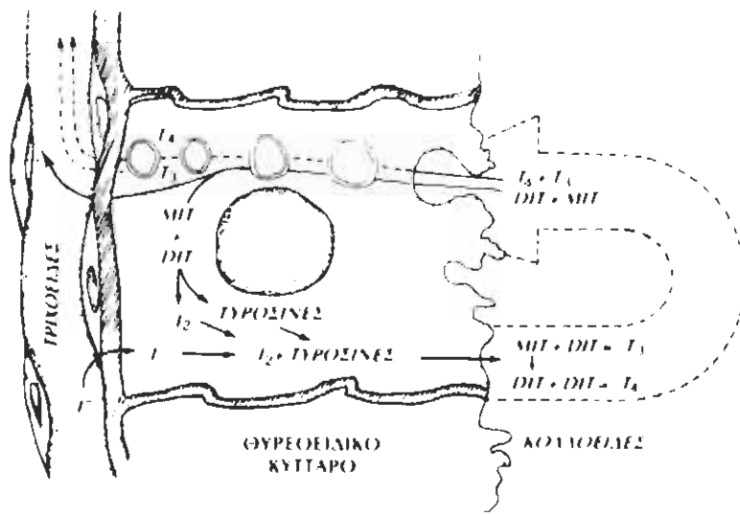
Αυτό οφείλεται στη δράση των θυρεοειδικών ορμονών στον πυρήνα των κυττάρων, όπου με διευκόλυνση στην κωδικοποίηση του συστήματος DNA, καταλήγουν στη σύνθεση νέων πρωτεϊνών.

Πιστεύεται ότι δραστική ορμόνη του θυρεοειδούς είναι η T_3 και ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτή (70-90%) προέρχεται από την αποϊώδωση της T_4 στην περιφέρεια.

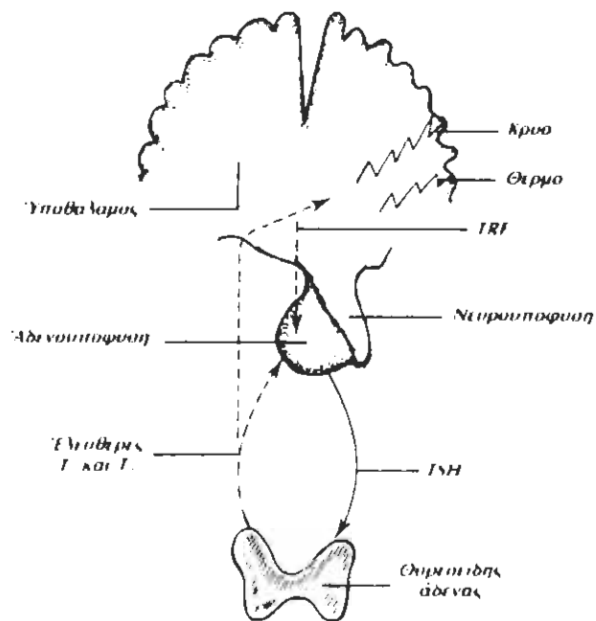
Το 80% των θυρεοειδικών ορμονών αποϊωδιούται στους περιφερικούς ιστούς και το μεγαλύτερο ποσό του απελευθερωμένου ιωδίου εισέρχεται στην κυκλοφορία, για να χρησιμοποιηθεί εκ νέου από το θυρεοειδή· μικρό ποσό εκ του ιωδίου αυτού αποβάλλεται με τα ούρα.

Το 20% των θυρεοειδικών ορμονών συνδέεται στο ήπαρ και σχηματίζει γλυκουρονικούς και θειικούς εστέρες· τα προϊόντα αυτά απεκκρίνονται δια μέσου των χοληφόρων στο γαστρεντερικό και αποβάλλονται με τα κόπρανα.

Μικρή ποσότητα θυρεοειδικών ορμονών μπορεί να απορροφηθεί από το γαστρεντερικό και να επανέλθει στην κυκλοφορία (εικ. 4).



Εικόνα 3: Σχηματική απεικόνιση του τρόπου πρόσληψης του ιωδίου, της ορμονοσύνθεσης, της αποθήκευσης των ορμονών στο κολλοειδές, της επαναπρόσληψης και έκκρισης τους από το θυρεοειδικό κύτταρο (Μπατρινός 1974).



Εικόνα 4: Διαγραμμα των δρόμων, που ακολουθούν τα φυσιολογικά ερεθίσματα, για να επιδρασουν στην έκκριση των θυρεοειδικών ορμονών (Ganong 1973).

Ρύθμιση της θυρεοειδικής λειτουργίας

Η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH, Thyroid-Stimulating Hormone) εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και αποτελεί τον κυριότερο ρυθμιστή της θυρεοειδικής λειτουργίας.

Υπό την επίδραση της TSH αυξάνει:

- α) η πρόσληψη του ανόργανου ιωδίου από το θυρεοειδή.
- β) η σύνθεση και η έκκριση των θυρεοειδικών ορμονών.

Η ενέργεια της TSH στο θυρεοειδή πιστεύεται ότι οφείλεται στη δράση αυτής της κυτταρικής μεμβράνης του θυρεοειδικού κυττάρου, όπου συνδέεται με έναν ειδικό υποδοχέα και μετατρέπει την ATP (τριφωσφορική αδενοσίνη) σε κυκλική AMP (κυκλική μονοφωσφορική αδενοσίνη).

Η έκκριση της TSH βρίσκεται υπό τον έλεγχο ενός μηχανισμού παλινδρόμου αλληλορυθμίσεως (Feedback), ο οποίος εντοπίζεται στην υπόφυση.

Αύξηση της τιμής των θυρεοειδικών ορμονών στο αίμα έχει σαν συνέπεια ελάττωση της TSH, ελάττωση δε της τιμής αυτών συνεπάγεται αύξηση της εκκρίσεως της TSH.

Η TSH βρίσκεται υπό την επίδραση της TRH (Thyrotropine - Releasing Hormone), η οποία είναι ένα τριπεπτίδιο και εκκρίνεται από τους παρακοιλιακούς πυρήνες του υποθαλάμου. Δια μέσου δε του πυλαίου συστήματος έρχεται στην υπόφυση και την ενεργοποιεί για έκκριση της TSH. Η δράση της TSH στην υπόφυση αναστέλλεται με τη χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων θυρεοειδικών ορμονών.

Καλσιτονίνη

Εκτός από την θυροξίνη (T_4) και τριϊωδοθυρονίνη (T_3), οι οποίες παράγονται από τα θυλακιώδη κύτταρα, ο θυρεοειδής παράγει και μια άλλη ορμόνη την καλσιτονίνη, η οποία σχετίζεται με το μεταβολισμό του ασβεστίου.

Η καλσιτονίνη είναι πολυπεπτίδιο μικρού μοριακού βάρους και εκκρίνεται από τα παραθυλακιώδη ή C-κύτταρα του θυρεοειδούς. Εκκρίνεται συνέχεια και σε μικρή ποσότητα. Ερέθισμα για την έκκρισή της είναι η αύξηση του ασβεστίου του αίματος. Εξαφανίζεται πολύ γρήγορα από την κυκλοφορία, έχει χρόνο ημιζωής 4'-12' και ο τρόπος και ο τρόπος αποδόμησής της είναι άγνωστοι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

A. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση του ασθενή είναι ουσιώδους σημασίας για την ορθή διάγνωση της θυρεοειδοπάθειας. Αυτή περιλαμβάνει την λήψη λεπτομερούς ιστορικού και την αντικειμενική εξέταση του ασθενή.

- Το ιστορικό του ασθενούς

Με το ιστορικό επιτυγχάνεται η λήψη πληροφοριών σχετικά με το χρόνο εμφάνισης της βρογχοκήλης, της αυξήσεως ή μη του μεγέθους αυτής, της υπάρξεως ή μη άλγους, της προκλήσεως ή μη διαταραχής από την βρογχοκήλη στην αναπνοή, στην φωνή και στην κατάποση.

Μ'αυτόν τον τρόπο πληροφορείται κάποιος εάν ο ασθενής έχει εφιδρώσεις, απώλεια βάρους, αίσθημα κοπώσεως και μυϊκή αδυναμία, διαταραχές της μνήμης και άλλες ψυχικές ασθένειες, διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και της εμμηνορρυσίας.

Χρήσιμες είναι επίσης οι πληροφορίες από το ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό του ασθενή. Από το ατομικό αναμνηστικό πληροφορείται κανείς για την καταγωγή του ασθενή, για την χρήση πιθανόν φαρμάκων απ'αυτόν, που επηρεάζουν την λειτουργία του θυρεοειδούς, για την παρουσία άλλης θυρεοειδοπάθειας και της θεραπείας της, όπως και για τυχόν προηγηθείσα ακτινοθεραπεία στο κεφάλι και τον τράχηλο για διάφορους λόγους κατά την παιδική ηλικία. Από το οικογενειακό αναμνηστικό παρέχονται επίσης χρήσιμες πληροφορίες. Ορισμένες θυρεοειδοπάθειες, όπως η βρογχοκήλη από δυσορμονογένεση και το μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς έχουν οικογενή χαρακτήρα.

- Η αντικειμενική εξέταση του ασθενή

Αυτή έχει δύο σκέλη: την γενική αντικειμενική εξέταση και την τοπική εξέταση του θυρεοειδούς αδένα.

Η γενική αντικειμενική εξέταση αποσκοπεί στην αναζήτηση σημείων υπέρ ή υπολειτουργίας του θυρεοειδούς αδένα ή στιγμάτων άλλων ενδοκρινολογικών, την διερεύνηση της καταστάσεως της θρέψης

σημασία μιας και η παρουσία μονήρους όζου, ιδιαίτερα σε νεαρά άτομα, μπορεί να φανερώνει την παρουσία καρκινώματος του θυρεοειδούς.

Με την ψηλάφηση επίσης, διαπιστώνεται η θέση της τραχείας. Αυτή είναι συνήθως παρεκτοπισμένη πέραν της μέσης γραμμής, από μεγάλο όζο του θυρεοειδούς που βρίσκεται οπισθοστερνικά.

Η ακρόαση του αδένα είναι πάντοτε ενδεδειγμένη. Η εξέταση, επίσης, πρέπει, μαζί με την ψηλάφηση, να συμπεριλάβει και την επίκρουση.

Επικουρικές Παρακλινικές Εξετάσεις

1. Ακτινογραφία τραχήλου και άνω ημιμορίου θώρακος.
2. Τομογραφία της τραχείας.
3. Ηχογράφηση.
4. Λαρυγγοσκόπηση.
5. Βιοψία του θυρεοειδούς.
6. Παρακέντηση με λεπτή βελόνα και κυτταρολογική εξέταση (Thin Needle Cytology).

Β. ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Αρχικά, η μόνη μέθοδος ελέγχου της λειτουργίας του θυρεοειδούς ήταν ο ο προσδιορισμός του βασικού μεταβολισμού. Η μέθοδος αυτή έχει πολλές ατέλειες και γι'αυτό έχει αντικατασταθεί από ακριβέστερες, με τις οποίες ελέγχεται, είτε απευθείας η λειτουργικότητα του θυρεοειδούς αδένου, είτε έμμεσα από την επίδραση των ορμονών του αδένου στον οργανισμό.

Αναφέρονται σχετικά οι πιο κάτω:

1. Πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου (^{131}I) από τον θυρεοειδή αδένου

α. Χορηγείται από το στόμα, σε ασθενή που είναι νηστικός, άλας ραδιενεργού ιωδίου, συνήθως ιωδιούχο νάτριο, σε δόσεις από 5-50 μCi .

β. Μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μετράται το ποσό πρόσληψης ραδιενεργού ιωδίου από τον θυρεοειδή με βάση τη ραδιενέργεια που εκπέμπεται από αυτόν και η οποία προσδιορίζεται με μετρητή Geiger, που κρατιέται σε σταθερή θέση πάνω από τη μέση γραμμή του αδένου. Φυσιολογικά μετά από 4 ώρες η πρόσληψη είναι 10-30% και μετά 24 ώρες 25-55%.

Σε υποθυρεοειδικό ζεπερνά το 55% και στον υπερθυρεοειδισμό είναι πιο κάτω του 15%.

2. 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 ασθενή. Η διαφορά αντιπροσωπεύει τη δόση που προσλήφθηκε από τον αδένου.

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

3. 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 δεσμευμένες με πρωτεΐνες.

β. Φυσιολογικές τιμές: 3,5-8,0 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ αίματος.

Πάνω από 8,0: θυρεοειδική υπερδραστηριότητα.

Κάτω από 3,5: υποθυρεοειδισμός.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση: Ορισμένοι παράγοντες παραβλάπτουν τη δοκιμασία PBI.

1. Χρήση ιωδίου στο σημείο της φλεβοκέντησης.
2. Λήψη φαρμάκων ή χορήγηση χρωστικών ουσιών, που περιέχουν ιώδια, όπως:
 - α. Αποχρεμπτικά, αντιβηχικά σιρόπια κ.α.
 - β. Χρωστικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στην αρτηριογραφία, βρογχογραφία κλπ.
 - γ. Υδραργυρικά διουρητικά, οιστρογόνα, σουλφοναμίδες, στεροειδή, φαινυλοβουταζόνη, θειοκυανικά.
 - δ. Εγκυμοσύνη.

4. Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς

Σπινθηρογράφιση είναι η απεικόνιση του αδένου με καταγραφή των κρούσεων του ραδιενεργού (I^{131}) 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 μέσα σε 1/2 μέχρι 1 ώρα.

β. Μειωμένη πρόσληψη I^{131} σε μια συγκεκριμένη περιοχή του θυρεοειδούς θεωρείται ενδεικτική για ύπαρξη κακοήθους όγκου.

Με το σπινθηρογράφημα μελετάται η μορφολογία και η λειτουργία του οργάνου (τοπογραφική καθήλωση του ραδιενεργού ιωδίου). Το φυσιολογικό σπινθηρογράφημα δίνει συνήθως την εικόνα πεταλούδας (δύο ξεχωριστοί λοβοί και μερικές φορές και ο ισθμός).

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 με τη μέθοδο.

6. Δοκιμασία πρόσληψης ραδιενεργού τριϊωδοθυρονίνης (T_3 RU) από ρητίνη

α. Ραδιενεργός τριϊωδοθυρονίνη προστίθεται στον ορό που είναι για εξέταση. Μετά προστίθεται ρητίνη η οποία προσροφά την T_3 που παρέμεινε ελεύθερη, δηλαδή δεν δεσμεύτηκε από τις πρωτεΐνες του ορού. Στη συνέχεια προσδιορίζεται η ραδιενέργεια της προσροφημένης T_3 .

β. Φυσιολογική δέσμευση: 25-35%

Στον υπερθυρεοειδισμό είναι πάνω από 35%

7. Δοκιμασία διέγερσης με θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH)

Με τη δοκιμασία αυτή ελέγχεται η απόκριση του θυρεοειδούς στην εξωγενή χορήγηση θυρεοειδοτρόπου 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 min από την ένεση της TRH παίρνεται δείγμα αίματος.

γ. Ο γιατρός εγχίει ενδοαρτηριακά 500 mg συνθετικής TRH. Παίρνεται πάλι δείγμα αίματος για προσδιορισμό της TSH.

δ. Δείγματα αίματος παίρνονται σε 15, 30, 45, 60, 90 και 120 min.

Η δοκιμασία αυτή είναι χρήσιμη για τον αποκλεισμό του υπερθυρεοειδισμού, γιατί σ'αυτόν η ένεση TRH δεν επιφέρει καμία αύξηση της TSH.

9. Δοκιμασία αναστολής με τριϊωδοθυρονίνη

α. Μετράται για 24 ώρες η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου.

β. Χορηγείται στο άρρωστο T_3 (40 μ g/8ωρο) για 8-15 μέρες.

γ. Για 24 ώρες μετράται πάλι η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου.

δ. Φυσιολογικά: αναστολή στη πρόσληψη της ραδιενεργούς ουσίας κάτω από 20% σε 24 ώρες.

Στη νόσο Graves: Καμία αναστολή.

10. 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 βασικού μεταβολισμού κυμαίνονται μεταξύ - 10% έως +10%. σε υπερθυρεοειδισμό οι τιμές είναι ανώτερες του +30% και σε υποθυρεοειδισμό μικρότερες του -15%. Σημειώνεται πως η δοκιμασία αυτή είναι επισφαλής για τον έλεγχο της λειτουργίας του θυρεοειδούς, επειδή οι μεταβολές αυτές παρουσιάζονται και σε άλλες καταστάσεις όπως πυρετό, αναιμία, καρδιακή ανεπάρκεια, άγχος κ.α.

11. Για την εκτίμηση της περιφερικής δράσης των θυρεοειδικών ορμονών εκτός από τον βασικό μεταβολισμό, αναφέρονται και οι πιο κάτω δοκιμασίες:

α. Διάρκεια χάλασης Αχιλλείου αντανακλαστικού.

Φυσιολογικές τιμές 250-280 mm/sec. Σε υποθυρεοειδισμό ανευρίσκονται αυξημένες τιμές και σε υπερθυρεοειδισμό μειωμένες.

β. Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

γ. Χοληστερίνη αίματος.

Φυσιολογικές τιμές 140-260 mg/100 ml. Σε υπερθυρεοειδισμό οι τιμές μπορεί να είναι ελαττωμένες και σε υποθυρεοειδισμό αυξημένες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένου έχουν ως γνωστόν ιδιαίτερη γεωγραφική κατανομή. Στην χώρα μας π.χ. παρουσιάζονται με ιδιαίτερη συχνότητα, βρίσκονται δε σε ορεινές περιοχές. Αλλά και σε άλλες ορεινές χώρες παρατηρείται το φαινόμενο αυτό. Η συχνότητα αυτή και η ανάπτυξη αφ'ετέρου ειδικών κέντρων εξοπλισμένων με όλα τα ραδιοϊσοτοπικά και άλλα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα έχει οδηγήσει στην λεπτομερή μελέτη των νόσων του θυρεοειδούς.

Κατά συνέπεια και η εγχειρητική πείρα πάνω στον θυρεοειδή είναι σήμερα εξαιρετικά μεγάλη.

Οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένου μπορούν να πάρουν τη μορφή του υπερθυρεοειδισμού ή του υποθυρεοειδισμού.

Α. ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Υπερθυρεοειδισμός είναι ένα κλινικό σύνδρομο, που δημιουργείται από την υπερέκκριση των θυρεοειδικών ορμονών θυροξίνης (T_4) και τριϊωδοθυρονίνης (T_3) και την αυξημένη μετατροπή της T_4 σε T_3 στην περιφέρεια. Αποτέλεσμα αυτών είναι η αύξηση του επιπέδου των θυρεοειδικών ορμονών στο πλάσμα.

Οι κυριότερες μορφές υπερθυρεοειδισμού στο πλάσμα είναι δύο: i) Νόσος Graves - Basedow ή διάχυτος τοξική βρογχοκήλη και ii) Τοξική οζώδης βρογχοκήλη, της οποίας διακρίνουμε δύο τύπους, την πολυοζώδη τοξική βρογχοκήλη και το μονήρες τοξικό αδένωμα.

Οι δύο μορφές υπερθυρεοειδισμού έχουν διαφορετική παθογένεια.

Σπανιότερες μορφές υπερθυρεοειδισμού είναι:

- α. Υπερθυρεοειδισμός λόγω θυρεοειδίτιδας.
- β. Λόγω λήγεως ιωδίου.
- γ. Λόγω λήγεως θυρεοειδικών ορμονών.
- δ. Λόγω "τοξικού" καρκινώματος του θυρεοειδούς.
- ε. Λόγω υπερβολικής διέγερσης της TSH (εξαιτίας όζων της υπόφυσης).

στ. Λόγω υπερβολικής παραγωγής θυρεοειδικών ορμονών από έκτοπο θυρεοειδικό ιστό (toxic struma ovarii).

Επίσης, πρέπει να αναφέρουμε ότι ως συνώνυμο του υπερθυρεοειδισμού χρησιμοποιείται ο όρος "θυρεοτοξίκωση" αλλά δεν είναι ακριβής και πρέπει να εγκαταλειφθεί. Ίσως το επίθετο "τοξικός"

πρέπει να παραμείνει ελλείπει καλύτερου, για να χαρακτηρίζει την βρογχοκίλη ή το αδένωμα.

1. ΤΟΞΙΚΗ ΔΙΑΧΥΤΟΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ ή ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ GRAVES-BASEDOW

Η νόσος του Graves, η οποία αποτελεί τον συνηθέστερο τύπο υπερθυρεοειδισμού, είναι μια πάθηση στην οποία ο υπερθυρεοειδισμός αποτελεί μια μόνο κλινική εκδήλωση αυτής.

Η κλασική εικόνα της νόσου περιλαμβάνει βρογχοκίλη, υπερθυρεοειδισμό, οφθαλμικά σημεία (εξόφθαλμο) και διηθητική δερματοπάθεια (προκνημιαία μυζοίδημα), αλλά αρκετά συχνά ένα ή και περισσότερα από τα σημεία αυτά απουσιάζουν.

Ο υπερθυρεοειδισμός αποτελεί τη συνηθέστερη εκδήλωση της νόσου και τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από βρογχοκίλη.

Συχνότητα

Προσβάλλει όλες τις ηλικίες από τη νηπιακή μέχρι τη γεροντική κατά προτίμηση όμως την τρίτη με τέταρτη δεκαετία της ζωής. Παρ'όλα αυτά είναι λιγότερο συχνή σε παιδιά και σπανιότερη σε άτομα ηλικίας κάτω των 5 ετών. Επίσης προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες από τους άνδρες σε αναλογία 4-5:1, περίπου.

Αιτιολογία και παθογένεια

Η παθογένεια της νόσου παραμένει άγνωστη. Υποστηρίζεται η άποψη ότι κληρονομικοί παράγοντες με την επίδραση εξωγενών καταστάσεων (συγκινησιακό Stress) συμβάλλουν στην εκδήλωση της νόσου του Graves.

Αρχικά σαν υπεύθυνος παθογενετικός παράγοντας της νόσου θεωρήθηκε η TSH, η άποψη όμως αυτή έχει εγκαταλειφθεί σήμερα ύστερα από τις παρατηρήσεις ότι η TSH απουσιάζει ή βρίσκεται ελαττωμένη στον ορό των ασθενών και ότι καταστροφή της υπόφυσης, δεν θεραπεύει ούτε αποκλείει την εμφάνιση του υπερθυρεοειδισμού.

Το 1956 ανακαλύφθηκε στον ορό ασθενών με διάχυτη τοξική βρογχοκίλη ο LATS (Long - Acting - Thyroid - Stimulator), ο οποίος θεωρήθηκε σαν αιτιολογικός παράγοντας της νόσου.

Και η άποψη όμως, αυτή εγκαταλείφθηκε ύστερα από την παρατήρηση ότι αρκετά συχνά ο ορός των ασθενών δεν περιέχει ανιχνεύσιμο LATS.

Τελευταία βρέθηκαν ορισμένοι θυρεοειδικοί διεγέρτες TSI (Thyroid - Stimulating - Immunoglobulins), οι οποίοι ανιχνεύονται σε ποσοστό 80-90% στον ορό των ασθενών με νόσο του Graves.

Πιστεύεται ότι προκαλούν τη νόσο, όπου συνδέονται με ειδικούς υποδοχείς στην μεμβράνη των θυρεοειδικών κυττάρων.

Παθολογική ανατομική

Μακροσκοπικά το παρέγχυμα του θυρεοειδούς έχει κατά τη διατομή ερυθρόφαιη χροιά, αν και αυτή ποικίλλει ανάλογα με την αγγειοβρίθεια, την υπερπλασία και την περιεκτικότητα σε κολλοειδές.

Μικροσκοπικά τα θυλάκια είναι μικρού μεγέθους και περιέχουν λίγο κολλοειδές ιδίως στην περιφέρεια, τα θυλακιδώδη κύτταρα είναι κυλινδρικά, τα μιτοχόνδρια αυξάνουν και το σύστημα Golgi εμφανίζεται υπερτροφικό.

Θηλώδεις προσεκβολές ξεκινούν από τα υπερπλαστικά κύτταρα και καταλήγουν μέσα στο κολλοειδές των θυλακίων.

Αρκετά συχνά παρατηρείται λεμφοκυτταρική διήθηση του παρεγγύματος - το οποίο έχει ροδόχρους χροιά - η οποία μερικές φορές συνοδεύεται από υπερπλασία του δύμου, σημείο που συνηγορεί για διαταραχή του ανοσολογικού μηχανισμού.

Κλινική εικόνα

Αυτή χαρακτηρίζεται από την κλασική τριάδα που ακολουθεί:

- 1) Βρογχοκήλη
- 2) Οφθαλμικά σημεία και
- 3) Υπερμεταβολισμό (υπερθυρεοειδισμό)

Σπανίως συνυπάρχουν χαρακτηριστικές βλάβες του δέρματος και των νυχιών.

Όπως προαναφέρθηκε, επίσης τα ανωτέρω κλινικά χαρακτηριστικά μπορεί να μην συνυπάρχουν. Κάποια απ'αυτά μπορεί να απουσιάζουν, κάποια να προηγούνται και τέλος κάποια ν'αναπτυχθούν ανεξάρτητα.

Η κλινική εικόνα της νόσου του Graves μπορεί να εκδηλωθεί στον ασθενή (ή) προοδευτικά σε διάστημα τριών έως έξι μηνών και διακυμαίνεται από την ήπια μέχρι την πλέον βαρεία μορφή.

1) Βρογχοκίλη

Αυτή συνήθως υπάρχει, αν και αναφέρονται περιπτώσεις υπερλειτουργίας του θυρεοειδούς αδένα χωρίς ανατομική διόγκωση αυτού. Το μέγεθος της βρογχοκίλης ποικίλλει. Μπορεί να μην γίνει αντιληπτή σε περίπτωση που βρίσκεται οπισθοστερνικά ή χαμηλά στον τράχηλο. Επίσης, μικρές βρογχοκίλες μπορεί να μην γίνουν αντιληπτές σε ασθενείς που έχουν κοντό και παχύ τράχηλο.

Ο θυρεοειδής αδένας είναι διάχυτος και συγκεκριμένα διογκωμένος. Μερικές φορές όμως ο ένας λοβός είναι μεγαλύτερος των άλλων. Η επιφάνεια είναι λεία και ο αδένας είναι σκληρότερος του φυσιολογικού. Σε περισσότερες από 70% περιπτώσεις, λόγω αυξημένης αγγειώσεως, γίνεται, διαμέσου της ακρόασης και της ψηλάφησης, αντιληπτός χαρακτηριστικός ήχος - φύσημα - στις άνω θυρεοειδικές αρτηρίες. Το εύρημα αυτό αποτελεί απόδειξη αυξημένης δραστηριότητας του θυρεοειδούς.

2) Οφθαλμικά σημεία

Αυτά απαντούν στην πλειοψηφία των ασθενών και αναπτύσσονται γρήγορα τους πρώτους μήνες από την εισβολή της νόσου. Διακρίνουμε τρεις κύριες κλινικές μορφές:

α. Ανάσπαση του άνω βλεφάρου. Αυτή αποτελεί το πλέον πρώιμο και εντυπωσιακό σημείο. Αυτή η ανάσπαση του βλεφάρου έχει ως συνέπεια τη διεύρυνση της βλεφαρικής σχισμής και τη δυσχέρεια στο άνοιγμα και το κλείσιμο των βλεφάρων.

Εάν ζητηθεί από τον ασθενή να παρακολουθήσει το δάκτυλο του εξεταστή καθώς κινείται από πάνω προς τα κάτω, το άνω βλέφαρο δεν παρακολουθεί συγχρόνως την προς τα κάτω κίνηση του βολβού του οφθαλμού (lid-lag) (εικ.5).

β. Εξόφθαλμος. Αυτός είναι συχνότερος σε γυναίκες από ότι σε άνδρες. Σε άνδρες, όμως, ηλικίας άνω των 40 ετών, ο εξόφθαλμος είναι μεγαλύτερος. Πρόκειται για προώθηση του βολβού του οφθαλμού, συχνά ασύμμετρα ή ακόμη και ετερόπλευρα (εικ. 6-7). Το μέγεθος αυτής της προωθήσεως μετράται με το εξοφθαλμόμετρο. Ο εξόφθαλμος οφείλεται σε αύξηση του περιεχομένου του κόγκου.

γ. Οφθαλμοπληγία. Χαρακτηρίζεται από πάρεση των έξω οφθαλμικών μυών και από διπλωπία. Συνήθως συνυπάρχει οίδημα των βλεφάρων. Τα οφθαλμικά σημεία περιορίζονται μόνο στην ανάσπαση του άνω βλεφάρου και μέτριο εξόφθαλμο. Μερικές φορές ο εξόφθαλμος είναι ετερόπλευρος αλλά προοδευτικά καθίσταται αμφοτερόπλευρος, αν και ο



Είκ. 5. — Υπερθυρεοειδική ασθενής. Διακρίνεται σαφώς η ανάσπασις τών άνω βλεφάρων.



Είκ. 6. — Έκσεσημασμένος έξόφθαλμος.



Είκ. 7. — Έτερόπλευρος έξόφθαλμος.



Είκ. 8. — Κακοήθης έξόφθαλμος.

βαθμός προωθήσεως του βολβού είναι διαφορετικός. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως καλοήθης εξόφθαλμος.

Ο κακοήθης εξόφθαλμος χαρακτηρίζεται από σοβαρό εξόφθαλμο, μεγάλο οίδημα των βλεφάρων και των επιπεφυκώτων, εξελκώσεις του κερατοειδούς, παραλύσεις των οφθαλμικών μυών, μείωση της οπτικής οξύτητας ή και τύφλωση (εικ.8).

Η αιτιολογία των οφθαλμικών σημείων είναι αβέβαιη. Η ανάσπαση του άνω βλεφάρου οφείλεται πιθανόν σε αυξημένο τόνο του ανεκκλήρος μυός του βλεφάρου από την δράση των κατεχολαμινών. Οι θυρεοειδικές ορμόνες, η TSH και ο LATS δεν προκαλούν αυτά τα σημεία. Κάποια ουσία απ' την υπόφυση, που καλείται "ουσία που παράγει εξόφθαλμο" (Exophthalmos Producing Substance - EPS) θεωρήθηκε η αιτία. Εν τούτοις δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη γιατί αναπτύχθηκε εξόφθαλμος και μετά από ολική υποφυσεκτομή. Τελευταία, υπάρχει ένδειξη ότι μία ανοσοσφαιρίνη, διαφορετική του LATS, μπορεί να είναι η αιτία των οφθαλμικών σημείων της νόσου του Graves.

3) Υπερμεταβολισμός (Υπερθυρεοειδισμός)

Μία μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων χαρακτηρίζει την υπερέκκριση θυρεοειδικών ορμονών.

- Από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Νευρικότητα, υπερδιεγερσιμότητα, ευαισθησία, ενεργητικότητα, τρόμος χεριών, αϋπνία, ανησυχία.

- Από το καρδιαγγειακό σύστημα. Αρρυθμία, ταχυκαρδία, αύξηση της καρδιακής παροχής, αύξηση της συστολικής και ελάττωση της διαστολικής πίεσεως, δύσπνοια, μερικές φορές δε και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η οποία είναι αποτέλεσμα προϋπάρχουσας καρδιακής νόσου.

(Σ' αυτό το σημείο πρέπει να πούμε ότι τα συμπτώματα από το νευρικό σύστημα είναι ιδιαίτερα έντονα σε νεαρά άτομα απ' ό,τι σε ηλικιωμένα. Ενώ τα καρδιακά συμπτώματα αποτελούν σταθερό εύρημα σε ηλικιωμένους υπερθυρεοειδικούς).

- Μεταβολικά: Συνήθως παρατηρείται απώλεια βάρους, υπερορεξία, διάρροια και κοιλιακά άλγη, τα οποία οφείλονται σε αύξηση της κινητικότητας του λεπτού και παχέος εντέρου.

Επίσης αυξημένη εφίδρωση και θερμό, υγρό δέρμα.

- Από το μυϊκό σύστημα. Αδυναμία των εγγύς μυών. Αυτή σε κάποιες περιπτώσεις γίνεται έντονη και συνοδεύεται από ατροφία των μυών (θυρεοτοξική μυοπάθεια). Σε πολύ προχωρημένες μορφές ο ασθενής αδυνατεί να σηκωθεί απ' το κάθισμα ή το κρεβάτι και πολλές φορές αδυνατεί να περπατήσει. Μπορεί να πάρει τη μορφή περιοδικής



Εικ. 9. — Προκλημασίον μυζοίδημα.

παράλυσης. Επίσης, παρατηρείται οστεοπόρωση με δυνατούς οστικούς πόνους. Μιλάμε για το τυπικό σύνδρομο μυασθένειας Graves σε βαρείες καταστάσεις υπερθυρεοειδισμού.

· Από το γεννητικό σύστημα. Διαταραχές της εμμήνου ρύσης με την μορφή της ολιγομηνόρροιας ή της δευτεροπαθούς αμηνόρροιας, μείωση της γονιμότητας λόγω αναστολής της ωορρηξίας και σπανιότερα μνηορραγίες. Επίσης, δεν αποτελεί ασυνήθιστο φαινόμενο η εμφάνιση γυναικομαστίας σε άνδρες.

Βλάβες του δέρματος και των νυχιών

Αυτές περιλαμβάνουν το προκνημιαίο μυζοίδημα και την ονυχόλυση.

Το προκνημιαίο μυζοίδημα (διηθητική δερματοπάθεια) εμφανίζεται σε ποσοστό 4-10% σε ασθενείς με νόσο του Graves, συνοδεύει πάντοτε την θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια και εντοπίζεται συνήθως στο κάτω τριτημόριο των κνημών σαν περιγεγραμμένη αλλοίωση. Το δέρμα εμφανίζεται ερυθρό, στιλπνό, διογκωμένο, με μεγέθυνση του θυλάκου των τριχών. Ο τραυματισμός της περιοχής υποστηρίζεται ότι παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της κατάστασης αυτής (εικ.9).

Η ονυχόλυση χαρακτηρίζεται από αποκόλληση και κύρτωση του περιφερικού τμήματος του νυχιού από την κοίτη του.

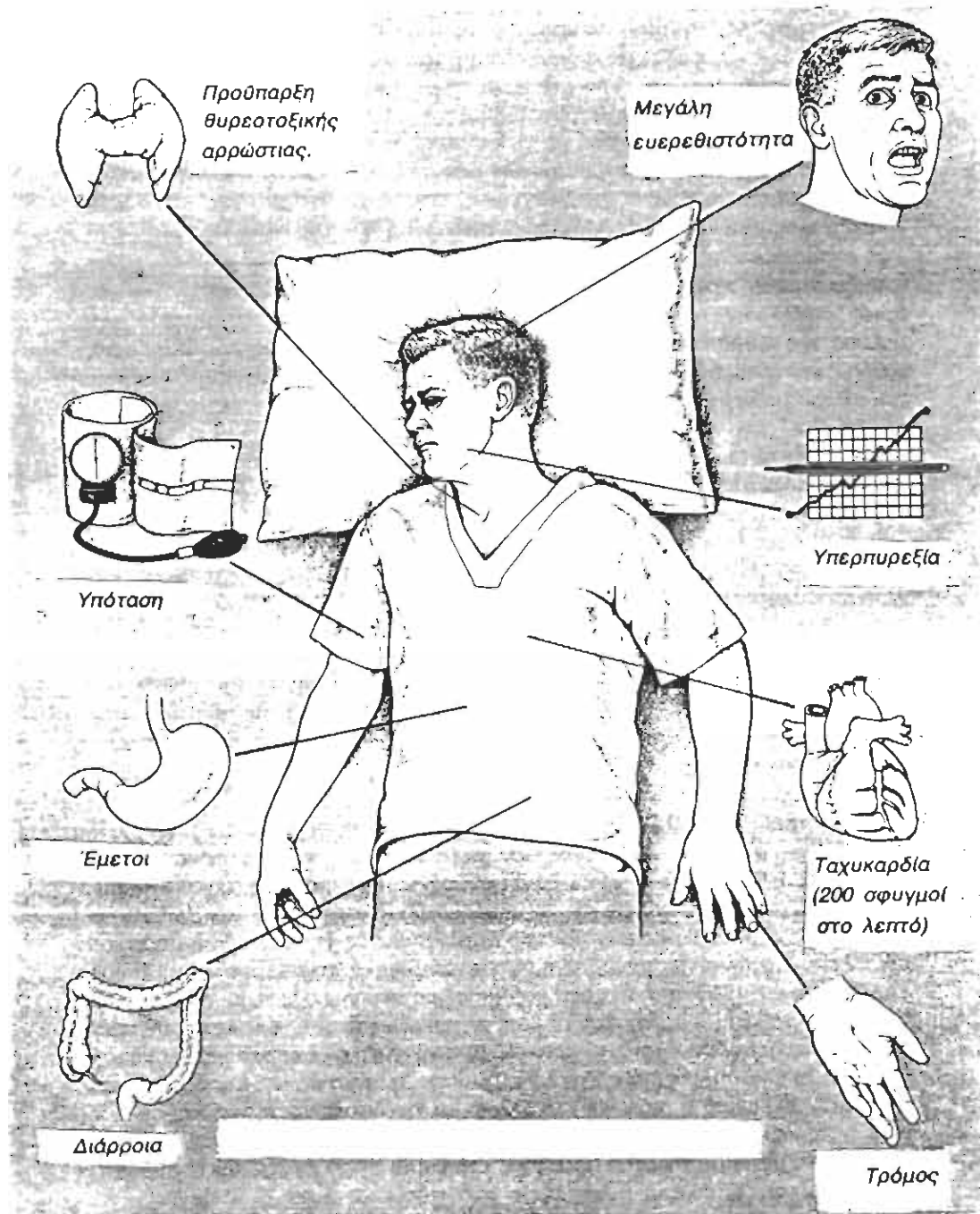
ΘΥΡΕΟΤΟΞΙΚΗ ΚΡΙΣΗ (θυρεοειδική θύελλα)

Πρόκειται για κλινικό σύνδρομο, το οποίο αποτελεί και την δραματικότερη έκφραση του υπερθυρεοειδισμού.

Κατά το παρελθόν, και πριν την ανακάλυψη των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων, εμφανιζόταν κυρίως ως άμεση επιπλοκή θυρεοειδεκτομών σε ασθενείς που δεν είχαν προετοιμαστεί κατάλληλα.

Σήμερα εμφανίζεται συνηθέστερα κατόπιν άλλων εγχειρήσεων, ατυχημάτων, λοιμώξεων ή συγκινησιακών επιβαρύνσεων σε μη διεγνωσμένους ή σε ανεπαρκώς θεραπευόμενους υπερθυρεοειδικούς ασθενείς.

Η εισβολή της θυρεοτοξικής κρίσης είναι αιφνίδια. Εκδηλώνεται 4-16 ώρες μετά την εγχείρηση. Χαρακτηρίζεται από *υπλό πυρετό* (40°-42° C), *ταχυκαρδία* έως 200 σφύξεις το λεπτό με αποτέλεσμα να εμφανισθεί καρδιακή ανεπάρκεια ή οξύ πνευμονικό οίδημα. Από το κεντρικό νευρικό σύστημα παρατηρούνται *απάθεια, σύγχυση, ευερεδιστότητα, συναίσθημα φόβου* και άλλες *γυχωτικές καταστάσεις*. Από το πεπτικό παρουσιάζονται



Εικόνα 10. Θυρεοτοξική κρίση (κλινική εικόνα).

έντονη διάρροια, ηπατομεγαλία, κοιλιακά άλγη, έμετοι και ίκτερος, τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν σύγχυση ως προς τη διάγνωση (εικ. 10).

Η κατάσταση μπορεί να εξελιχθεί σε *Collapsus* (με ωχρο, γυχρο και υγρό δέρμα), *σπασμούς, παραλήρημα, απώλεια συνειδήσεως, κώμα*. Η πρόγνωση είναι βαρύτατη και ο θάνατος επέρχεται συνήθως 36 με 48 ώρες από την εισβολή της θυρεοτοξικής κρίσης.

Διάγνωση και διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού θα γίνει από την κλινική εικόνα και από τα εργαστηριακά ευρήματα.

Τα κλινικά σημεία είναι τόσο χαρακτηριστικά, ώστε δεν αντιμετωπίζεται πρόβλημα. Παρατηρούνται δηλ. νευρικήτητα, απώλεια βάρους, εφιδρώσεις και μη ανεκτικότητα στη ζέστη. Συνοπάρχουν ταχυκαρδία, τρόμος και αυξημένη όρεξη. Σε περιπτώσεις, όμως, τρόμου, ταχυκαρδίας και υπερδιεγερσιμότητας απαιτείται προσοχή, γιατί μερικές φορές πρόκειται για την κλινική εικόνα μιας *αγχώδους* κατάστασης, μιας γυχικής νεύρωσης. Ο αγχώδης ασθενής έχει, κατά κανόνα, υγρά και γυχρά χέρια, ενώ ο υπερθυρεοειδικός υγρά και θερμά. Σε υπερθυρεοειδισμό, εξάλλου, προέχει η νευρικήτητα και η υπερδιεγερσιμότητα, ενώ σε αγχώδεις καταστάσεις το άγχος και η κατάθλιψη.

Σύγχυση μπορεί να προκύψει και σε *χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια*, στην οποία παρουσιάζεται συχνά υπερκινητική κυκλοφορία, θερμό δέρμα και τρόμος.

Υπερμεταβολικές καταστάσεις, όπως μεγάλη αναιμία, λευχαιμία, πολυκυτταραιμία, νεοπλασίες μπορεί να δώσουν γευδή κλινική εικόνα υπερθυρεοειδισμού.

Άλλες φορές η διάγνωση είναι δυσχερής σε άτομα άνω των 60 ετών, στα οποία λείπει η τυπική εικόνα του υπερθυρεοειδισμού. Προέχει η απώλεια βάρους και η αδυναμία, έτσι ώστε να δημιουργείται υπογία νεοπλασίας. Απώλεια βάρους, όμως, παρά την αυξημένη σίτιση αποτελεί και κύριο σύμπτωμα του *σακχαρώδους διαβήτη*.

Ασθενείς με *μαρμαρυγή* των κόλπων χωρίς σαφή αιτιολογία πρέπει να υποβάλλονται σε εργαστηριακό έλεγχο για την αποκάλυψη ενδεχόμενου υπερθυρεοειδισμού.

Την υπόνοια του υπερθυρεοειδισμού πρέπει να προκαλέσουν *καταστάσεις μεγάλης μυϊκής εξασθένησης* (μυοπάθειες) ή *διάχυτες οστικές ατροφίες* (οστεοπορώσεις).

Σε οφθαλμοπάθεια της νόσου Graves, διαγνωστικές δυσχέρειες προκύπτουν όταν ο ασθενής δεν είναι υπερθυρεοειδικός, ιδιαίτερα σε

ετερόπλευρο εξόφθαλμο. Μπορεί να γίνει σύγχυση με *οπισθοβολθικό όγκο*. Στην περίπτωση αυτή απαιτούνται αξονική τομογραφία και υπερηχογραφία ενώ η συμβουλή του οφθαλμιάτρου είναι απαραίτητη.

Σε *φαιοχρωμοκύττωμα* μπορεί να παρατηρηθούν ταχυκαρδία, εφιδρώσεις και αυξημένος βασικός μεταβολισμός, λόγω παραγωγής μεγάλων ποσοτήτων χοριονικής γοναδοτροπίνης (HCG), η οποία συμπεριφέρεται ως TSH.

Από απόγεως εργαστηριακών εξετάσεων και δοκιμασιών η νόσος του Graves εμφανίζει αύξηση της τιμής των θυρεοειδικών ορμονών και αύξηση της δοκιμασίας προσλήψεως του ραδιενεργού ιωδίου.

Η TSH του ορού ή απουσιάζει ή είναι σαφώς ελαττωμένη. Η θυρεοσφαιρίνη του ορού αυξάνει από 5 σε 345 ng/ml. Η δοκιμασία TRH αποβαίνει αρνητική.

Ο LATS ανιχνεύεται θετικός στο 50% των ασθενών, τα TSI σε ποσοστό 80-90% και τα αντιθυρεοειδικά μικροσωματικά αντισώματα σε ποσοστό 100%.

Στο σπινθηρογράφημα ο θυρεοειδής εμφανίζεται ομότιμα και διάχυτα μεγενθυμένος με αυξημένη πρόσληψη της ραδιενεργούς ουσίας.

Ο χρόνος (συσπάσεως και χαλάσεως) του αντανακλαστικού του Αχιλλείου τένοντα, μετρούμενος σε χαρτί με τη βοήθεια κινητού μαγνητικού πεδίου (Kinemometer) ή φωτοηλεκτρικού κυττάρου (Photomograph), ανευρίσκεται ελαττωμένος. Η μέτρηση του χρόνου του Αχιλλείου αντανακλαστικού σαν διαγνωστική μέθοδος του υπερθυρεοειδισμού, πρακτικά, έχει ελάχιστη και περιορισμένη αξία, δεδομένου ότι το 50% των υπερθυρεοειδικών ασθενών εμφανίζει φυσιολογικές τιμές.

Πορεία και πρόγνωση

Η πορεία του υπερθυρεοειδισμού δεν μπορεί να καθορισθεί.

Σε νεαρά άτομα που πάσχουν από διάχυτη τοξική βρογχοκήλη ελαφράς μορφής, παρατηρείται αυτόματη ύφεση της νόσου και πιθανόν θεραπεία αυτής. Σε περιπτώσεις βαρείας μορφής δεν παρατηρείται αποθεράπευση και η πορεία της νόσου, η οποία είναι μακροχρόνια, χαρακτηρίζεται από περιόδους μερικής ύφεσης και έξαρσης.

Πριν την εποχή της θυρεοειδεκτομής και των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων, πολλοί ασθενείς πέθαιναν, ιδιαίτερα από καρδιακή ανεπάρκεια και θυρεοτοξική κρίση. Ακόμη και σήμερα οι βαρεία πάσχοντες ασθενείς μπορεί να καταλήξουν στο θάνατο, αν δεν θέσουν τη νόσο υπό έλεγχο.

Βέβαια, με τη σύγχρονη θεραπεία η πλειοψηφία των ασθενών θεραπεύεται από τη νόσο ενώ μικρή αναλογία αυτών, παρά τη θεραπεία, εμφανίζει υποτροπή της νόσου.

Θεραπεία

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως την ηλικία, το μέγεθος της βρογχοκήλης, την φύση της βρογχοκήλης, την βαρύτητα του υπερθυρεοειδισμού, όπως και από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Απαιτείται εξατομίκευση της θεραπείας για κάθε ασθενή.

Η θεραπεία περιορίζεται στην αναστολή της σύνδεσης των θυρεοειδικών ορμονών είτε με την χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων, είτε με τη χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου, είτε με την αφαίρεση θυρεοειδικού ιστού

Αντιθυρεοειδικά φάρμακα

Η αντιθυρεοειδική δράση των φαρμάκων (προπυλοθειουρακίλη, καρβιμαζόλη), που εισήχθησαν από τον Astwood το 1943, συνίσταται:

α) στην αναστολή της οξειδωσης του ιωδίου και της σύνδεσής του με τις τυροσίνες και

β) στην ελάττωση του ρυθμού μετατροπής της T_4 σε T_3 στην περιφέρεια από την προπυλοθειουρακίλη.

Τα φάρμακα αυτά μπορούν να χορηγηθούν σε ασθενείς με μικρή βρογχοκήλη και ήπιο υπερθυρεοειδισμό.

Κλινική βελτίωση επέρχεται μετά από μια εβδομάδα· για να γίνει, όμως, ο ασθενής ευθυρεοειδικός απαιτείται θεραπεία 4 έως 6 εβδομάδων.

Όταν χορηγούνται για μόνιμη θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού, η διάρκεια χορήγησής τους πρέπει να είναι 12-18 μήνες και σε συνδυασμό με θυρεοειδικά σκευάσματα για καταστολή της TSH.

Τελευταία σε συνδυασμό με τα αντιθυρεοειδικά χορηγείται και η DL-προπρανολόλη (Inderal), η δράση της οποίας συνίσταται:

α) στην αναστολή των β-αδρενεργικών υποδοχέων και

β) στην ελάττωση της μετατροπής της T_4 σε T_3 στην περιφέρεια.

Η προπρανολόλη μπορεί να βελτιώσει την ταχυκαρδία, τον τρόμο, το αίσθημα ανησυχίας, τις εφιδρώσεις και τη μυοπάθεια.

Πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου θεωρούνται τα εξής:

i) Είναι ευπρόσδεκτα από τον ασθενή και

ii) Αποφεύγονται οι επιπλοκές της εγχείρησης και της χορήγησης ^{I131}.

Μειονεκτήματα θεωρούνται δε τα εξής:

I) Παρουσιάζεται γενικά υψηλό ποσοστό υποτροπής (Εξαιρούνται οι ασθενείς με μικρή βρογχοκήλη και ήπιο υπερθυρεοεισμό. Κι αυτοί, όμως, σε κάποιο ποσοστό εμφανίζουν μακρά ύφεση των συμπτωμάτων).

II) Πολύμηνη διάρκεια της θεραπείας (βλ. I).

III) Αντιδράσεις υπερευαισθησίας: α) Ακοκκιοκυτταραιμία - σπάνια αλλά επικίνδυνη, β) Δερματικά εξανθήματα, αρθραλγίες και πυρετός. Μπορεί να οδηγήσουν σε ακοκκιοκυτταραιμία. Συνίσταται αντικατάσταση του αντιθυρεοειδικού σκευάσματος.

IV) Διόγκωση οπισθοστερνικής βρογχοκήλης με δημιουργία πειστικών φαινομένων.

Ραδιενεργό Ιώδιο (^{I131})

Το ραδιενεργό ιώδιο άρχισε να εφαρμόζεται στη θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού από το 1946.

Με την χορήγηση ^{I131} επιδιώκεται η ενδογενής ακτινοβολία και βλάβη των κυττάρων του θυρεοειδούς.

Ενδείκνυται σε άτομα άνω των 35-40 ετών. Η μέση χορηγούμενη δόση να είναι όσο το δυνατόν μικρότερη και να αποφεύγονται οι επαναληπτικές δόσεις ή αν κριθούν απαραίτητες, να χορηγούνται μετά από 6-12 μήνες.

Αντενδείκνυται σε εγκυμοσύνη, σε άτομα μικρότερα από 25 ετών και ιδιαίτερα σε παιδιά.

Πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής θεωρείται ότι είναι ευπρόσδεκτη από τον ασθενή.

Μειονεκτήματα θεωρούνται:

I) Δυσχέρειες υπολογισμού της σωστής δόσης.

II) Το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν εκδηλώνεται πριν την πάροδο ενός τριμήνου.

III) Υψηλή συχνότητα εμφάνισης μόνιμου υποθυρεοειδισμού (μέχρι 70%) εξαιτίας της ακτινοβολίας που προκάλεσε βλάβη στην αναγεννητική ικανότητα των θυρεοειδικών κυττάρων.

Έχουν ανακοινωθεί περιπτώσεις λευχαιμίας και ανάπτυξης καρκίνου του θυρεοειδούς μετά από θεραπευτική χορήγηση ^{I131} αλλά πλέον δεν θεωρείται πιθανόν.

Θυρεοειδεκτομή

Μέθοδος ασφαλής και αρκετά ακίνδυνη για τη θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού σε ασθενείς κάτω των 35-40 ετών θεωρείται η εγχειρητική αντιμετώπιση, η οποία συνήθως συνίσταται σε υφολική θυρεοειδεκτομή και υπερτερεί έναντι των άλλων μεθόδων θεραπείας.

Οι ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν υποβάλλονται σε αγωγή προετοιμασίας για έλεγχο του υπερθυρεοειδισμού για 4-6 εβδομάδες με αντιθυρεοειδικά φάρμακα, θυροξίνη, Inderal και διάλυμα ιωδίου Lugol· διαφορετικά υφίσταται κίνδυνος θυρεοτοξικής κρίσης (έξαρση υπερθυρεοειδισμού, ταχυκαρδία, υπερπυρεξία και κυκλοφοριακό shock).

Το Lugol χορηγείται μια εβδομάδα πριν από την επέμβαση, διότι πιστεύεται ότι συμβάλλει στην ελάττωση της αιμάτωσης του θυρεοειδούς με την αύξηση του κολλοειδούς των θυλακίων και μηχανικής πίεσης των γύρω αγγείων.

Επίσης, έχουν ανακοινωθεί περιπτώσεις που η προεγχειρητική προετοιμασία έγινε μόνο με Inderal με πολύ καλά αποτελέσματα.

Πλεονέκτημα της χειρουργικής αντιμετώπισης του υπερθυρεοειδισμού θεωρείται η επίτευξη μόνιμης θεραπείας που ανέρχεται σε ποσοστό 95-97% των ασθενών.

Όσον αφορά τις *επιπλοκές* και τους *κινδύνους* τείνουν να μηδενιστούν, όταν οι επεμβάσεις γίνονται από έμπειρα χειρουργικά χέρια.

I) Η θνησιμότητα είναι ελάχιστη (περί 0,1%)

II) Υποθυρεοειδισμός εμφανίζεται σε ποσοστό 2-3%, μικρότερο ποσοστό εμφάνισης υποθυρεοειδισμού μετά από χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου.

III) Υποτροπή υπερθυρεοειδισμού σε ποσοστό 5-10% των περιπτώσεων.

IV) Μόνιμος υποπαραθυρεοειδισμός σε ποσοστό <1% των περιπτώσεων.

V) Παράλυση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, σπανιότατα.

Θεραπεία της οφθαλμοπληγίας

α. Κατά τα αρχικά στάδια συνίσταται η κάλυψη του ενός σφδαλμού για την αποφυγή της διπλωπίας.

β. Το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης για την διόρθωση των οπτικών αξόνων μπορεί να συζητηθεί, πιθανότατα, αφού παρέλθει μια

διετία από την εγκατάσταση της νόσου και εφόσον αυτή δεν είναι πλέον ενεργή.

Θεραπεία του εξόφθαλμου

Ο απλός εξόφθαλμος δεν απαιτεί άλλη θεραπεία εκτός εκείνης του υπερθυρεοειδισμού. Τα οφθαλμικά σημεία υποχωρούν. Εν τούτοις ο εξόφθαλμος παραμένει ή βελτιώνεται ελαφρά.

Σε κακοήθη εξόφθαλμο, όμως, πρέπει να ληφθούν ειδικά μέτρα σε συνεργασία με τον οφθαλμίατρο. Μέχρι τη σταθεροποίηση της κατάστασης των οφθαλμών δεν πρέπει να επιχειρηθεί θυρεοειδεκτομή ή να χορηγηθεί ραδιενεργό ιώδιο για τον έλεγχο του υπερθυρεοειδισμού. Η απότομη ελάττωση της θυρεοειδικής λειτουργίας με την θυρεοειδεκτομή αποτελεί συνήθως αιτία επιβάρυνσης της κατάστασης. Η χορήγηση, όμως, των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων προτιμάται, επειδή η δράση τους είναι ανατάξιμη.

Η θεραπεία με ορμόνες είναι αρκετά χρήσιμη. Η χορήγηση θυροξίνης προφυλάσσει από την ανάπτυξη υποθυρεοειδισμού, όταν γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων για τον έλεγχο του υπερθυρεοειδισμού ενώ τα κορτικοστεροειδή ενεργούν αποσυμφορητικά και προληπτικά όσον αφορά την δημιουργία οιδήματος.

Λαμβάνονται, επίσης, άλλα συντηρητικά μέτρα προφύλαξης και για τον κερατοειδή χιτώνα.

Σε αποτυχία των παραπάνω συντηρητικών μέτρων χρησιμοποιούνται χειρουργικές μέθοδοι. Έτσι γίνεται ταρσορραφή και άλλες χειρουργικές επεμβάσεις που αποσκοπούν στην μείωση της ενδοκογχικής πίεσης, όπως είναι η κατά Naffziger και η διαμέσου του ιγμορείου άντρου κοχχεκτομίες, προκειμένου ν'αποκατασταθεί η ακεραιότητα του βολβού και ν'αποτραπεί η τύφλωση, μια όντως σπάνια μεν αλλά τραγική συνέπεια της νόσου του Graves-Basedow.

Θεραπεία της θυρεοτοξικής κρίσης

i) Υψηλές δόσεις προπυλοθειουρακίλης ως 200 mg/4ωρο μέσω ρινογαστρικού σωλήνα. Φαίνεται ότι η προπυλοθειουρακίλη υπερέχει της καρβιμαζόλης, διότι εκτός των άλλων προκαλεί ελάττωση της μετατροπής της T_4 σε T_3 .

ii) Δύο ώρες μετά την α' δόση της προπυλοθειουρακίλης χορούνται 500-1000 mg ιωδιούχου καλίου ενδοφλέβια.

iii) Γλυκοστεροειδή, όπως δεξαμεθαζόνη 8-16 mg, ημερησίως ενδοφλέβια.

iv) Προπρανολόλη, πολλοί διστάζουν να την χορηγούν λόγω της έντονης καρδιακής ανεπάρκειας, η οποία συνοδεύει την κρίση μολονότι η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια βελτιώνεται με το φάρμακο όταν η έντονη ταχυκαρδία είναι η κύρια αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας.

v) Διατήρηση του ασθενή σε γυαρό περιβάλλον λόγω υπερπυρεξίας. Ειδικά γυαρά κλινοσκεπάσματα και χρήση ανεμιστήρα.

vi) Δακτυλίτιδα σε συνηθισμένες δόσεις.

vii) Αντιβιοτικά εάν συνυπάρχει λοίμωξη.

viii) Ρύθμιση του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.

ix) Κατάκλιση.

2. ΟΖΩΔΗΣ ΤΟΞΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ

Διακρίνουμε δύο μορφές: i) Την τοξική πολυοζώδη βρογχοκήλη και ii) Το μονήρες τοξικό αδένωμα. Και οι δύο μορφές, σε αντίθεση με την νόσο του Graves, δεν έχουν σχέση με ανοσολογικό μηχανισμό.

i) Τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη

Συχνότητα

Είναι συνηθέστερη στα ηλικιωμένα άτομα και μάλιστα σε γυναίκες άνω των 60 ετών σε αναλογία 5:1, όταν προϋπάρχει απλή οζώδης βρογχοκήλη.

Αιτιολογία και παθογένεια

Αρχικά η βρογχοκήλη είναι εξαρτημένη από την TSH, με την πάροδο όμως του χρόνου αναπτύσσονται αυτόνομες περιοχές θυρεοειδικού ιστού, οι οποίες δεν εξαρτώνται από τον φυσιολογικό ομοιοστατικό μηχανισμό ελέγχου, ενώ άλλες περιοχές του θυρεοειδούς παρουσιάζουν μειωμένη σχετικά δραστηριότητα. Οι όζοι που λειτουργούν αυτόνομα μπορεί να παράγουν ορμόνες για χρόνια, αλλά όχι σε υπερθυρεοειδικά επίπεδα, και επομένως χωρίς να δημιουργούν κλινικά προβλήματα. Σε κάποιες όμως περιπτώσεις, οι αυτόνομοι αυτοί όζοι παράγουν περίσσεια ορμονών με αποτέλεσμα τον υπερθυρεοειδισμό. Ο δημιουργηθείς υπερθυρεοειδισμός σπάνια παρουσιάζει αυτόματα ύφεση, σε αντίθεση με τη νόσο του Graves.

Παθολογική ανατομική

Μακροσκοπικά ο θυρεοειδής δεν είναι συμμετρικά διογκωμένος. Το παρέγχυμά του έχει κατά περιοχές γεμίσει από ποικίλου μεγέθους και σύστασης όζους. Οι όζοι τείνουν να μεγενθύνουν τόσο κατά τις περιόδους λειτουργικές δραστηριότητες όσο και κατά τις περιόδους ηρεμίας. Παρατηρείται ανάπτυξη ινώδους ιστού.

Κλινική Εικόνα

Στα ηλικιωμένα άτομα και ιδιαίτερα στις γυναίκες, που για πολλά χρόνια προϋπήρχε απλή μη τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη, παρουσιάζεται η μορφή αυτή του υπερθυρεοειδισμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι συνηθισμένες εκδηλώσεις υπερθυρεοειδισμού απουσιάζουν ή είναι ελαφρές, προέχουν δε οι *καρδιαγγειακές εκδηλώσεις* όπως μαρμαρυγή κόλπων, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, *απώλεια βάρους* και *μυϊκή αδυναμία*. Σε ακραίες μορφές ο ασθενής εμφανίζει, κυρίως, *απάθεια* και *αδυναμία* δίνοντας την εντύπωση υποθυρεοειδισμού (απαθής υπερθυρεοειδισμός). Εξόφθαλμος ή διηθητική δερματοπάθεια απουσιάζει.

Διάγνωση

Προσδιορισμός των θυρεοειδικών ορμονών δίνει αυξημένες τιμές. Ακτινογραφία θώρακος πρέπει πάντοτε να εκτελείται για τον αποκλεισμό ή την ανεύρεση οπισθοστερνικής βρογχοκήλης.

Το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς αποδεικνύει περιοχές αυξημένης πρόσληψης με γειτονικές περιοχές ελαττωμένης πρόσληψης.

Θεραπεία

Οι περισσότεροι θεωρούν ως καλύτερη εκλογή θεραπείας την *υφολική θυρεοειδεκτομή*. Άλλοι θεωρούν την επέμβαση κατάλληλη μόνο σε αρκετά μεγάλη βρογχοκήλη, που προκαλεί αποφρακτικά φαινόμενα και προτιμούν το *ιώδιο* (I^{131}). Οι απαιτούμενες δόσεις είναι μεγάλες, 30-50 mCi.

Επειδή, όμως, προαναφέραμε, πολλά απ'τα άτομα είναι ηλικιωμένα, η γενική αλλά κυρίως η καρδιαγγειακή κατάσταση δεν επιτρέπει την εγχείρηση, γ'αυτό επιλέγεται η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο.

Τα *αντιθυρεοειδικά φάρμακα* σπάνια χρησιμοποιούνται (εκτός κι αν είναι απαραίτητα για την προετοιμασία της εγχείρησης).

ii) Τοξικό μονήρες αδένωμα

Συχνότητα

Είναι η λιγότερη συχνή. Αντιστοιχεί στο 5-10% του συνόλου των περιπτώσεων υπερθυρεοειδισμού.

Απαντά σε μεγαλύτερη αναλογία σε γυναίκες και μάλιστα σε ηλικία άνω των 35-40 ετών.

Αιτιολογία και παθογένεια

Πρόκειται για μονήρες θυλακιώδες αδένωμα, το οποίο αυτόνομα εκκρίνει περίσσεια θυρεοειδικής ορμόνης, η οποία αναστέλλει την έκκριση της TSH με επακόλουθο την ατροφία του υπόλοιπου θυρεοειδούς αδένου. Η TSH δεν ανιχνεύεται στον ορό, η δε δοκιμασία TRH αποβαίνει αρνητική. Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του μεγέθους του αδενώματος και της λειτουργίας του. Αδένωμα μικρότερο των 3 εκ. μ. δεν παράγει ικανή ποσότητα θυρεοειδικών ορμονών, ώστε να προκληθεί υπερθυρεοειδισμός. Η αύξηση του μεγέθους επιτελείται αργά και σε περίοδο δέκα και περισσότερο ετών.

Παθολογική ανατομική

Ο όζος αποτελείται από μεγάλο αριθμό υπερπλαστικών θυλακίων, τα κύτταρα των οποίων ποικίλλουν από κυβοειδή σε κυλινδρικά.

Κλινική εικόνα

Αυτή χαρακτηρίζεται από:

- 1) Βρογχοκήλη
- 2) Υπερμεταβολισμό και
- 3) Οφθαλμικά σημεία

1) Βρογχοκήλη: Γενικά γηλαφάται ένας μονήρης όζος στον θυρεοειδή, σπανιότερα δε περισσότεροι του ενός.

2) Υπερμεταβολισμός: Ο υπερθυρεοειδισμός είναι, κατά κανόνα, ήπιος, αλλά καρδιακές εκδηλώσεις, όπως ταχυκαρδία και διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, δεν είναι σπάνιες.

(Μερικές φορές η ασάφεια των συμπτωμάτων είναι τέτοια, ώστε οι ασθενείς θεωρούνται ότι πάσχουν από αγχώδη νεύρωση).

3) Οφθαλμικά σημεία: Είναι αρκετά άτονα ή απουσιάζουν.

Διάγνωση

Η διάγνωση θα γίνει από την κλινική συμπτωματολογία του υπερθυρεοειδισμού, συνδυαζόμενη με την ηπλάφιση όζου στην τραχηλική χώρα και με τα εργαστηριακά ευρήματα. Οι θυρεοειδικές ορμόνες αίματος είναι αυξημένες - στο 50% των περιπτώσεων μόνο η T_3 είναι αυξημένη - όπως και το ραδιενεργό PBI^{131} .

Στο σπινθηρογράφημα έχουμε "θερμό όζο" ενώ μετά από δοκιμασία διέγερσης της TSH και νεό σπινθηρογραφικό έλεγχο έχουμε απεικόνιση και του υπόλοιπου αδένου.

Θεραπεία

Σε νέα σχετικά άτομα προτιμάται η ημιθυρεοειδεκτομή. Σε ηλικιωμένα άτομα προτιμάται το ραδιενεργό ιώδιο (συνήθης δόση είναι 20-25 mCi).

Ο έλεγχος της κατάστασης επιτυγχάνεται με την χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων.

ΑΤΥΠΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Σε κάποιες περιπτώσεις υπερθυρεοειδισμού η κλινική εικόνα δεν είναι ολοκληρωμένη και τυπική, όπως αυτή έχει περιγραφεί. Οι *άτυπες μορφές υπερθυρεοειδισμού* είναι οι ακόλουθες:

1. Υπερθυρεοειδισμός (άνευ) βρογχοκήλης

Σε αναλογία 1-3% των υπερθυρεοειδικών ασθενών ο θυρεοειδής αδένας δεν είναι ή είναι ελάχιστα ψηλαφητός. Μερικές φορές, όμως, η διόγκωση του αδένα είναι ασύμμετρη και δεν δίνει την δυνατότητα της διαπίστωσης της διόγκωσης ή της εκτίμησης του μεγέθους της με την ψηλάφηση.

2. Νόσος του Graves με ευθυρεοειδισμό (Euthyroid Graves Disease)

Σ'αυτούς τους ασθενείς διαπιστώνεται εξόφθαλμος χωρίς όμως υπερμεταβολισμό. Συνήθως ο εξόφθαλμος αποτελεί το πρώτο σημείο του υπερθυρεοειδισμού και η κλινική εκδήλωση αυτού επέρχεται πολύ αργότερα.

3. Συγκεκαλυμμένος ή απαθής υπερθυρεοειδισμός (Masked hyperthyroidism, apathetic hyperthyroidism)

Σ'αυτές τις περιπτώσεις τα συμπτώματα του υπερθυρεοειδισμού είναι ήπια και ασαφή και προέχουν τα συμπτώματα από τ'άλλα συστήματα, ιδιαίτερα απ'το κυκλοφοριακό σύστημα. Εν τούτοις ο υπερθυρεοειδισμός είναι βαρύς και οι συνέπειές του, λόγω διαγνωστικής πλάνης, μεγάλες. Η μορφή αυτή υπερθυρεοειδισμού είναι συνηθισμένη σε ηλικιωμένους ασθενείς, στους οποίους πρέπει κανείς να υποπτευθεί τη νόσο και να επιβεβαιώνει την διάγνωση εργαστηριακά (εικ. 11).

4. Υπερθυρεοειδισμός σε παιδιά

Η τυπική κλινική εικόνα του υπερθυρεοειδισμού δεν είναι συνηθισμένη στα παιδιά. Σ'αυτά διαπιστώνεται διάχυτη βρογχοκήλη και σπάνια εξόφθαλμος (εικ. 12). Εν τούτοις προέχουν τα συμπτώματα απ'το νευρικό σύστημα και την ψυχική σφαίρα. Έτσι διαπιστώνεται μεγάλη νευρικότητα, ακατάπαυστη δραστηριότητα και υπερκινητικότητα των διαφόρων μελών του σώματος. Οι συγκινησιακές διαταραχές είναι πολύ συνηθισμένες. Η απώλεια βάρους δεν είναι έκδηλη σε υπερθυρεοειδικά παιδιά. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται εργαστηριακά.

Στα παιδιά ο υπερθυρεοειδισμός τείνει να υποχωρήσει αυτόματα και γι'αυτό σκόπιμο είναι να υπάρξει αναβολή της χειρουργικής θεραπείας, έως ότου φτάσουν στην ηλικία των 16-17 ετών. Εν τούτοις οι γνώμες, όσον αφορά την επιλογή μεθόδου θεραπείας, διχάζονται.



Εικ. 21.—Άπαθης υπερθυρεοειδισμός επί ηλικιωμένης άθενούς, έκδηλωθείς
δια συμπτώμα των και σημειών έκ τής καρδίας.



Εικ. 22.—Νόσος του Graves, μετ' έξοφθαλμίου επί παιδος

Μετεγχειρητικά οι μικροί ασθενείς αντιδρούν με υψηλό πυρετό και έκδηλη ταχυκαρδία αλλά αναρρώνουν γρήγορα.

ΙΔΙΑΖΟΥΣΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

1. T₃ - θυρεοτοξίκωση

Αυτή περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1961. Από τότε διαπιστώθηκαν πολλές περιπτώσεις, υπολογίσθηκε δε ότι το 4% των υπερθυρεοειδικών ασθενών ανήκει στην κατηγορία αυτή.

Χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο τριϊωδοθυρονίνης στον ορό, ενώ το επίπεδο της θυροξίνης βρίσκεται εντός των φυσιολογικών ορίων. Από κλινικής άποψης οι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα ελαφράς μορφής υπερθυρεοειδισμού και έχουν διάχυτη ή οζώδη τοξική βρογχοκήλη ή τοξικό αδένωμα.

Η T₃ - θυρεοτοξίκωση διαγιγνώσκεται συνήθως εργαστηριακά. Η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου είναι συχνά εντός των φυσιολογικών ορίων. Η δοκιμασία TRH είναι αρνητική.

2. Υπερθυρεοειδισμός από υπερβολική λήψη ιωδίου (Jod - Basedow)

Μερικές φορές μετά από χρήση σκευασμάτων που περιέχουν ιώδιο παρατηρείται υπερθυρεοειδισμός ελαφράς συνήθως μορφής. Σήμερα είναι γνωστό ότι τα άτομα αυτά ήταν ιωδιοπενικά και ότι έπασχαν από λανθάνουσα νόσο του Graves από την αρχή, η οποία δεν είχε εκδηλωθεί λόγω της ιωδιοπενίας. Καθώς διορθωνόταν η ιωδιοπενία, εκδηλωνόταν ο υπερθυρεοειδισμός. Εργαστηριακά, διαπιστώνεται αύξηση το επιπέδου της T₄ και T₃ στο ορό και μείωση εκείνου της TSH.

3. Υπερθυρεοειδισμός και Ca θυρεοειδούς

Το καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένου δεν είναι συνηθισμένο να συνυπάρχει με υπερθυρεοειδισμό και η αναλογία του ανάγεται στο 2,5%. Εν τούτοις, όταν υπάρχουν μονήρεις όζοι στην μέση του δερμού παρεγχύματος του θυρεοειδούς αδένου η αναλογία του καρκινώματος, ανάγεται στο 21,5% και περισσότερο. Σε πρόσφατη έρευνα η αναλογία ξεπερνά το 28,6%.

Η κλινική εικόνα του υπερθυρεοειδισμού σ'αυτές τις περιπτώσεις είναι τυπική και η διάγνωση επιβεβαιώνεται εργαστηριακά.

Στις περιπτώσεις υπερθυρεοειδισμού με μονήρες γυαρό όζο επιβάλλεται χειρουργική θεραπεία.

4. Υπερθυρεοειδισμός και κύηση

Υπερθυρεοειδισμός και κύηση είναι δυνατό να συνυπάρχουν. Κύηση μπορεί να συμβεί σε υπερθυρεοειδική ασθενή και υπερθυρεοειδισμός σε έγκυο γυναίκα. Οι πιθανότητες αυτόματης αποβολής του κυήματος, θανάτου του εμβρύου ή πρόωρου τοκετού είναι μεγάλες.

Η κύηση και ο υπερθυρεοειδισμός παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες από κλινικής άποψης. Τόσο στον υπερθυρεοειδισμό όσο και στη κύηση διαπιστώνεται αύξηση της μεταβολικής δραστηριότητας.

Αύξηση του μεγέθους του θυρεοειδούς αδένος συμβαίνει κατά τη κύηση και η διαπίστωση μικρής βρογχοκήλης δεν σημαίνει υπερθυρεοειδισμό. Η διαπίστωση μεγάλης βρογχοκήλης και ιδιαίτερα εξόφθαλμου έχουν διαγνωστική αξία. Είναι συνεπώς ευνόητες οι δυσχέρειες όσον αφορά τη διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού κατά την κύηση. Απαραίτητη είναι η συνδρομή του εργαστηρίου.

Η δοκιμασία προσλήψεως ραδιενεργού ιωδίου δεν ενδείκνυται ακόμα και σε υπογία κύησης, γιατί το ραδιενεργό ιώδιο διέρχεται μέσω του πλακούντα στο έμβryo.

Οι τιμές του χημικού PBI αυξάνονται φυσιολογικά και στις δύο περιπτώσεις. Αυτό οφείλεται στην αύξηση της T.B.G. και την αύξηση της συνδυατικής ικανότητας αυτής με τη δράση των οιστρογόνων.

Η δοκιμασία προσρόφησης της τριϊωδοθυρονίνης *in vitro* από ρητίνη δεν αποδίδει ασφαλή αποτελέσματα κατά την κύηση. Οι τιμές πέφτουν κατά το 2ο και 3ο τρίμηνο της κύησης σημαντικά, αγγίζοντας τις κατώτερες φυσιολογικές τιμές. Το ίδιο ισχύει, όσον αφορά την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων και με την ολική θυροξίνη του ορού. Η τιμή της ολικής θυροξίνης αυξάνεται, επίσης, λόγω της αυξήσεως της TBG. Ο προσδιορισμός του δείκτη ελεύθερης θυροξίνης είναι αξιόπιστος, ενώ ο προσδιορισμός της ολικής τριϊωδοθυρονίνης (T₃ - RIA) στον ορό θεωρείται αρκετά αξιόπιστος.

Κατά την κύηση τόσο ο LATS όσο και οι TSI διέρχονται μέσω του πλακούντα και αποτελούν μερικές φορές την αιτία ανάπτυξης υπερθυρεοειδισμού στο νεογνό.

B. ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Υποθυρεοειδισμός είναι η παθολογική κατάσταση κατά την οποία η έκκριση των θυρεοειδικών ορμονών είναι ανεπαρκής.

Διακρίνουμε *πρωτοπαθή* υποθυρεοειδισμό, που οφείλεται σε πρωτοπαθή βλάβη του θυρεοειδούς αδένου και *δευτεροπαθή*, που είναι αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης TSH λόγω δυσλειτουργίας του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης ή του υποθαλάμου.

1. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ο πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός είναι ο πλέον συνηθισμένος.

Συχνότητα

Εμφανίζεται σε μεγαλύτερη αναλογία στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, δηλαδή 1,9% έναντι 0,2% αντίστοιχα.

Αίτια

1) Αγενεσία του θυρεοειδούς αδένου: είναι σπάνια αλλά οδηγεί σε βαρύ υποθυρεοειδισμό από την γέννηση.

2) Συγγενής ενζυμική διαταραχή, που οδηγεί σε πλημμελή σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών (δυσορμονογένεση). Σ' αυτή την περίπτωση, η ελλιπής παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών διεγείρει με παλίνδρομο μηχανισμό τον υποθάλαμο και την υπόφυση, με αποτέλεσμα αυξημένη έκκριση TSH και διόγκωση του θυρεοειδούς αδένου (βρογχοκήλη). Η νόσος εκδηλώνεται, κυρίως, κατά την παιδική ηλικία. Όταν η ενζυμική διαταραχή είναι βαρεία, η βρογχοκήλη συνοδεύεται από υποθυρεοειδισμό, ενώ όταν είναι ελαφριά, ως συνήθως, η βρογχοκήλη είναι η μόνη εκδήλωση.

3) Ενδεια ιωδίου. Αυτή εμφανίζεται κυρίως σε ορεινές περιοχές λόγω της έλλειψης θαλασσινών τροφών. Η ιωδιοπενία έχει ως αποτέλεσμα βρογχοκήλη (ενδημική ιωδιοπενική βρογχοκήλη), η οποία μερικές φορές συνοδεύεται από υποθυρεοειδισμό.

Η ιωδιοπενία της μητέρας έχει πολλές φορές ως αποτέλεσμα συγγενή ενδημικό κρετινισμό.

4) Αφαίρεση του θυρεοειδούς χειρουργικά ή μετά από θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, όπως επίσης από διήθηση του αδένου από κακοήθη ιστό κ.τ.λ.

5) Αυτοάνοσος θυρεοειδίτιδα (θυρεοειδίτιδα Hashimoto). Χαρακτηρίζεται από λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση του θυρεοειδούς, η οποία αργότερα αντικαθίσταται από ινώσεις. Θεωρείται ανοσολογική διαταραχή. Προσβάλλει κυρίως μεσήλικες γυναίκες. Κλινικά χαρακτηρίζεται από σημαντική διόγκωση του αδένου, ο οποίος είναι ευαίσθητος στην πίεση. Χαρακτηριστικά είναι: α) Η ανεύρεση αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων σε αρκετά υψηλές τιμές και β) Συχνή συνύπαρξη της νόσου με άλλες αυτοάνοσες διαταραχές.

6) Ιδιοπαθής ατροφία του θυρεοειδούς (μυζοίδημα). Ο συνήθης "ιδιοπαθής" υποθυρεοειδισμός των ενηλίκων αποτελεί όξιμο στάδιο αυτοάνοσου θυρεοειδίτιδας, κατά το οποίο η λεμφοκυτταρική διήθηση έχει αντικατασταθεί από ινώδη ιστό που θα οδηγήσει σε ατροφία. Περίπου το 90% των περιπτώσεων μυζοιδήματος παρουσιάζει αντιθυρεοειδικά αντισώματα.

7) Από φάρμακα (αντιθυρεοειδικά, ιώδιο, λίθιο, κτλ).

Από πρακτική άποψη η ταξινόμηση ανάλογα της παρουσίας ή όχι της βρογχοκήλης είναι χρήσιμη.

I) Υποθυρεοειδισμός χωρίς βρογχοκήλη

α) Ιατρογενής, μετά από εγχείρηση ή χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου για τον υπερθυρεοειδισμό.

β) Ιδιοπαθής ατροφία.

γ) Κάποιες συγγενείς ενζυμικές διαταραχές.

II) Υποθυρεοειδισμός με βρογχοκήλη

α) Χρόνια θυρεοειδίτιδα

β) Από φάρμακα

γ) Ενδεια ιωδίου σε απομακρυσμένες ορεινές περιοχές

δ) Κάποιες συγγενείς ενζυμικές διαταραχές.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Τα αίτια του δευτεροπαθούς υποθυρεοειδισμού είναι απότοκα βλάβης της υπόφυσης (χρωμόφοβο αδένωμα, σύνδρομο Sheehan), οπότε υφίσταται έκπτωση λειτουργίας και άλλων ενδοκρινών αδένων. Σπανιότερα οφείλεται σε εκλεκτική ανεπάρκεια μόνο της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης.

Κλινική εικόνα

Η εικόνα του υποθυρεοειδισμού ποικίλει ανάλογα με την ηλικία έναρξης και την αιτιολογία του. Τρεις, σαφώς διακρινόμενες, κλινικές μορφές έχουν γίνει παραδεκτές: ο βρεφικός υποθυρεοειδισμός, ο νεανικός και του ενήλικα. Διαφέρουν ως προς τις κλινικές εκδηλώσεις τους, τα αίτια τους και τις βιοχημικές διαταραχές.

1. Βρεφικός υποθυρεοειδισμός (Κρετινισμός)

Εάν ο γιατρός δεν είναι πεπειραμένος μπορεί να μην αναγνωρίσει τη νόσο. Εάν αυτή μείνει αδιάγνωστη για πολύ καιρό, επέρχεται μόνιμη πνευματική και σωματική καθυστέρηση.

Η γενική εμφάνιση ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία έναρξης της ανεπάρκειας και την ταχύτητα έναρξης της θεραπευτικής αποκατάστασης. Οι εκδηλώσεις του κρετινισμού μπορεί να υπάρχουν κατά τη γέννηση, αλλά συχνότερα εκδηλώνονται μέσα στους πρώτους μήνες, ανάλογα με το βαθμό της θυρεοειδικής ανεπάρκειας. Ο νεογνικός υποθυρεοειδισμός μπορεί να οφείλεται σε θυρεοειδική αγενεσία, θυρεοειδική δυσορμογένεση, βαριά ιωδιοπενία, υπερβολική χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων στην μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στην πρώτη νεογνική περίοδο υπάρχει *αφύσικα μακρά επιμονή του φυσιολογικού ίκτερου, βραχνή φωνή, δυσκοιλιότητα, υπνηλία, ξηρότητα δέρματος, αδυναμία θηλασμού λόγω μεγάλης γλώσσας, νωδρότητα και συχνά ομφαλοκήλη.*

Σε ηλικία 8 μηνών το μωρό δεν χαμογελά, παραμένει δε ακίνητο μέσα στην κούνια του. Στους επόμενους μήνες εάν ο υποθυρεοειδισμός δεν θεραπευθεί, εφόσον γίνει έγκαιρα και σωστά η διάγνωση, αναπτύσσεται πλήρως η κλινική εικόνα του κρετινισμού. Οι κυριότερες εκδηλώσεις της κατάστασης αυτής είναι *χαμηλό ανάστημα, αδρά χαρακτηριστικά με προέχουσα γλώσσα, πλατιά αποπλευσμένη μύτη, μεγάλη απόσταση μεταξύ των ματιών, αραιά μαλλιά, ξηρό δέρμα και προέχουσα κοιλιά με ομφαλοκήλη.* Η κεφαλή εμφανίζεται δυσανάλογα μεγαλύτερη προς τον κορμό λόγω επιβράδυνσης στην σύγκλιση των πηγών. Επίσης, το βάδισμα είναι χαρακτηριστικό λόγω επιβράδυνσης στη σύγκλιση των επιφύσεων των μηριαίων οστών. Η έλλειψη θυρεοειδικών ορμονών έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη του σκελετού και του Κ.Ν.Σ. με συνέπεια το διχασμό μεταξύ χρονολογικής, αναπτυξιακής και οστικής ηλικίας αφενός και την διανοητική καθυστέρηση αφετέρου. Ως γνωστόν η ωρίμανση του νευρικού συστήματος συνεχίζεται μέχρι του

3ους έτους της ηλικίας. Η τελική διανοητική κατάσταση εξαρτάται από το πόσο γρήγορα αρχίζει η πλήρης θεραπεία αποκατάστασης.

Είναι επομένως ευτύχημα ότι ο πρώιμος νεογνικός υποθυρεοειδισμός μπορεί εύκολα να διαγνωστεί με μέτρηση της T_4 ή της TSH του ορού από το αίμα είτε του ομφάλιου λώρου, είτε του νεογνού. Εκτεταμένες έρευνες με τις τεχνικές αυτές αποκάλυψαν ότι η συχνότητα της διαταραχής είναι 1 σε 5.000 γεννήσεις περίπου. Επομένως, κάθε νεογέννητο πρέπει να υποβάλλεται σε εξέταση για υποθυρεοειδισμό και ο παιδίατρος πρέπει να ξέρει ότι για διάφορους λόγους μπορεί να διαφύγει η διάγνωση του συγγενούς υποθυρεοειδισμού παρά το εθνικό προληπτικό πρόγραμμα και ότι χρειάζεται να επισημανθούν οι παραλείψεις για να πετύχει η πρόληψη, ώστε η θεραπεία των υποθυρεοειδικών να μπορεί να αρχίζει όσο το δυνατό γρηγορότερα.

Από τα εργαστηριακά ευρήματα έχουμε: 1) αυξημένη χοληστερίνη του ορού, 2) χαμηλή πρόσληψη T_3 από ρητίνη, χαμηλό PBI και 3) η ακτινογραφική εξέταση αποκαλύπτει καθυστέρηση της οστικής ηλικίας, επιφυσιακή δυσγενεσία και καθυστέρηση της οδοντικής ανάπτυξης.

2. Νεανικός υποθυρεοειδισμός

Η διαγνωστική γραμμή μεταξύ βρεφικού και νεανικού υποθυρεοειδισμού είναι μερικές φορές ασαφής. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι προφανές, ότι το νοσογόνο αίτιο εμφανίσθηκε μετά από πάροδο λίγων χρόνων από τη γέννηση, ενώ σε άλλες υπήρξε μεν από τη γέννηση, αλλά για κάποιο διάστημα η παραγωγή της θυροξίνης επαρκούσε για την κάλυψη των αναγκών. Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις, όπου ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να υφίσταται από τη βρεφική ηλικία αλλά λόγω της ήπιας συμπτωματολογίας του διαγνώσθηκε πολύ αργότερα.

Οφείλεται κυρίως σε *δυσορμογένεση* ή *δυσγενεσία του θυρεοειδή*. Άλλες αιτίες είναι η *λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα*, η *ριζική θυρεοειδεκτομή σε Ca θυρεοειδούς*, η *ανεπάρκεια της υπόφυσης*, η *μερική ενζυμική ανεπάρκεια* και η *λήψη βρογχοκηλογόνων* ή *αντιθυρεοειδικών φαρμάκων*.

Η κλινική κατάσταση είναι λιγότερο βαριά σε σχέση με τον βρεφικό υποθυρεοειδισμό. Παρ'όλα αυτά η καθυστέρησή της κατά μήκος σωματικής ανάπτυξης προκαλεί *χαμηλό ανάστημα* και η καθυστέρηση της γενετήσιας ωρίμανσης προκαλεί *καθυστέρηση της έναρξης της ήβης*. Η κακή επίδοση στο σχολείο μπορεί να οδηγήσει στην διάγνωση (εικ. 13).



Εικ. 43. — Υποθυροειδής ασθενής μετά κρετινισμό λόγω δυσορμονογένεσης.

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις έχουμε: 1) Καθυστέρνηση της οστικής ηλικίας και δυσγενεσία των επιφύσεων μετά από ακτινογραφική εξέταση,

2) Αυξημένη χοληστερίνη του ορού και

3) Υψηλή πρόσληψη I^{131} και υψηλό ΡΒΙ 131 σε περίπτωση μερικής έλλειψης του θυρεοειδούς ή μερικής ενζυμικής ανεπάρκειας.

3. Υποθυρεοειδισμός του ενήλικα (Μυξοίδημα)

Προσβάλλει κυρίως άτομα μέσης και μεγάλης ηλικίας και ιδιαίτερα γυναίκες σε αναλογία προς τους άνδρες 6:1.

Συνήθως οφείλεται σε *αυτοανοσολογική θυρεοειδίτιδα, υπερβολική χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων, θεραπεία με I^{131} .*

Τα πρώτα συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού είναι μη ειδικά και η εισβολή τους είναι ύπουλη.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται όλα εκείνα τα συμπτώματα και τα σημεία του έκδηλου υποθυρεοειδισμού στον ενήλικα:

Γενικά	Συμπτώματα Δυσανεξία στο κρύο Αύξηση βάρους Υποθερμία	Σημεία Ξηρό, τραχύ δέρμα Ξηρό, τραχύ και αραιό τρίχωμα Ωχρότητα
Από διήθηση με το μυζωματώδη ιστό	Αλλαγή στην εμφάνιση Βράγχος φωνής Παραισθησίες στ' άκρα	Οίδημα προσώπου και άκρων Προσβολή του λάρυγγα Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα
Μυϊκό σύστημα	Αλγη	<u>Σπάνια</u> επώδυνοι οίδηματώδεις μύες/μυοτονία
Νευρικό Σύστημα	Βραδύτητα σκέψης, λήθαργος, αμνησία, νύστα, αταξία/γυχώσεις	Βραδύτητα στην ομιλία και στη σκέψη Επιβράδυνση στη χάλαση των τενοντίων αντανακλαστικών
Καρδιαγγειακό σύστημα	Στηθάγχη προσπάθειας Καρδιακή ανεπάρκεια	<u>Μερικές φορές</u> παρεγκεφαλιδική αταξία Βραδυκαρδία Ισχαιμική νόσος της καρδιάς Περικαρδιακή συλλογή

Γαστρεντερικό σύστημα	Δυσκοιλιότητα	Διάταση κοιλίας <u>Σπάνια</u> ειλεός/ασκίτης
Αναπνευστικό σύστημα	Υδροθώρακας (σπάνια)	-
Σκελετικό σύστημα	Υδραρθροι (σπάνια)	-
Γεννητικό σύστημα	Μηνορραγίες	-
	Γαλακτόρροια (σπάνια)	

Από εργαστηριακά ευρήματα έχουμε: 1) Αυξημένη χοληστερίνη του ορού,

2) Ελαττωμένη πρόσληψη I^{131} ,

3) Χαμηλό PBI < 4 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ και πρόσληψη T_3 από ρητίνη κάτω του 25%.

4) Η πρόσληψη I^{131} δεν αυξάνει κατόπιν TSH, εκτός των περιπτώσεων δευτεροπαθούς υποθυρεοειδισμού.

ΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ

Είναι η τελική κατάληξη μιας μακράς πορείας υποθυρεοειδισμού με την εμφάνιση θόλωσης της διανοίας και επιβράδυνση των υπόλοιπων φυσιολογικών λειτουργιών. Αποτελεί βαριά κλινική κατάσταση με θνησιμότητα που κυμαίνεται από 50-70%, γι' αυτό και η έγκαιρη αναγνώρισή της και η κατάλληλη θεραπεία της είναι επιτακτική ανάγκη.

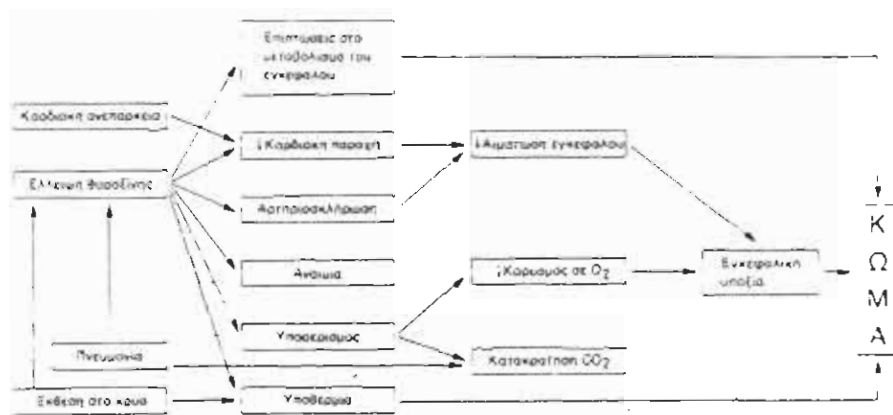
Προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες προχωρημένης ηλικίας σ' ένα ποσοστό 80%.

Τα αίτια που προδιαθέτουν ένα υποθυρεοειδικό άτομο να μεταπέσει σε μυξοιδηματικό κώμα είναι η *έκθεση στο κρύο*, οι *λοιμώξεις*, η *καρδιακή ανεπάρκεια*, τα *εγκεφαλικά επεισόδια* και η *χορήγηση ηρεμιστικών* ή η *χρήση γενικής αναισθησίας* (εικ. 14).

Κύρια κλινικά ευρήματα μυξοιδηματικού κώματος είναι: *Πρόσωπο οίδηματώδες, απώλεια των οφρύων* (κυρίως κροταφικά), *μεγάλη γλώσσα, ελαττωμένα αντανακλαστικά* (καθυστέρηση επαναφοράς), *υποθερμία* (μπορεί να φθάσει τους 23° C), *ελάττωση των αναπνευστικών κινήσεων*, *βραδυκαρδία*, *επιληπτοειδείς σπασμοί* (σπάνια) και *ύπαρξη περικαρδιακού, πνευμονικού και ασκίτικού υγρού*. Από βιοχημική άποψη συχνή είναι η *υποξία*, η *υπογλυκαιμία*, η *υπονατρία* και κυρίως η *υπερκαπνία*.

Διάγνωση

Η εργαστηριακή επιβεβαίωση της διάγνωσης του υποθυρεοειδισμού γίνεται με την ανεύρεση χαμηλού T_4 και T_3 , αυξημένης TSH



Εικ. 14. Παθογένεια μυξοιδηματικού κώματος.

(πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός) ή ελαττωμένης TSH (δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός). Η διάγνωση και η απόφαση για την θεραπεία του μυξοιδηματικού κώματος γίνεται από τα κλινικά ευρήματα και το ιστορικό και δεν αναμένουμε τα αποτελέσματα των ορμονικών εξετάσεων, διότι συνήθως αργούν. Το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς και η δοκιμασία πρόσληψης I^{131} είναι περιττά. Ακτινολογικώς ανευρίσκεται διεύρυνση της καρδιακής σιλουέτας λόγω περικαρδιακού υγρού.

Αναιμία πολλές φορές μεγαλοβλαστική και υπερχοληστεριναιμία απαντώνται συχνά.

Διαφορική διάγνωση

Δεν υπάρχει δυσκολία στη διάγνωση της κλασικής εικόνας του κρετινισμού ή του υποθυρεοειδισμού των νέων και των ενηλίκων. Μπορεί μερικές φορές να γίνει σύγχυση μεταξύ *συνδρόμου Down* σε νήπια και κρετινισμού, όμως τα χαρακτηριστικά μογγολοειδή μάτια, οι κηλίδες του Brushfield στην ίριδα, η υπερεκτασιμότητα των αρθρώσεων και η φυσιολογική υφή του δέρματος και της κόμης επιτρέπουν την διάκριση μεταξύ συνδρόμου Down και υποθυρεοειδικού κρετινισμού.

Σύγχυση μπορεί να δημιουργηθεί, επίσης, με την *κακοήθη αναιμία* λόγω της ωχρότητας και της μακροκυτταρικής αναιμίας, η οποία παρατηρείται στο μυξοίδημα.

Ψυχωτικές καταστάσεις, εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση και όγκοι του εγκεφάλου θα πρέπει να διαχωρισθούν από το μυξοίδημα.

Η *χρόνια νεφρίτιδα* και ιδιαίτερα το νεφρωσικό σύνδρομο, μπορεί να υποδέεται μυξοίδημα, ιδίως λόγω της διόγκωσης και της ωχρότητας του προσώπου. Ο νεφρωσικός ασθενής μπορεί, επίσης, να παρουσιάζει αναιμία, υπερχοληστεριναιμία και οίδημα.

Ασθενείς με άτυπους θωρακικούς πόνους, μη ειδικές Η.Κ.Γραφικές ανωμαλίες και αυξημένες CPK και SGOT μπορεί να θεωρηθούν ότι πάσχουν από *έμφραγμα* ενώ πρόκειται για υποθυρεοειδισμό.

Θεραπεία

Χορηγείται L - θυροξίνη σε δόση από 0,1 έως 0,4 mg ημερησίως. Τα παρασκευάσματα αποξηραμμένου θυρεοειδούς δεν είναι σταθερής περιεκτικότητας και δεν συνιστώνται.

Στον κρετινισμό και στο νεανικό υποθυρεοειδισμό είναι σημαντικό ν'αρχίζει όσο το δυνατόν ταχύτερα η πλήρης θεραπεία αποκατάστασης, αλλιώς η πιθανότητα φυσιολογικής πνευματικής ανάπτυξης και σωματικής

αύξησης είναι μικρή. Τα νήπια και τα παιδιά απαιτούν δόσεις λεβοθυροξίνης δυσανάλογα μεγάλες σε σχέση με το σωματικό τους βάρος.

Σε ηλικιωμένους μυξοιδηματικούς ασθενείς η θεραπεία θα πρέπει να είναι συντηρητική, επειδή αυτοί είναι, εξαιτίας της κατάστασης του μυοκαρδίου τους, επιρρεπείς σε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και αιφνίδιο θάνατο.

Σε δευτερογενή υπερθυρεοειδισμό μπορεί να προκληθεί, σπάνια, οξεία επινεφριδιακή ανεπάρκεια, αν δεν γίνει ταυτόχρονη θεραπεία με *υδροκορτιζόνη* για την αποκατάσταση της επινεφριδιακής λειτουργίας.

Σε βαριές περιπτώσεις συνιστάται έναρξη με 0,025 mg L-T₄ ημερησίως και αύξηση της δόσης, με προσοχή, ανα 4-6 εβδομάδες.

Η θεραπεία πρέπει να είναι συνεχής και εφ'όρου ζωής, αλλιώς εντός 2-3 εβδομάδων από την διακοπή, επανεμφανίζονται βαθμιαία όλα τα συμπτώματα.

Θεραπεία του μυξοιδηματικού κόματος

Η θεραπεία περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων, υποβοήθηση της αναπνοής, ρύθμιση των ηλεκτρολυτών και χορήγηση θυροξίνης και κατά δεύτερο λόγο γλυκοκορτικοειδών.

• Από τις αρχές του 1970 εφαρμόζεται η τακτική της χορήγησης μεγάλης εφ'άπαξ ενδοφλέβιας δόσης 200-500 μg θυροξίνης, η οποία ακολουθείται τις επόμενες μέρες από δόση 50-100 μg ενδοφλέβια ημερησίως ή 100 μg από το στόμα ημερησίως σε συνδυασμό με χορήγηση T₃, μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, σε δόσεις 12,5-20 μg ανά 8ωρο. Η απάντηση στην θυροξίνη φαίνεται μέσα στο πρώτο συνήδω 24ωρο με αύξηση της θερμοκρασίας και με βελτίωση του επιπέδου συνείδησης του ασθενή.

• Χορηγείται υδροκορτιζόνη ενδοφλέβια σε δόση 100 mg ανά 8ωρο (αρχικά).

• Χορηγούνται υγρά ενδοφλέβια.

• Η αποκατάσταση καλής αναπνευστικής λειτουργίας γίνεται με χρήση αναπνευστήρα με ή χωρίς τραχειοστομία και η διακοπή αυτού πρέπει να γίνεται με προσοχή και σταδιακά γιατί η υποτροπή είναι συχνή.

• Η επαναθέρμανση του ασθενή πρέπει να γίνεται με κουβέρτες κοινές και όχι με ηλεκτρικές, γιατί η πολύ έντονη προσπάθεια επαναθέρμανσης έχει σαν αποτέλεσμα περιφερική αγγειοδιαστολή και υπόταση.

- Η αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας και αρρυθμίας (δακτυλίτιδα, διουρητικά) και της λοίμωξης (αντιβιοτικά ευρέως φάσματος), οι οποίες μπορεί να υπάρχουν, οδηγεί στην έγκαιρη αποκατάσταση της καλής λειτουργίας του οργανισμού.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας του μυξοιδηματικού κώματος εμφανίζεται εντός των πρώτων 24ωρων και θα πρέπει να συνεχισθεί γιατί οι υποτροπές είναι συχνές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Α. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο ρόλος του/της Νοσηλεύτή/τριας, στη φάση των διαγνωστικών εξετάσεων και δοκιμασιών, είναι να σταθεί στο πλάι του ασθενή και με προθυμία να τον προετοιμάσει κατάλληλα και να τον ενημερώσει με κάθε λεπτομέρεια για την διαδικασία των εξετάσεων. Μ'αυτό το τρόπο θα βοηθήσει τον ασθενή ν'ανταπεξέλθει στην ταλαιπωρία αυτή με λιγότερο άγχος και αγωνία. Επίσης, θα πρέπει να του εμφυσήσει δύναμη, κουράγιο και αισιοδοξία για το πόρισμα των εξετάσεων και για την πορεία της ασθένειας.

1. Έλεγχος (καθήλωσης) πρόσληψης I^{131} από το θυρεοειδή αδέν

- Η προετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει:
 - Μία εβδομάδα πριν από την εξέταση αποφεύγονται τροφές που περιέχουν ιώδιο.
 - Δεν γίνεται κανένας περιορισμός σε τροφή ή νερό την ημέρα της εξέτασης.
 - Ο ασθενής βεβαιώνεται ότι η δόση ραδιενεργού ιωδίου που χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό είναι πολύ μικρή και ακίνδυνη.
 - Ερωτάται ο ασθενής αν στο παρελθόν έκανε ενέσεις για διαγνωστικό σκοπό.
- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει:
 - Ο ασθενής λαμβάνει ανιχνευτική δόση I^{131} από το στόμα (20 μ Ci περίπου).
 - Κρατούνται τα ούρα του ασθενή για ένα 24ωρο από τη λήψη του φαρμάκου.
 - Μετά από 4, 24 και 48 ώρες τοποθετείται πάνω από το θυρεοειδή αδέν ο απαριθμητής σπινθηρισμών (scintillation counter) για την μέτρηση της ακριβούς ποσότητας ραδιενέργειας που εκπέμπει από τον αδέν.
 - Τα ούρα 24ωρου που συγκεντρώθηκαν στέλνονται στο εργαστήριο, αφού προηγουμένως τοποθετηθεί στο δοχείο η σχετική ετικέττα με τα στοιχεία του ασθενή.

2. Προσδιορισμός πρωτεϊνικού ιωδίου (PBI)

- Η προετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει:
 - Δεν γίνεται καμμία προετοιμασία.
 - Δεν γίνεται περιορισμός νερού ή τροφής.

- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει:
 - Ο ασθενής λαμβάνει I^{131} από το στόμα.
 - Μετά από 48 ώρες από την χορήγηση του I^{131} λαμβάνεται αίμα ποσότητας 5 cc και μετριέται το I^{131} που είναι πρωτεϊνικώς δεσμευμένο.

3. Σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς αδένα

- Η προετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει:
 - Ένα μήνα πριν από την εξέταση, ο ασθενής δεν πρέπει να έχει έλθει σε επαφή με ιώδιο (ο χρόνος εξαρτάται από την ποσότητα του ιωδίου).
- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει:
 - Χορηγείται στον ασθενή σε μορφή ιωδιούχου νατρίου I^{131} 100-200 μCi από το στόμα.
 - Με την βοήθεια απεριθμητού σπινθηρισμών που τοποθετείται στον πρόσθιο άξονα του τραχήλου λαμβάνεται το σπινθηρογράφημα.

4. Θυροξίνη ορού (ή τριωδοθυρονίνη)

- Η προετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει:
 - Δεν γίνεται κανένας περιορισμός σε τροφή ή νερό.
 - Ερωτάται ο ασθενής σχετικά με φάρμακα που έκανε χρήση πρόσφατα.
- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει:
 - Λαμβάνεται δείγμα φλεβικού αίματος και στέλνεται στο εργαστήριο.

5. Κατακράτηση τριωδοθυρονίνης (T_3)

- Η προετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει:
 - Δεν γίνεται κανένας περιορισμός τροφής ή νερού.
 - Δεν απαιτείται ειδική προετοιμασία.
- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει:
 - Στέλνεται δείγμα αίματος του ασθενή στο εργαστήριο για επώαση. Στον ορό του αίματος προστίθεται ρητίνη, άνθρακας ή Sephadex, τα οποία προσροφούν την T_3 στην ουσία που την προσρόφησε.

6. Έλεγχος θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH)

- Η προετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει:
 - Δεν γίνεται περιορισμός νερού ή τροφής.

- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει:
 - Γίνεται κατακράτηση I¹³¹.
 - Χορηγείται θυρεοτροπίνη σε μορφή ένεσης.
 - Η κατακράτηση I¹³¹ και η θυροξίνη ορού επαναλαμβάνονται κάθε 2 ώρες μετά τη χορήγηση TSH.

7. Ελεγχος διέγερσης TRH

- Η προετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει:
 - Δεν γίνεται καμμία προετοιμασία.
 - Δεν γίνεται περιορισμός νερού ή τροφής.
- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει:
 - Χορηγείται στον ασθενή 200 µg TRH ενδοφλέβια.
 - Μετρείται η TSH του ορού πριν την ένεση TRH καθώς επίσης και μετά από 30, 60 και 120 λεπτά μετά την ένεση TRH.

8. Βασικός Μεταβολισμός (BM)

• Επειδή τα αποτελέσματα επηρεάζονται από πολλά εξωθυρεοειδικά αίτια, όπως ανησυχία, συγκίνηση, φάρμακα, κακή προετοιμασία κ.α., γίνεται η πιο κάτω προετοιμασία.

- Ο ασθενής 24 ώρες πριν από την εξέταση δεν λαμβάνει λευκωματούχες τροφές.
- Επίσης, 10 ώρες πριν την εξέταση δεν λαμβάνει τροφή.
- Την προηγούμενη της εξέτασης νύχτα βοηθείται να κοιμηθεί με ελαφρό υπνωτικό.
- Ο ασθενής ενημερώνεται, ώστε να μην καπνίσει την ημέρα της εξέτασης.
- Τέλος την ημέρα της εξέτασης, καθώς και την προηγούμενη, ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει να αποφεύγει κάθε μυϊκή κόπωση.
- Η διαδικασία της εξέτασης περιλαμβάνει:
 - Ενημερώνεται ο ασθενής για τη διαδικασία.
 - Μετράται η ποσότητα οξυγόνου που καταναλώνεται μέσα σε ορισμένο χρονικό διάστημα και κάτω από ορισμένες συνθήκες (προαναφέρθηκαν στην προετοιμασία του ασθενή).
 - Ο ασθενής οδηγείται στο εργαστήριο και αρχίζει η μέτρηση του BM, αφού προηγουμένως συνδεθεί με το μηχάνημα που ελέγχει τον εισπνεόμενο και εκπνεόμενο αέρα και επομένως, την κατανάλωση του οξυγόνου.

Οι δοκιμασίες αυτές θα πραγματοποιηθούν με τη βοήθεια που θα προσφέρει ο/η Νοσηλεύτής/τρια τόσο στο γιατρό όσο και στον ασθενή. Οι διαδικασίες θα λάβουν χώρα κάτω από άσπτες συνθήκες, όπου θα έχουν παρθεί όλα τα γνωστά νοσηλευτικά μέτρα όπως ασυγία του μέρους

που θα γίνει η φλεβοκέντηση ή η αιμοληψία, χρήση αποστειρωμένου υλικού (σύριγγες, ουροδοχεία) κτλ. Επίσης, θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε το περιεχόμενο των εξετάσεων, είτε αίμα είναι αυτό είτε ούρα είτε οτιδήποτε άλλο, να φέρει λεπτομερώς τα στοιχεία του ασθενή (ονοματεπώνυμο, ημερομηνία, είδος εξέτασης κλπ.).

Νοσηλευτικά μέτρα κατά τη χορήγηση I¹³¹ για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς

Όταν πρόκειται για χορήγηση I¹³¹, χρειάζεται η άμεση πληροφόρηση του ασθενή και της οικογένειάς του για την λήψη προφυλακτικών μέτρων.

Σ'αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να προσεχθούν τα εξής:

- Υπενθυμίζεται στον ασθενή ότι θα πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι του, στο δωμάτιό του, μέχρις ότου τελειώσουν οι εξετάσεις (ή η θεραπεία του).

- Απαγορεύεται η είσοδος στους επισκέπτες - ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά και τις έγκυες - καθώς και να χρησιμοποιήσουν τις τουαλέτες των ασθενών, γιατί υπάρχει περίπτωση να μολυνθούν (από τα ούρα των ασθενών).

- Τα ρούχα και το σώμα των ασθενών, στους οποίους χορηγήθηκε I¹³¹ σε μεγάλη δόση, μπορεί να είναι ραδιενεργά μολυσμένα και γ'αυτό είναι απαραίτητη η αυστηρή τήρηση ακτινοπροστασίας των επισκεπτών αλλά περισσότερο του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού.

Για το λόγο αυτό ελαχιστοποιείται η άμεση επαφή με τους ασθενείς αυτούς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν τους παρέχεται η απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα.

Για το σκοπό αυτό:

- Χρησιμοποιούνται γάντια λαστιχένια ή πλαστικά.

- Γίνεται καλό πλύσιμο χεριών με τα γάντια πριν και μετά από οποιαδήποτε εργασία, προσέχοντας ιδιαίτερα την περιοχή γύρω από τα νύχια.

- Τα ρούχα του ασθενή, τα σεντόνια του, οι κουβέρτες κλπ. ελέγχονται από τον υπεύθυνο ακτινοπροστασίας, πριν απομακρυνθούν από το δωμάτιο.

- Εάν από λάθος χυθούν αίμα ή ούρα ή το ίδιο το ραδιοφάρμακο, τότε ενεργοποιείται το τρίπτυχο: χρόνος, απόσταση, θωράκιση. Δηλ. ελαχιστοποιείται ο χρόνος έκθεσης δρώντας άμεσα, μεγιστοποιείται όσο το δυνατό η απόσταση από την πηγή και επίσης το πάχος του υλικού που χρησιμοποιείται για την απορρόφηση της ακτινοβολίας (μολυβδένια γάντια).

Παρ'όλα αυτά ο/η Νοσηλευτής/τρια δεν πρέπει να ξεχνά ότι ο ασθενής σ'αυτή την άχαρη "απομόνωση" που του έχει υποβληθεί έχει ανάγκη περισσότερο από οτιδήποτε άλλο βοήθεια και ηθική συμπαράσταση.

Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

** Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή*

Η γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή γίνεται από το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό υγείας και από την προσωπική εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς· τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαιώνονται από τις ανάλογες διαγνωστικές εξετάσεις.

1) Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό υγείας

Ο υπερθυρεοειδικός ασθενής συνήθως αναφέρει από παλιά έντονη *νευρικήτητα, ευερεδιστότητα, υπερδραστηριότητα, αδυναμία να συγκεντρωθεί και δυσανεξία στο θερμό περιβάλλον*. Παρουσιάζει *απώλεια βάρους* ενώ είχε αυξημένη όρεξη, πολλές *εφιδρώσεις* και παραπονιέται για *μυϊκή κόπωση* ακόμα και με τις πιο απλές καθημερινές δραστηριότητες. Είναι πολύ πιθανό, επίσης, να είχε εμφανισθεί και κατά το παρελθόν η νόσος είτε αυτόματα είτε μετά από διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες. Σε άλλη περίπτωση μπορεί να προυπήρξε διαταραχή της λειτουργίας της υπόφυσης.

Από το οικογενειακό ιστορικό λαμβάνονται *στοιχεία κληρονομικότητας*, καθώς όχι σπάνια, αναφέρονται και άλλες περιπτώσεις υπερθυρεοειδισμού (ή άλλης θυρεοειδοπάθειας). Πληροφορίες, τέλος, αντλούνται από συνεντεύξεις με άλλα μέλη της οικογένειας.

2) Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

Ο ασθενής αισθάνεται *μυϊκή αδυναμία και κόπωση*. Παρουσιάζει *διάρροια* ή *δυσκοιλιότητα* λόγω αυξημένου εντερικού περισταλτισμού. Σε ποσοστό μικρότερο του 5% εμφανίζεται *προκνημιαίο μυζοίδημα*. Στις γυναίκες, πολλές φορές, παρατηρείται *αμηνόρροια*. Αξιοπαρατήρητη είναι η *προοδευτική απώλεια βάρους* παρά την αυξημένη όρεξη. Χαρακτηριστικός είναι ο *ελαφρός τρόμος των χεριών*. Αλλά κλινικά ευρήματα είναι η *μη ανοχή στη θερμότητα*, οι *άφρονες εφιδρώσεις*, το *θερμό, μαλακό και υγρό δέρμα*, η *ταχυκαρδία* (100-160 σφ. ανά λεπτό) που παρατηρείται όχι μόνο κατά την προσπάθεια αλλά και κατά την ηρεμία. Επίσης, ο *εξόφθαλμος* και η *τρομαγμένη έκφραση του προσώπου*. Από την ψηλάφηση γίνεται αντιληπτή μετρίου μεγέθους *βρογχοκήλη* υπόσκληρη ή ελαστική. Κατά την ψηλάφηση, πάλι, διαπιστώνεται *ροίζος* στο άνω τμήμα των λοβών και κατά την ακρόαση χαρακτηριστικό *φύσημα*, που οφείλεται στην αύξηση της ροής του αίματος διαμέσου του αδένα.

Η καρδιολογική εξέταση δείχνει *αύξηση της συστολικής όχι όμως και της διαστολικής πίεσης*. Συχνές είναι οι *έκτακτες συστολές ή οι κρίσεις παροξυσμικής ταχυκαρδίας*. Σε ηλικιωμένους ασθενείς εμφανίζεται, πολλές φορές, *κολπική μαρμαρυγή, και απόλυτη αρρυθμία*.

Η συμπεριφορά του ασθενή αυτού διακρίνεται από *υπερκινητικότητα, νευρικότητα, ευερεθιστότητα και ευσυγκινησία*.

3) Διαγνωστικές εξετάσεις

α. Η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου από το θυρεοειδή είναι υψηλή από τις πρώτες 2-4 ώρες.

β. Η ολική θυροξίνη αίματος είναι αυξημένη.

γ. Η TSH ύστερα από διέγερση με υποθαλαμική TRH δεν αυξάνει.

δ. Η δοκιμασία αναστολής με τριϊωδοθυρονίνη αποβαίνει αρνητική.

ε. Η δοκιμασία πρόσληψης ραδιενεργού τριϊωδοθυρονίνης (T₃RU) με την μέθοδο της ρητίνης είναι πάνω από 35%.

στ. Ο βασικός μεταβολισμός είναι αυξημένος.

ζ. Η χοληστερίνη του αίματος κυμαίνεται μεταξύ 150-180 mg/100 ml.

η. Ο χρόνος του Αχιλλείου αντανακλαστικού είναι μειωμένος.

* Προβλήματα του ασθενή

Τα προβλήματα του ασθενή επικεντρώνονται στην *μείωση της άνεσης* που προκαλείται από την υπερκινητικότητα, τη δυσανεξία στο θερμό περιβάλλον, την εφίδρωση και την ευερεθιστότητα. Εξαιτίας του αυξημένου μεταβολισμού παρατηρείται *ενεργειακό ανισοζύγιο*. Η διάρροια δε, προκαλεί *υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο*. Η μυϊκή αδυναμία και η εύκολη κόπωση οδηγούν στην *μείωση των δραστηριοτήτων*. Τέλος, οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου δημιουργούν *μεταβολές του σωματικού ειδώλου*.

* Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

Αυτοί διακρίνονται στους άμεσους και στους μακροπρόθεσμους σκοπούς.

Οι άμεσοι είναι ο *έλεγχος της καρδιακής κάμψης, η εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος, η διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων, η τροποποίηση των δραστηριοτήτων, ο έλεγχος της έκκρισης της θυροξίνης και η επαναφορά στην ευθυρεοειδική κατάσταση καθώς και η πρόληψη και η αντιμετώπιση των επιπλοκών*.

Ο μακροπρόθεσμος σκοπός είναι η διατήρηση της ευθυρεοειδικής κατάστασης με αυτόματη ύφεση, φάρμακα ή χειρουργική επέμβαση.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

1) Εξασφάλιση άνετου και θεραπευτικού περιβάλλοντος

- Τοποθέτηση του ασθενή σε δικό του δωμάτιο. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, τότε, επιλέγεται κάποιο που βρίσκονται ασθενείς με μειωμένα προβλήματα υγείας και προσωπικότητας ή που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης.

- Το δωμάτιο του ασθενή πρέπει να βρίσκεται μακριά από ενοχλητικούς θορύβους (ασανσέρ, κουζίνα, δωμάτιο αλλαγής κτλ.) ή ενοχλητικό φωτισμό.

- Μείωση του αριθμού των επισκεπτών και του χρόνου παραμονής τους κοντά στον ασθενή. Επίσης, απαγόρευση των επισκεπτών εκείνων, που αναστατώνουν τον ασθενή με τις συζητήσεις τους.

- Απόκτηση της εμπιστοσύνης του ασθενή και απομάκρυνση κάθε πράγματος που τον εκνευρίζει.

- Διατήρηση του ασθενή ελεύθερου από ανησυχία και άγχος. Αυτό επιτυγχάνεται με την εξασφάλιση ευχάριστης θέας από το παράθυρο και με την καθοδήγηση να ακούει ευχάριστα ραδιοφωνικά μουσικά προγράμματα και να αποφεύγει να βλέπει τηλεόραση με διεγερτικές εκπομπές.

2) Ενθάρρυνση συμμετοχής του ασθενή στον σχεδιασμό της καθημερινής φροντίδας δίνοντας έμφαση στην επαρκή ανάπαυση στα μεσοδιαστήματα των δραστηριοτήτων.

Η απασχόληση (απασχολησιοθεραπεία - εργασιοθεραπεία) του ασθενή, βοηθεί στο να ηρεμεί. Με το μέτρο αυτό επιτυγχάνεται η απομάκρυνση της σκέυης του από την ασθένεια.

3) Στα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι και η παροχή βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. φαγητό). Ο τρόμος των χεριών και η εύκολη μυϊκή κόπωση δημιουργούν προβλήματα.

4) Ρύθμιση της θερμοκρασίας για εξασφάλιση δροσερού περιβάλλοντος

Οι ασθενείς αυτοί υποφέρουν από δυσανεξία στην θερμότητα. Γι'αυτό το λόγο:

α. Ο ασθενής τοποθετείται σε δροσερό δωμάτιο.

β. Αποφεύγεται η χρήση συνθετικών λευχειμάτων και προτιμάται η χρήση ελαφρών σκεπασμάτων.

γ. Το νυκτικό/μπιζάμες είναι από βαμβακερό ύφασμα, ευρύχωρες και λεπτές.

δ. Αναγκαία είναι η χρήση ανεμιστήρων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην προφύλαξη από γύζη.

5) Εξασφάλιση θρεπτικής δίαιτας για σωματική τόνωση

Οι αυξημένες καύσεις του υπερθυρεοειδικού ασθενή προκαλούν απώλεια σωματικού βάρους και καταβολή δυνάμεων. Αυτά αντιμετωπίζονται με τα παρακάτω μέτρα:

α. Διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα και θερμίδες(4.000-5.000 καθημερινά). Ο ασθενής με υπερθυρεοειδισμό έχει ανάγκη από διπλάσιες θερμίδες απ'αυτόν που έχει υποθυρεοειδισμό. Ν' αποφεύγονται,όμως,τα λιπαρά γεύματα λόγω της υποχοληστεριναιμίας.

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

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

δ. Αποφυγή τροφών που αυξάνουν τον περισταλτισμό του εντέρου και προκαλούν διάρροια.

ε. Ενθάρρυνση του ασθενή να παίρνει τόση τροφή, όση αισθάνεται ανάγκη να πάρει.

στ. Μέτρηση του σωματικού βάρους καθημερινά. Σε περίπτωση που συνεχίζεται η απώλεια βάρους να ενημερωθεί ο γιατρός.

6) Χορήγηση υπνωτικών κατευναστικών (βρωμιούχα και φαινοβαρβιτάλη) για μείωση της νευρικότητας και εξασφάλιση ύπνου, που είναι πρωταρχικής σημασίας.

7) Έλεγχος των προβλημάτων που παρουσιάζει η καρδιά

Γενικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό:

α. Ελέγχει τη συχνότητα και το ρυθμό του σφυγμού, που δεν εμφανίζει μόνο αύξηση του αριθμού κατά λεπτό, αλλά και αρρυθμία λόγω της επίδρασης της θυροξίνης στην καρδιά.

β. Πολύ πιθανή κρίνεται η τοποθέτησή του σε ανάρροπη θέση και η ανάγκη χορήγησης οξυγόνου. Επιβάλλεται να μην γνωρίζει ο ασθενής π.χ. την ημέρα της εγχείρησης επειδή αυτό του προκαλεί νευρικότητα, δύσπνοια, ταχυσφυγμία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος κ.α.

8) Πρόληψη τραύματος των οφθαλμών εξαιτίας του εξόφθαλμου

α. Ο ίδιος ο ασθενής παροτρύνεται να φορά γυαλιά ηλίου και να σκάνει το επάνω μέρος του κρεβατιού, την ώρα του ύπνου, για βελτίωση της παροχέτευσης. Κατά την ώρα του ύπνου, επίσης, να καλύπτει τα μάτια του για αποφυγή ξήρανσης του κερατοειδή.

β. Το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για την ενστάλαξη methylcellulose 0,5-1% για προστασία του κερατοειδή. Προετοιμάζει τον ασθενή, εάν πρόκειται να κάνει βλεφαρορραφή ή ανακουφιστική κοχχοτομή (γίνονται σε βαριές μορφές εξόφθαλμου). Τέλος, χορηγεί κορτικοστεροειδή σε μεγάλες δόσεις για αρκετό χρονικό διάστημα (σε κακοήδη εξόφθαλμο).

9) Αντιμετώπιση των κλινικών εκδηλώσεων από το δέρμα

α. Για την λέπτυνση των τριχών και των τριχοόψων, μετά από συμβουλή του δερματολόγου επιλέγεται το κατάλληλο είδος σαπουνιού που θα χρησιμοποιηθεί στο τριχωτό της κεφαλής.

β. Για το προκνημιαίο μυξοίδημα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη φροντίδα στην περιποίηση του δέρματος και των νυχιών. Γι' αυτό το σκοπό γίνεται πλύσιμο με μη ερεθιστικό σαπούνι και ακολουθεί επάλειψη με lotion.

10) Παρακολούθηση και αναγραφή της ανταπόκρισης του ασθενή στην θεραπεία

α. Ο ασθενής τίθεται σε καθημερινή μέτρηση του σωματικού του βάρους.

β. Καταγράφεται στο φύλλο νοσηλείας η τακτική λήψη των ζωτικών του σημείων (αρτηριακή πίεση, σφυγμός, αναπνοές, θερμοκρασία).

γ. Γίνεται έλεγχος της διανοητικής κατάστασης, της όρεξης και των νευρομυϊκών αντανακλαστικών και καταγράφονται τυχόν παρεκκλίσεις, αλλαγές προς το καλύτερο ή το χειρότερο.

11) Στενή παρακολούθηση του ασθενή που λαμβάνει αντιθυρεοειδικά φάρμακα και άμεση αναφορά σε περίπτωση εμφάνισης παρενεργειών όπως για παράδειγμα *εξάνθημα, κνησμός, δερματίτιδα, πυρετός, πονόλαιμος, αρθραλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές* ή και σοβαρότερες όπως η *ακοκκιοκυτταραιμία*.

12) Στενή παρακολούθηση του ασθενή που λαμβάνει ραδιενεργό ιώδιο για συμπτώματα τοξικότητας (ιωδισμός), η εμφάνιση των οποίων αποτελεί ένδειξη για άμεση διακοπή. Αυτά είναι: *Εξοίδηση του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, άφθονη έκκριση σιέλου, φλεγμονή σιελογόνων αδένων, κόρυζα και εξάνθημα δέρματος*.

13). Κατανόηση της κατάστασης του ασθενή και υποστήριξη αυτού και της οικογένειάς του.

14). Διδασκαλία του ασθενή και της οικογένειάς του.

Τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του πρέπει:

α. Να δοθούν εξηγήσεις για τη φύση της νόσου.

β. Να δοθούν διευκρινίσεις για το είδος του φαρμάκου ή των φαρμάκων, την σωστή δοσολογία, τη δράση και τις παρενέργειες που μπορεί, πιθανόν, να προκαλέσουν.

γ. Να γνωστοποιηθούν τα σημεία βελτίωσης από την φαρμακευτική θεραπεία.

δ. Να δοθούν πληροφορίες ώστε ν'αναγνωρίζουν έγκαιρα τυχόν εμφάνιση ακοκκιοκυτταραιμίας, για να μπορούν να την αναφέρουν αμέσως στο γιατρό. Προειδοποιητικά συμπτώματα είναι: πυρετός, κυνάγχη, φλεγμονές, κακουχία.

ε. Να γίνονται γνωστά τα σημεία και συμπτώματα και του υπερθυρεοειδισμού (και του υποθυρεοειδισμού).

στ. Να γίνει βίωμα η αναγκαιότητα κάποιων πραγμάτων, κάποιων καταστάσεων, όπως η συχνή ιατρική παρακολούθηση, η αποφυγή κουραστικών δραστηριοτήτων και η ανάπαυση στα μεσοδιαστήματα αυτών καθώς και η εξασφάλιση θρεπτικής δίαιτας.

• Παρέμβαση στη θυρεοειδική κρίση

A. Από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού οι πρώτες ενέργειες που πρέπει να γίνουν είναι η εξασφάλιση τέλειας θεραπευτικής ανάπαυσης, η διατήρηση ανοικτής ενδοφλέβιας οδού και η σύνδεση του ασθενή με καρδιακό monitor.

B. Στη συνέχεια είναι υπεύθυνο για την εκτέλεση του θεραπευτικού σχήματος που έχει επιλέξει η ιατρική ομάδα. Έτσι προχωρεί:

1) Στον έλεγχο της σύνδεσης και απέκκρισης των θυρεοειδικών ορμονών με: α) χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων σε μεγάλες δόσεις από το στόμα ή μέσω ρινογαστρικού σωλήνα για μείωση της παραγωγής των θυρεοειδικών ορμονών και β) χορήγηση ιωδίου με την μορφή Lugol, για αναστολή της έκκρισης των θυρεοειδικών ορμονών. Χορηγείται πάντα μετά από αντιθυρεοειδικά φάρμακα για να χρησιμεύσει σαν πρώτη ύλη για τη θυρεοειδική ορμονοσύνθεση.

2) Στη χορήγηση β-αναστολέων (προπρανολόλη) για καταστολή της ταχυκαρδίας, όταν αυτή αποτελεί την κυριότερη αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας.

3) Στη χορήγηση καρδιοτονωτικών (δακτυλίτιδα) σε περίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας.

4) Στη χορήγηση βαρβιτουρικών και ρεζερπίνης για καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

5) Στη χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και αγγειοσπαστικών για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης, των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και της υπότασης. Οι ανάγκες σε υγρά κυμαίνονται μεταξύ 2.500-4.000 ml ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή.

6) Στην αντιμετώπιση της υπερπυρεξίας με ειδικές κουβέρτες και στρώματα υποθερμίας. Χρησιμοποιούνται γυχρά επιδέματα, γίνονται γυχρές πλύσεις και επαλλείγεις με οινόπνευμα. Χορηγούνται σαλικυλικά φάρμακα.

7) Στην τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για τη ναυτία, τους εμέτους και τη χορήγηση φαρμάκων.

8) Στην χορήγηση φαρμάκων για ανακούφιση από τον κοιλιακό πόνο, τη ναυτία και τους εμέτους.

Γ. Εφόσον ακολουθηθούν οι ιατρικές οδηγίες, μένει μόνο η παρακολούθηση της απόκρισης του ασθενή στα θεραπευτικά μέτρα. Γι' αυτό το λόγο:

1) Κάθε 30 λεπτά ή ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή γίνεται καταγραφή των ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφυγμός, αναπνοές, θερμοκρασία).

2) Επίσης, καταγράφονται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά με σκοπό να εκτιμηθεί, κατά προσέγγιση, η απώλεια υγρών με τις εφιδρώσεις.

3) Τέλος, γίνεται έλεγχος της διανοητικής κατάστασης, των νευρομυϊκών αντανακλαστικών και των αναπνευστικών ήχων.

Δ. Για την πρόληψη των επιπλοκών φροντίζει να πάρει τα ανάλογα μέτρα:

1) Να χορηγήσει στεροειδή, γιατί υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης επινεφριδιακής ανεπάρκειας.

2) Να χορηγήσει αντιβιοτικά σε εμφάνιση τυχόν λοίμωξης.

3) Να τροφοδοτεί τον ασθενή με ορούς γλυκοζέ και βιταμίνες Β για την κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΦΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

ι) Προεγχειρητική φροντίδα

Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης τηρούνται κατά την προετοιμασία κάποια γενικά μέτρα αλλά και ορισμένα ειδικά.

Γενικά

Την παραμονή της εγχείρησης πρέπει να έχει ήδη ληφθεί η συγκατάθεση του ασθενή για την επέμβαση. Αυτό μπορεί να είναι προφορική ή γραπτή.

Προετοιμάζεται το *εγχειρητικό πεδίο*, δηλαδή το μέρος, στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Καθαρίζεται, γίνεται αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για τις μολύνσεις.

Παρατηρείται και εκτιμείται η γενική κατάσταση του ασθενή. Κάθε σχετική παρατήρηση με υπερπυρεξία, βάρος, κλπ. πρέπει ν'αναφέρεται στην προϊσταμένη ή στο γιατρό.

Στη συνέχεια, αφού αφαιρεθούν όλα τα ρούχα και εσώρουχα του ασθενή, με την βοήθεια του/της Νοσηλεύτη/τριας, φοράει τον *ματισμό του χειρουργείου*. Αυτός αποτελείται από: α) ποδανάρια (που σκεπάζουν τα κάτω άκρα), β) υποκάμισο (κοινό νυκτικό, ανοικτό στο πίσω μέρος) και γ) σκούφο (ή τρίγωνο) από λεπτό βαμβακερό ύφασμα (για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής). Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος, αφαιρούνται φουρκέτες κλπ.

Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα, με εξαίρεση, ορισμένες φορές την "θέρα" η οποία ασφαρίζεται μ'ένα επίδεσμο. Τα κοσμήματα τοποθετούνται όπως και η τεχνητή οδοντοστοιχία, αν υπάρχει, σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενή και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος ή δίδονται στους συγγενείς.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυάνωσης κατά τη νάρκωση (στο χειρουργείο). Για τον ίδιο λόγο ξεβάφονται τα μάτια και τα χείλη (αν είναι βαμμένα).

Στη φάση αυτή, ο ασθενής ενημερώνεται για την μετεγχειρητική αγωγή και τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, οι οποίες είναι ασκήσεις των κάτω άκρων, αναπνευστικές, όπως και ειδικές ασκήσεις που απαιτεί η επέμβαση.

Επίσης, το πρωί ο ασθενής πρέπει να έχει κάνει *ατομική καθαριότητα* που περιλαμβάνει τοπική καθαριότητα του προσώπου και του στόματος.

Στη συνέχεια, αν δεν έχει γίνει, γίνεται η *φλεβοκέντηση*, που σκοπός της είναι η ανοικτή ενδοφλέβια οδός για την χορήγηση φαρμάκων (νάρκωση κλπ.).

Αφού γίνει η φλεβοκέντηση, ο ασθενής προετοιμάζεται ψυχολογικά για την επέμβαση. Λόγω της υπερέντασης που τον διακατέχει, η ψυχολογική προετοιμασία και υποστήριξη είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα του/της Νοσηλεύτη/τριας.

Η στάση του ασθενή απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει την μετεγχειρητική πορεία της ασθένειας.

Εκτός από την χειρουργική επέμβαση που προκαλεί φόβο, ο ασθενής επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως από την διαδικασία της αναισθησίας, το αποτέλεσμα της επέμβασης ενώ διάφορες άλλες σκέψεις βασανίζουν το μυαλό του.

Ο/Η Νοσηλεύτης/τρια με το ειδικό και μοναδικό ρόλο που διαδραματίζει, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί από κοντά τη συμπεριφορά του ασθενή και να καταπολεμά τους φόβους και την απαισιοδοξία του.

Φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να ελέγξει αν έχει, ήδη, πραγματοποιηθεί ο συνηθισμένος *εργαστηριακός έλεγχος* αίματος και ούρων, ώστε να προληφθεί πιθανή παράλειψη, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστη κατάσταση του ασθενή.

Κατόπιν ακολουθεί η διαδικασία της *προνάρκωσης*, σύμφωνα με την υπόδειξη του/της αναισθησιολόγου. Η προνάρκωση αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του νευρικού συστήματος, την ελάττωση της έκκρισης του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Μετά την προνάρκωση, ο ασθενής πρέπει να μείνει ξαπλωμένος στο κρεβάτι του σ'ένα εξασφαλισμένο ήσυχο περιβάλλον. Θα χρειαστεί να *ελεγχθεί η ταυτότητα* του ασθενή που θα πάει στο χειρουργείο (ονοματεπώνυμο, ηλικία, θάλαμος, περίπτωση).

Ακριβώς πριν την μεταφορά του ασθενή στο χειρουργείο, παροτρύνεται να ουρήσει ώστε *ν'αδειάσει η ουροδόχος κύστη* και *ελέγχονται τα ζωτικά του σημεία*. Οι τυχόν διαταραχές των ζωτικών σημείων, που δεν είναι παροδικές λόγω της προνάρκωσης, μπορούν να αποτελέσουν αιτία αναβολής του χειρουργείου.

Μετά τις διαδικασίες αυτές, ο ασθενής μεταφέρεται με φορείο στο χειρουργείο.

Οι βασικές νοσηλευτικές εργασίες, που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή, πρέπει να *αναγράφονται στη λογοδοσία*.

Μετά την αποχώρηση του ασθενή για το χειρουργείο, αερίζεται ο θάλαμος και ετοιμάζονται το κρεβάτι (χειρουργικό), το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον.

Το κρεβάτι που θα δεχθεί το/τη χειρουργημένη, πρέπει:

α) Να έχει την σωστή θερμοκρασία για την προφύλαξη του ασθενή από τυχόν γύξη ή μετεγχειρητική πνευμονία.

β) Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την καλύτερη αποβολή του ναρκωτικού.

γ) Να τοποθετηθεί προστατευτικό μαξιλάρι, στο πάνω μέρος του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει ο ασθενής, σε τυχόν διεγέρσεις του στο στάδιο της απονάρκωσης.

δ) Να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές, για την εύκολη μεταφορά του ασθενή από το φορείο, σ' αυτό.

ε) Προστατεύεται το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο πάνω πλάγιο μέρος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα για τα μικρά άχρηστα αντικείμενα.

Πάνω στο κομοδίνο του ασθενή τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών, για να αποφεύγονται οι θορύβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό. Επίσης, τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, port - cotton, νεφροειδές και κάγα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια από βαμβάκι.

Το κομοδίνο, τέλος, απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του ασθενή, για το φόβο ατυχήματος σε περίπτωση διεγέρσεών του.

Εφόσον έχει ληφθεί μέριμνα για τον αερισμό και το φωτισμό του θαλάμου, ο/η Νοσηλεύτης/τρια απομακρύνεται έως ότου επιστρέψει ο ασθενής από το χειρουργείο.

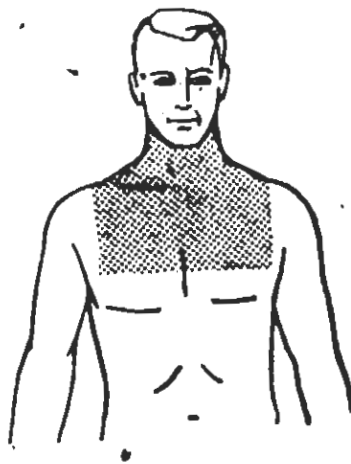
Ειδικά

- Επειδή ο ασθενής πριν από την εγχείρηση πρέπει να είναι *ευθυρεοειδικός*, λαμβάνονται τα εξής μέτρα:

1. Χορηγούνται αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

2. Χορηγείται ιώδιο (5-10 σταγ. 3-4 φορές την ημέρα). Ενέργειές του είναι η ελάττωση της αγγείωσης του αδένα και η γρήγορη ελάττωση του ρυθμού της έκκρισης της ορμόνης. Δρα προσωρινά σαν ανασταλτικό στην κυκλοφορία των θυρεοειδικών ορμονών με την αύξηση εναποθέσεως ποσότητας θυρεοειδικής ορμόνης στον αδένα. Μπορεί, όμως, η ορμόνη να εισέλθει τελικά, στην κυκλοφορία και να δημιουργήσει υπερθυρεοειδισμό. Δεν χορηγείται για περισσότερες από 10-14 ημέρες πριν από την εγχείρηση γιατί αν παραταθεί η χορήγησή του, ο ασθενής μεταπίπτει σε σοβαρότερη μορφή υπερθυρεοειδισμού.

- Ακόμη, πριν από την εγχείρηση, ο ασθενής θα πρέπει να έχει φθάσει στο *ιδανικό σωματικό βάρος*.



Εικόνα 15. Εγχειρητικό πεδίο για θυρεοειδεκτομή (εγχείριση θυρεοειδούς, βρογχοκήλη).

- Επομένως, σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας σ'αυτή τη φάση, είναι η μείωση των συμπτωμάτων και σημείων του υπερθυρεοειδισμού με την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής και την υλοποίηση των νοσηλευτικών στόχων.

- Αναλυτικότερα, ο ασθενής προετοιμάζεται, την κατάλληλη στιγμή, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.

Η φυσική προετοιμασία περιλαμβάνει τα εξής:

α. Ξύρισμα του άνω μέρους του θώρακα και του τραχήλου μέχρι την κάτω γνάθο (εικ. 15).

β. Χορήγηση υπνωτικού το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης για εξασφάλιση ύπνου και ανάπαυσης.

γ. Δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα.

δ. Γίνεται λαρυγγοσκόπηση για έλεγχο των φωνητικών χορδών, επεξηγώντας ότι πρόκειται για μια εξέταση ρουτίνας για τους ασθενείς που κάνουν θυρεοειδεκτομή, εξαιτίας της ανατομικής σχέσης του κάτω λαρυγγικού νεύρου και βεβαιώνοντάς τον ότι πρόκειται για μια ανώδυνη διαδικασία.

ε. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι η ομιλία του θα πρέπει να περιοριστεί αμέσως μετά την εγχείρηση και ότι θα του χορηγηθεί οξυγόνο για διευκόλυνση της αναπνοής.

στ. Ενημερώνεται, επίσης, ότι μετεγχειρητικά θα του χορηγηθούν υγρά ενδοφλέβια για διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για κάλυψη των θρεπτικών του αναγκών. Ενδέχεται, εξάλλου, να του χορηγηθεί ορός Dextrose πριν από την νάρκωση.

ζ. Τέλος, εξασφάλιση αίματος για αντιμετώπιση αιμορραγίας μετεγχειρητικά.

Η ψυχολογική προετοιμασία αποσκοπεί στο να βοηθηθεί ο ασθενής με το να έρθει σε επαφή με άλλο ασθενή, που έκανε θυρεοειδεκτομή και βρίσκεται σε πλήρη ανάρρωση, για να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες του σχετικά με την επέμβαση (ανακούφιση από τη νευρικότητα και το άγχος, ιδιαίτερα στις γυναίκες λόγω της ουλής που διακρίνεται από το τραύμα).

ii) Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει κάποια γενικά μέτρα και ορισμένα ειδικά.

Γενικά

- 1) Προφύλαξη του ασθενή από ρεύματα αέρα.
- 2) Κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενή στο κρεβάτι, η οποία εξαρτάται τόσο από την έκβαση της εγχείρησης όσο και από το είδος της νάρκωσης.
- 3) Παρακολούθηση του ασθενή μέχρι την πλήρη αφύπνισή του. (Η προστασία και προφύλαξη του ασθενή κατά τις διεγέρσεις του είναι βασικό νοσηλευτικό μέλημα).
- 4) Παρακολούθηση για τυχόν εισρόφηση εμεσμάτων.
- 5) Έλεγχος της κατάστασης του τραύματος και παρακολούθηση αυτού.
- 6) Προφύλαξη και θεραπεία μετεγχειρητικών, πιθανώς επιπλοκών.
- 7) Ανακούφιση από τον πόνο και από άλλα ενοχλήματα, όταν αυτά είναι έντονα.
- 8) Γενική καθαριότητα και ιδιαίτερα της στοματικής κοιλότητας για πρόληψη ή ανακούφιση στοματίτιδας ή παρωτίτιδας.
- 9) Ιδιαίτερη προσοχή στη δίαιτα του χειρουργημένου.
- 10) Τακτική λήψη των ζωτικών σημείων.
- 11) Παρακολούθηση του χρώματος του ασθενή και των αποβαλλόμενων υγρών (εμέσματα, ούρα). Εάν παρατηρηθεί δυσκολία στην ούρηση, τοποθετείται καθετήρας για αποφυγή επίσχεσης ούρων.

Όλες αυτές οι νοσηλευτικές ενέργειες και παρατηρήσεις αναγράφονται στη λογοδοσία, ενώ παράλληλα, ενημερώνεται το διάγραμμα.

Η ακριβής ενημέρωση της ομάδας υγείας για την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή, βοηθά πολύ στο ανακουφιστικό και θεραπευτικό έργο της.

Ειδικά

Οι άμεσοι στόχοι της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενή με θυρεοειδεκτομή, είναι:

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

Ειδικότερα:

- Εξασφαλίζεται ήσυχο, δροσερό και άνετο περιβάλλον
- Πριν ακόμα επιστρέψει ο ασθενής, από το χειρουργείο, το δωμάτιο εξοπλίζεται με ορισμένα όργανα π.χ. μανόμετρο και στηθοσκόπιο για την μέτρηση της Α.Π., αναρρόφηση, set τραχειοτομής, συσκευές οξυγόνου, αμπούλες ασβεστίου.

- Ο ασθενής μεταφέρεται προσεκτικά από το φορείο στο κρεβάτι, με ιδιαίτερη προσοχή στο κεφάλι, ώστε καμμία πίεση να μην ασκηθεί στα ράμματα. Η πιο αναπαυτική θέση είναι η *ημι - Fowler*, έτσι ώστε το κεφάλι να είναι υψλά και να προστατεύεται με μαξιλάρια.

- Λαμβάνονται και αναγράφονται τα ζωτικά σημεία κάθε 15 min στην αρχή και στη συνέχεια κάθε 30 min (για τις πρώτες 24 h). Η αύξηση σφυγμών και η υπόταση μπορεί να είναι σημεία αιμορραγίας και shock. Η δύσπνοια, η θορυβώδης αναπνοή και η τάση των ιστών μπορεί να είναι σημεία απόφραξης της αναπνευστικής οδού.

- Μετά την λήψη των ζωτικών σημείων ελέγχεται το τραύμα (τουλάχιστον κάθε μία ώρα). Ερευνάται για τυχόν ερυθρότητα, πόνο, οίδημα. Εξετάζεται η πρόσθια, πλάγια και ιδιαίτερα η οπίσθια επιφάνεια του λαιμού για πιθανή αιμορραγία (το αίμα κατευθύνεται προς τα πίσω λόγω της ανάρροπης θέσης του ασθενή).

- Ελέγχεται η επίδεση μήπως είναι σφιχτή. Ενοχλητικό τέντωμα στην περιοχή του τραύματος μπορεί να είναι σημείο ιστικής αιμορραγίας με αποτέλεσμα την εμφάνιση δύσπνοιας. Στην περίπτωση αυτή χαλαρώνεται η επίδεση και ειδοποιείται ο γιατρός.

- Τοποθετούνται παγοκύστες στο τραύμα για πρόληψη της αιμορραγίας.

- Όταν ο ασθενής μετακινείται ή αλλάζει θέση, υποβαστάζεται το κεφάλι και ο λαιμός του ενώ παράλληλα διδάσκεται πως να υποβαστάζει ο ίδιος το κεφάλι του και να το σηκώνει μαζί με το υπόλοιπο σώμα, όταν μετακινείται (εικ. 16, 17).

- Η έγερση του ασθενή γίνεται το απόγευμα της ημέρας του χειρουργείου ή την επόμενη και όσο το ανέχεται.

- Ο ασθενής ανακουφίζεται από τον πόνο με παυσίπονες ενέσεις και όχι σπάνια με μορφίνη ή πετιδίνη. Παρακολουθείται και αξιολογούνται τα αποτελέσματα από την χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων. Ναρκωτικά και ηρεμιστικά χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή.

- Χορηγούνται υγρά από το στόμα, όταν ο ασθενής δεν έχει εμέτους ή ναυτία, ή παρεντερικά, όταν τα συμπτώματα αυτά δεν έχουν υποχωρήσει. Ευκολότερα λαμβάνει τα κρύα υγρά εξαιτίας της δυσκολίας στην κατάποση.

- Προσφέρεται στον ασθενή ρευστή δίαιτα τη δεύτερη ημέρα της εγχείρησης (υδαρείς, πολτώδεις τροφές). Τις επόμενες ημέρες χορηγείται υπερθερμιδική δίαιτα για επανάκτηση του βάρους που έχασε. Διαλέγει ο ίδιος το είδος της τροφής του.

- Χορηγείται οξυγόνο - για λίγες ώρες - για διευκόλυνση της αναπνοής. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να βήχει και να αναπνέει βαθιά κάθε 30 λεπτά. Αυτό γίνεται γιατί από τη συγκέντρωση βλεννωδών εκκρίσεων στην τραχεία, τους βρόγχους και τους πνεύμονες δημιουργείται



Εικόνα 16. Η νοσηλεύτρια βοηθεί τον άρρωστο με αφαίρεση θυρεοειδή αδένος να καθίσει στο κρεβάτι.



Εικόνα 17. Η άρρωστη υποστηρίζει το κεφάλι της για να μπορέσει να αναστηκωθεί στα κορβότι.

αναπόφευκτα απόφραξη με επακόλουθα ατελεκτασία πνευμόνων και πνευμονία.

- Ο ασθενής παρακολουθείται για εμφάνιση αναπνευστικής απόφραξης, δύσπνοιας και κυάνωσης, που οφείλονται σε οίδημα της γλωττίδας ή βλάβη των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων. Στην περίπτωση αυτή, ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός και ετοιμάζεται η αναρρόφηση και ο δίσκος της τραχειοτομής.

- Εκτελούνται εισπνοές με υδρατμούς ή ευκάλυπτο για διευκόλυνση της αναπνοής και για τέλεια απελευθέρωση των πνευμόνων από τις εκκρίσεις. Η πόρτα του δωματίου του ασθενή μένει κλειστή ώστε να διατηρείται ο αέρας του δωματίου υγρός.

- Παρακολουθούνται όλες οι συσκευές παροχέτευσης που φέρει ο χειρουργημένος ασθενής.

- Χορηγείται βιταμίνη Κ στους ασθενείς που παρουσιάζουν αιμορραγική διάθεση, εξαιτίας της προεγχειρητικής ετοιμασίας με καρβιμαζόλη.

- Λαμβάνεται η θερμοκρασία από το ορθό κάθε 4 ώρες το πρώτο 24ωρο. Στην συνέχεια η λήψη της θερμοκρασίας γίνεται από το στόμα.

Η άνοδος της θερμοκρασίας, η ευερεθιστότητα, η μεγάλη ανησυχία, η ταχυκαρδία είναι συμπτώματα θυρεοειδικής κρίσης. Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός, ιδιαίτερα όταν η θερμοκρασία ξεπεράσει τους 37,7° C. Βασικό μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η άμεση αντιμετώπιση της θυρεοειδικής κρίσης.

- Παρακολουθείται η ποιότητα της φωνής του ασθενή κάθε 1-2 ώρες, για τυχόν μεταβολές όπως βραχνάδα, υιθυριστή φωνή, που μπορεί να οφείλονται σε βλάβη ή τραυματισμό των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων. Γι'αυτό συνίσταται περιορισμός της ομιλίας ενώ εξασφαλίζονται εναλλακτικά μέσα επικοινωνίας.

- Ο ασθενής παρακολουθείται για εμφάνιση τετανίας (κάθε ώρα), η οποία οφείλεται σε διαταραχή του μεταβολισμού του ασβεστίου μετά από βλάβη ή αφαίρεση των παραθυρεοειδών αδένων. Συνήθως, είναι σπάνια και παροδική. Επειδή και αυτή η κατάσταση είναι σοβαρή, ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός. Κατόπιν εντολής αυτού, χορηγούνται εκχυλίσματα παραδορμόνης και γλυκονικό ασβέστιο. (Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί κατά την ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου σε ασθενείς που έχουν νεφρική βλάβη ή παίρνουν δακτυλίτιδα).

- Εξασφαλίζεται ειδικό τραπεζάκι (με ρόδες), που τοποθετείται πάνω από το κρεβάτι του ασθενή, στο οποίο τοποθετούνται τ'αντικείμενα που θεωρεί απαραίτητα, ώστε ν'αποφεύγει τις κινήσεις της κεφαλής.

- Διδάσκεται ο ασθενής και η οικογένειά του λίγο πριν την έξοδο του πρώτου από την κλινική.

α) Τονίζεται η ανάγκη για ανάπαυση, χαλάρωση και καλή θρέψη.

β) Εξηγείται στην οικογένεια του ασθενή η ανάγκη για εξασφάλιση στο σπίτι ήρεμου περιβάλλοντος και απαλλαγμένου από την ένταση.

γ) Η ανάνηξη δραστηριοτήτων και ευθυνών θα πρέπει να είναι βαθμιαία. Συνήθως χρειάζονται 2-3 μήνες για πλήρη ανάρρωση και μετά από αυτό τον χρόνο θα είναι σε θέση να κάνει μια φυσιολογική ζωή.

δ) Με την αφαίρεση των ραμμάτων, ο ασθενής διδάσκεται ορισμένες ασκήσεις της κεφαλής και του λαιμού για την πρόληψη των ρικνώσεων στην περιοχή της τομής.

ε) Για την καλύτερη αισθητική έκβαση της ουλής του τραύματος, ενημερώνεται να βάζει κρέμα στην περιοχή του τραύματος καθημερινά μετά την αφαίρεση των ραμμάτων.

στ) Τονίζεται η σπουδαιότητα της μετέπειτα ιατρικής και εργαστηριακής παρακολούθησης δύο φορές το χρόνο για το υπόλοιπο της ζωής. Αυτό γίνεται για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση κάποιας επιπλοκής. Εξάλλου, εξηγείται στον ασθενή ότι ο μετεγχειρητικός υποθυρεοειδισμός δεν είναι σπάνιος και εμφανίζεται συνήθως μέσα στα δύο πρώτα χρόνια μετά την εγχείρηση.

ζ) Τέλος, εάν ο ασθενής είναι γυναίκα, διαβεβαιώνεται ότι η ουλή δεν θα φαίνεται και ότι προσωρινά μπορεί να καλύπτει την περιοχή εκείνη για λόγους καλαισθησίας, μ'ένα όμορφο δεμένο φουλάρι.

Με την μετεγχειρητική φροντίδα και με την αξιολόγηση της επιτυχίας της θεραπείας, με την επαναφορά του ασθενή στην ευθυρεοειδική κατάσταση, ολοκληρώνεται και κλείνει το φάσμα της νοσηλείας του υπερθυρεοειδικού ασθενή.

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

• Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή

Η γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή γίνεται από το ιστορικό υγείας και από την προσωπική εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς τα συμπεράσματα αυτών επιβεβαιώνονται από τις ανάλογες διαγνωστικές εξετάσεις.

1) Ιστορικό υγείας

Ο υποθυρεοειδικός ασθενής αναφέρει προβλήματα υγείας από το παρελθόν. Παραπονιέται για *δυσκολία* στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων της ημέρας και ότι *κουράζεται εύκολα*. Παρουσιάζει *δυσκοιλιότητα* και άλλες γαστρεντερικές διαταραχές. Ιδιαίτερα οι γυναίκες παραπονιούνται για *πτώση μαλλιών, εύδραστα νύχια και στεγνό δέρμα*. Παρατηρείται *μέτρια αύξηση* του βάρους του σώματος παρά την σχετικά μειωμένη όρεξη. Στην περίπτωση του υποθυρεοειδισμού, ο ασθενής εμφανίζει *δυσανεξία στο κρύο* δηλ. προτιμά το ζεστό καιρό, χρησιμοποιεί περισσότερες κουβέρτες, ντύνεται βαρύτερα και αναζητά θερμό περιβάλλον. Χαρακτηριστικό είναι το *οίδημα* στα βλέφαρα και τα άκρα, η *μεγάλη γλώσσα* καθώς και η *παχιά, βραχνή φωνή*. Η ομιλία του υποθυρεοειδικού είναι *βραδεία*, ενώ παρουσιάζει και *προβλήματα μνήμης*. Στις γυναίκες, επίσης παρουσιάζονται *διαταραχές της έμμηνης ρύσης* (μηνορραγία) ενώ στους άνδρες *ελάττωση της γενετήσιας ικανότητας*. Χαρακτηριστικό είναι το *πρόβλημα ακοής* (συνήθως βαρηκοΐα). Πολύ πιθανή θεωρείται η ύπαρξη από παλιά διαταραχής άλλων ενδοκρινών αδένων.

Η συμπεριφορά του ασθενή αυτού παρουσιάζει *έντονα σημεία γύχωσης*.

Από συζητήσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αντλούνται πληροφορίες σχετικά με το αν ο ασθενής παρουσιάζει *συμπτώματα μυξοιδηματικού κώματος* και αν υπάρχουν συγγενικά πρόσωπα με *ιστορικό υποθυρεοειδισμού*.

2) Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

Ο ασθενής αισθάνεται *μυϊκή αδυναμία, δυσκαμψία των μυών* (ιδιαίτερα μετά το πρωινό ξύπνημα) και *εύκολη κόπωση*. Έχει *μειωμένα τενόντια αντανακλαστικά*. Παρουσιάζει *βραδύτητα* στο βάδισμα και γενικότερα *νωθρότητα* στην εκτέλεση των φυσικών δραστηριοτήτων. Χαρακτηριστική είναι η *μη ανοχή στο κρύο* και η *υποθερμία*. Δημιουργείται *βαρηκοΐα*, που οφείλεται σε διήθηση της ευσταχιανής

σάλπιγγας αλλά και σε βλάβη του ακουστικού νεύρου. Έχει το χαρακτηριστικό μυξοιδηματικό προσωπείο (διηθημένα βλέφαρα, παχιά χείλη και αυτιά, παχιά και πλατιά μύτη, μεγάλη γλώσσα, βαθιές ρυτίδες, κέρινη ωχρότητα, απαθής έκφραση).

Το δέρμα είναι ξηρό, τραχύ, έχει κέρινη χροιά, με εμφάνιση υπερκεράτωσης στα σημεία τριβής. Οι τρίχες είναι εύθραστες, ξηρές και πέφτουν εύκολα. Τα ύχια είναι κι αυτά εύθραστα, παχιά και εμφανίζουν ραβδώσεις. Οι βλεννογόνοι είναι διηθημένοι ενώ υπάρχει οίδημα που δεν αφήνει εντύπωμα. Υπάρχει μειωμένη εφίδρωση. Η φωνή είναι παχιά και βραχνή και η ομιλία είναι αργή και κολλώδης. Συυπάρχουν γαστρεντερικές διαταραχές όπως έντονη δυσκοιλιότητα, ανορεξία αλλά αύξηση του βάρους, δυσπεία, τυμπανισμός. Απ'το καρδιαγγειακό σύστημα παρατηρείται βραδυκαρδία, χαμηλή Α.Π. και σε προχωρημένες καταστάσεις καρδιακή ανεπάρκεια. Αμβλύνονται οι διανοπτικές λειτουργίες με αποτέλεσμα εξασθενημένη μνήμη, έλλειψη ενδιαφέροντος, υπνηλία και λήθαργο. Τέλος, σε μυξοιδηματικό κώμα παρουσιάζεται η εξής κλινική εικόνα: θερμοκρασία κάτω από 30°C, βαριά υπόταση, βραδυκαρδία, υποαέρωση, υπονατριαιμία και κατάργηση των τενοντίων αντανακλαστικών.

3) Διαγνωστικές εξετάσεις

α. Προσδιορισμός της T_4 . Οι τιμές της βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα.

β. Προσδιορισμός TSH ορού. Οι τιμές της TSH είναι πολύ αυξημένες στον πρωτοπαθή και χαμηλές στον δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό.

γ. Δοκιμασία διέγερσης με θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH). Η δοκιμασία αυτή αποβαίνει θετική στον δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό.

δ. Πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου από το θυρεοειδή. Η κατακράτηση του I^{131} από το θυρεοειδή σπάνια υπερβαίνει το 10% της δόσης και δεν αυξάνεται περισσότερο ύστερα από διέγερση της TSH.

ε. Προσδιορισμός του χρόνου χάλασης του Αχιλλείου αντανακλαστικού (τενοντόγραμμα). Ο χρόνος του Αχιλλείου αντανακλαστικού είναι αυξημένος.

στ. Δοκιμασία πρόσληψης της ραδιενεργού τριϊωδοθυρονίνης (T_3RU) από ρητίνη. Οι τιμές είναι χαμηλές.

ζ. Ο βασικός μεταβολισμός είναι μέχρι 15%.

η. Σε ανοσολογική βλάβη του αδένα βρίσκονται στο αίμα του υποθυρεοειδικού υψηλοί τίτλοι αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων.

θ. Η χοληστερίνη του αίματος είναι αυξημένη (450-600 mg/100 ml) και σε μεγάλο ποσοστό ασθενών υπάρχει αναιμία.

ι. Το Η.Κ.Γ. δείχνει επιβράδυνση του ρυθμο και χαμηλά επάρματα.

ια. Ακτινογραφία θώρακα. Αποκαλύπτει μεγάλη καρδιακή σκιά, που οφείλεται στο εξίδρωμα του περικαρδίου.

ιβ. Ακτινολογικός έλεγχος του τουρκικού εφίππειου για διαπίστωση της ανατομικής κατάστασης της υπόφυσης (σε δευτεροπαθή υποδυρεοειδισμό).

ιγ. Οφθαλμολογικός έλεγχος σε δευτεροπαθή υποδυρεοειδισμό.

* Προβλήματα του ασθενή

Τα προβλήματα του υποδυρεοειδικού ασθενή είναι αυτά που παρουσιάζουν οι διάφορες μορφές της νόσου και αυτά που οφείλονται στο μυξοιδηματικό κώμα.

A. Γενικά

Ο ασθενής δεν αισθάνεται άνετα εξαιτίας του οιδήματος, της δυσπείας, του τυμπανισμού, της δυσανεξίας στο κρύο. Λόγω της αδυναμίας και της εύκολης κόπωσης αναγκάζεται να μειώσει τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Οι γαστρεντερικές διαταραχές και η υποδερμία δημιουργούν *δρεπτικό* και *ενεργειακό ανισοζύγιο*. Η βαρνηκοΐα και η δυσκολία στην ομιλία προκαλούν *προβλήματα επικοινωνίας* με το περιβάλλον. Το μυξοιδηματικό προσωπίο αλλά και όλες οι άλλες αλλοιώσεις το δέρματος, των νυχιών κλπ. *μεταβάλλουν το σωματικό είδωλο*. Ο ασθενής βρίσκεται σε *κατάσταση απάθειας*. Και φυσικά παραδοκούν, πάντα, προβλήματα που απορρέουν από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθεί ο ασθενής.

B. Μυξοιδηματικό κώμα

Η βραδυκαρδία και η υποαέρωση προκαλούν *κακή κυκλοφορία του οξυγόνου*. Η υποδερμία (<30°C) και η υποξία είναι υπαίτιες για το *ενεργειακό ανισοζύγιο*. Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη *αναπνευστική δυσλειτουργία*. Η παρατεταμένη κρίσιμη κατάσταση του μυξοιδηματικού κώματος προκαλεί *υδατοηλεκτρολυτικό, οξεοβασικό και δρεπτικό ανισοζύγιο*.

* Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αντιμετώπιση τόσο των γενικών εκδηλώσεων της νόσου όσο και αυτών που οφείλονται στο μυξοιδηματικό κώμα.

A. Γενικά

Οι άμεσοι σκοποί είναι η πρόληψη ή ο έλεγχος των επιπλοκών, η διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων, η εξασφάλιση μέσων άνεσης, η παροχή φυσικής υποστήριξης, η προαγωγή της λειτουργίας του εντέρου, η αποκατάσταση της μεταβολικής διαταραχής, η παροχή βοήθειας στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου και η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στην οικογένεια του ασθενή.

Μακροπρόθεσμος σκοπός είναι η επαναφορά του ασθενή σε μια φυσιολογική κατάσταση, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, όσο αυτό είναι δυνατό.

B. Μυξοιδηματικό κώμα

Οι άμεσοι σκοποί είναι η παροχή φυσικής υποστήριξης, η παροχή συγκινησιακής υποστήριξης στην οικογένεια του ασθενή, η πρόληψη ή ο έλεγχος των επιπλοκών, η διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων και η υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας.

Ο μακροπρόθεσμος σκοπός συμπίπτει με τον προαναφερθέντα.

• ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Γενική παρέμβαση

1) Χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών για την επαναφορά του ασθενή σε ευθυρεοειδική κατάσταση. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια και στους ηλικιωμένους, στους οποίους η θεραπεία αρχίζει με μικρότερες δόσεις.

2) Παρακολούθηση των αποκρίσεων στη θεραπεία

- Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά και σημειώνεται το βάρος του σώματός του.

- Η πρώτη κλινική απόκριση είναι, συνήθως, η αυξημένη διούρηση.

- Ελαττώνεται το οίδημα, ιδιαίτερα των βλεφάρων.

- Βελτιώνεται η όρεξη και η δυσκοιλιότητα σιγά σιγά υποχωρεί.

- Ο ασθενής βγαίνει από την απάθεια και "ζυπνά" βρίσκοντας την ενεργητικότητά του και την αντίληψη όλων όσων συμβαίνουν γύρω του.

- Η βραχνάδα υποχωρεί, η θερμοκρασία αυξάνεται (μέσα σε 24 ώρες), ο σφυγμός και οι αναπνοές αυξάνονται επίσης, τα αντανακλαστικά και ο μυϊκός τόνος βελτιώνονται.

- Η κατάσταση του δέρματος και των μαλλιών βελτιώνεται μετά από μήνες.

3) Παρακολούθηση για εμφάνιση παρενεργειών των φαρμάκων, ειδικά στους καρδιοπαθείς. Αύξηση της δόσης μπορεί να προκαλέσει ταχυκαρδία, κεφαλαλγία, δύσπνοια, ανησυχία, έκτακτες συστολές, στηθαγχικές κρίσεις. Στην περίπτωση αυτή, ενημερώνεται η προϊσταμένη και στη συνέχεια ο γιατρός, που θα καθορίσει το νέο θεραπευτικό σχήμα (διακοπή, μείωση της δόσης κλπ.).

4) Αναγνώριση των εκλυτικών παραγόντων και αποφυγή τους, ώστε να προληφθεί παραπέρα καρδιαγγειακή βλάβη καθώς και εμφάνιση μυζοιδηματικού κώματος. Αυτό επιτυγχάνεται με την θεραπεία των αιτίων (λοιμώξη, τραύμα κλπ.) που προκαλούν αυτές τις διαταραχές καθώς και με την πρόληψη του ρίγους (επιβαρύνει την καρδιακή λειτουργία) με την εξασφάλιση ενός θερμού περιβάλλοντος για τον ασθενή.

5) Χορήγηση υπνωτικών - πρεμιστικών-ναρκωτικών σε πολύ μικρότερες δόσεις από εκείνες που χορηγούνται σε υγιή άτομα της ίδιας ηλικίας και του ίδιου βάρους. Οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ ευαίσθητοι σ'αυτά τα φάρμακα και μπορεί να παρουσιάσουν σημεία και συμπτώματα καταστολής της αναπνοής και κώμα που μπορεί να επιφέρει το θάνατο. Γι'αυτό καλό είναι ν'αποφεύγονται ή να δίνονται παρουσία γιατρού.

6) Εξασφάλιση ισορροπημένης διαίτας μικρής θερμιδικής αξίας, όπου θα απουσιάζει το αλάτι αλλά θα είναι πάντα στα πλαίσια των προτιμήσεων του ασθενή. Αυτή η διαίτα ακολουθείται έως ότου σταθεροποιηθεί το βάρος του σώματός του.

7) Προαγωγή της ικανοποιητικής λειτουργίας του εντέρου. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να παίρνει υγρά, τροφές με υπόλειμμα, κάποιο ήπιο καθαρτικό εφόσον η δυσκοιλιότητα επιμένει ή να γίνεται καθαρτικός υποκλισμός ως τελική λύση. Επίσης, ενθαρρύνεται ν'αυξήσει τις δραστηριότητές του στα πλαίσια της ανοχής του.

8) Ενθάρρυνση του ασθενή για συμμετοχή στον σχεδιασμό και την εκτέλεση της καθημερινής του φροντίδας. Η βραδύτητα αντιδράσεων του ασθενή δεν πρέπει να οδηγεί στην ολοκληρωτική εξάρτηση και εξυπηρέτησή του από το περιβάλλον. Έχει μεγάλη σπουδαιότητα γι'αυτόν, κυρίως, να αυτοεξυπηρετείται. Δεν πρέπει, όμως, ο/η Νοσηλεύτης/τρια ή το οικογενειακό του περιβάλλον να έχει την απαίτηση να ενεργεί γρήγορα, γιατί αυτό είναι υπεράνω των δυνατοτήτων του.

9) Εξασφάλιση ζεστού, άνετου και ήσυχου περιβάλλοντος.

Ο υποδυρεοειδικός ασθενής είναι πολύ ευαίσθητος στο κρύο, γι'αυτό διατηρείται το δωμάτιό του ζεστό καθώς και το κρεβάτι του με επιπλέον ρουχισμό και ζεστές κουβέρτες. Ο ασθενής τοποθετείται σε δικό του δωμάτιο, αν είναι δυνατό, αλλιώς επιλέγεται κάποιο με λίγους ασθενείς της ίδιας πάθησης και απομακρύνεται κάθε τι που τον εκνευρίζει ή τον διεγείρει. Αποφεύγεται ο έντονος φωτισμός και οι ενοχλητικοί θόρυβοι.

10) Λήψη μέτρων για αποφυγή κατακλίσεων όταν ο ασθενής είναι κλινήρης. Ελέγχεται συχνά το σώμα του ασθενή για εμφάνιση κατακλίσεων και ιδιαίτερα εκεί που υπάρχουν οστέινες προεξοχές (κόκκυγας, αγκώνας κλπ.). Έτσι ο ασθενής ξεκινά ένα πρόγραμμα ασκήσεων και αλλαγών θέσεων στο κρεβάτι. Χρησιμοποιεί στρώματα αέρα ενώ η φροντίδα του δέρματος γίνεται με ήπια σαπούνια και lotion, γιατί το δέρμα είναι συνήθως ξηρό.

11) Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον ασθενή και την οικογένειά του. Ο ασθενής πρέπει να ενισχύεται από όλους ώστε να κάνει κάποιες προόδους στους τομείς της επικοινωνίας και της αυτοεξυπηρέτησης. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν τη συμπεριφορά του και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του. Ενθαρρύνονται κι αυτοί, με την σειρά τους, να εξωτερικεύσουν τα αισθήματα και τους προβληματισμούς τους. Χρειάζεται πολύς χρόνος και μεγάλη υπομονή έως ότου φανούν τα πρώτα σημάδια βελτίωσης από την εφαρμογή της θεραπείας.

12) Διδασκαλία του ασθενή και της οικογένειάς του

Τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του πρέπει:

- Να ενημερωθούν για την φύση της νόσου.
- Να γνωρίζουν για το είδος του φαρμάκου ή των φαρμάκων, τη δράση, τη δόση και τις παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν αυτά.
- Να γνωρίζουν τα σημεία και συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού καθώς και τα σημάδια βελτίωσης από την εφαρμογή της θεραπείας.
- Να καταλάβουν την σπουδαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης για την πορεία της κατάστασής του.
- Να κατανοήσουν την ανάγκη περιορισμού των δραστηριοτήτων, την ανάγκη της τακτικής ανάπαυσης και την ανάγκη παρακολούθησης κατάλληλου διαιτολογίου από τον ασθενή.

Παρέμβαση στο μυζοιδηματικό κώμα

Οι πρώτες ενέργειες του νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενή που εισάγεται με μυζοιδηματικό κώμα είναι η σύνδεσή του με καρδιακό monitor και η διατήρηση ανοικτής ενδοφλέβιας οδού.

Στη συνέχεια προχωρεί:

1) Στη χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα, πάντα, με ιατρική εντολή. Τα φάρμακα αυτά είναι συνήθως θυροξίνη, τριϊωδοθυρονίνη, υδροκορτιζόνη και διουρητικά.

2) Στη τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα, αναγκαίου για τη χορήγηση της τριϊωδοθυρονίνης.

3) Στη χορήγηση υγρών, με προσοχή, επειδή υπάρχει υπονατρίαμια.

4) Στη χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων γλυκόζης, σε περίπτωση υπογλυκαιμίας. Πρέπει κι εδώ να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή γιατί υπάρχει κίνδυνος υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας.

5) Στη μέτρηση αερίων αίματος για τον προσδιορισμό της κατακράτησης του CO₂.

6) Στην υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας, συνδέοντας τον ασθενή με ένα αναπνευστήρα για την καταπολέμηση του υποαερισμού.

7) Στη θέρμανση του ασθενή με ζεστό ιματισμό (κουβέρτες, ρούχα κλπ.) με διατήρηση του δωματίου ζεστού και με την αποφυγή ρευμάτων. Η επαναθέρμανση του ασθενή δεν πρέπει να γίνεται απότομα γιατί προκαλεί περιφερική αγγειοδιαστολή και υπόταση.

8) Στην αντιμετώπιση των εκλυτικών παραγόντων που προκαλούν μυζοιδηματικό κώμα, χορηγώντας αντιβιοτικά για τις λοιμώξεις ή δακτυλίτιδα και διουρητικά για την καρδιακή ανεπάρκεια.

9) Στην παρακολούθηση και καταγραφή των αποκρίσεων στη θεραπεία

Εφόσον ακολουθήθηκαν όλες οι ιατρικές οδηγίες και εκτελέστηκαν όλες οι νοσηλευτικές διαδικασίες, θα πρέπει:

- Κατά την λήψη των ζωτικών σημείων να έχει αυξηθεί η θερμοκρασία (σε 24 ώρες), καθώς και ο σφυγμός, οι αναπνοές και η αρτηριακή πίεση.

- Να έχει υποχωρήσει το οίδημα.

- Τέλος, να έχουν εμφανισθεί τα πρώτα σημάδια βελτίωσης της διανοητικής κατάστασης και των αντανακλαστικών.

Με την αντιμετώπιση του μυζοιδηματικού κώματος και την εγκατάσταση της φυσιολογικής μεταβολικής δραστηριότητας, ολοκληρώνεται και κλείνει το φάσμα της νοσηλείας του υποδυρεοειδικού ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΘΥ- ΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Α' ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Νοσηλευτική Διεργασία σε ασθενή με νόσο Graves - Basedow

Η Δ.Γ. είναι 32 ετών και διαμένει στο Ευάλιο Δωρίδος. Παρακολουθείται από το ενδοκρινολογικό τμήμα του Π.Π.Ν.Π.

* Εξετάστηκε για πρώτη φορά τον Μάρτιο του '90 στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών για πρόβλημα του θυρεοειδούς αδένος. Διάγνωση, όμως, δεν γνωρίζει. Απ'τη στιγμή εκείνη αρχίζει αγωγή με tbTST (1x2).

*Μετά από ένα χρόνο (Μάρτιο '91) επανεξετάζεται στο ίδιο νοσοκομείο και αυξάνεται η δοσολογία του TST σε 2x2. Τον τελευταίο χρόνο (1992) αυξάνει η δοσολογία του TST σε 2x3, δόση που λαμβάνει μέχρι την ημερομηνία εξέτασης (2/11/92) στο ενδοκρινολογικό τμήμα του Π.Π.Ν.Π.

- * Κατά την εξέταση αναφέρει:
- α. Πόνος στην πλάτη και τα πόδια.
 - β. Αϋπνίες (+)
 - γ. Ιδρώτες (+)
 - δ. Ταχυκαρδία (+)
 - ε. Κυμαινόμενη όρεξη-Συνεχής χάσιμο βάρους
 - στ. Κενώσεις φυσιολογικές
 - ζ. Εμμηνορρύση φυσιολογική
 - η. Κανένα πρόβλημα με τα μάτια

Ατομικό ιστορικό: Σκωληκοειδεκτομή και εξάνθημα στον κορμό και τ'άκρα από 8ετίας με εξάρσεις και υφέσεις. Έχει εξετασθεί από δερματολόγους, που το αποδίδουν σε άλγος.

Από φάρμακα παίρνει tbTST (2x3), τοπική αγωγή για το εξάνθημα και περιστασιακά tb Ponstan για κεφαλαλγία.

Σπάνια έρχεται σ'επαφή με ιωδιούχα (Betadine) λόγω του εξανθήματος.

Ατομικές συνήθειες: Καπνίζει 15 τσιγάρα την ημέρα από 15ετίας. Πίνει καφέ (++) αλλά καθόλου οινόπνευματώδη. Είναι έγγαμη από 15ετίας και ασχολείται με οικιακά.

Γυναικολογικό ιστορικό: Η έμμηνος ρύση άρχισε στα 15, έχει κύκλο 28 ημερών, με διάρκεια 4 ημερών και χωρίς προβλήματα μέχρι τώρα.

Η ασθενής έχει δύο φυσιολογικούς τοκετούς και μία αυτόματη διακοπή κύησης.

Κληρονομικό ιστορικό: Η μητέρα της είναι υπερχοληστεριναιμική, υπερτασική, καρδιοπαθής και έχει βρογχοκήλη. Για Σ.Δ. (-).

Αντικειμενική εξέταση:

- α. Β.Σ. : 71 kgr.
- β. Α.Π. : 140/90 mmHg
- γ. Σφ.: 104/min
- δ. Δέρμα υγρό
- ε. Εξάνθημα βλατιδώδες στους πήχεις και τις κνήμες
- στ. Εκδορές λόγω κνησμού
- ζ. Μαστοί φυσιολογικοί. Εκκριμα (-)
- η. Στοιχεία βρογχίτιδας
- θ. Τρόμος (++) άμφω
- ι. Εξόφθαλμος (-)
- ια. Lig lag (+) άμφω
- ιβ. Επαν. Αχιλλείου: σαφώς ταχεία

Κλινική εξέταση: Θυρεοειδής 70 gr, lumpy, υπόσκληρος (υπεροχή δεξιού λοβού)

Γενικά: Υπογία τοξικού αδενώματος (;)

Οι εξετάσεις θυρ. ορμονών έδειξαν: $T_3 = 3,7$ (0,8-1,9)
 $T_4 = 20,7$ (5-12)
 $TSH = 0,01$ (0,30-4,20)
 $AB-TPO > 1000$

με tb TST (2x3).

* Στις 3/12/92 η ασθενής έκανε Scanning θυρεοειδούς με I^{131} , στο οποίο διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση των ορίων και των δύο λοβών. Διάχυτα αυξημένη είναι η πρόσληψη του ρ/φ.

Uptake 24ώρου: 44%.

Γενικά: Βρογχοκήλη, πιθανότατα, τοξική.

Η ασθενής 4 ημέρες πριν το Scanning και για μια εβδομάδα μετά δεν ξαναπήρε tbTST (2x3).

Παραμένει κλινικά τοξική με Σφ. = 120/min, δέρμα θερμό και υγρό και Αχίλλεια ταχύτητα.

Ξαναρχίζει θεραπεία με tbTST (3x3) για 20 ημέρες και μετά (2x3) για ένα μήνα. Επίσης tb Inderal (40) 1/2x3.

* Μετά από ενάμισι μήνα και συγκεκριμένα στις 21/1/93 έρχεται για επανεκτίμηση.

Συνέχιζε για ένα μήνα tbTST (2x3) αλλά το Inderal το διέκοψε γιατί δεν κατάλαβε ότι έπρεπε να το συνεχίσει.

Η ίδια αναφέρει ότι όσο έπαιρνε tb TST (3x3) ένοιωθε καλά. Όταν μείωσε την δόση σε 2 x 3 άρχισαν τα παλιά προβλήματα.

- α. Ταχυκαρδία (+), β. Ιδρώτες (+), γ. Αϋπνίες (+), Μυϊκή αδυναμία (+),
- ε. Βάρος σταθερό και στ. Μάτια που τσούζουν λίγο.

- Αντικειμενική εξέταση:
- α. Β.Σ.: 76 kgr (↑)
 - β. Α.Π.: 140/80 mmHg
 - γ. Σφυγμός: 92/min
 - δ. Δέρμα καλό
 - ε. Τρόμος (++) άμφω
 - στ. Lig lag (-)
 - ζ. Επαν.Αχιλλείου: ελαφρά γρήγορη

Κλινική εξέταση: Θυρεοειδής 70 gr, υπόσκληρος, ελαστικός, ριζός (-), κατά την ψηλάφηση. Κατά την ακρόαση φύσημα (-).

Γενικά: Ηπια υπερθυρεοειδική.

Οι εξετάσεις θυρ. ορμονών έδειξαν: $T_3 = 1,4$
 $T_4 = 4,4$ με tbTST (2x3)
 $TSH = 2,8$

Συνεχίζει tbThyrostat (2x3) και tb Inderal 1/4x3.

* Στις 9/2/93, μειώνεται η δόση του TST σε 2x2 για ένα μήνα και 1x3 επίσης για ένα μήνα. Συνεχίζει δε, Inderal 1/4x3.

* Στις 8/4/93 γίνεται επανέλεγχος και τελικά διαπιστώνεται ότι η ασθενής πάσχει από νόσο Graves - Basedow.

Μετά την λήψη tbTST σε δοσολογία 1x3 παρουσίασε υποτροπή και δερματική βλάβη (φλυκταινώδης) μόνο στο στήθος και λίγο στην κοιλιά.

Κατά την ψηλάφηση, διαπιστώθηκε θυρεοειδής 70 gr υπόσκληρος.

Από τις εξετάσεις θυρ. ορμονών: $T_3 = 1,7$
 $T_4 = 9,3$ με tbTST (1x3)
 $TSH = 0,5$

(Η δερματολογική βλάβη δεν φαίνεται να έχει σχέση με το Thyrostat).

Η ασθενής συνεχίζει TST σε δοσολογία 1x3 μέχρι 10/5 και μετά μειώνει την δόση σε 1x2 μέχρι τις αρχές Ιουλίου, αν δεν υπάρξει πρόβλημα.

* Στις 09/07/93 η ασθενής έρχεται για επανεκτίμηση και αναφέρει:

- α. Βάρος σταθερό
- β. Αϋπνίες (+)
- γ. Νευρικότητα (+)
- δ. Ιδρώτες (++)
- ε. Τρόμος(+)

στ. Ταχυπαλμίες(++)
ζ. Δυσανεξία στη ζέστη(+)

Αντικειμενική εξέταση: α. Β.Σ.: 71 kgr (↓5 kgr)
β. Α.Π.: 120/80 mmHg
γ. Σφ.: 84/min (tb Inderal 1x2)
δ. Δέρμα υγρό και θερμό
ε. Τρόμος (-)
στ. Τενόντια καλά/Αχιλλεία καλά

Κατά την ψηλάφηση: θυρεοειδής 70 gr, υπόσκληρος, lumpy.

Γενικά: Ευθυρεοειδική οριακά προς υπερθυρεοειδική.

Οι εξετάσεις θυρ. ορμονών έδειξαν: $T_3 = 1,4$
 $T_4 = 8,5$ με tbTST (1x2)
 $TSH = 0,3$

Η ασθενής συνεχίζει tbTST (1x2) και tb Inderal 1/2x3

* Στις 01/10/93, συνεχίζοντας την ίδια αγωγή με μείωση του Inderal σε 1/4x3, έρχεται για επανεξέταση, αναφέροντας:

- α. Πόνους στη Θ.Μ.Σ.Σ.
- β. Πονόλαιμος προ 2ημέρου
- γ. Ίδρώτες (+)
- δ. Ταχυκαρδία (±)
- ε. Χάσιμο βάρους
- στ. Αϋπνίες (-)

Αντικειμενική εξέταση: α. Β.Σ.: 72 kgr
β. Α.Π.: 145/80 mmHg
γ. Σφ.: 96/min (Inderal)
δ. Δέρμα λεπτό και θερμό
ε. Τρόμος (+++) άμφω
στ. Lid lag (+) άμφω (όχι ειδ. σημεία οφθαλμοπάθειας)
ζ. Επαν. Αχιλλείου: σαφώς ταχεία.

Κλινική εξέταση: Θυρεοειδής 50 gr, μαλακός, lumpy, ροίζος (-).
Κατά την ακρόαση φύσημα (-). Εντυπωσιακή βελτίωση.

Γενικά: Ηπια υπερθυρεοειδική.

Οι εξετάσεις θυρ. ορμονών έδειξαν: $T_3 = 4,1$
 $T_4 = 19,0$ με tb TST(1x2)
 $TSH = M.A.$

Από τη γενική αίματος: $H+ = 39,1\%$
 $\Lambda = 4.870$
 $A_{\text{im}} = 234.000$

Επανάληψη γενικής αίματος εάν συνεχισθεί ο πονόλαιμος.

Η ασθενής συνεχίζει την ίδια αγωγή.

• Στις 11/01/94 έρχεται για τον συνηθισμένο έλεγχο και παραπονιέται για ταχυκαρδίες, ιδρώτες και γενική καταβολή.

Αντικειμενική εξέταση: α. Σφ.: 88/min.

β. Τρόμος (+) ήπιος.

γ. Αχίλλειο: ταχύ

Κατά την ψηλάφηση διαπιστώθηκε θυρεοειδής 40 gr χωρίς όζους.

Γενικά: Υπερθυρεοειδική.

Από τις εξετάσεις θυρ. ορμονών: $T_3 = 3,8$

$T_4 = 18,0$ με tb TST (1x2)

TSH=M.A.

• Στις 04/02/94, η δόση του TST αυξάνει σε 2x2, ενώ η δόση του Inderal (40) μειώνεται σε 1/2x2.

• Στις 08/03/94, η ασθενής αναφέρει: α. Ταχυκαρδία, β. Εντονος εκνευρισμός, γ. Αϋπνίες (+), δ. Ιδρώτες (+) και ε. Μείωση σωματικού βάρους.

Αντικειμενική εξέταση: α. Β.Σ.: 71 kgr (↓)

β. Α.Π.: 135/85 mmHg

γ. Σφ.: 92/min

δ. Δέρμα θερμό αλλά όχι υγρό

ε. Τρόμος (+++) άμφω

στ. Lid lag (+) άμφω (όχι ειδ. σημεία οφθαλμοπάθειας)

ζ. Επαν. Αχιλλείου : ταχύτατη

Κλινική εξέταση: Μικρή διόγκωση του δεξιού λοβού κυρίως (45 gr), μαλακή και μικροοζώδης.

Γενικά: Σαφέστατα υπερθυρεοειδική.

Συνεχίζει tbTST (3x3) για 20 ημέρες και μετά (2x3) μέχρι τις αρχές Απριλίου. Επίσης tb Inderal (40) 1/2x3.

• Ο επανέλεγχος καθορίστηκε για τις 05/04/94, εκτός κι αν υπάρξει νωρίτερα πρόβλημα. Στο διάστημα αυτό η ασθενής παρακολουθεί για τυχόν σημάδια υποτροπής ή ανταπόκρισης από την θεραπεία.

Πριν την συνηθισμένη εξέταση στο ενδοκρινολογικό τμήμα, θα υποβληθεί σε γενική εξέταση αίματος και u/s θυρεοειδούς.

• Η περίπτωση αυτής της ασθενούς δεν αποκλείει την υφολική θυρεοειδεκτομή ως τελική θεραπευτική λύση. Η ασθενής προετοιμάζεται ψυχολογικά.

Προβλήματα ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας
Μείωση σωματικού βάρους.	Αύξηση του σωματικού βάρους και σταθεροποίησή του στο ιδανικό για την ηλικία και το ύψος της ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> - Καθημερινό ζύγισμα - Εμπλουτισμός διαιτολογίου με θρεπτικά συστατικά. - Χορήγηση βιταμινών, συμπληρωματικά. - Η τροφή είναι καλομαγειρεμένη και σεβρισιμένη ανάλογα. 	<p>Η ασθενής ζυγίζεται καθημερινά και καταγράφεται το βάρος της. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε τυχόν μεταβολές του βάρους (αυξομειώσεις). Εμπλουτίστηκε το διαιτολόγιο της ασθενούς με τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, λευκώματα και θερμίδες (= 4.000-5.000). Επίσης, χορηγήθηκαν συμπληρωματικά, βιταμίνες, ειδικά θειαμίνης και ασκορβικού οξέος. Η τροφή που δίνεται στην ασθενή είναι καλομαγειρεμένη, προσαρμοσμένη στις προτιμήσεις της και σεβρίζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να διεγείρει την όρεξη της ασθενούς.</p>	<p>Η ασθενής κατόρθωσε να αυξήσει το βάρος της κατά 5 kgf και να φτάσει το ιδανικό (θα συνεχίσει δίαιτα συντήρησης για να μπορέσει να το διατηρήσει).</p>
Ταχυκαρδία	Αντιμετώπιση της ταχυκαρδίας	<ul style="list-style-type: none"> - Ακριδής μέτρηση σφυγμών - Ακριδής μέτρηση αρτηριακής πίεσης αίματος - Χορήγηση φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή 	<p>Κάθε δύο ώρες γίνεται ακριβής λήψη και καταγραφή των σφυγμών και της αρτηριακής πίεσης του αίματος. Σε περιπτώση</p>	<p>Η νοσηλευτική ομάδα έχει επιγνώση της κατάστασης της ασθενούς έτσι ώστε να μπορέσει να επέμβει, εάν αυτό κρίνει απαραίτητο.</p>

Προβλήματα ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας
Αϋπνίες Νευρική κατάσταση	Εξασφάλιση ύπνου και μείωση της νευρικής κατάστασης.	- Χορήγηση υπνωτικών και κατευναστικών με ιατρική εντολή. - Αποφυγή καταστάσεων, ανδρών και πραγμάτων που εκνευρίζουν και ερεθίζουν την ασθενή.	Χορηγήθηκαν υπνωτικά και κατευναστικά (βρωμιούχα και φαινοβαρβιτάλη) στην ασθενή. Παροτρύνθηκε η ασθενής να κάνει ένα ζεστό μπάνιο και να πίνει 1 ποτήρι ζεστό γάλα πριν τον ύπνο. Επίσης, μετά από σύσταση η ασθενής φροντίζει να αποφεύγει καθετί που την διεγείρει (καφές, τσάι κλπ.) και την ενοχλεί.	Με τη νοσηλευτική φροντίδα που εφαρμόστηκε περιορίστηκαν οι αϋπνίες και μειώθηκε η νευρική κατάσταση.
Δέρμα ζεστό και υγρό. Εφιδρώσεις. Δυσανεξία στη ζέση.	Ρύθμιση της θερμοκρασίας για εξασφάλιση δροσερού περιβάλλοντος.	- Διατήρηση της θερμοκρασίας σε χαμηλά επίπεδα. - Χρησιμοποίηση λεπτού και βαμβακερού υφάσματος (ρούχα, λευχίματα κλπ.). - Παρότρυνση της ασθενούς να κάνει δροσερά λουτρά.	- Διατηρήθηκε το περιβάλλον σε χαμηλή θερμοκρασία με την χρήση ανεμιστήρων και με καλό αερισμό των δωματίων. Χρησιμοποιήθηκε ο κατάλληλος υφάσματος για την απορρόφηση του ιδρώτα και πάρθηκαν οι αναγκαίες προφυλάξεις για την υγεία. Η ασθενής κάνει καθημερινά δροσερά λουτρά	Η ασθενής μετά τα νοσηλευτικά μέτρα που πάρθηκαν ανακουφίστηκε από τις δυσάρεστες επιπτώσεις της ζέσης και των εφιδρώσεων.

Προβλήματα ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας
Μυϊκή αδυναμία Εύκολη κόπωση	Αντιμετώπιση της μυϊκής αδυναμίας και τροποποίηση των δραστηριοτήτων	- Περιορισμός των δραστηριοτήτων της ασθενούς. - Τακτική ανάπαυση. - Εμπλουτισμός του διαιτολογίου με λευκώματα	Ενημερώθηκε η ασθενής ότι πρέπει να μειώσει τις δραστηριότητες της και ιδιαίτερα να αποφεύγει εκείνες που της προκαλούν κόπωση. Επίσης, κριθike αναγκαία η ανάπαυση στα μεσοδιαστήματα των διαφόρων δραστηριοτήτων. Τέλος, εφαρμόστηκε δίαιτα πλούσια σε λευκώματα.	Η ασθενής, αφού ακολούθησε τα μέτρα αυτά, αναφέρει ότι νοιώδει καλύτερα και ότι περιορίστηκαν τα αισθήματα μυϊκής αδυναμίας και κόπωσης.
Αγχος και αγωνία για πιθανή χειρ/κή επέμβαση	Ψυχολογική προετοιμασία της ασθενούς για χειρ/κή επέμβαση	- Η ασθενής έρχεται σ'επαφή μ'άλλον ασθενή που έκανε διρεοειδεκτομή. - Ενημέρωση της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό για την μετεγχειρητική αποκατάστασή της.	Η ασθενής έρχεται σε επαφή μ'άλλον ασθενή που έχει κάνει υφολική διρεοειδεκτομή και βρίσκεται στο στάδιο της ανάρρωσης, ούτως ώστε να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες της και τους φόβους της σχετικά με την επέμβαση. Επίσης, ενημερώνεται για την μετεγχειρητική πορεία της νόσου. Διαβεβαιώνεται ότι, μετά την κοπή των ραμάτων, η ουλή	Με τα νοσηλευτικά μέτρα που πάρθηκαν, μειώθηκαν τα ψυχολογικά προβλήματα της ασθενούς, η οποία άρχισε να σκέφτεται πιο ήρεμα την επέμβαση.

Προβλήματα ασθενούς

Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας

δα φαίνεται με τον καιρό όλο και μικρότερη και ότι μπορεί να καλύπτει, για λόγους αισθητικής, το λαιμό της μέσα όμορφο φουλάρι. Επίσης ότι η φωνή της δ'αποκατασταθεί σιγά - σιγά και δεν πρέπει ν'ανησυχεί γ'αυτό.

Β' ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Νοσπλευτική Διεργασία σε ασθενή με Τοξικό Αδένωμα

Ο Κ.Δ. είναι 52 ετών και διαμένει στο Αγγίνιο. Παρακολουθείται από το ενδοκρινολογικό τμήμα του Π.Π.Ν.Π.

* Στις 13/11/92 ο ασθενής έκανε εξετάσεις θυρ. ορμονών, στις οποίες φάνηκε:

$$T_3 = 2,4 \quad (0,8-1,9)$$

$$T_4 = 8,4 \quad (5-12)$$

$$TSH = 0,01 \quad (0,30-4,20)$$

* Στις 26/11/92 ο ασθενής έκανε Scanning θυρεοειδούς με Tc99, στο οποίο υπάρχει απεικόνιση μονήρους κυκλοτερούς μορφώματος στον αριστερό λοβό του αδένου, αντίστοιχα προς τον ηπλαφούμενο όζο. Το μόρφωμα έχει θερμές και γυχρές περιοχές. Σημειώνεται καταστολή του γειτονικού παρεγχύματος του θυρεοειδούς, όσον αφορά την πρόσληψη του ρ/φ. Διαπιστώθηκε αυτόνομος όζος.

Uptake I¹³¹ (24 h): 39,9%

Ο ασθενής μετά το Scanning θυρεοειδούς υποβλήθηκε σε F.N.A. (κυτταρολογική εξέταση), του όζου, στην οποία φάνηκε αρκετό κολλοειδές καθώς και μία μικρή ομάδα θυλακιδίων κυττάρων καλοήθους μορφολογίας. (Το υλικό ήταν ανεπαρκές για λεπτομερέστερη κυτταρολογική εκτίμηση).

Η εργαστηριακή εκτίμηση επιβεβαιώνει την κλινική εξέταση και χορηγείται, στον ασθενή 25 mCi RAI¹³¹.

* Ο επόμενος έλεγχος καθορίζεται για μετά από 6 μήνες. Πραγματικά, στις 24/6/93 ο ασθενής έρχεται για επανεξέταση.

Ο ίδιος αναφέρει ότι αισθάνεται καλά, έχοντας τις δυνάμεις του και χωρίς κανένα ειδικό σύμπτωμα να τον ενοχλεί.

Ατομικό ιστορικό: Ελεύθερο και από φάρμακα (-).

Αντικειμενική εξέταση:

α. Β.Σ.: 79 kg

β. Α.Π.: 150/80 mmHg

γ. Σφ.: 84/min

δ. Δέρμα θερμό και έφυγρο

ε. Τρόμος (++) άμφω

στ. Lid lag (-)

ζ. Επαν. Αχιλλείου: σαφώς ταχεία

Κλινική εξέταση: Μόλις ηπλαφτός ο δεξιός λοβός του θυρεοειδούς. Στο μέσον του αριστερού λοβού ηπλαφάται όζος υπόσκληρος, ευκίνητος, διαστάσεων 1,5x1,0 cm περίπου (Εντυπωσιακή μείωση του μεγέθους του όζου μετά RAI). Οι λεμφαδένες είναι αηπλαφτοι.

Γενικά: Ηπια υπερθυρεοειδικός.

• Μετά από μικρό χρονικό διάστημα, στο οποίο ο ασθενής μένει χωρίς θεραπευτική αγωγή, γίνονται πάλι εξετάσεις θυρ. ορμονών, όπου:

$$T_3 = 1,6$$

$$T_4 = 7,5$$

$$TSH = 0,9$$

$$AB-TPO = 36,9 (+)$$

Γενικά: Προς ευθυρεοειδική κατάσταση.

Ο ασθενής θα επισκεφθεί μετά από 6 μήνες το ενδοκρινολογικό τμήμα για επανεκτίμηση.

Προβλήματα ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Ρύθμιση της θερμοκρασίας για εξασφάλιση δροσερού περιβάλλοντος	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας
Δέρμα θερμό και έψυγρο		- Διατήρηση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος μειωμένη - Χρησιμοποίηση λεπτού και βαμβακερού υφασμάτινου (νυκτικό / μπιζιάμες, κλινοσκεπάσματα κλπ.)	Διατηρήθηκε το περιβάλλον του δωματίου σε χαμηλή θερμοκρασία με καλό αερισμό αυτού και με χρησιμοποίηση ανεμιστήρων. Χρησιμοποιήθηκε ο κατάλληλος υφασμάτινος και πάρθηκαν μέτρα για την προφύλαξη του ασθενή από την γύζη.	Διατηρήθηκε χαμηλός φωτισμός στο δωμάτιο του ασθενή και περιορίστηκαν οι εξωτερικοί θόρυβοι. Μειώθηκε ο αριθμός των επισκεπτών και ιδιαίτερα εκείνων που εκνευρίζουν τον ασθενή. Οι συζητήσεις περιορίστηκαν σε θέματα ευχάριστα που δεν διεγείρουν ή επηρεάζουν τον ασθενή. Μετά από σύσταση ο ασθενής απέφυγε την λήψη καφέ ή τσαγιού.	Μετά απ'αυτές τις ενέργειες, ο ασθενής άρχισε να νοιώδει καλύτερα.
Τρόμος (άμφω)	Πρόληψη και αντιμετώπιση του τρόμου	- Μείωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (έντονο φως, θόρυβος κ.α.) - Περιορισμός των επισκεπτών και απομάκρυνση κάθε πράγματος που τον ερεθίζει. - Αποφυγή λήγεως διεγερτικών για το Κ.Ν.Σ. τροφών (καφές, τσάι κλπ).	Διατηρήθηκε χαμηλός φωτισμός στο δωμάτιο του ασθενή και περιορίστηκαν οι εξωτερικοί θόρυβοι. Μειώθηκε ο αριθμός των επισκεπτών και ιδιαίτερα εκείνων που εκνευρίζουν τον ασθενή. Οι συζητήσεις περιορίστηκαν σε θέματα ευχάριστα που δεν διεγείρουν ή επηρεάζουν τον ασθενή. Μετά από σύσταση ο ασθενής απέφυγε την λήψη καφέ ή τσαγιού.	Ο τρόμος μειώθηκε και ο ασθενής γνωρίζει όλα όσα πρέπει να αποφεύγει για να προλαμβάνει τη δυσάρεστη αυτή κατάσταση.	
Φόβος (για την ασθένεια)	Αποφυγή φόβου και άλλων συγκινησιακών καταστά-	- Γνωριμία του ασθενή με άλλον ασθενή της ίδιας παθήσεως που	Ο ασθενής έρχεται σ'επαφή μ'άλλον ασθενή της ίδιας	Ο ασθενής φαίνεται ότι ξεπέρασε τους φόβους του και	

Προβλήματα ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας σεων που θα επιβαρύνουν την πορεία της ασθένειας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας βρίσκεται σε πλήρη ανάρρωση, για να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες του και να ξεπεράσει τους φόβους του. - Απασχόληση του ασθενή ώστε να απομακρυνθεί από δυσάρεστες σκέψεις. - Ενημέρωση του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό για την φύση της νόσου, η οποία θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δεν βάζει σε κίνδυνο την ζωή του ασθενή.	Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας πάθησης που βρίσκεται, όμως, στο στάδιο της ανάρρωσης, συζητά μαζί του, συγκρίνει την περίπτωση του με αυτή του άλλου και ζαναβρίσκει την δύναμη και το κουράγιο να παλέψει. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να ασχοληθεί με οτιδήποτε τον ενδιαφέρει (μικρή εργασία ή κάποιο hobby) έτσι ώστε να απομακρύνει τις δυσάρεστες σκέψεις από το μυαλό του, αποκομίζοντας παράλληλα την χαρά της δημιουργίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο να ενημερώσει τον ασθενή για την φύση της νόσου, να τον πείσει για την αναγκαιότητα όλων των εξετάσεων και να τον διαβεβαιώσει για την καλοήθεια του όζου (αποτέλεσμα των μέχρι τώρα εξετάσεων).	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας συνεργάζεται οικειοθελώς.
---------------------	---	--	---	--

Γ' ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Νοσπλευτική Διεργασία σε ασθενή με Υποθυρεοειδισμό (πρωτοπαθή)

Η Κ.Ε. είναι 60 ετών και διαμένει στο Νεοχώρι Μεσολογίου. Παρακολουθείται από το ενδοκρινολογικό τμήμα του Π.Π.Ν.Π.

* Στις 24/11/92 ήρθε για εξέταση μετά από σύσταση καρδιολόγου. Πριν 3 μήνες, στα πλαίσια γενικού ελέγχου ενόψει χειρουργείου για αριστ. ολική αρθροπλαστική, διαπιστώθηκε μεγαλοκαρδία και από τους u/s φάνηκε μέτρια περικαρδιακή συλλογή.

Οι εξετάσεις θυρ. ορμονών έδειξαν: $T_3 = 0,4$ (0,8-1,9)

$T_4 = 0,00$ (5-12)

$TSH = 68,09 = 70,0$ (0,30-4,20)

$FT_3 = 1,16$ (3-5)

$FT_4 = 0,20$ (0,7-1,85)

Η ίδια αναφέρει: α. Αύξηση του σωματικού βάρους από 5ετίας, που μειώθηκε λόγω δίαιτας.

β. Ηπια βαρνηκία (περιοδικά). Ισχυρίζεται ότι είχε αυτό το πρόβλημα ανέκαθεν.

γ. Δεν παρουσιάζει δυσανεξία στο θερμό - ψυχρό.

δ. Ενεργείται με κάποια δυσκολία.

ε. Ηπιο βράγχος φωνής (περιοδικά) από ετών.

στ. Από φάρμακα παίρνει Deron.

Ατομικό ιστορικό: Σκωλ/μή και επέμβαση στο αρ. κατ. ισχίο.

Κληρονομικό ιστορικό: Η κόρη της έχει πρόβλημα με τον θυρεοειδή ενώ για Σ.Δ. (-).

Γυναικολογικό ιστορικό: Εμμηνόπαυση στα 45. Έχει 5 παιδιά.

Αντικειμενική εξέταση: α. Τυπικό μυξοιδηματικό προσωπείο.

β. Δέρμα ξηρό.

γ. Σφυγμός: 60/min

δ. Αχίλλειο: flat

ε. Φωνή βραχνή

στ. Α.Π.: 140/60 mmHg

ζ. Ομφαλοκήλη

Θεραπευτικό σχήμα: Χορήγηση T_4 50 μ g σε δοσολογία 1 1/2 x 1.

Γενικά: Σαφώς υποθυρεοειδική.

* Στις 7/4/93, έρχεται για επανεξέταση.

Η ίδια αναφέρει: α. Γενική βελτίωση

β. Μείωση του σωματικού βάρους

γ. Νοιώθει ότι έχει μεγαλύτερη δύναμη

δ. Ακούει καλύτερα

Αντικειμενική εξέταση: α. Δέρμα ελαφρά ξηρό
β. Σφυγμός: 60/min
γ. Α.Π.: 150/80 mmHg
δ. Τρόμος (-)
ε. Αχίλλειο: δεν εκτιμάται

Θεραπευτικό σχήμα: T₄ 100 μg σε δοσολογία 1x1.
Γενικά: Σαφής βελτίωση.

*Στις 15/6/93, έχει ραντεβού για επανέλεγχο.

Η ίδια αναφέρει: α. Γενική βελτίωση
β. "Πλάκωμα" όταν στενοχωριέται.
γ. Υπνηλία
δ. Βάρος σταθερό
ε. Δεν έχει βράγχος φωνής
στ. Υποχώρηση της δυσκοιλιότητας

Αντικειμενική εξέταση: α. Βάρος σώματος 77 kg
β. Α.Π.: 160/90 mmHg
γ. Σφυγμός: 72/min
δ. Δέρμα καλό
ε. Τρόμος (-)
στ. Αχίλλειο: Δεν εκλύεται το
αντανακλαστικό
ζ. Θυρεοειδής αψηλάφτος

Γενικά: Προς ευθυρεοειδική κατάσταση.

Οι εξετάσεις θυρ. ορμονών έδειξαν: FT₃ = 2,2
FT₄ = 1,4 με T₄100 μg (1x1)
TSH = 9,4
AB-TPO = 103

* Στις 5/7/93, αλλάζει το θεραπευτικό σχήμα και αντί T₄ 100 μg χορηγείται T₄ 125 μg σε δοσολογία 1x1

* Στις 14/9/93, σε εξετάσεις αίματος η TSH=1,6 μετά από θεραπεία με T₄ 125 μg (1x1).

Η ασθενής συνεχίζει T₄ 125 μg (1x1) και επισκέπτεται κάθε 6 μήνες το ενδοκρινολογικό τμήμα για επανέλεγχο.

<p>Προβλήματα ασθενούς</p> <p>Αύξηση σωματικού βάρους</p>	<p>Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας</p> <p>Μείωση σωματικού βάρους και σταθεροποίηση αυτού στο ιδανικό, σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος της ασθενούς.</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ελεγχος της διαίτας της ασθενούς. - Ισορροπημένο διαιτολόγιο με περιορισμένες θερμίδες και αλάτι. - Η τροφή να είναι στα πλαίσια των προτιμήσεων της ασθενούς. - Καθημερινό ζύγισμα. 	<p>Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας</p> <p>Εφαρμόστηκε η κατάλληλη διαίτα για την ασθενή, η οποία ήταν μικρής θερμιδικής αξίας (-1500 θερμ.) αλλά περιείχε όλα τα θρεπτικά συστατικά που έπρεπε να πάρει η ασθενής, προσαρμοσμένα στις απαιτήσεις και προτιμήσεις της. Η ασθενής ζυγίζεται καθημερινά και καταγράφεται το βάρος της.</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας</p> <p>Μετά από ένα μικρό χρονικό διάστημα η ασθενής παρουσιάζει μείωση του σωματικού της βάρους πλησιάζοντας τα ιδανικά κιλά, χωρίς σ'αυτό το διάστημα να νοιώσει το αίσθημα της πείνας και έχοντας καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά.</p>
<p>Δυσκοιλιότητα</p>	<p>α. Πρόληψη της εμφάνισης της δυσκοιλιότητας β. Αντιμετώπιση αυτής</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση πολλών υγρών - Χορήγηση τροφών με υπόλειμμα - Χορήγηση ήπιου καθαρτικού ή εκτέλεση καθαρτικού υποκλισμού - Αύξηση των δραστηριοτήτων της ασθενούς 	<p>Η ασθενής παροτρύνθηκε να πίνει 6-8 ποτήρια νερό καθημερινά. Λαμβάνει τροφές που περιέχουν κυτταρίνη όπως χόρτα και φρούτα. Σε επιμονή δυσκοιλιότητας χορηγήθηκε Diphthalac από το στόμα. Η ασθενής παροτρύνθηκε να κάνει μερικούς περιπάτους.</p>	<p>Η δυσκοιλιότητα υποχώρησε και η ασθενής νοιώθει πολύ καλύτερα. Κρίθηκε απαραίτητο η ασθενής να λαμβάνει 5 cc Diphthalac κάθε πρωί. Καθαρισμός υποκλισμός δεν χρειάστηκε.</p>
<p>Δέρμα ξηρό</p>	<p>Ενυδάτωση του δέρματος και επαναφορά αυτού σε καλή κατάσταση</p>	<p>Τοποθετείται Ιασιον ή ενυδατική κρέμα πάνω στο δέρμα και κυρίως στην περιοχή της ράχης, των αγκώνων και των ποδιών.</p>	<p>Η κατάσταση του δέρματος αποκαταστάθηκε. Η ξηρότητα υποχώρησε αλλά η ασθενής θα πρέπει να συνεχίσει την</p>	

Προβλήματα ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας
Μελαγχολία ("Πλάκωμα")	Μείωση των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει η ασθενής λόγω της ασθένειας	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή συγκινησιακών και αγχωτικών καταστάσεων. - Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος κατά την διαγνωστική και θεραπευτική περίοδο. - Παρότρυνση για εξωτερίκευση των συναισθημάτων της. - Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και φιλίας. - Παρότρυνση της οικογένειας να βοηθήσει την ασθενή. 	Εκτελείται καθημερινά λουτρό καθαριότητας, χρησιμοποιώντας όσο το δυνατό λιγότερο σαπούνι, επειδή αυτό έχει την ιδιότητα να ξηραίνει την επιδερμίδα.	Η ασθενής ζεπερνά σιγά - σιγά την άσχημη ψυχολογική κατάσταση, και αποκτά κουράγιο, πίστη και ελπίδα με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού και της οικογένειάς της.
			Η ασθενής παροτρύνεται να σκέφτεται θετικά και ευχάριστα, αποφεύγοντας συγκινήσεις, στενοχώριες, άγχος, προβλήματα. Το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει τόσο κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων όσο και κατά την διάρκεια της θεραπείας να δημιουργήσει ευχάριστες συνθήκες με συζητήσεις πάνω σε θέματα που δεν έχουν σχέση με την ασθένεια, δημιουργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης και φιλίας. Σ'ένα τέτοιο κλίμα η ασθενής θα εξωτερικεύσει τα συναισθημάτά της. Παροτρύνεται, επίσης, η	

Προβλήματα ασθενούς

Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής Φροντίδας

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων Νοσηλευτικής Φροντίδας

οικογένεια ν'ανοίξει δρόμους επικοινωνίας με την ασθενή για να μπορέσει να κατανοήσει την συμπεριφορά της και να ικανοποιήσει τις ανάγκες της.

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Ο ρόλος του/της Νοσηλεύτη/τριας είναι σημαντικός και καθοριστικός σε πολλά σημεία στην πορεία και εξέλιξη των νόσων του υπερδυρεοειδισμού και του υποδυρεοειδισμού.

Ο υπερ/υποδυρεοειδικός ασθενής από την εμφάνιση της ασθένειάς του και σε όλα τα κατοπινά στάδια έχει την ανάγκη της συμπαράστασης και της βοήθειας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πρώτα απ'όλα, η έγκαιρη διάγνωση παίζει μεγάλο ρόλο για την εξέλιξη και την άμεση αντιμετώπιση της ασθένειας, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε κάθε άλλη ασθένεια.

Η βοήθεια και συμμετοχή στις διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις για την διαπίστωση ή όχι της νόσου, αποτελεί άλλο ένα βήμα που συνοδεύεται πάντα από πλήρη και σωστή ενημέρωση.

Σε περίπτωση θετικής διάγνωσης, ακολουθεί η ενημέρωση τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του για την φύση της νόσου και για το είδος θεραπείας που θα εφαρμοστεί. Ο/Η Νοσηλεύτης/τρια με την σωστή πληροφόρηση μειώνει το άγχος και την αγωνία του ασθενή και της οικογένειάς του και πετυχαίνει μια καλύτερη συνεργασία.

Αν και για την εφαρμογή της θεραπείας δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο - εκτός κι αν πρόκειται να υποβληθεί σε δυρεοειδεκτομή ή σε οξείες φάσεις των νόσων - η σωστή και υπεύδυνη νοσηλευτική φροντίδα συντελεί στην καλή έκβαση της ασθένειας ή της επέμβασης και στη δημιουργία της ευδυρεοειδικής κατάστασης.

Και στην περίπτωση του υπερ/υποδυρεοειδισμού, όπως και σε άλλες χρόνιες ασθένειες που υποβάλλουν τον ασθενή σε ατέλειωτες ταλαιπωρίες, η σωστή ενημέρωση του κοινού είναι ο καλύτερος τρόπος για την αποφυγή τέτοιων δυσάρεστων καταστάσεων με την πραγματοποίηση της έγκαιρης διάγνωσης και προπαντός της πρόληψης.

Και επειδή βασικό μέτρο υγιεινής είναι, και πρέπει να καθιερωθεί να είναι, η πρόληψη, γίνονται οι εξής ενέργειες:

Προγεννητικός έλεγχος και συμβουλές, κυρίως, σε ανθρώπους που έχουν ιστορικό κληρονομικότητας, γιατί έχει διαπιστωθεί πως ο υπερδυρεοειδισμός και ο υποδυρεοειδισμός έχουν σχέση με την κληρονομικότητα.

Αυτό, ερευνάται εύκολα από το ιστορικό υγείας και από πληροφορίες για το οικογενειακό περιβάλλον. Εφόσον υπάρξει ένδειξη κληρονομικότητας, η έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας είναι εξασφαλισμένη και η αποκατάσταση της υγείας γρήγορη και εύκολη.

Πρέπει, λοιπόν, να γίνει συνείδηση σε όλους πως καλύτερη μέθοδος υγιεινής είναι η πρόληψη και όχι η θεραπεία.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μέσα σ'αυτές τις ελάχιστες σελίδες έγινε μια προσπάθεια να καλυφθεί το θέμα τόσο από ιατρικής όσο και από νοσηλευτικής πλευράς. Πιστεύω ότι η προσπάθεια αυτή πέτυχε, ως ένα βαθμό, να δώσει μια ιδέα για τη νόσο του υπερ / υποθυρεοειδισμού και του ρόλου του / της Νοσηλευτή / τριας στη φροντίδα του υπερ/υποθυρεοειδικού ασθενή.

Σήμερα, δεν υπάρχει καμμία αμφιβολία, πως ο ρόλος της Νοσηλευτικής στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας είναι πρωταρχικός και ουσιαστικός. Για την ευδόκιμη, όμως, άσκηση του νοσηλευτικού έργου απαιτούνται κάποιες βασικές προϋποθέσεις, όπως άρτια επιστημονική νοσηλευτική σπουδή, ψυχική καλλιέργεια, νοσηλευτική ευθύνη, νοσηλευτικό χρέος και ενδιαφέρον από μέρους εκείνων που καλούνται να το εκτελέσουν.

Η υλοποίηση του νοσηλευτικού έργου, επίσης απαιτεί εξατομίκευση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, πολύπλευρη προσέγγιση, υπευθυνότητα, διερεύνηση και αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων και αναγκών του υπερ / υποθυρεοειδικού ασθενή, λαμβάνοντας υπόψιν ότι πρόκειται για μια μοναδική βιοψυχοκοινωνική και πνευματική προσωπικότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Α.-ΙΚΚΟΣ Δ.: Επείγουσες Ενδοκρινικές Καταστάσεις, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1983.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.: Ειδική Νοσολογία, Τόμος Β', Έκδοση Δ', Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1984.
- ΔΑΙΚΟΣ Γ.: Νοσολογία, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Α. Καραβία, Αθήνα 1971.
- FERRIMAN DAVID G. - GILLILAND IAN C.: Επίτομος Ενδοκρινολογία, "Μετά στοιχείων μεταβολισμού", Επιμέλεια Μετάφρασης Dr. Χρ. Τασόπουλος, Έκδοση 1η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1973.
- HARRISON T.R.: Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Α', Έκδοση 10η, Μετάφραση Α. Βαγιωνάκης - Δ. Βαρώνος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
- ΚΑΡΔΑΡΑΣ Χ.: Υπερδυρεοειδισμός και Καρκίνος Θυρεοειδούς, Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική, Έκδοση 1η, Αθήνα 1981.
- ΚΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.Κ.: Η Ιστολογική Εικόνα του Ψυχρού Οζου του Θυρεοειδούς Αδένα σε Νεαρούς Ενήλικες, Ιατρική, Έκδοση 1η, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical Arts, Αθήνα 1983.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: Νοσηλευτική Παθολογική - Χειρουργική, Τόμος Β', Μέρος 1ο, Έκδοση 12η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1989.
- READ A.E. - BARRIT D.W.-HEWER L.R.: Σύγχρονη Παθολογία, Επίτομος, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Χ. Μουτσόπουλος, Έκδοση 2η, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, Αθήνα 1984.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, "Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος 2ος, Μέρος Α', Β' Επανάδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical Arts, Αθήνα 1988.
- ΤΟΥΝΤΑΣ Κ.Ι.: Επίτομος Χειρουργική, "Χειρουργικές Παθήσεις Θυρεοειδούς" Ιωάν. Δ. Παπαδημητρίου, Τόμος 2ος, Έκδοση 1η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1976.
- ΨΑΡΡΑΣ ΑΛΚ. ΑΘ.: Νοσήματα του Θυρεοειδούς Αδένα, Επίτομος, Έκδοση 1η, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1979.

