

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

"ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ  
ΦΛΟΙΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ"

Υπεύθυνη Καθηγήτρια  
ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Πτυχιακή εργασία της σπουδάστριας  
ΚΩΤΣΙΔΗ ΖΑΦΕΙΡΙΑ

Επιτροπή έγκρισης Πτυχιακής  
Εργασίας

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ 21-10-1994



ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1255

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ - ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ - ΙΑΤΡΙΚΟ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.	
ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.	
ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΦΛΟΙΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ - ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.	
ΘΞΕΙΑ ΦΛΟΙΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΑΔΔΙΣΩΝΙΚΗ ΚΡΙΣΗ)	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.	
ΥΠΕΡΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΦΛΟΙΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ	
ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.	
ΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟΣ - ΣΥΝΔΡΟΜΟ CONN	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.	
ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	35
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON)	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ CONN)	64
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ : ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12.	
ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	75
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	89
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ - ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Κατ' αρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω την υπεύθυνη καθηγήτριά μου κυρία Γεωργούση Παρασκευή που με τις πολύτιμες συμβουλές της και την καθοδήγησή της με βοήθησε στην διεκπεραίωση της πτυχιακής αυτής εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τον καθηγητή της Σχολής μας και ιατρό κύριο Κούνη Νικόλαο για τις σημαντικές πληροφορίες και συμβουλές που μου πρόσφερε για την συγγραφή του ιατρικού μέρους της εργασίας μου.

Ακόμα οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Β' Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών, για την βοήθεια τους και τις πολύτιμες πληροφορίες τους για την ανεύρεση βιβλίων και περιστατικών ασθενών, για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Τέλος, αφιερώνω την πτυχιακή αυτή εργασία στους γονείς μου για την αμέριστη συμπαράσταση και ηθική υποστήριξη που μου πρόσφεραν σε όλη τη διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας, αλλά και σε όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου στη Σχολή μας, ελπίζοντας σε μια λαμπρή σταδιοδρομία.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κανένας οργανισμός, τόσο πολύπλοκος όσο ο ανθρώπινος, δεν θα μπορούσε να λειτουργήσει με απόδοση χωρίς να είναι εξοπλισμένος με μηχανισμούς ακριβείας για την ολοκλήρωση και τον έλεγχο των απείρων μεταβολικών του διεργασιών. Προορισμένο ειδικά για τον σκοπό αυτό είναι το σύστημα των ενδοκρινών αδένων. Από τους πιο σημαντικούς για τη ζωή, ενδοκρινείς αδένες είναι και τα επινεφρίδια με τα οποία ασχολείται αυτή η πτυχιακή εργασία.

Ειδικότερα, η πτυχιακή αυτή εργασία με θέμα "διαταραχές της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων" έχει σαν στόχο την ανάλυση ορισμένων σπάνιων, αλλά και αρκετά σοβαρών, για την ανθρώπινη ζωή, συνδρομών που οφείλονται σε υπερλειτουργία ή υπολειτουργία του φλοιού των επινεφριδίων.

Ο πιο σημαντικός σκοπός όμως της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι η σημασία της νοσηλευτικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση αυτών των δύσκολων και σπάνιων διαταραχών.

Η Νοσηλεύτρια /-της είναι αυτή, η οποία οπλισμένη με γνώσεις, δεξιότητες, αλλά και κατανόηση για τον άρρωστο, θα αντιμετωπίσει τον ασθενή σαν ολότητα και με την εξατομικευμένη της φροντίδα προς αυτόν, θα συμβάλλει στην πρόληψη, όσο είναι δυνατόν έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή, που πάσχει από κάποια διαταραχή στα επινεφρίδια.

Γνωρίζοντας πόσο δύσκολο και επίπονο είναι το ιατρικό, αλλά και νοσηλευτικό έργο της αποκατάστασης και θεραπείας αυτών των ασθενών, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως αξίζει τουλάχιστον η προσπάθεια για την βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών σε περιπτώσεις που η τέλεια θεραπεία τους δεν είναι εφικτή, και

αυτός εξάλλου πρέπει να είναι ο στόχος μας.

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος, το ιατρικό περιλαμβάνει την ανατομία και τις φυσιολογικές λειτουργίες των επινεφριδίων καθώς επίσης και την ανάλυση των σοβαρότερων διαταραχών του φλοιού των επινεφριδίων, όπως είναι η νόσος του Addison, το σύνδρομο Cushing και το σύνδρομο Conn.

Το δεύτερο μέρος, το νοσηλευτικό περιλαμβάνει τη νοσηλευτική φροντίδα γενικά των αρρώστων που πάσχουν από τα παραπάνω σύνδρομα. Ενώ το τρίτο μέρος ασχολείται με συγκεκριμένα περιστατικά ασθενών και τη νοσηλευτική διεργασία που εφαρμόστηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών αυτών στο Νοσοκομείο.

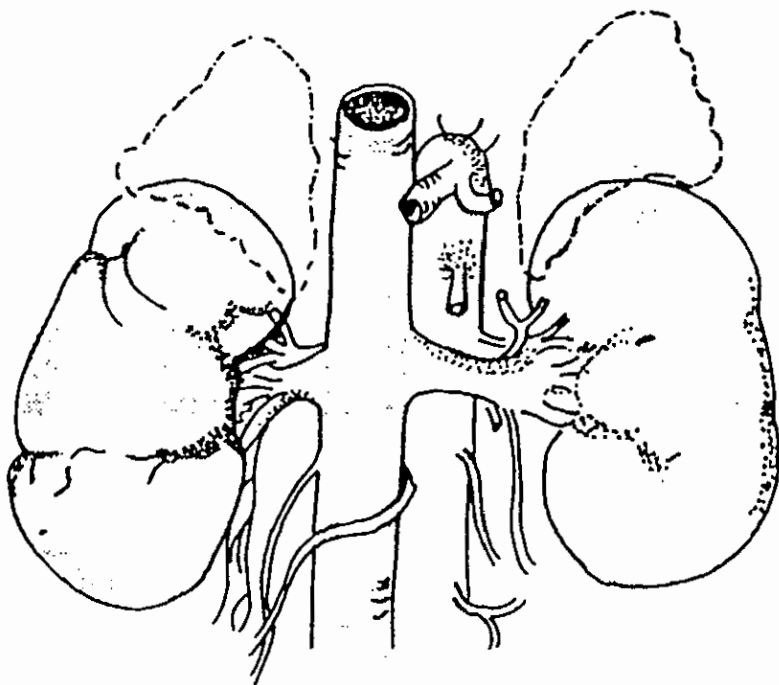
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟ

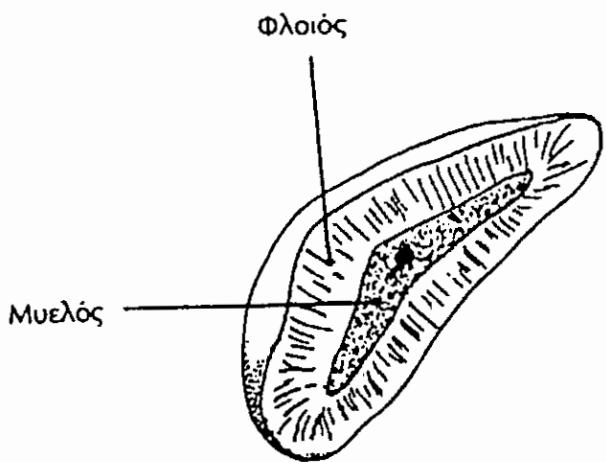


## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ιατρικό μέρος της εργασίας έχει σαν στόχο την ανάλυση της λειτουργίας των επινεφριδίων ως αδένες υψίστης σημασίας για τη ζωή. Οι διαταραχές της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων που περιγράφονται παρακάτω, δηλαδή η νόσος του Addison και τα σύνδρομα Cushing και Conn δείχνουν την σπουδαιότητα των επινεφριδίων για τη διατήρηση της ζωής, αλλά και τη δυσκολία της ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών που πάσχουν από τα σύνδρομα αυτά.



Εικόνα 2.9. Τα επινεφρίδια.



Εικόνα 2.10. Εγκάρσια τομή επινεφρίδιου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

Τα επινεφρίδια είναι ενδοκρινείς αδένες, πολύ μεγάλης σημασίας, καθένας από τους οποίους βρίσκεται πάνω από τον άνω πόλο του σύστοιχου νεφρού. Κάθε επινεφρίδιο με βάρος 5-7 g, αποτελείται από δύο ουσίες διαφορετικής καταγωγής και λειτουργίας, δηλαδή από τη φλοιώδη ουσία, που βρίσκεται στην περιφέρεια και τη μυελώδη ουσία, που βρίσκεται στο κέντρο του αδένα.

Αν και οι δύο ουσίες του αδένα συμβάλλουν στην επιβίωση και την γενική καλή κατάσταση του ατόμου, μόνον η φλοιώδης ουσία είναι ουσιαστική για τη ζωή. Η ολική καταστροφή ή αφαίρεση του φλοιού και των δύο επινεφριδίων είναι ασυμβίβαστη κατάσταση με τη ζωή.

Ο φλοιός των επινεφριδίων εμφανίζει τοπογραφικώς τρεις ζώνες:

1. Την σπειροειδή, η οποία είναι ένας λεπτός εξωτερικός χιτώνας
2. Την στηλιδωτή, η οποία είναι η πιο πλατειά ζώνη από όλες και συνίσταται από δοκίδες που είναι διατεταγμένες ακτινωειδώς.
3. Την δικτυωτή, η οποία αποτελείται από δικυττώες διαπλεκόμενες δοκίδες και συνορεύει προς την μυελώδη ουσία.

Η μυελώδης μοίρα των επινεφριδίων σχετίζεται λειτουργικά με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και μετά από διέγερση αυτού, εκκρίνει τις ορμόνες αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη.

Η βιολογική δράση των ορμονών αυτών ασκείται σε όλα τα όργανα και τους ιστούς που δέχονται νεύρωση από το συμπαθητικό σύστημα. Ο κύριος σκοπός τους είναι να ενισχύσουν τον οργανισμό εναντίον κάποιας συμφοράς, όταν αυτή απειλεί τον οργανισμό και να επιφέρουν αντιστάθμιση για τη σωματική βλάβη, όταν αυτή συμβαίνει.

Ο φλοιός των επινεφριδίων εκκρίνει ορμόνες μεγάλης βιολογικής σημασίας για τον οργανισμό, που ονομάζονται κορτικοειδή. Καλούνται επίσης και στεροειδή, γιατί έχουν σαν βάση της χημικής τους σύνθεσης το στεράνιο.

Οι ορμόνες αυτές είναι οι παρακάτω:

- α) Τα αλατοκορτικοειδή: κύριος εκπρόσωπος τους η αλδοστερόνη. Οφείλουν την ονομασία τους, στο γεγονός ότι επηρεάζουν ειδικά τους ηλεκτρολύτες των εξωκυττάρων υγρών, ιδιαίτερα το κάλιο και το νάτριο.
- β. Τα γλυκοκορτικοειδή: κύριος εκπρόσωπος τους η κορτιζόλη. Ονομάζονται έτσι, επειδή εκδηλώνουν μια σημαντική δράση προκαλώντας αύξηση της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα.
- γ. Τα ανδρογόνα: Είναι γνωστά και σαν 17-κετοστερινοειδή. Αυτά εκκρίνονται σε μικρές ποσότητες και εκδηλώνουν τις ίδιες επιδράσεις με την τεστοστερόνη, την ορμόνη του ανδρικού φύλου. Κανονικά οι ανδρογόνες ορμόνες του φλοιού δεν έχουν φυσιολογικά σημασία, σε ορισμένες όμως διαταραχές του φλοιού των επινεφριδίων είναι δυνατό να εκκρίνονται σε μεγάλες ποσότητες και να προκαλούν φαινόμενα αρρενοποίησης.
- δ. Τα οιστρογόνα και τα παράγωγα προγεστερόνης.

### Δράσεις των αλατοκορτικοειδών - Αλδοστερόνη

Η πιο σημαντική δράση της αλδοστερόνης είναι η ανταλλακτική διακίνηση νατρίου και καλίου, δηλαδή επαναρρόφηση νατρίου και ταυτόχρονα απέκκριση καλίου στα άπω εσπειραμένα και αθροιστικά σωληνάρια των νεφρών. Έτσι η αλδοστερόνη προκαλεί κατακράτηση νατρίου στο εξωκυττάριο υγρό και απέκκριση καλίου στα ούρα. Η αλδοστερόνη παράγεται από τα κύτταρα της σπειροειδούς ζώνης του φλοιού των επινεφριδίων και η έκκρισή της ρυθμίζεται κυρίως από το σύστημα ρενίνης - αγγιοτενσίνης. Η φλοιοεπινεφριδριοτρόπος ορμόνη (ACTH) ασκεί μικρή μόνον επίδραση στη ρύθμιση της έκκρισης της αλδοστερόνης.

Ένα μικρό παράδειγμα για την σημαντική δράση της αλδοστερόνης στον οργανισμό μας είναι το εξής: Σε υπέρμετρη απώλεια ιόντων καλίου από το εξωκυττάριο υγρό στα ούρα, με την επίδραση της αλδοστερόνης, προκαλείται σοβαρού βαθμού ελάττωση της συγκέντρωσης καλίου στο πλάσμα που συχνά πέφτει από τη φυσιολογική τιμή των 4,5 mEq/l ακόμα και στα 2 mEq/l. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται υποκαλιαιμία και συχνά προκαλεί μυϊκή παράλυση ή βαρεία μυϊκή αδυναμία. Αντίθετα, σε περίπτωση έλλειψης αλδοστερόνης η συγκέντρωση καλίου στο εξωκυττάριο υγρό είναι δυνατόν να αυξηθεί πολύ πάνω από τη φυσιολογική. Όταν γίνει περίπου διπλάσια, εκδηλώνεται σοβαρή καρδιοτοξική επίδραση με αδυναμία συστολής και αρρυθμία. Η λίγο μεγαλύτερη συγκέντρωση καλίου οδηγεί αναπόφευκτα σε καρδιακή ανακοπή.

### Δράσεις των γλυκοκορτικοειδών - Κορτιζόλη

Η κορτιζόλη εκκρίνεται από τα κύτταρα της στηλιδωτής ζώνης των επινεφριδίων. Η ρύθμιση του επιπέδου της κορτιζόλης του πλάσματος είναι πολύπλοκη. Βασικά, περιλαμβάνει τον υποθάλαμο, την αδενούποψη και την φλοιώδη μοίρα των επινεφριδίων. Η ελάττωση του επιπέδου της κορτιζόλης στο πλάσμα και μια ποικιλία ερεθισμάτων που προκαλούν stress, όπως ο πόνος, η αγωνία, το τραύμα, διεγείρουν τον υποθάλαμο να εκκρίνει τον παράγοντα έκκρισης της κορτικοτρόπου ορμόνης (CRF). Ο CRF διεγείρει την αδενούποψη να εκκρίνει (ACTH) η οποία αποτελεί ερέθισμα του φλοιού των επινεφριδίων για σύνθεση κορτιζόλης. Η κορτιζόλη είναι η σημαντικότερη ορμόνη του φλοιού των επινεφριδίων, λόγω των πολλαπλών δράσεών της, που ασκούνται στα περισσότερα όργανα και ιστούς του οργανισμού.

Οι κυριότερες βιολογικές δράσεις της είναι οι παρακάτω:

- Προάγει τον καταβολισμό των λευκωμάτων και εμποδίζει τη σύνθεσή τους
- Ανταγωνίζεται τη δράση της ινσουλίνης, γιατί ελαττώνει τη μη χρησιμοποίηση της γλυκόζης στην περιφέρεια και προκαλεί νεογλυκογένεση.
- Αυξάνει τη σύνθεση της γλυκόζης από το ήπαρ, λόγω διέγερσης της δράσης της β-γλυκοζοφωσφατάσης.
- Προκαλεί ατροφία του λεμφοποιητικού συστήματος, ο αριθμός των ηωσινοφίλων του αίματος ελαττώνεται λόγω καταστροφής τους.
- Ευνοεί τη λιπόλυση (κινητοποιεί το αποθηκευμένο λίπος από τις συνήθειες αποθήκες του) ενώ συγχρόνως ευνοεί την εναπόθεση του στον τράχηλο και τον κορμό.

- Αυξάνει την επαναρρόφηση νατρίου και την αποβολή του καλίου
- Άσκει ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση, γιατί παρεμποδίζει τη διεύρυνση των τριχοειδών, την αύξηση του εξιδρώματος και την εναπόθεση ινικής. Επίσης εμποδίζει τις αλλεργικές αντιδράσεις.
- Μειώνει την αντίδραση του οργανισμού στις λοιμώξεις
- Αναστέλλει την παραγωγή των αντισωμάτων κι έτσι επηρεάζει την άμυνα του οργανισμού.
- Αυξάνει τη διεγερσιμότητα των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Ψυχικές διαταραχές δεν είναι σπάνιες σε υπερέκκριση κορτιζόλης.
- Αναστέλλει την κατά μήκος αύξηση των οστών, πιθανώς λόγω της ανταγωνιστικής δράσης της στην αυξητική ορμόνη.
- Αναστέλλει την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο (λόγω ανταγωνισμού προς τη βιταμίνη D) και σε συνδυασμό με την ελάττωση της σύνθεσης της πρωτεΐνης και την κακή απορρόφηση του ασβεστίου από τα οστά, προκαλεί οστεοπόρωση.
- Προκαλεί αύξηση της οξύτητας του γαστρικού υγρού, λόγω υπερέκκρισης υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης. Έτσι, προκαλεί αναζωπύρωση των παλιών πεπτικών ελκών και προδιαθετεί στη δημιουργία νέων.
- Επίδρα στη διακίνηση του νερού του οργανισμού.

#### Δράσεις των επινεφριδικών ανδρογόνων

Τα επινεφριδικά ανδρογόνα εκκρίνονται από τα κύτταρα της δικτυωτής ζώνης του φλοιού των επινεφριδίων, είναι ασθενή ανδρογόνα και η παραγωγή τους βρίσκεται κάτω από την επίδραση της

ΑΣΤΗ. Έχουν αναλογική δράση και ανταγωνίζονται τα γλυκοκορτικοειδή ως προς την καταβολική τους ενέργεια. Προκαλούν:

- Αύξηση των μαζών των μυών
- Σύνθεση της θεμέλιας ουσίας των οστών
- Ανεπόθεση ασβεστίου στα οστά

Η ανδρογόνος ενέργεια των επινεφριδιακών ορμονών είναι πολύ ασθενέστερη της ανδρογόνου ενέργειας της τεστοστερόνης των όρχεων. Λόγω ουτ'ότι εκκρίνονται ελάχιστες ποσότητες επινεφριδιακών ορμονών δεν προκαείται αρρενοποίηση του οργανισμού.

Τέλος, από τον φλοιό των επινεφριδίων έχουν απομονωθεί, με εκχύλιση, προγεστερόνη και άλλες ορμόνες του θύλεος, που εκκρίνονται όμως σε ελάχιστα ποσά.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Οι δοκιμασίες αυτές διακρίνονται στις έμμεσες και τις άμεσες.

#### Έμμεσες δοκιμασίες

1. Υπολογισμός της σχέσεως Νατρίου - Καλίου του ορού του αίματος. Φυσιολογικά η σχέση Na:K είναι περίπου 30.
2. Δοκιμασία φορτίσεως ύδατος: Η δοκιμασία αυτή βασίζεται στην αύξηση της σπειραματικής διηθήσεως, που προκαλείται από την κορτιζόλη. Η δόση νερού, που συνήθως χορηγείται είναι 1500 κ.εκ. μέσα σε χρονικό διάστημα 30'. Φυσιολογικά μέσα στις πρώτες 5 ώρες αποβάλλονται 1200 κ.εκ. Η ελλιπής αποβολή νερού σε ποσότητα μικρότερη των 800 κ.εκ. ενισχύει την υποψία για νόσο Addison.

#### Άμεσες δοκιμασίες

1. Προσδιορισμός των 17 υδροξυκορτικοστεροειδών (17 - OHCS) και των 17-κετοστεροειδών (17-US) ούρων 24-ώρου. Ο προσδιορισμός των παραπάνω αντιπροσωπεύει προϊόντα μεταβολισμού της κορτιζόλης και αποτελεί την άμεση αντανάκλαση της ημερήσιας εκκρίσεως των γλυκοκορτικοειδών από το φλοιό των

επινεφριδίων.

2. Προσδιορισμός των 17-OHCS του πλάσματος. Με τη μέθοδο αυτή προσδιορίζονται τα επίπεδα της κορτιζόλης του πλάσματος που φυσιολογικά κυμαίνονται μεταξύ 5-25 mg/100 κ.εκ.
3. Προσδιορισμός της 11-OHCS του πλάσματος. Πρόκειται για προσδιορισμό της κορτιζόλης και της κορτικοστερόνης του πλάσματος.
4. Δοκιμασίες διεγέρσεως με την φλοιοεπινεφριδιοτρόπο ορμόνη της υποφύσεως (ACTH). Η μη ανταπόκριση του επινεφριδικού φλοιού στην εξωγενή χορήγηση της ACTH, δηλαδή η μη αύξηση των 17-OHCS του πλάσματος και των ούρων, δείχνει με ασφάλεια την έξαρση της νόσου Addison.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

### ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΦΛΟΙΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON

Η επινεφριδική ανεπάρκεια ή υπολειτουργία μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. Η πρωτοπαθής επινεφριδική ανεπάρκεια ή νόσος του Addison είναι το αποτέλεσμα της καταστροφής του φλοιού των επινεφριδίων, όπου η ικανότητα του αδένου για έκκριση της κορτιζόλης και αλδοστερόνης μειώνεται.

#### Αιτιολογία

Φλοιεπινεφριδική ανεπάρκεια μπορούν να προκαλέσουν η φυματίωση, η ιστοπλάσμωση και άλλες μυκητιάσεις, το μεταστατικό καρκίνωμα, η αμυλείδωση και η αμφοτερόπλευρη επινεφριδική αιμορραγία λόγω αντιπηκτικής θεραπείας. Σήμερα, πάντως, η νόσος του Addison, οφείλεται συχνότερα σε αυτοάνοση βλάβη των επινεφριδίων η οποία προκαλεί εκλεκτική ατροφία του φλοιού αφήνοντας συνήθως άθικτη τη μυελώδη μοίρα. Στις περιπτώσεις αυτές πολλές φορές συνυπάρχουν εκδηλώσεις αυτοάνοσων διαταραχών άλλων οργάνων, όπως του θυρεοειδούς, του παγκρέατος και άλλων ιστών.

Η δευτεροπαθής επινεφριδική ανεπάρκεια οφείλεται σε ανεπάρκεια της έκκρισης της ACTH λόγω βλάβης του προσθίου λοβού της υπόφυσης ή αναστολής της έκκρισης της CRF. Στη δευτεροπαθή

επινεφριδική ανεπάρκεια ενώ η παραγωγή της κορτιζόλης παύει, η παραγωγή της αλδοστερόνης εξακολουθεί γιατί η λειτουργία της κοκκιώδους ζώνης του φλοιού των επινεφριδίων, όπου παράγεται η αλδοστερόνη, εξακολουθεί και επί ελλείψεως ACTH. Μερικά από τα πιο συνηθισμένα αίτια της δευτεροπαθούς επινεφριδικής ανεπάρκειας είναι οι ογκωτικές επεξεργασίες του προσθίου λοβού της υπόφυσης και η χρόνια κοτιζονοθεραπεία λόγω αναστολής της έκκρισης της ACTH.

### Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της νόσου του Addison οφείλεται στην έλλειψη ή την ελαττωμένη παραγωγή της κορτιζόλης και της αλδοστερόνης.

#### Ειδικότερα:

- Προοδευτική σωματική εξασθένηση, εύκολη κόπωση, απώλεια βάρους, που οφείλεται στην ανορεξία, την κακή πέψη, την αφυδάτωση και τη μειωμένη λιπογένεση.
- Γαστρεντερικές διαταραχές, κυρίως ανορεξία, ναυτία, έμετοι, κοιλιακά άλγη, διάρροια, δυσκοιλιότητα.
- Ελαττωμένη αντίδραση του οργανισμού στο Stress.
- Μελανοδερμία. Είναι καθολική και αποτελεί τυπικό σύμπτωμα της νόσου. Η μελανοδερμία είναι πιο έκδηλη στις περιοχές του σώματος που είναι εκτεθειμένες στον ήλιο (λαιμός, χέρια) στις καμπτικές επιφάνειες (αγκώνες), στα σημεία αυξημένης τριβής (ζώνη παντελονιού), στις περιοχές όπου υπάρχει περισσότερη χρωστική (θηλή μαστού, γεννητικά όργανα), στις παλιές ουλές του δέρματος και στο βλεννογόνο

του στόματος με την μορφή κηλίδων.

- Ψυχικά φαινόμενα, όπως κατάθλιψη, νευρικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, άσθημα ζάλης
- Υπογλυκαιμία (μικρού βαθμού) λόγω της μείωσης των αποθεμάτων του γλυκογόνου και της αυξημένης ευαισθησίας στη δράση της ινσουλίνης.
- Διαταραχές ηλεκτρολυτών και διακίνησης νερού. Παρατηρείται αποβολή νατρίου με τα ούρα και κατακράτηση καλίου. Η αποβολή όμως του νατρίου συνοδεύεται και από αποβολή νερού με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του αίματος, η οποία οδηγεί σε πτώση της αρτηριακής πίεσης και ελάττωση της καρδιακής παροχής, που έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της σπειραματικής διήθησης. Η αύξηση επίσης του καλίου δρα τοξικά στο μυοκάρδιο.

#### Εργαστηριακά ευρήματα

- Αιμοσυμπύκνωση
- Ηπια αναιμία
- Λεμφοκυττάρωση
- Ηωσινοφιλία
- Πτώση σακχάρου στο αίμα
- Αύξηση της ουρίας αίματος
- Αύξηση κρεατινίνης ορού
- Πτώση του νατρίου και αύξηση του καλίου του ορού του αίματος
- Υπερασβεστιαϊμία
- Χαμηλά επίπεδα 17-OHCS, 17-US ούρων

- Χαμηλά επίπεδα 17-OHCS πλάσματος
- Μη ανταπόκριση στη χορήγηση της ACTH.
- Μειωμένη αποβολή νερού μετά από φόρτιση
- Σε ακτινολογικό έλεγχο η ανεύρεση αποστιτανώσεων στη νόσο του Addison επιβεβαιώνει τη φυματιώδη αιτιολογία

### Διαφορική διάγνωση

Απόθεση χρωστικής σε εστίες ή υπόμορφη διάχυτη συναντάμε στο διαβήτη, την κακοήθη αναιμία, την πελλάγρα, μερικές φορές στη νόσο του Basedow και σε όγκους των ωοθηκών.

Δύσκολη τυγχάνει η διάγνωση σε απόθεση χρωστικής διαφόρου παθογονίας, καθώς και η διάγνωση της ανεπάρκειας των επινεφριδίων χωρίς να συνοδεύεται από μελανοδερμία. Καταστάσεις αδυναμίας παρατηρούνται στην υποφυσιογενή καχεξία, την μυασθένεια και σε λανθάνοντες όγκους.

Κατά τη νόσο του Addison από διαφορετικής διαγνωστικής άποψης στρέφονται τα ακόλουθα ευρήματα:

- Οι ψηλές θερμοκρασίες μικρής διάρκειας, με αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και των ουδετεροφίλων, η αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η αύξηση της αιμοσφαιρίνης.
- Εκτεταμένη φυματίωση των πνευμόνων δεδομένου ότι αυτή οφείλεται σε παλιές εστίες των πνευμόνων ή των αδένων.
- Η έκδηλη καχεξία. Η νόσος του Addison συνεπάγεται σημαντική απώλεια βάρους, μεγάλη αδυναμία.
- Οι αναιμίες, οι οποίες καθιστούν μερικές φορές τη διάγνωση αβέβαιη.

### Θεραπεία

Οι αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας είναι:

1. Η αύξηση των ορμονών των επινεφριδίων στο αίμα
2. Η προστασία της καρδιάς και των αγγείων
3. Ο έλεγχος των λοιμώξεων

Η θεραπεία περιλαμβάνει αρχικά, χορήγηση ενός σκευάσματος γλυκοκορτικοειδούς με ισχυρή αλατοκορτικοειδική δράση. Στην προκείμενη περίπτωση τα φάρμακα εκλογής είναι η υδροκορτιζόνη (30-40 mg) ή κορτιζόνη (37,5 - 50 mg) την ημέρα. Στα 70% των περιπτώσεων απαιτείται χορήγηση αλατοκορτικοειδών για τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσεως σε φυσιολογικά επίπεδα. Ακόμη συνίσταται η χρήση χλωριούχου νατρίου (μαγειρικό άλας) 5-10 g την ημέρα. Ο συνδυασμός χορηγήσεως φλοιοεπινεφριδικών ορμονών σε μορφή φαρμάκων με χλωριούχο νάτριο αποτελεί την κατ' εξοχήν πρακτική θεραπευτική μέθοδο. Η χορήγηση χλωριούχου νατρίου δεν πρέπει να παραμελείται δεδομένου ότι μεγαλύτερες ποσότητες αυτού, συμβάλουν στην ταχεία βελτίωση των συμπτωμάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

### ΟΞΕΙΑ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΑΔΔΙΣΩΝΙΚΗ ΚΡΙΣΗ)

Είναι επείγουσα και πολύ σοβαρή νοσηρή κατάσταση κατά την οποία η ζωή του αρρώστου εξαρτάται από τη γρήγορη διαγνώση και τη σωστή θεραπευτική αγωγή. Η οξεία φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια μπορεί να παρατηρηθεί:

- 1) Σε ασθενείς στους οποίους δεν έχει διαγνωσθεί η νόσος του Addison και είναι δυνατόν να εκδηλώσουν τη νόσο υπό μορφή κρίσεως, η οποία επέρχεται αυτόματα ή προκαλείται από κάποια λοίμωξη ή τραυματισμό
- 2) Σε αρρώστους με τη νόσο του Addison, που σε κατάσταση stress, δεν δέχθηκαν την ανάλογη αγωγή
- 3) Μετά από υποφυσεκτομή ή καταστροφή της υπόφυσης
- 4) Σε παρουσία του συνδρόμου "Waterhouse Friderichsen" το οποίο πρόκειται για μια βαρύτατη κλινική κατάσταση οξείας επινεφριδιακής ανεπάρκειας με αμφοτερόπλευρη επινεφριδιακή αιμορραγία, που συνοδεύεται από σηψαιμία κυρίως από μηνιγγοτιτιδόκοκκο.
- 5) Μετά από χειρουργική αφαίρεση επινεφριδιακών όγκων, οι οποίοι λόγω της υπερέκκρισης κορτικοειδών, έχουν προκαλέσει αναστολή της ACTH της υπόφυσης και επομένως ατροφία του επινεφριδίου.
- 6) Μετά από θεραπεία με κορτικοειδή, έστω και για σύντομο χρονικό διάστημα, αναστέλλεται η έκκριση της ACTH από την



υπόφυση και επομένως, μειώνεται η ικανότητα των επινεφριδίων να αυξήσουν την παραγωγή ορμονών σε ενδεχόμενη κατάσταση stress.

### Κλινική εικόνα

- Ανορεξία, ναυτία, έμετοι, διάρροια, κοιλιακός πόνος
- Υψηλός πυρετός
- Εκδηλη ανησυχία, με αδυναμία και διανοητική σύγχυση
- Πτώση της αρτηριακής πίεσης, αφυδάτωση και γενικά σημεία οξείας κυκλοφορικής ανεπάρκειας (shock), που καταλήγουν στο κώμα και το θάνατο.

### Εργαστηριακά ευρήματα

- Πτώση του νατρίου του ορού του αίματος
- Αύξηση του καλίου του ορού του αίματος
- Πτώση του σακχάρου του αίματος
- Αύξηση της ουρίας του αίματος
- Πτώση του επιπέδου των 17-OHCS (υδροξυκορτικοειδή) του πλάσματος

### Θεραπεία

Η έναρξη της θεραπείας σε μια αδδισωνική κρίση επιβάλλεται να είναι άμεση και γρήγορη. Αυτή περιλαμβάνει:

- Ενδοφλέβια χορήγηση φυσιολογικού ορού με διάλυμα 5% γλυκόζης
- Υδροκορτιζόνη (200 mg) ενδοφλεβίως, αμέσως. Κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου χορηγούνται και άλλα 400 mg με συνεχή ενδοφλέβια έγχυση.
- Χορήγηση αδρεναλίνης ενδοφλεβίως στις περιπτώσεις όπου η αρτηριακή πίεση παραμένει χαμηλή.
- Χορήγηση φθοριοϋδροκορτιζόνης, λόγω της μεγάλης απώλειας νατρίου που έχει προκληθεί
- Χορήγηση αντιβιοτικών εάν συνυπάρχει κάποια λοίμωξη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

### ΥΠΟΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΦΛΟΙΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING

Το σύνδρομο Cushing που φέρει το όνομα του διάσημου χειρουργού που το πρωτοπεριέγραψε το 1912, πρόκειται για μια νοσηρή κατάσταση η οποία περιλαμβάνει ομάδα κλινικών εκδηλώσεων και μεταβολικών διαταραχών, που οφείλονται στην μακροχρόνια υπερέκκριση κορτιζόλης.

Η υπερπαραγωγή της κορτιζόλης μπορεί να οφείλεται:

- 1) Στην ανάπτυξη ενός αυτόνομου ορμονοπαραγωγού νεοπλάσματος στα επινεφρίδια (αδένωμα 15%, καρκίνωμα 5%) (Επινεφριδικό σύνδρομο).
- 2) Στην υπερέκκριση της ACTH από την υπόφυση (υποθαλαμούποφυσιακή διαταραχή) η οποία προκαλεί υπερδιέγερση του φλοιού των επινεφριδίων με αποτέλεσμα την υπερπλασία του (Υποφυσιακό σύνδρομο Cushing).
- 3) Στην έκκριση ουσιών με δράση της ACTH από νεοπλάσματα σε άλλα σημεία του σώματος, όπως κακοήθη νεοπλάσματα των πνευμόνων, των βρόγχων, του παγκρέατος, του θύμου αδένα και άλλων οργάνων.

Λόγω του ότι οφείλεται στην αυτόνομη έκκριση της ACTH λέγεται και έκτοπο σύνδρομο Cushing.

- 4) Πολύ συχνή αιτία του συνδρόμου Cushing είναι το φαρμακευτικό ή ιατρογενές, που προκαλείται από τη μακροχρόνια χορήγη-

ση κορτιζόλης.

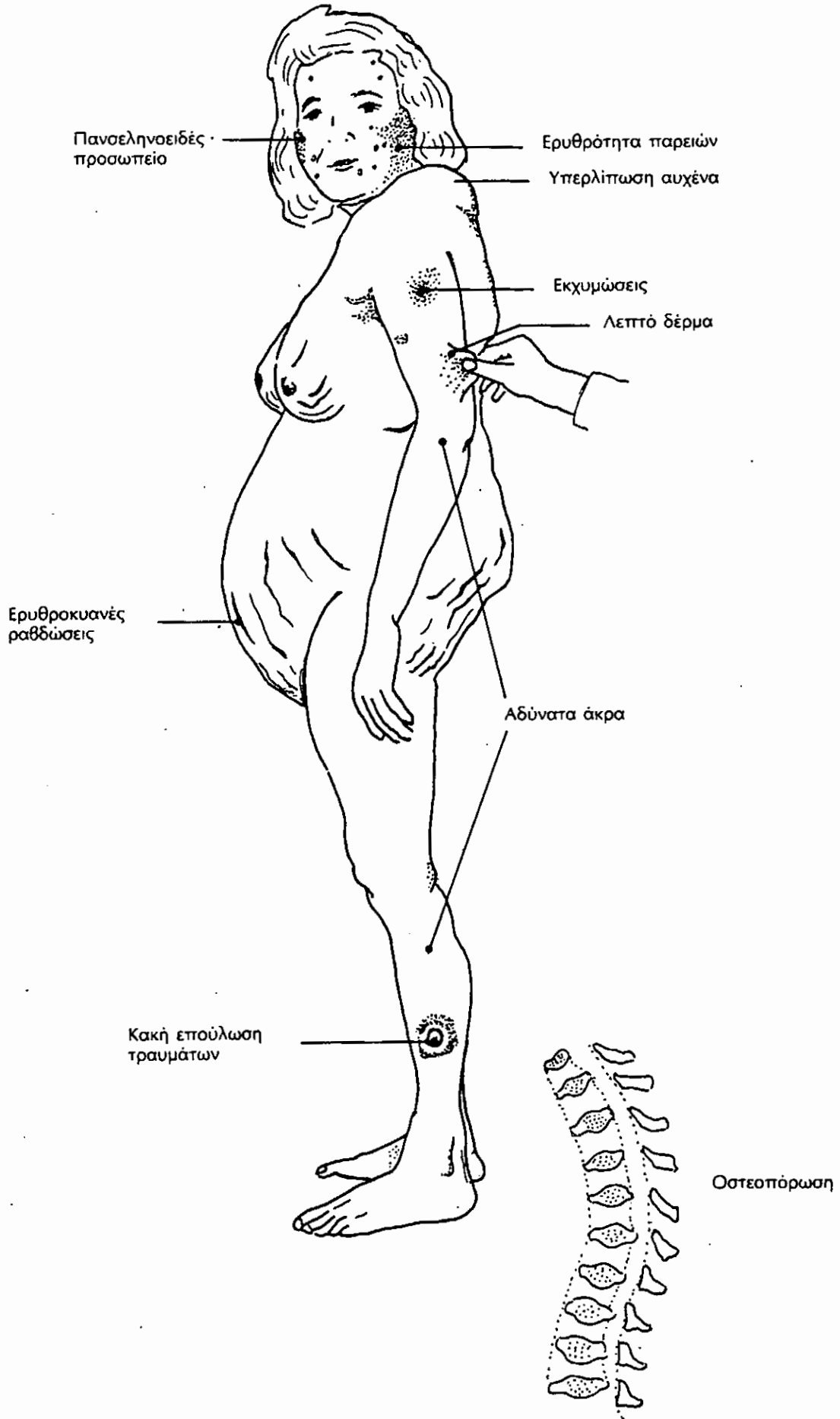
Στους ενήλικες το 75% των περιπτώσεων του συνδρόμου Cushing είναι υποφυσιακής αιτιολογίας, ενώ οι υπόλοιπες περιπτώσεις μοιράζονται μεταξύ επινεφριδικής υπερέκκρισης κορτικοστεροειδών και έκτοπης έκκρισης ACTH. Αντίθετα, στα παιδιά το σύνδρομο Cushing είναι επινεφριδικής αιτιολογίας, όπου ο καρκίνος των επινεφριδίων αποτελεί το 65% των περιπτώσεων.

Πολλοί διακρίνουν σύνδρομο Cushing και νόσο Cushing. Ο όρος "νόσος Cushing" επιφυλάσσεται για την κλινική οντότητα που οφείλεται σε υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων από υπερπαραγωγή της ACTH συνεπεία υποθαλαμούποφυσιακής διαταραχής.

Αντίθετα, ο όρος "σύνδρομο Cushing" επιφυλάσσεται για τις λοιπές περιπτώσεις (αδένωμα, καρκίνωμα του φλοιού κλπ.).

#### Σημεία και συμπτώματα

- Ελάττωση της μυϊκής μάζας εξαιτίας του υπερβολικού καταβολισμού. Η ατροφία των μυών είναι μεγάλη και ιδιαίτερα φανερή στα άκρα. Λόγω της μυϊκής ατροφίας συνυπάρχει έντονη μυϊκή αδυναμία και εύκολη κόπωση.
- Παχυσαρκία του προσώπου και του κορμού. Το σώμα (θώρακας και κοιλιά) είναι ογκώδες, ενώ τα άκρα λεπτά, λόγω εναπόθεσης του λίπους στον κορμό και εξαφάνισης από τα άκρα. το πρόσωπο γίνεται στρογγυλό και εξέρυθρο, με δέρμα τεντωμένο (πανσεληνοειδές προσωπείο).
- Δέρμα λεπτό και εύθραυστο. Χαρακτηριστικές είναι οι κυανέρυθρες ραβδώσεις στην κοιλιά, τους μικρούς, τους γλουτούς, το θώρακα και τους βραχίονες. Οι ραβδώσεις αυτές



Εικόνα 2.12. Η σημειολογία του συνδρόμου Cushing.

δημιουργούνται λόγω της ατροφίας του υποδόριου ιστού που ευνοεί τη ρήξη του δέρματος.

- Οστεοπόρωση. Εκδηλώνεται με παθολογικά κατάγματα, συμπιεστικά κατάγματα σπονδύλων, κύφωση και πόνους
- Επιβράδυνση της σωματικής αύξησης στα παιδιά
- Ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, ευεριθιστότητα μέχρι ψύχωση και παράνοια.
- Αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις. Οφείλεται στην καταστολή της αντιφλεγμονώδους αντίδρασης του οργανισμού από την κορτιζόλη.
- Υπέρταση και οιδήματα, λόγω της κατακράτησης νατρίου και νερού που παρακρατείται
- Υπερτρίχωση, ακμή, λιπαρό δέρμα, ατροφία των μαστών και αρρενωπή φωνή. Παρατηρούνται μόνον στις γυναίκες και οφείλονται στην υπερπαραγωγή των ανδρογόνων ορμονών.
- Διαταραχές της εμμηνορρυσίας. Συνήθως παρατηρείται αμηνόρροια λόγω λειτουργικής διαταραχής των ωοθηκών.
- Κακή επούλωση των τραυμάτων. Τα τραύματα ακόμα και τα μικρα, αργούν να επουλωθούν και επιμολύνονται πολύ εύκολα.
- Μελανοδερμία (σε φλοιοεπινεφριδική υπερπλασία και των δύο μερών).

#### Εργαστηριακά ευρήματα

- Λευκοκυττάρωση (10.000 - 15.000)
- Λεμφοπενία - Πολυμορφοπυρήνωση
- Πτώση των ηωσινόφιλων
- Ερυθροκυττάρωση

- Πτώση του καλίου του ορού του αίματος
- Αύξηση του νατρίου του ορού του αίματος
- Αύξηση των 17-OHCS του πλάσματος και των ούρων

### Διάγνωση

Η διάγνωση του συνδρόμου Cushing γίνεται με ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις:

- 1) Προσδιορισμός της κορτιζόλης ή 11-OHCS του πλάσματος. Αυξημένες τιμές 11-OHCS (υδροξυκορτικοστεροειδών) ή κορτιζόλης πλάσματος παρατηρούνται στο σύνδρομο Cushing. Η ημερήσια έκκριση κορτιζόλης από τα επινεφρίδια είναι 15-25 mg/100 ml αίματος.
- 2) Προσδιορισμός των 17-OHCS των ούρων. Με την δοκιμασία αυτή ανιχνεύονται στα ούρα η ιορτιζόλη, η κορτικοστερόνη και η 11-δεσοξυκορτικοστερόλη. Στα 85% των περιπτώσεων παρατηρείται αύξηση της τιμής των 17-OHCS των ούρων του 24ωρου.
- 3) Προσδιορισμός 17-κετοστερινοειδών ούρων 24ωρου. Σε αδένωμα οι τιμές των 17-κετοστερινοειδών είναι φυσιολογικές ή και ελαττωμένες, σε φλοιοεπνεφριδιακή υπερπλασία φυσιολογικές ή υψηλές και σε καρκίνωμα πολύ αυξημένες. (Φ.Τ. στον άνθρα 15-25 mg/24ωρο, στη γυναίκα 5-15 mg/24 ωρο).
- 4) Προσδιορισμός της ACTH του πλάσματος, με ραδιοανοσολογική μέθοδο. Στο υποφυσιακό Cushing οι τιμές της ACTH είναι συνήθως μέτρια αυξημένες, ενώ σε προχωρημένα στάδια της νόσου βρίσκονται υψηλότερες τιμές (Φ.Τ. ACTH 20-110 pg/ml. Συνηθισμένες τιμές ACTH στο Cushing 200-500 pg/ml). Εάν το σύνδρομο Cushing οφείλεται σε νεόπλασμα των επινεφριδίων οι

τιμές της ACTH είναι χαμηλές, λόγω αναστολής της από την έκκριση του όγκου.

- 5) Δοκιμασία αναστολής της έκκρισης της ACTH με δεξαμεθαζόνη. Με τη δοκιμασία αυτή μπορούμε να διακρίνουμε τη φυσιολογική φλοιοεπινεφριδική δραστηριότητα από την παθολογική. Αρχικά χορηγείται μικρή δόση (0,5 mg δεξαμεθαζόνης) κάθε 6 ώρες για δύο συνεχείς ημέρες. Φυσιολογικά παρατηρείται πτώση των 17-OHCS των ούρων. Σε μια υπερτροφία όμως του φλοιού η πτώση αυτή είναι μικρή ή λείπει τελείως. Στη συνέχεια χορηγούνται 2 mg δεξαμεθαζόνης κάθε 6 ώρες για δύο ακόμα ημέρες. Σε υπερτροφία σημειώνεται πτώση των τιμών κάτω του 50%, ενώ σε αδένωμα ή καρκίνωμα καμιά πτώση δεν παρατηρείται.
- 6) Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης: το 80% των περιπτώσεων έχουν παθολογική την καμπύλη σακχάρου, ενώ το 25% των αρρώστων έχουν τυπικό σακχαρώδη διαβήτη.
- 7) Ακτινολογικός έλεγχος: Αποκαλύπτει συνήθως γενικευμένη οστεοπόρωση.

### Θεραπεία

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου Cushing επιτυγχάνεται με χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή. Η αιτιολογία του συνδρόμου Cushing θα καθορίσει τη σωστή αντιμετώπιση.



### Χειρουργική θεραπεία

#### 1) Διασφηνοειδική χειρουργική της υποφύσεως

Μια σημαντική εξέλιξη στη θεραπεία του συνδρόμου Cushing είναι η εφαρμογή της διασφηνοειδικής αφαίρεσης των όγκων της υπόφυσης. Με τη βοήθεια του χειρουργικού μικροσκοπίου και ακτινοσκοπικού ελέγχου μπορεί να γίνει εκλεκτική αφαίρεση μικροαδενωμάτων της υπόφυσης, υπεύθυνων για το υποφυσιακό σύνδρομο Cushing, χωρίς να επηρεαστεί υπόλοιπη φυσιολογική λειτουργία της υπόφυσης. Οι ενδείξεις γι' αυτό το είδος της επέμβασης είναι το υποφυσιακής αιτιολογίας σύνδρομο Cushing.

Αν και η διασφηνοειδική εκλεκτική υποφυσεκτομή έχει προκαλέσει μεγάλο ενθουσιασμό ως η πλέον ενδεικνυόμενη θεραπεία του υποφυσιακού συνδρόμου Cushing, τα απώτερα αποτελέσματα αυτής της θεραπείας δεν είναι γνωστά.

#### 2) Επινεφριδιεκτομή

Στην περίπτωση του επινεφριδικού συνδρόμου Cushing η θεραπεία είναι η αφαίρεση του επινεφριδίου που φέρει τον συνήθως μονήρη υπεύθυνο όγκο. Ολική επινεφριδιεκτομή ήταν και είναι για τα περισσότερα κέντρα η αρχική θεραπεία και του υποφυσιακού συνδρόμου Cushing. Τα μειονεκτήματα της ολικής επινεφριδιεκτομής στη θεραπεία του υποφυσιακού συνδρόμου Cushing είναι:

- Η εγχειρητική θνησιμότητα που κυμαίνεται από 4% μέχρι 10%
- Η ταχεία ανάπτυξη όγκων της υπόφυσης μετά από επινεφριδιεκτομή. Αυτό συμβαίνει σε ποσοστό από 10% μέχρι και 20%, γι' αυτό και ορισμένοι συνιστούν προφυλακτική ακτινοθεραπεία της υπόφυσης μετά από ολική επινεφριδιεκτομή.
- Περίπου 10% των ατόμων μετά από ολική επινεφριδιεκτομή

παρουσιάζουν επίμονο και υποτροπιάζον σύνδρομο Cushing, το οποίο οφείλεται σε υπερπλαστικό έκτοπο επινεφριδικό ιστό, ή υπολείμματα επινεφριδικού ιστού που δεν αφαιρέθηκαν κατά την αρχική επέμβαση.

- Ένα άλλο μειονέκτημα της ολικής επινεφριαδιεκτομής είναι η ανάγκη συνεχούς λήψεως στεροειδών. Για την υπερπήδηση του προβλήματος έχουν γίνει προσπάθειες για αυτομεταμόσχευση επινεφριδικού ιστού με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

### Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοβολία της υποφύσεως για τον περιορισμό της υπερέκκρισης ACTH έχει εφαρμοσθεί αντί για χειρουργική θεραπεία η ως συμπληρωματική θεραπεία της εγχειρητικής αγωγής. Η επιτυχία της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του υποφυσιακού συνδρόμου Cushing είναι περιορισμένη στους ενήλικους και μόνον 15-20% από αυτούς που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία, ως αρχική μορφή θεραπείας θεραπεύθηκαν. Αντίθετα, στα παιδιά το ποσοστό επιτυχίας είναι υψηλότερο. Το κύριο μειονέκτημα της ακτινοβολίας είναι ότι απαιτούνται μέχρι και 18 μήνες προτού να υποχωρήσει η νόσος τελείως.

### Φαρμακευτική θεραπεία

Κανένα από τα υπάρχοντα φάρμακα δεν έχει δώσει πλήρη και μονιμη θεραπεία στο σύνδρομο Cushing. Αν και σε σχετικά υψηλό ποσοστό μπορεί να επιτευχθεί υποχώρηση του συνδρόμου, μόλις σταματήσει η χορήγηση του φαρμάκου ακολουθεί υποτροπή. Οι

ανεπιθύμητες ενέργειες των περισσότερων φαρμάκων καθιστούν εξάλλου τη μακροχρόνια θεραπεία δύσκολη. Υπάρχουν δύο ομάδες φαρμάκων αναλόγως της δράσεώς τους, απευθείας στο φλοιό των επινεφριδίων ή στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται φάρμακα που αναστέλλουν την στεροειδογένεση. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο από αυτά είναι το 0,p-DDD ή μιτοτάνη. Στην δεύτερη ομάδα φαρμάκων ανήκουν οι ανταγωνιστές της σεροτονίνης. Η κυπροεπταδίνη και η ρεσερπίνη αποτελούν τους κυριότερους εκπροσώπους της ομάδας αυτής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

### ΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟΣ - ΣΥΝΔΡΟΜΟ CONN

Ο υπεραλδοστερονισμός ή σύνδρομο Conn (από το όνομα αυτού που περιέγραψε το σύνδρομο το 1955) είναι μια κατάσταση κατά την οποία υπάρχει υπερπαραγωγή αλδοστερόνης από το φλοιό των επινεφριδίων και μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής ανάλογα με το αίτιο της υπερέκκρισης.

Στον πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό ή σύνδρομο Conn υπάρχει αυτόνομη υπερέκκριση αλδοστερόνης που είναι ανεξάρτητη από το σύστημα ρενίνης - αγγειοτενσίνης. Ο πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός στην πλειονότητα (πάνω από 75%) των πασχόντων οφείλεται σε μονήρες αδενωμα του ενός επινεφριδίου, συνήθως του αριστερού.

Η δεύτερη αιτία πρωτοπαθούς αλδοστερονισμού είναι η υπερπλασία του φλοιού άγνωστης αιτιολογίας, γι' αυτό και ονομάζεται ιδιοπαθώς επινεφριδική υπερπλασία.

Φυσιολογικά, η αλδοστερόνη δρα στα επιθηλιακά κύτταρα των ουροφόρων σωληναρίων και προάγει την επαναρρόφηση του νατρίου και του χλωρίου και την αποβολή του καλίου. Σε περιπτώσεις υπερέκκρισης της αλδοστερόνης τα γνωστά αποτελέσματα στην ηλεκτρολυτική ισορροπία επιτείνονται με αποτέλεσμα μεγάλη απώλεια καλίου από τους νεφρούς και κατακράτηση νατρίου.

Ο δευτεροπαθής υπεραλδοστερονισμός οφείλεται σε αύξηση της έκκρισης του φυσιολογικού ρυθμιστικού παράγοντα της αλδοστερόνης, της ρενίνης. Όλες οι παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες αυξάνουν

τη δραστηριότητα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης, έχουν σαν επακόλουθο την εμφάνιση δευτεροπαθή υπεραλδοστερονισμού.

Τέτοιες καταστάσεις είναι η αφυδάτωση, η απώλεια νατρίου, η στένωση της νεφρικής αρτηρίας, η καρδιακή ανεπάρκεια, η κίρρωση του ήπατος.

### Σημεία και συμπτώματα συνδρόμου Conn

Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι αποτέλεσμα των βιολογικών δράσεων της αλδοστερόνης και εμφανίζονται δύο κυρίως ομάδες συμπτωμάτων:

- Εκείνα που οφείλονται στην απώλεια του καλίου:
  - μυική αδυναμία,
  - επώδυνες μυικές συσπάσεις
  - πολυδιψία
  - πολυουρία
  - συχνοί έμετοι
  - παραισθησία των άκρων με τη μορφή νυγμών
- Εκείνα που οφείλονται στην υπέρταση, η οποία συνήθως προκαλείται από την υπερνατριαιμία:
  - πρωϊνοί πονοκέφαλοι
  - δύσπνοια κατά την κόπωση
  - λήθαργος
  - σημεία καρδιακής ανεπάρκειας

### Εργαστηριακά ευρήματα

- Αύξηση του νατρίου του ορού του αίματος
- Πτώση του καλίου του ορού του αίματος
- Αλκάλωση
- Αύξηση των επιπέδων της αλδοστερόνης των ούρων

### Διαγνωστικές εξετάσεις

- 1) Προσδιορισμός της αλδοστερόνης του αίματος και των ούρων (ούρα 24ωρου) ύστερα από δίαιτα με φυσιολογικό ποσό άλατος, βρίσκεται αυξημένη.
- 2) Προσδιορισμός της ρενίνης και αγγειοτενσίνης του πλάσματος μετά από ισχυρό έρεθισμα, όπως στέρηση άλατος, όρθια θέση, χορήγηση διουρητικών, βρίσκονται ελαττωμένες τιμές και δεν αυξάνουν ούτε και με τα ισχυρά ερεθίσματα.
- 3) Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών αίματος. Το κάλιο του αίματος είναι χαμηλό, το νάτριο φυσιολογικό ή στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και η αλκαλική παρακαταθήκη αυξημένη, λόγω αυξημένης επαναρόφησης των ανθρακικών ιόντων ( $\text{HCO}_3^-$ ).
- 4) Προσδιορισμός καλίου στα ούρα (24ωρου) παρατηρείται αυξημένη αποβολή καλίου στα ύρα και το pH είναι αλκαλικό, λόγω αποβολής μεγάλων ποσοτήτων αμμωνιακών αλάτων.
- 5) Δοκιμασία φόρτισης με  $\text{NaCl}$ . Χορηγούνται 200 mEq (11,7 g) αλάτι ημερησίως για 3 ημέρες και στη συνέχεια μετράται το κάλιο του αίματος. Στον πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό το κάλιο του αίματος μειώνεται σημαντικά, λόγω της παρουσίας αφθονου νατρίου στα νεφρικά σωληνάρια και μεγαλυτερης

ανταλλαγής ιόντων.

- 6) Δοκιμασία σπειρονολακτόνης (ανταγωνίζεται τη δράση της αλδοστερόνης). Χορηγούνται 400 mg σπειρονολακτόνης ημερησίως για μερικές ημερες. Στο σύνδρομο Conn παρατηρείται πτώση του καλίου του αίματος και ελάττωση της αρτηριακής πίεσης.
- 7) Υπολογιστική τομογραφία για τη διαπίστωση του μεγέθους των επινεφριδίων και την ύπαρξη νεοπλασματος (όταν δεν είναι πολύ μικρό).
- 8) Καθετηριασμός των επινεφριδικών φλεβών και μέτρηση της αλδοστερόνης σε δείγματα αίματος που παίρνονται από διάφορες θέσεις και επίπεδα. Γίνεται έτσι η διάγνωση της υπερέκκρισης, αλλά και η εντόπιση του αδενώματος (εάν είναι μονήρες).

#### Διαφορική διάγνωση

##### Νοσήματα που συνοδεύονται από υποκαλιαιμία:

- α) Απώλεια καλίου προκαλείται συνήθως μετά από διάρροιες και κατάχρηση διουρητικών και συνοδεύεται, κατά κανόνα, από ελαττωμένη αποβολή καλίου στα ούρα.
- β) Χρόνιες νεφροπάθειες: Η χρόνια πνευμονοφρίτιδα είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υπερβολική απώλεια ανιόντων, όπως και του νατρίου. Αυτές οι καταστάσεις συνήθως συνοδεύονται από οξέωση.
- γ) Το σύνδρομο Cushing, το οποίο οφείλεται σε καρκίνωμα του φλοιού των επινεφριδίων ή στο σύνδρομο έκτοπης παραγωγής ACTH. Πρόκειται όμως, περί νοσημάτων, τα οποία χαρακτηρίζονται από υψηλές τιμές κορτιζόλης του πλάσματος και αυξημέ-

νης απέκκρισης στεροειδών στα ούρα.

- δ) Οικογενής περιοδική παράλυση: Η κληρονομική φύση της διαταραχής αυτής, αποτελεί ίσως το σπουδαιότερο χαρακτηριστικό στοιχείο. Οι κρίσεις συνοδεύονται από απώλεια καλίου στα ούρα και υποχωρούν γρήγορα με τη χορήγηση 5-15 g χλωριούχου καλίου.

#### Νοσήματα που συνοδεύονται από υπέρταση:

Οι αλλοιώσεις που οφείλονται στην υπέρταση είναι συνήθως βαρειές ή κακοήθεις και συμπεριλαμβάνουν την βαρεία αμφιβληστροειδοπάθεια, την καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια. Εδώ τα επίπεδα της ρενίνης του πλάσματος είναι αυξημένα, σε αντίθεση προς τον πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό, κατά τον οποίο η ρενίνη είναι χαμηλή.

#### Θεραπεία

**Χειρουργική:** Η θεραπεία του πρωτοπαθούς υπεραλδοστερονισμού που οφείλεται σε αλδοστερόνωμα είναι χειρουργική. Αφού επανέλθει η τιμή του καλίου του πλάσματος στα φυσιολογικά επίπεδα, αφαιρείται το επινεφριδικό αδένωμα συνήθως με οπίσθια προσπέλαση που είναι ευκολότερη τεχνικώς και με λιγότερες επιπλοκές.

**Φαρμακευτική:** Συνήθως, το 10-25% των ατόμων με πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό παρουσιάζουν ιδιοπαθή αμφοτερόπλευρη υπερλασία. Η χειρουργική αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής είναι απογοητευτική και η ενδεικνυόμενη αγωγή είναι φαρμακευτική, κυρίως με σπειρονολακτόνη (Aldactone) 100 -400 mg ημερησίως.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

### ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από υπερπαραγωγή ανδρογόνων στα επινεφρίδια με, συνήθως, σύγχρονη ανεπάρκεια εκκρίσεως γλυκοκορτικοειδών. Παρουσιάζεται στη νεογνική, παιδική και ενήλικη ζωή. Η αιτιολογία του συνδρόμου είναι διπλή. Στη νεογνική ηλικία οφείλεται κυρίως σε συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων και στην παιδική και ενήλικη ζωή, σε λειτουργικούς όγκους των επινεφριδίων.

Ο όρος συγγενής επινεφριδική υπερπλασία περιλαμβάνει γενετικές διαταραχές (έλλειψη) της παραγωγής ορισμένων από τα απαραίτητα ένζυμα της βιοσύνθεσης των στεροειδών. Το πατέλεσμα είναι η ελάττωση της παραγωγής κορτιζόλης, ενώ αντιρροπιστικώς αυξάνεται η παραγωγή της αδρονοκορτικοτρόπου ορμόνης της υποφύσεως (ACTH), η οποία και διεγείρει το φλοιό των επινεφριδίων σε υπερπλασία και υπερπαραγωγή προδρομων στεροειδικών ουσιών.

Η συμπτωματολογία του συνδρόμου ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με την ηλικία στην οποία θα εμφανιστεί καθώς και με το φύλο. Έτσι, αν παρουσιαστεί σε γυναίκες θα δημιουργηθεί (άσχετα με την ηλικία) φαινομενική αρρενοποίηση, όπως υπερτροφία της κλειτορίδας και εμφάνιση ανδρικών δευτερευόντων χαρακτηριστικών.

Εάν το σύνδρομο παρουσιαστεί σε αγόρια κατά την παιδική ηλικία θα προκαλέσει μια πρώιμη ψευδοήβη, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη των ανδρικών δευτερευόντων χαρακτηριστικών με

σύγχρονη παρουσία παιδικών όρχεων.

Θεραπευτικά, η χορήγηση κορτιζόλης στα άτομα αυτά διακόπτει την εξελίξη των συμπτωμάτων αυτών και δρα θεραπευτικά, εφόσον βέβαια συνεχισθεί εφ' όρου ζωής.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο νοσηλευτικό μέρος της εργασίας αυτής περιγράφονται οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και οι ενέργειες της νοσηλεύτριας αναλυτικά, για την αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από διαταραχές της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων. Πρέπει να τονιστεί ότι το έργο της νοσηλεύτριας στις περιπτώσεις αυτές είναι αρκετά δύσκολο και επίπονο, γνωρίζοντας η θεραπεία των διαταραχών που περιγράφησαν παραπάνω, τις περισσότερες φορές δεν είναι δυνατή.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια εκτός από τις γνώσεις και την άριστη κατάρτιση που πρέπει να έχει σχετικά με τις διαταραχές αυτές, πρέπει περισσότερο από κάθε άλλη φορά να διακατέχεται από δύναμη, υπομονή, κατανόηση και αγάπη για τον άρρωστο δεδομένου ότι οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχική του σφαίρα, και αυτό καθιστά το έργο της ακόμα πιο δύσκολο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡ- ΚΕΙΑ (ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON)

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλεύτριας στη φροντίδα του αρρώστου με φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια είναι:

1. Η εξασφάλιση επαρκούς διατροφής και διατήρησης της ισορροπίας των υγρών και ηλεκτρολυτών
2. Η ελάττωση των ενδογενών και εξωγενών στρεσογόνων παραγόντων
3. Η προαγωγή φυσικής και συναισθηματικής ανάπαυσης
4. Η πρόληψη και ο έλεγχος των επιπλοκών (Αδισωνική κρίση)
5. Η ανακούφιση από τον πόνο και τη δυσχέρεια
6. Η αξιολόγηση της απόκρισης στα θεραπευτικά μέτρα, φάρμακα, δίαιτα, χορήγηση υγρών
7. Η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης
8. Η ενθάρρυνση για προοδευτική δραστηριότητα
9. Η βοήθεια στη διαπραγμάτευση με τη νόσο, την αποδοχή και την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος.

Οι ενέργειες της νοσηλεύτριας για την επίτευξη όλων των στόχων της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενή με νόσο του Addison είναι οι παρακάτω:

1. Διόρθωση της διαταραχής υγρών και ηλεκτρολυτών

Στη περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια θα πρέπει: να παρακολουθεί τον ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα για συμπτώματα διαταραχής του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών (καλίου και νατρίου) όπως: αφυδάτωση, δίψα, μυική αδυναμία, ναυτία - εμετοι, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ζάλη, ίλιγγοι, ταχυσφυγμία, αρρυθμία.

Στη συνέχεια θα πρέπει να αρχίσει ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ο ασθενής, μετά από ιατρική οδηγία. Συνήθως χορηγείται φυσιολογικός ορός 0,9% για αύξηση της ποσότητας του νατρίου το οποίο αποβάλλεται λόγω μείωσης της αλδοστερόνης. η νοσηλεύτρια θα πρέπει με προσοχή και ακρίβεια να ετοιμάζει τους ορούς σύμφωνα με την ιατρική οδηγία που έχει δοθεί στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς. Αν χρειάζεται εμπλουτισμός των ορρών με ακρίβεια και στη σωστή δόση εμπλουτίζει η νοσηλεύτρια τους ορούς.

Ενημερώνει τον ασθενή για τον σκοπό της ενδοφλέβιας έγχυσης, τον καθησυχάζει από τυχόν φόβους και ανασφάλεια και τον παρακολουθεί συχνά για εμφάνιση ανεπιθύμητων αντιδράσεων από την ενδοφλέβια έγχυση όπως υποδόρια διαφυγή του υγρού, θρόμβωση της φλέβας κλπ. Κατόπιν, θα πρέπει η νοσηλεύτρια να εξασφαλίσει τη σωστή διαίτα για τον ασθενή, λόγω διαταραχής του ισοζυγίου. Στην προκειμένη περίπτωση δηλαδή θα πρέπει να χορηγούνται τροφές πλούσιες σε νάτριο όπως γάλα, κρέας, αυγά, μαγειρικό αλάτι και ορισμένα λαχανικά, όπως καρότα, σπανάκι κ.ά. και πτυχές σε κάλιο, δηλαδή να αποφεύγονται κυρίως τα φρούτα και τα χόρτα για την αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας που εμφανίζει ο ασθενής.

2. Γνώση των αιτιών που ενδέχεται να οδηγήσουν σε κυκλοφορικό collapsus (καταπληξία)

Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή να μην κουράζεται, να μην επιδίδεται σε δραστηριότητες που μπορεί να τον εξαντλήσουν, διότι η υπερβολική άσκηση είναι προδιαθεσικός παράγοντας καταπληξίας για έναν ασθενή με νόσο του Addison. Ακόμα η νοσηλεύτρια θα πρέπει να προστατεύει τον ασθενή από την έκθεση στο κρύο με αποφυγή έκθεσης του σε ρεύματα αέρος, τοποθέτηση αρκετών κλινσκεπασμάτων, έτσι ώστε να μην κρυώνει ο ασθενής, διότι και η έκθεση στο κρύο είναι προδιαθεσικός παράγοντας μιας καταπληξίας.

3. Διαπίστωση των πρώτων σημείων μιας αδισωνικής κρίσης

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή συχνά για την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως: ναυτία, έμετοι, κυάνωση, απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης, μεγάλη αύξηση της θερμοκρασίας που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση των όψιμων σημείων μιας αδισωνικής κρίσης όπως: πτώση της συστολικής πίεσης στα 40-50 mmHg, αδύνατο σφυγμό, ψυχρό κολλώδες δέρμα.

4. Αντιμετώπιση αδισωνικής κρίσης

Στην περίπτωση αυτή που είναι μια επείγουσα κατάσταση, η θεραπεία πρέπει να αρχίσει αμέσως.

- Αρχικά η νοσηλεύτρια αρχίζει παρεντερική χορήγηση υγρών

μετά από ιατρική οδηγία. Συνήθως χορηγείται ορός Dextrose 5% σε αλατούχο διάλυμα. Προσέχει την σωστή δόση της ενδοφλέβιας χορήγησης και παρακολουθεί τον ασθενή συχνά για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες.

- Χορηγεί σωστά και με ακρίβεια φάρμακα στον ασθενή μετά από ιατρική οδηγία. Υδροκορτιζόνη 300 mg ταχέως στην αρχή ενδοφλέβια. Προσέχει τη σωστή δόση και την ακριβή ώρα στην οποία ο ασθενής θα πρέπει να έχει πάρει την υδροκορτιζόνη για την αποκατάστασή του.

Επίσης, χορηγεί μετά από ιατρική οδηγία φάρμακα, με ινότροπη δράση στο μυοκάρδιο, όπως η υδροχλωρική Ντοπαμίνη 2-30 mg για την αποκατάσταση της χαμηλής αρτηριακής πίεσης, αντιεμετικά όπως Primpelan συνήθως 1x3 ενδοφλεβίως για την μείωση της ναυτίας και των εμέτων και αντιβιοτικά όπως Timentin 3,2 για την πρόληψη προσβολής του ασθενή από κάποια λοίμωξη, λόγω ελαττωμένης αντίστασης του οργανισμού του.

- Εάν η συστολική πίεση του ασθενή εξακολουθεί να βρίσκεται στα 40-50 mmHg αρχίζει μετάγγιση αίματος ο ασθενής μετά από ιατρική οδηγία. Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια πρέπει να προβεί στις παρακάτω ενέργειες:

- Βεβαίωση ότι έγινε ο καθορισμός της ομάδας αίματος του ασθενή και η διαδικασία διασταύρωσης για τον έλεγχο της συμβατότητας του δότη και του δέκτη
- Έλεγχος των στοιχείων της οδηγίας του γιατρού να συμπίπτουν με αυτά που αναγράφονται στις ετικέτες της φιάλης (ομάδα αίματος και Rhesus, ονοματεπώνυμο αρρώστου στην ετικέτα του δέκτη).
- Έλεγχος της ημερομηνίας λήψης του αίματος και λήψης



της χρήσης του

- Έλεγχος ότι το αίμα έχει ελεγχθεί και είναι αρνητικό στο αυστραλιανό αντιγόνο, σύφιλη και AIDS.

Μετά απο αυτήν τη διαδικασία η νοσηλεύτρια χορηγεί το αίμα στον ασθενή, αφού πρώτα έχει διακόψει οποιαδήποτε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και φαρμάκων και παρατηρεί αυτόν σε συχνά χρονικά διαστήματα για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από την μετάγγιση αίματος.

- Γίνεται σύνδεση του αρρσotu με μηχανήμα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής της καρδιακής λειτουργίας (monitor), έτσι ώστε να παρακολουθείται ο ασθενής συνεχώς.
- Η νοσηλεύτρια εκτελεί λήψη της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού και των αναπνοών καθε 15 min κατά τη διάρκεια της αδισωνικής κρίσης, μέχρι να σταθεροποιηθούν με την κατάλληλη αγωγή που έχει δοθεί στον ασθενή και λήψη θερμοκρασίας κάθε 1 ώρα. Αναγράφει αυτά με ακρίβεια στο θερμομετρικό διάγραμμα και στο δελτίο της ανά ώρα παρακολούθηση του ασθενούς.
- Γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών στην αρχή κάθε 1 ώρα και κατόπιν καθε 3 ώρες μετά από ιατρική οδηγία. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται σε περίπτωση που η ωριαία αποβολή ούρων είναι λιγότερη από 30 ml για δύο συνεχείς ώρες. Η νοσηλεύτρια πρέπει να κάνει σωστή μέτρηση και καταγραφή των υγρών στο δελτίο ισοζυγίου υγρών.
- Γίνεται τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Levin μετά από ιατρική οδηγία για την ανακούφιση του αρρώστου απο τους εμέτους. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί συχνά τον ασθενή για την σωστή λειτουργία του σωλήνα Levin, για τον κίνδυνο μετατόπισης του σωλήνα με αποτέλεσμα τον βήχα ή την κυάνωση

του ασθενούς.

Περιορίζει τα υγρά του ασθενούς από το στόμα και μετρά και σημειώνει με ακρίβεια τα αποβαλλόμενα υγρά του σωλήνα Levin για την πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.

- Η νοσηλεύτρια στην κρίσιμη αυτή ώρα που βρίσκεται ο ασθενής μένειόσο το δυνατόν περισσότερο κοντά του, τον παρακολουθεί, τον βοηθάει στο γύρισμα, το σήκωμα, το φαγητό και τη φροντίδα της ατομικής του καθαριότητας.

5. Προσεκτική παρατήρηση της συναισθηματικής κατάστασης του αρρώστου

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να εξασφαλίσει περιόδους ανάπαυσης του ασθενή, ήσυχο και γαλήνιο περιβάλλον για την αποφυγή οποιασδήποτε κόπωσης που μπορεί να τον οδηγήσει σε μια αδισωνική κρίση. Επίσης, προφυλλάσσει αυτόν από καταστάσεις που δημιουργούν ένταση και stress και με ενδιαφέρον και την αγάπη που δείχνει στον ασθενή προσπαθεί να τον καθησυχάσει και να κερδίσει την εμπιστοσύνη του. Σε περιπτώσεις διανοητικής σύγχυσης και ανησυχίας του ασθενή λαμβάνει μέτρα για την αποφυγή τραυματισμού του, όπως τοποθέτηση προφυλακτήρων στο κρεβάτι και μαξιλαριών.

6. Προφύλαξη του αρρώστου από λοιμώξεις, λόγω της ελαττωμένης αντίστασης του οργανισμού

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με:

- Προφύλαξη του αρρώστου από ρεύματα αέρος και υγρασία
- Ενίσχυση του διατροφολογίου του ασθενούς με λευκώματα και υδατάνθρακες κυρίως κρέας, γάλα, αυγά, φρέσκους χυμούς φρούτων
- Έλεγχο των επαφών του, ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση κάθε λοιμογόνου παράγοντα. Δηλαδή ενημέρωση του αρρώστου και των συγγενών του ότι το συχνό επισκεπτήριο και η παραμονή πολλών ατόμων στον θάλαμό του θέτουν σε κίνδυνο την αντίσταση του οργανισμού του, διότι αυξάνεται ο κίνδυνος μετάδοσης κάποιου λοιμογόνου παράγοντα.
- Συχνή παρακολούθηση του ασθενή και της θερμοκρασίας του για την εμφάνιση τυχόν συμπτωμάτων λοίμωξης από το αναπνευστικό ή ουροποιητικό σύστημα, όπως πυρετός, βήχας, αίσθημα καύσου κατά την ούρηση.

7. Παροχή βοήθειας κατά την πραγματοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων

Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια:

- Ενημερώνει τον ασθενή για τη διαδικασία των εξετάσεων
- Απαντά με υπομονή και λύνει τυχόν απορίες του ασθενή
- Καθησυχάζει τον ασθενή και τον ενημερώνει για τη σημασία που έχουν οι εξετάσεις αυτές για την προεία της νόσου του.
- Ειδικότερα, βοηθά τον ασθενή στη συλλογή δειγμάτων ούρων 24ωρου
- Εξηγεί στον ασθενή ότι πρέπει να συγκεντρώσει όλα τα ούρα της ημέρας στον ογκομετρικό ούρων που του δίνει. Πάνω στο ογκομετρικό αναγράφει το ονοματεπώνυμο του ασθενούς και τον

θάλαμο του.

8. Γνώση της νοσηλεύτριας σχετικά με τη φύση της θεραπείας των ασθενών με νόσο του Addison

Ειδικότερα η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει ότι μερικοί άρρωστοι χρειάζονται κορτιζόλη, ότι άλλοι ασθενείς χρειάζονται επιπρόσθετα και τη χορήγηση αλατοκορτικοειδούς για διατήρηση της ομοιόστασης. Επίσης θα πρέπει να παρακολουθεί συχνά τους αρρώστους για εμφάνιση παρενεργειών (αναφέρονται στο επόμενο κεφάλαιο) λόγω της χορήγησης κορτικοειδών φαρμάκων.

Ακόμα, θα πρέπει να προσέχει τον ασθενή για τον κίνδυνο κατακράτησης υγρών. Γι' αυτό πρέπει να ζυγίζεται συχνά ο ασθενής και να αναγράφεται σε ειδικό δελτίο το βάρος του σώματος του.

9. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας του σχετικά με:

- Τη φύση της νόσου. Οτι είναι μια νόσος που χρειάζεται δυστυχώς τη λήψη κορτιζόλης εφ' όρου ζωής και ότι με προσοχή και αποφυγή ορισμένων βλαπτικών παραγόντων όπως, άγχος, κούραση κλπ. ο ασθενής μπορεί να ζήσει μια φυσιολογική ζωή.
- Την επίδραση των κορτικοστεροειδών στον ανθρώπινο οργανισμό (αναφέρονται παρακάτω) και καθυσύχαση του ασθενούς για την εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων, όπως υπερτρίχωση από την μακροχρόνια λήψη κορτιζόλης.

- Την ανάγκη να φορεί πάντοτε ο ασθενής (μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο) ιατρική ταυτότητα, που θα αναφέρει την πάθησή του, το τηλέφωνο του θεράποντα γιατρού και ότι παίρνει κορτιζόνη, η οποία θα πρέπει να αυξηθεί σε περίπτωση καταπληξίας (shock).
- Τα σημεία και τα συμπτώματα της αδισωνικής κρίσης: ναυτία - έμετοι, πτώση αρτηριακής πίεσης, υψηλός πυρετός, διανοητική σύγχυση και ενημέρωση για την σημασία που έχει η γρήγορη διακομιδή του αρρώστου στο νοσοκομείο για την ίδια του τη ζωή.

#### 10. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς

Σε όλη τη διάρκεια παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο, έχει μεγάλη σημασία η συμπαράσταση της νοσηλεύτριας προς αυτόν, δεδομένου ότι η νόσος του Addison επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχική σφαίρα του ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια είναι το άτομο που με τα λόγια και τις πράξεις της θα πρέπει να δημιουργήσει αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στον ασθενή και με την κατανόηση, την αγάπη και τον ενδιαφέρον της προς αυτόν θα βοηθήσει στην τόνωση του ηθικού του και την καθυσύχασση του από διαφορους φόβους, εφόσον γνωρίζει πόσο σημαντική είναι η αποφυγή ανησυχίας και άγχους για την ομαλή πορεία της νόσου του ασθενούς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πριν προχωρήσουμε στη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διαταραχές του φλοιού των επινεφριδίων, είναι αναγκαίο να αναφερθούμε στη δράση των κορτικοειδών φαρμάκων και τί πρέπει να γνωρίζει η νοσηλεύτρια γι' αυτά, λόγω του ότι είναι τα υπ' αριθμόν ένα φάρμακο για την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών.

- Πολλές ανεπιθύμητες καταστάσεις εμφανίζονται ως επακόλουθα από τη χορήγηση ορμονών της φλοιώδους μοίρας των επινεφριδίων, για θεραπευτικό σκοπό. Η χορήγηση κορτικοειδών για μεγάλο χρονικό διάστημα έχει ως επακόλουθο την διακοπή της εκκρίσεως της ACTH από την υπόφυση.
- Η καταστολή των φλεγμονών στους αρρώστους με τη θεραπεία των κορτικοειδών φαρμάκων είναι ευεργετικό επακόλουθο, παρ' όλα αυτά όμως, τα φάρμακα αυτά έχουν την τάση να καλύπτουν την παρουσία φλεγμονής, όπως συμβαίνει στην αναζωπύρωση λανθάνουσας φυματιώσεως.

Γι' αυτό όλοι όσοι υποβάλλονται σε θεραπεία με κορτικοειδή πρέπει να ερευνοούνται με προσοχή και να κάνουν ακτινογραφία θώρακα, πριν αρχίσει η θεραπεία, για να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο πνευμονικής φυματίωσης. Μετά την έναρξη της θεραπείας, παρακολουθείται ο άρρωστος για τυχόν συμπτώματα λοιμώξεως.

- Τα κορτικοειδή ακόμα ξαναφέρνουν σε δραστηριότητα έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου, αν υπάρχει και βοηθούν στη διατήρηση του. Όσοι, λοιπόν, έχουν ιστορικό έλκους υποβάλλονται στη θεραπεία με κορτικοειδή τότε μόνο, όταν αυτή είναι αναγκαία.
- Τα κορτικοειδή προκαλούν αναστολή της ανάπτυξης νέων ιστών, γι' αυτό αν υπάρχει τραύμα ή όταν προκειται να δημιουργηθεί όπως στην εγχείρηση, χορηγούνται αυτά με επιφύλαξη.
- Επειδή η ACTH και η κορτιζόλη κατακρατούν χλωριούχο νάτριο, συνίσταται ο περιορισμός του σε άτομα στα οποία κρίνεται αναγκαία η χορήγησή του, εφόσον έχουν βεβαρημένο κυκλοφορικό σύστημα. Ακόμη, οι άρρωστοι αυτοί ζυγίζονται και ερευνοούνται για οιδήματα κάθε ημέρα, για έγκαιρο προσδιορισμό συμπτωμάτων κατακράτησης νερού.
- Οι δυσμενείς επιδράσεις των κορτικοειδών στην ψυχική σφαίρα του αρρώστου πρέπει να υπολογίζονται σοβαρά από τη νοσηλεύτρια που καλείται να παρακολουθεί τον άρρωστο για εμφάνιση συμπτωμάτων που έχουν σχέση με την αλλαγή της ψυχικής του σφαίρας.
- Προσοχή χρειάζεται, αν πρόκειται να διακοπεί η θεραπεία με κορτικοειδή. Η απότομη διακοπή των φαρμάκων αυτών προκαλεί αδισωνική κρίση. Η εμφάνιση της αδισωνικής κρίσης γίνεται περισσότερο θορυβώδης και μερικές φορές θανατηφόρα, όταν ο άρρωστος, που έκανε για μεγάλο χρονικό διάστημα θεραπεία με κορτικοειδή, προχωρήσει σε χειρουργική επέμβαση και διακόψει έστω και για λίγο τη χορήγηση των ορμονών αυτών. Η νοσηλεύτρια είναι σε θέση να μειώσει τον κίνδυνο μιας τέτοιας σοβαρής επιπλοκής, όταν γνωρίζει ότι ο άρρωστος κατά την προεγχειρητική ή και μετεγχειρητική περίοδο υποβαλλόταν σε

θεραπεία με κορτικοειδή.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλεύτριας στη φροντίδα του αρρώστου με σύνδρομο Cushing είναι οι παρακάτω:

1. Προαγωγή φυσικής και συναισθηματικής ανάπαυσης
2. Μείωση των διαφόρων παραγόντων που προκαλούν stress.
3. Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίου ύδατος
4. Μείωση του πόνου και πρόληψη της επανεμφάνισης του, εάν είναι δυνατόν
5. Βοήθεια στην πρόληψη ή και τον έλεγχο των επιπλοκών: λοίμωξη, έλκος, υπέρταση
6. Βοήθεια στη διαπραγμάτευση με τη νόσο και την αποδοχή του θεραπευτικού σχήματος
7. Μείωση των σφαλμάτων κατά τη συλλογή δειγμάτων για τις διαγνωστικές εξετάσεις
8. Ετοιμασία του αρρώστου για την προτεινόμενη θεραπευτική παρέμβαση: χειρουργική, ακτινοβολία

Εάν πρόκειται ο άρρωστος να χειρουργηθεί, οι σκοποί της νοσηλευτικής του φροντίδας είναι:

1. Μείωση του πόνου και της δυσχέρειας
2. Βοήθεια στην πρόληψη ή και τον έλεγχο των επιπλοκών: υπόταση, μόλυνση, θρόμβωση.
3. Προαγωγή epούλωσης του τραύματος
4. Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής

5. Ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη φύση της νόσου  
Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει ακτινοβολία οι σκοποί της νοσηλευτικής του φροντίδας είναι:

1. Ενημέρωση του αρρώστου γι' αυτό το είδος θεραπείας
2. Προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου γαι τη θεραπεία
3. Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της
4. Ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά την θεραπεία
5. Βοήθεια στον έλεγχο της ορμονικής ανεπάρκειας

Οι ενέργειες της νοσηλεύτριας για την επίτευξη όλων των στόχων της φροντίδας ενός ασθενή με σύνδρομο Cushing είναι οι παρακάτω:

1. Προετοιμασία του αρρώστου για τις διαγνωστικές εξετάσεις

Η προετοιμασία αυτή περιλαμβάνει: την ενημέρωση του αρρώστου για τις διαγνωστικές εξετάσεις και την επεξήγηση της ανάγκης εκτέλεσης επανειλημμένων εξετάσεων αίματος και ούρων. Η νοσηλεύτρια με υπομονή και κατανόηση απέναντι στην ανησυχία και το φόβο που νιώθει ο ασθενής προσπαθεί να εξηγήσει στον ασθενή ότι οι συνεχείς αιμοληψίες που γίνονται έχουν σαν στόχο την μέτρηση της κορτιζόλης του αίματος του, που είναι απαραίτητη για να τεθεί η διάγνωση του είδους του συνδρόμου Cushing (υποφυσιακό, επινεφρικό ή λόγω νεοπλάσματος) γεγονός που θα καθορίσει και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει.

Το ίδιο συμβαίνει και με την συλλογή δειγμάτων ούρων 24ώρου. Η νοσηλεύτρια επεξηγεί στον ασθενή ότι πρέπει να συλλέξει όλα τα

ούρα της ημέρας στο ειδικό ογκομετρικό δοχείο που του έχει δώσει, αφού πρώτα κάνει τοπική καθαριότητα μόνος του ή με την βοήθεια της, αν χρειαστεί.

## 2. Πρόληψη και έλεγχος των λοιμώξεων

Ο ασθενής με σύνδρομο Cushing όπως έχει αναφερθεί, έχει αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις, λόγω της καταστολής της αντιφλεγμονώδους αντίδρασης του οργανισμού, από την κορτιζόλη.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να προστατεύσει τον ασθενή της από τον κίνδυνο των λοιμώξεων με τις παρακάτω ενέργειες:

- Περιορίζει την επαφή του αρρώστου με άλλους αρρώστους (μονόκλινο δωμάτιο), με επισκέπτες, αλλά και γενικά με άτομα της ομάδας υγείας - μικροβιοφορείς (πχ. μέλος ομάδας υγείας πλησίασε τον άρρωστο, αφού προηγουμενως είχε νοσηλεύσει άλλους αρρώστους, φορείς ανθεκτικών μικροβίων)
- Η νοσηλεύτρια φορά μάσκα σε περίπτωση που έχει κρυολόγημα.
- Προστατεύει τον άρρωστο από ψύξη με απομάκρυνσή του από ρεύματα αέρος, τοποθέτηση κλινοσκεπασμάτων κλπ.
- Χρησιμοποιεί αποστειρωμένο υλικό και τηρεί όλους τους όρους ασηψίας κατά τη διάρκεια διαφόρων νοσηλειών, όπως καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.
- Παρακολουθεί συνεχώς τον ασθενή της για συμπτώματα λοίμωξης όπως: βήχας, παθολογική αναπνοή, πυρετός, πόνος και αίσθημα καύσου κατά την ούρηση και ενημερώνει ανάλογα τον θεράποντα ιατρό.
- Αντιμετωπίζει τις λοιμώξεις με ακριβή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, ικανοποιητική ενυδάτωση του ασθενή και ενί-

σχυση του διαιτολογίου του με λευκώματα και βιταμίνες.

### 3. Ενθάρρυνση του αρρώστου να ακολουθεί το διαιτητικό σχήμα

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι η διαιτητική αγωγή (δίαιτα πτωχή σε νάτριο και πλούσια σε κάλιο) είναι τόσο σημαντική για τη θεραπεία της νόσου, όσο και η φαρμακευτική αγωγή. Το διαιτολόγιο του θα πρέπει να είναι περιορισμένο σε υδατάνθρακες και νάτριο, αλλά πλούσιο σε λευκώματα και κάλιο. Το διαιτολόγιο αυτό βοηθάει στην απώλεια σωματικού βάρους, τον περιορισμό των οιδημάτων, της υπέρτασης, ρυθμίζει την υποκαλιαιμία και αναπλάθει τους κατεστραμμένους ιστούς.

Τροφές πλούσιες σε κάλιο είναι: το κρέας, τα ψάρια, τα περισσότερα λαχανικά και φρούτα και τα όσπρια.

Τροφές πτωχές σε νάτριο είναι: τα δημητριακά, οι πατάτες, το μαρούλι, τα κολοκύθια, το μέλι και γενικά όλα τα ανάλατα φαγητά.

### 4. Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο

Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια χορηγεί αναλγητικά φάρμακα στον ασθενή, μετά από ιατρική οδηγία. Λόγω του ότι ο ασθενής υποφέρει από γενικευμένα οστικά άλγη και μυϊκή αδυναμία συνήθως χορηγούνται ισχυρά αναλγητικά φάρμακα όπως η πεθιδίνη, Zideron, Μορφίνη κλπ.

Η νοσηλεύτρια χορηγεί αυτά με μεγάλη προσοχή και ακρίβεια τηρώντας την ακριβή δόση και την σωστή οδό χορήγησης (ενδομυϊκά, ενδοφλέβια) όπως έχει καθοριστεί από τον γιατρό και παρακολουθεί

συχνά τον ασθενή της για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά και για το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής που του δόθηκε.

Επίσης, βοηθα τον ασθενή της να αλλάζει θέση στο κρεβάτι για πρόληψη μυϊκής δυσκαμψίας και κατακλίσεων, αλλά και στις άλλες ανάγκες που εκφράζει, όπως βοήθεια στο φαγητό, το σήκωμα, το λουτρό καθαριότητας, την ούρηση κλπ.

#### 5. Παρακολούθηση και αναγραφή των αντιδράσεων του αρρώστου στα θεραπευτικά μέτρα

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να μετρά το βάρος του σώματος του ασθενής καθημερινά την ίδια ώρα, με τις ίδιες συνθήκες και τον ίδιο ζυγό και να καταγράφει αυτό σε ειδικό δελτίο. Η μείωση του βάρους του σώματος οφείλεται στην μειωμένη πρόσληψη νατρίου με αποτέλεσμα τη μείωση των οιδημάτων.

Άλλες ενέργειες της νοσηλεύτριας για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου του αρρώστου είναι: Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας, ανά 3ωρο και καταγραφή τους στο θερμομετρικό διάγραμμα. Τα πρώτα 24ωρα νοσηλείας του ασθενή πρέπει να γίνεται ιδιαίτερα, μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης κάθε 1 ώρα, λόγω της υπέρτασης που παρουσιάζει ο ασθενής από την αύξηση του νατρίου του αίματος.

Επίσης, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος κάθε πρωί των ούρων του ασθενή για σάκχαρο και οξόνη, διότι το 30% των ασθενών που πάσχουν με σύνδρομο Cushing έχουν τυπικό σακχαρώδη διαβήτη.

Ο έλεγχος αυτός γίνεται πολύ εύκολα με το ειδικό cliniceto ούρων, που υπάρχει. Η νοσηλεύτρια κάθε πρωί παίρνει ένα μικρο δείγμα ούρων από τον ασθενή. Αν ο ασθενής έχει ουροκαθετήρα

κλείνει με μια λαβίδα τον καθετήρα για να σταματήσει η ροή των ούρων και με άσηπτη τεχνική απελευθερώνει τον ουροσυλλέκτη από τον καθετήρα και τοποθετεί μια σύριγγα στον ουροκαθετήρα αναρροφώντας μικρή ποσότητα ούρων.

Αν ο ασθενής δεν έχει καθετήρα, ζητά η νοσηλεύτρια από αυτόν να συλλέξει ένα μικρό δείγμα ούρων στου ουρομπόξ που του έδωσε και κατόπιν κάνει τη μέτρηση. Αναλογα με το χρώμα που παίρνει το ειδικό στίκ μετά την τοποθέτηση ούρων του ασθενή, συγκρίνεται με το φυσιολογικό χρώμα που βρίσκεται στο cliniceto και έτσι φαίνεται πόσοι σταυροί σακχάρου και οξόνης υπάρχουν στα ούρα και ενημερώνεται αντίστοιχα ο θεράπων ιατρός. Αν δεν αλλάξει το χρώμα τότε τα ούρα του ασθενή είναι φυσιολογικά (χωρίς σάκχαρο και οξόνη).

#### 6. Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση παρενεργειων από τη χορήγηση των φαρμάκων

Το παράγωγο 0,p-DDD που χορηγείται σε ασθενείς με σύνδρομο Cushing έχει κυτταροτοξική δράση και προκαλεί σεόλους τους αρρώστους παρενέργειες, όπως ανορεξία, διάρροια, ναυτία ή εμέτους. Η νοσηλεύτρια καθησυχάζει τον ασθενή και τον ενημερώνει για τις παρενέργειες του φαρμάκου που παίρνει. Ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό και ανάλογα με το είδος της παρενέργειας που εμφανίζει ο ασθενής δίνεται η ανάλογη αγωγή.

- Επί αφθόνων εμέτων χορήγηση αντιεμετικών, όπως Primpelan 1x3 ενδοφλεβίως.
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Levin. Ακριβής μέτρηση και καταγραφή των εμέτων για πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου

υγρών και ηλεκτρολυτών.

- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για ενυδάτωση του ασθενούς μετά από οδηγία ιατρού. Συνήθως, χορηγείται ορός Lactated Ringer's που περιέχει ηλεκτρολύτες.
- Σε περίπτωση διάρροιας χορήγηση αντιδιαρροϊκών, όπως Imodium σιρόπι 1x2 μετά από ιατρική οδηγία.

7. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και ψυχολογική υποστήριξή του

Η νοσηλεύτρια με τα λόγια και τις πράξεις της προσπαθεί να συμπαρασταθεί στον άρρωστο και να καθησυχάσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Γνωρίζοντας τις ψυχικές διαταραχές που προκαλεί το σύνδρομο Cushing, η νοσηλεύτρια με υπομονή και ενδιαφέρον για τον ασθενή της προσπαθεί να ηρεμήσει αυτόν όσο μπορεί, δείχνοντας του ότι είναι συνεχώς δίπλα του και τον προστατεύει για ό,τι χρειαστεί. Ακόμα μπορεί να χορηγήσει σε αυτόν φάρμακα κατόπιν ιατρικής οδηγίας για την προαγωγή της ανάπαυσης και του ύπνου που τόσο έχουν ανάγκη οι ασθενείς αυτοί.

8. Προετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση

- Προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου

Αυτή πρέπει να περιλαμβάνει την σωματική τόνωση του ασθενούς με ενίσχυση του διατροφολογίου του με λευκώματα, και βιταμίνες για διόρθωση του ανισοζυγίου του λευκώματος.

- Τόνωση του ηθικού του ασθενούς: Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να

δημιουργήσει στον ασθενή κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας καθυστερώντας το άγχος και τον φόβο που τον διακατέχει πριν την χειρουργική επέμβαση, γνωρίζοντας ότι αρκετοί ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με τέτοια συναισθήματα παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως shock, κ.ά.

- Καθαριότητα του ασθενούς και καθαρισμός του εντερικού σωλήνα: Η νοσηλεύτρια την παραμονή της επέμβασης βοηθά τον ασθενή να κάνει λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος. Επίσης, η νοσηλεύτρια βοηθά τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με τη χορήγηση καθαρικών φαρμάκων ή καθαρτικού υποκλυσμού, ανάλογα με ιατρική οδηγία για την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως και την αποφυγή δημιουργίας αερίων.
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς: Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει το μέρος του σώματος που πρόκειται να γίνει επέμβαση με καθαριότητα, αντισηψία του δέρματος και αποτρίχωση, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.
- Το πρωί της χειρουργικής επέμβασης είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να χορηγήσει γλυκοκορτικοειδή στον ασθενή όπως καθορίστηκε από τον θεράποντα ιατρό. Η κορτιζόλη προστατεύει τον άρρωστο από οξεία επινεφριδιακή ανεπάρκεια κατά την επινεφριδιεκτομή.
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο και την οικογένεια του σχετικά με την μετεγχειρητική προσαρμογή και την ενεργό συμμετοχή τους στο θεραπευτικό σχήμα σε περίπτωση που θα γίνει αμφοτερόπλευρη επινεφριδιεκτομή ή υποφυσεκτομή, οπότε θα υπάρχει ανάγκη χορήγησης θεραπείας υποκατάστασης, εφ'



όρου ζωής.

- Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Περιλαμβάνει:

- Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο: Η νοσηλεύτρια στην περίπτωση αυτή τοποθετεί τον ασθενή σε κατάλληλη θέση έτσι ώστε να προκληθεί χαλάρωση των μυών που προκαλούν πόνο στον ασθενή. Επίσης, χορηγεί αναλγητικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία και παρακολουθεί το αποτέλεσμα τους.
- Παρακολούθηση του ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα για εμφάνιση επιπλοκών, όπως: επινεφριδιακή κρίση, shock-αιμορραγία, λοίμωξη, παραλυτικός ειλεός, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
- Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών: Αυτή περιλαμβάνει:
  - Τον έλεγχο του εγχειρητικού πεδίου του ασθενούς κάθε ώρα, για ερυθρότητα, οίδημα, μη φυσιολογική αιμορραγία, παροχέτευση υγρών.
  - Την αλλαγή τραύματος με άσηπτη τεχνική: Η νοσηλεύτρια ετοιμάζει το τροχήλατο αλλαγών με αποστειρωμένο υλικό και εργαλεία και φροντίζει για την άσηπτη αλλαγή του τραύματος σε συνεργασία με τον ιατρό.
  - Την εκτίμηση της γαστρεντερικής λειτουργίας: ναυτία, έμετοι, περισταλτισμός εντέρου. Συνήθως, το πρώτο 24ωρο μετά την επέμβαση γίνεται χορήγηση αντιεμετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Σε συνεχιζόμενους εμέτους γίνεται τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Levin κι έτσι απαλλάσσεται ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παρακολουθεί το ποσό, τη συχνότητα και το χαρακτήρα των εμεσμάτων και

να καταγράψει αυτά στο νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς.

- Παρότρυνση του ασθενή να βήχει, να παίρνει βαθειές αναπνοές, να κάνει κινήσεις των άκρων: Με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας ο ασθενής αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι και προσπαθεί να σηκωθεί από το κρεβάτι, όσο το δυνατόν γρηγορότερα για την πρόληψη επιπλοκών του αναπνευστικού, όπως πνευμονία, ατελεκτασία.
- Παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας του ασθενή ανά 1 ώρα το πρώτο 24ωρο μετά την επέμβαση, και κατόπιν κάθε 3ωρο.

Διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης εμφανίζονται μετά την επινεφριδιεκτομή, εξαιτίας των μεγάλων ποσοτήτων των επινεφριδικών ορμονών που χύνονται στην κυκλοφορία από το χειρισμό του αδένα κατά την επέμβαση. Shock μπορεί να εμφανιστεί καθώς τα επίπεδα των ορμονών στο αίμα πέφτουν και ο άρρωστος εμφανίζει ανεπάρκεια κορτικοστεροειδών. Η χορήγηση κορτιζόλης είναι απαραίτητη για να μπορεί ο άρρωστος να αντιμετωπίσει την κρίσιμη περίοδο του μετεγχειρητικού stress.

- Τήρηση πίνακα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών: Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να μετρά κάθε ώρα την αποβολή ούρων του ασθενούς και αν το ποσό των ούρων μειωθεί κάτω από 30 ml την ώρα, θα πρέπει να ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό. Επίσης, μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην δόση της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών όταν παράλληλα αυξάνεται η δόση των αγγειοσυσπαστικών (για πρόληψη shock), διότι σε ορισμένες περιπτώσεις ο άρρωστος μπορεί να υπερυδατωθεί.
- Βαθμιαία ελάττωση της κορτιζόλης μετεγχειρητικά: Η νοση-

λεύτρια θα πρέπει να παρακολουθεί στενά τον άρρωστο κατά την περίοδο που μειώνεται η δόση της κορτιζόλης, ενώ καθορίζεται η δόση συντήρησης, για εμφάνιση σημείων κορτικοειδικής ανεπάρκειας (shock, διάρροια, κοιλιακά άλγη, υπό ή υπερθερμία, υπογλυκαεμία) ή για ενδείξεις υπερβολικής έκκρισης κορτικοειδών (υπέρταση, αύξηση σωματικού βάρους, οιδήματα).

#### 9. Προετοιμασία του αρρώστου για ακτινοβολία

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή για το είδος αυτό της θεραπείας του. Καθησυχάζει αυτόν και προσπαθεί να εξαλείψει τους φόβους του. Ενημερώνει αυτόν ότι η ακτινοβολία δεν πονά, ότι δεν θα είναι μόνος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ότι μετά την ακτινοβολία δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας και ότι θα επιστρέψει στον θάλαμό του.

Πριν αρχίσει η ακτινοθεραπεία ο ασθενής ενημερώνεται στα παρακάτω:

- Η περιοχή της ακτινοβολίας διατηρείται στεγνή, πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι, αποφεύγει τις αλοιφές και τις εντριβές, προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο και αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή.
- Δεν αφαιρεί το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.

Μετά την ακτινοθεραπεία η νοσηλεύτρια παρακολουθεί συχνά τον ασθενή για την πρόληψη εκδήλωσης αντιδράσεων από την ακτινοβολία, όπως είναι ναυτία - έμετοι, ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, ακτινοδερματίτιδα, ώστε να τις διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη

να βοηθήσει τον ασθενή καταλληλα.

Ειδικότερα, σε ακτινοδερματίτιδα:

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται,
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών
- καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό,
- Τοποθετούνται στην περιοχή αμυλούχες τροφές μετά από ιατρική οδηγία, και
- Ενημερώνεται ο ασθενής να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα

Σε εμφάνιση ναυτίας-εμέτων, ανορεξίας και καταβολής δυνάμεων η νοσηλεύτρια:

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά φάρμακα με ιατρική οδηγία,
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου. Χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας,
- Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου, όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του, που συμβάλλει στη μείωση και την αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

10. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του σχετικά με:

- Τη φύση της νόσου. Ότι το σύνδρομο Cushing είναι μια νόσος που απαιτεί φαρμακευτική αγωγή εφ' όρου ζωής και ότι ειδικά μετά από μια επινεφριδτεκτομή είναι αναγκαίο ο άρρωστος να καλύπτεται με θεραπεία υποκατάστατων ορμονών για όλη του τη

ζωή.

- Τα σημεία και συμπτώματα της επινεφριδικής κρίσης
- Τα σημεία και συμπτώματα του συνδρόμου Cushing
- Την ανακεφαλαίωση των παρενεργειών της κορτιζονοθεραπείας
- Την ανάγκη να φορά πάντοτε ο άρρωστος την ιατρική ταυτότητα στο χέρι, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, όπου θα αναγράφεται το είδος του φαρμάκου που παίρνει, το τηλέφωνο του θεράποντα ιατρού και ότι έχει κάνει επινεφριδεκτομή.
- Την ανάγκη να ενημερώνει το γιατρό αμέσως σε περίπτωση αρρώστειας, λοίμωξης, ή σε περίοδο αυξημένου stress, γιατί θα πρέπει να αυξηθεί η δόση του φαρμάκου.
- Την ανάγκη να παίρνει τα φάρμακά του κατά την ώρα του φαγητού ή με γάλα και να ενημερώνει το γιατρό αν αισθανθεί γαστρεντερικές διαταραχές.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ CONN)

Οι αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας της νοσηλεύτριας σε έναν άρρωστο με σύνδρομο Conn είναι οι παρακάτω:

- 1) Ανακούφιση από τον πόνο
- 2) Προαγωγή φυσικής και συναισθηματικής ανάπαυσης και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου
- 3) Πρόληψη και έλεγχος των επιπλοκών
- 4) Κάλυψη των ανισοζυγίων
- 5) Ψυχολογική προετοιμασία για τις διαγνωστικές εξετάσεις και τυχόν χειρουργία
- 6) Αξιολόγηση της απόκρισης στο θεραπευτικό σχήμα
- 7) Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειάς του για αντιμετώπιση των προβλημάτων τους μετά την επιστροφή στο σπίτι.

Η νοσηλευτική φροντίδα για την επίτευξη αυτών των σκοπών συνίσταται σε:

1. Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο και την μυϊκή αδυναμία

Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον ασθενή της σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, έτσι ώστε να ανακουφίζεται από τον

πόνο. Βοηθά αυτόν επίσης να αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι και προσπαθεί να καλύψει όλες τις φυσικές ανάγκες του αρρώστου, ο οποίος συχνά δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, λόγω της μυϊκής αδυναμίας που παρουσιάζει.

Χορηγεί με ακρίβεια και προσοχή αναλγητικά φάρμακα στον ασθενή μετά από ιατρική οδηγία και παρακολουθεί αυτόν σε τακτά χρονικά διαστήματα για να αξιολογήσει το αποτέλεσμά τους.

Αποφεύγει κάθε ενέργεια του αρρώστου που μπορεί να προκαλέσει κόπωση και κατόπιν ιατρικής οδηγίας μπορεί η νοσηλεύτρια να χορηγήσει καταπραΰντικά και ηρεμιστικά φάρμακα για προαγωγή της ανάπαυσης και του ύπνου που τόσο πολύ ανάγκη έχει ο ασθενής με αυτό το σύνδρομο.

## 2. Αντιμετώπιση της υποκαλιαιμίας

Λόγω της αυπερέκκρισης κροτικοειδών εμφανίζεται υποκαλιαιμία, η οποία προκαλεί διαταραχή των λευκωμάτων και των υδατανθράκων του αρρώστου. Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενισχύσει το διαιτολόγιο του ασθενούς με λευκώματα και κάλιο. Τροφές πλούσιες σε κάλιο είναι το κρέας, τα ψάρια, ο χυμός πορτοκαλιού αλλά και τα περισσότερα φρούτα. Παράλληλα όμως με την υπερέκκριση της αλδοστερόνης προκαλείται κατακράτηση νατρίου η οποία οδηγεί στην υπέρταση.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αποφύγει τη χορήγηση τροφών στον άρρωστο που περιέχουν νάτριο, κυρίως δηλαδή να δίνει στον ασθενή ανάλατη διαίτα και να περιορίσει τη λήψη υγρών. Με αυτό το διαιτολόγιο ρυθμίζεται η υποκαλιαιμία, περιορίζονται τα οιδήματα και η υπέρταση και αναπλάθονται οι κατεστραμμένοι ιστοί.

3. Εκτίμηση των κινητικών και αισθητικών διαταραχών του αρρώστου και λήψη κατάλληλων μέτρων

Λόγω της αλκάλωσης που προκαλείται ο ασθενής συχνά παρουσιάζει σπασμούς και παραισθήσεις. Στην περίπτωση αυτή, καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να προστατεύσει τον ασθενή από τυχόν τραυματισμούς κατά τη διάρκεια των σπασμών. Τοποθετεί προφυλακτικές στο κρεβάτι και μαξιλάρια στα πάνω κάγκελλα του κρεβατιού κι αν χρειαστεί ο άρρωστος να μετακινηθεί, η νοσηλεύτρια τον βοηθά και βρίσκεται συνεχώς κοντά του.

Αυτό που έχει μεγάλη σημασία για την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου είναι να μην αφήσει η νοσηλεύτρια αυτόν να καταλάβει ότι έχει παραισθήσεις στα διαστήματα διανοητικής διαύγειας του, γιατί αυτό θα αποδυναμώσει ψυχικά τον ασθενή ακόμα περισσότερο, γεγονός που θα κάνει την πορεία της νόσου του δυσχερέστερη.

4. Παρακολούθηση και καταγραφή των αντιδράσεων του αρρώστου στα θεραπευτικά μέτρα

Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια θα πρέπει να κάνει συχνό έλεγχο της θερμοκρασίας και των ζωτικών σημείων του ασθενή ανά 3ωρο και να καταγράφει αυτά με ακρίβεια στο θερμομετρικό διάγραμμα. Τα πρώτα 24ωρα της νοσηλείας του ασθενή πρέπει να γίνεται ιδιαίτερα, μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίσης κάθε 1 ώρα, λόγω της υπέρτασης που παρουσιάζει ο ασθενής από την αύξηση του νατρίου του αίματος. Ακόμα θα πρέπει να μετράτ ο βάρος του ασθενή καθημερινά και κάτω από τις ίδιες συνθήκες και να το καταγράφει σε ειδικό δελτίο. Σημαντική ενέργεια της νοσηλεύτριας είναι η



ακριβής τήρηση πίνακα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών για τη διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του ασθενή.

#### 5. Βοήθεια του αρρώστου για τις διαγνωστικές εξετάσεις

Η νοσηλεύτρια κατανοώντας την ανησυχία, το άγχος, το φόβο και την κούραση που νιώθει ο ασθενής από τις συνεχείς διαγνωστικές εξετάσεις προσπαθεί να του συμπαρασταθεί και να του εξηγήσει τη σημασία που έχουν οι επανειλημμένες εξετάσεις αίματος και ούρων στον καθορισμό της περαιτέρω θεραπευτικής αγωγής που θα τεθεί.

Βοηθά αυτόν κατά τη συλλογή δειγμάτων ούρων 24ωρου ειδικά σε περιπτώσεις που ο άρρωστος δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και ενισχύει αυτόν ψυχολογικά κατά τη διάρκεια των συνεχών αιμοληψιών.

#### 6. Προετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση

Αυτή πρέπει να περιλαμβάνει την σωματική τόνωση του ασθενούς με ενίσχυση του διατροφολογίου του με λευκώματα και κάλιο για διόρθωση του ανισοζυγίου (όπως περιγράφηκε παραπάνω), την ψυχική υποστήριξη του ασθενούς και την εξήγηση ότι η χειρουργική επέμβαση είναι ο τρόπος θεραπείας με τον οποίο θα απαλλαγθεί από το νόσημα, το οποίο υποφέρει. Η νοσηλεύτρια σε αυτή τη φάση θα πρέπει οπλισμένη με υπομονή, κατανόηση και αγάπη να βοηθήσει στην

τόνωση του ηθικού του ασθενούς επισημαίνοντας σε αυτόν ότι θα είναι κοντά του και θα τον βοηθήσει όσο μπορεί μετεγχειρητικά για την γρήγορη αποκατάστασή του. Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε αφαίρεση του επινεφριδικού αδενώματος ή επινεφριδεκτομή δεν διαφέρει σε τίποτα από την προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς με σύνδρομο Cushing (όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο).

Το πιο σημαντικό στοιχείο στην προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς με σύνδρομο Conn, είναι η χορήγηση σπειρονολακτόνης (Aldactone) 25-50 mg ημερησίως και εί μια βδομάδα τουλάχιστον πριν την επέμβαση, για να ενεργοποιηθεί το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης που έχει κατασταλεί από τη χρόνια υπεραλδοστεροναιμία. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται ο κίνδυνος μετεγχειρητικού υπεραλδοστερονισμού.

Επίσης, το πρωί της χειρουργικής επέμβασης είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να χορηγήσει γλυκοκορτικοειδή στον ασθενή, όπως καθορίστηκε από τον θεράποντα ιατρό. Η κορτιζόλη προστατεύει τον ασθενή από τον κίνδυνο της οξείας επινεφριδιακής ανεπάρκειας κατά την επινεφριδεκτομή.

## 7. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με σύνδρομο Conn δεν διαφέρει από αυτήν του ασθενούς με σύνδρομο Cushing, όπως περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, διότι και στις δύο έχει γίνει μερική ή ολική επινεφριδεκτομή.

Συνοπτικά, η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται σε:

- Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο

- Παρακολούθηση του ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα για εμφάνιση επιπλοκών όπως: επινεφριδική κρίση, shock-αιμορραγία, λοίμωξη, παραλυτικός ειλεός
- Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών
- Παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας του ασθενή κάθε 1 ώρα τα 2 πρώτα 24ωρα μετά την επέμβαση, και κατόπιν κάθε 3ωρο. Διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης εμφανίζονται μετά την επινεφριδεκτομή, εξαιτίας των μεγάλων ποσοτήτων των επινεφριδικών ορμονών που χύνονται στην κυκλοφορία από το χειρισμό του αδένα κατά την επέμβαση. Shock μπορεί να εμφανιστεί καθώς τα επίπεδα των ορμονών στο αίμα πέφτουν και ο άρρωστος εμφανίζει ανεπάρκεια κορτικοστεροειδών. Η χορήγηση κορτιζόλης είναι απαραίτητη για να μπορέσει ο ασθενής να αντιμετωπίσει την κρίσιμη περίοδο του μετεγχειρητικού stress.
- Τήρηση πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών
- Βαθμιαία ελάττωση της κορτιζόλης μετεγχειρητικά. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παρακολουθεί στενά τον άρρωστο κατά την περίοδο που μειώνεται η δόση της κορτιζόλης, ενώ καθορίζεται η δόση συντήρησης, για εμφάνιση σημείων κορτικοειδικής ανεπάρκειας (shock, διάρροια, κοιλιακά άλγη, υπό- ή υπερθερμία, υπογλυκαιμία) ή για ενδείξεις υπερβολικής έκκρισης κορτικοειδών (υπέρταση, αύξηση σωματικού βάρους, οιδήματα).

8. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του σχετικά με:

- Τη φύση της νόσου: Οτι το σύνδρομο Conn είναι μια νόσος που απαιτεί φαρμακευτική αγωγή εφ' όρου ζωής και ότι ειδικά μετά από μια επινεφριδεκτομή είναι αναγκαίο ο άρρωστος να καλύπτεται με θεραπεία υποκατάστατων ορμονών για όλη του τη ζωή.
- Τα φάρμακα: Την ανάγκη δηλαδή να παίρνει ο άρρωστος καθημερινά τη σωστή δόση, την ίδια ώρα και με τον καθορισμένο τρόπο, την αγωγή που του έχει συστήσει ο θεράπων ιατρός. Ενημέρωση του αρρώστου για τις παρενέργειες της κορτιζονοθεραπείας.
- Την ανάγκη να ενημερώνει το γιατρό αμέσως σε περίοδο αρρώστειας, λοίμωξης ή σε περίοδο αυξημένου stress, γιατί θα πρέπει να αυξηθεί η δόση του φαρμάκου.
- Τα συμπτώματα και σημεία της υποκαλιαιμίας (μυϊκή αδυναμία, παραισθήσεις, μυϊκές συσπάσεις, πολυδιψία, πολυουρία).
- Τή διαίτα: Επεξήγηση της ανάγκης να παίρνει πάντοτε ο ασθενής τροφές πλούσιες σε κάλιο και λευκώματα και πτωχές σε νάτριο.
- Την ανάπαυση και τη δραστηριότητα: Ενημέρωση του αρρώστου να μην επιδίδεται σε υπερβολική άσκηση, η οποία θα κουράσει τον οργανισμό του και να βρίσκει περιόδους ανάπαυσης, αλλά και μεγάλα διαστήματα ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας για την αποφυγή επιπλοκών.

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μέρος αυτό της εργασίας περιλαμβάνει ιστορικά ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, με σύνδρομο Cushing και οξεία φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια και την νοσηλευτική τους διεργασία.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να αναφερθώ στον όρο νοσηλευτική διεργασία. Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτη των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής. Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.

Η νοσηλευτική διεργασία, που αποβλέπει στην καλύτερη εξατομίκευση της φροντίδας του αρρώστου πολλές φορές δεν είναι εφικτή στο χώρο του νοσοκομείου, όταν υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις προσωπικού, υλικού, οργάνων και άλλων μέσων. Μπορεί όμως να αποδειχθεί τόσο καλή μέθοδος όσο καλές είναι οι νοσηλεύτριες που θα την χρησιμοποιήσουν. Γι' αυτό μόνο μια νοσηλεύτρια με επιστημονικές γνώσεις, διαπροσωπικές δεξιότητες, κλινική πείρα, καλλιεργημένη παρατηρητικότητα, κριτικό πνεύμα και με αντιμετώπιση του αρρώστου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα μπορεί να προσφέρει νοσηλευτική διεργασία ποιότητας.

Στους πίνακες νοσηλευτικής διεργασίας που παραθέτω παρακάτω, ως συγχωρεθούν από τον αναγνώστη τυχόν ατέλειες ή παραλείψεις,

απλά και μόνον λόγω του γεγονότος ότι για μια ποιοτική νοσηλευτική διεργασία χρειάζεται άριστη κλινική πείρα, ένα στοιχείο που φυσικά αποκτιέται μόνον με την υπεύθυνη εργασία στο χώρο του νοσοκομείου και την διαπροσωπική σχέση με τον άρρωστο.

"Τα θεμέλια της Νοσηλευτικής στηρίζονται μόνο πάνω στα ιδεώδη της αγάπης, της συμπάθειας, των γνώσεων και του αληθινού πολιτισμού. Τα στοιχεία αυτά εκφράζονται κατά την άσκηση της νοσηλείας"

*V. Henderson*

"Οι κριτικές αρετές του Νοσηλευτή είναι το καθήκον, η αγάπη και η αγαθότητα. Χωρίς ηρωϊκό πνεύμα, η εκπαίδευση των Νοσηλευτών και οι Νοσηλευτικές Σχολές είναι εδέσματα χωρίς αλάτι"

*F. Nightingale*

"Η ποιότητα της νοσηλείας επηρεάζεται από τις γνώσεις, την κρίση, τη δεξιοτεχνία και τις αξίες των ατόμων που συμμετέχουν στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου"

*E. Lambertsen*



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12.

### ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### Πρώτο Ιστορικό

Κυρία Ε.Κ. 36 ετών στις 8-2-1993 παρεπέμπεται για νόσο του Cushing στο Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών. Η νόσος αρχικά είχε διαγνωσθεί στο Νοσοκομείο "Αλεξάνδρα" στην Αθήνα, όπου αναφερόταν μόρφωμα της υπόφυσης στο δεξιό ημιμόριο που παρεμποδίζει προς τα αριστερά το μίσχο της υπόφυσης.

Από το 1990 η ασθενής ανέφερε ότι παρουσίαζε γαλακτόρροια, αραιοσυχνο μηνόρροια, υπέρταση, κεφαλαλγίες, υπερτρίχωση. Στις 8-2-1993 ήρθε η ασθενής στο νοσοκομείο με τα εξής συμπτώματα:

- Υπέρταση και ταχυκαρδία (Α.Π. 170-110 mmHg)
- Σφύξεις 100/min
- Κεφαλαλγία και υπνηλία
- Υπερτρίχωση
- Καταβολή και μούδιασμα στο αριστερό χέρι
- Οστικά άλγη
- Εξέρυθρο πανσεληνοειδές προσώπειο
- Κεντρικού τύπου παχυσαρκία - βουβάλιος ήβος
- Ξηρό απολεπιζόμενο δέρμα
- Έγινε C.T. (αξονική τομογραφία): υποθαλάμου - υπόφυσης → μικρό μόρφωμα εντός της υπόφυσης της μέσης γραμμής, C.T. άνω και κάτω κοιλίας → κυστικό μόρφωμα αριστερής

ωοθήκης 3 εκατοστών

Αποφασίσαμε θεραπεία χειρουργική

21-2-1993: Χειρουργείο (μέτωπο - βρεγματική προσπέλαση). Μετεγχειρητική πορεία ομαλή. Παρουσίασε παροδικό άποιο διαβήτη από τη 2η μετεγχειρητική ημέρα, ο οποίος διήρκεσε περίπου 5 ημέρες. Τα ούρα 24ώρου δεν ξεπερνούν τα 2 λίτρα και η ασθενής δεν αναφέρει πολυδιψία.

Μετεγχειρητικά, το πρώτο πενταήμερο η ασθενής πήρε:

- Δεσμοπρεσσίνη (I.M.) τρεις δόσεις συνολικά
- Eranutin 300 mg x 1
- Decadron σε μεγάλες δόσεις που προοδευτικά μειώθηκε.
- Medrol 4 mg 1 x 3
- T<sub>4</sub> 100 mg x 1
- Zantac 1 x 1

Σαφής βελτίωση του προσωπείου της ασθενούς. Μειώθηκαν τα οιδήματα των κατω άκρων και η ασθενής εξήλθε στις 29-2-1993. Στις 14-5-1993 η ασθενής ήλθε στο Νοσοκομείο με τα εξής σημεία και συμπτώματα:

- Οστικά άλγη,
- Οιδήματα κάτω άκρων,
- Ζεστασιά στο δέρμα κατά τόπους,
- Ατονία,
- Πολυδιψία,
- Προσωπείο,
- Πανσεληνοειδές,
- Εξέρυθρο δέρμα

Γίνεται εισαγωγή της ασθενούς στην Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική με σύνδρομο Cushing εν ενεργεία.

Εξετάσεις:

- T<sub>3</sub> : 1,20 mg/ml      Φ.Τ. : 0,80 - 2,00
- T<sub>4</sub> : 10,70              Φ.Τ. : 4,50 - 12,50
- TSH : 0,01              Φ.Τ. : 0,26 - 3,50
- FSH : 6,7
- LH : 1,5

Λευκά: 7,800 - Ηβ: 13,4 - Ηt : 42 - Κ = 4,96 - Na = 147

Νέο C.T. υπόφυσης έδειξε: ιστοτεμάχια υπόφυσης που συνίστανται από ηωσινόφιλα και διαυγή κύτταρα.

Εγιναν:

- μετρήσεις της κορτιζόλης και της ACTH (πρωΐ - βράδυ)
- μετρήσεις της κορτιζόλης ούρων 24ωρου, και
- δοκιμασίες καταστολής της ACTH με Dexamethasone.

Μετά από μέτρηση όλων των δειγμάτων ο μέσος όρος κορτιζόλης και ACTH της ασθενούς ήταν: 3,5 - 7,5 mg/24ωρο.

Φ.Τ. κορτιζόλης: 5 - 15 mg/24ωρο

ACTH : 20-110 pg/ml

Κορτιζόλη ούρων 24ώρου της ασθενούς: 6 - 13,4

Θεραπεία: Hydrocortisone 20 mg μέρα παρά μέρα.

Η ασθενής εξήλθε από την κλινική στις 24-5-93, με την εξής οδηγία: να γίνει νέο C.T. υπόφυσης σε εξωτερική βάση εφόσον τεκμηριωθεί ίαση από τη νόσο Cushing και ίσως γίνουν δυναμικά tests επάρκειας προσθίου λοβού της υπόφυσης, εάν επιμένει η αμηνόρροια.

Στις 18-6-1993 γίνεται επανεισαγωγή της ασθενούς στην Παθολογική Κλινική λόγω οστικών πόνων, και οιδημάτων.

Γίνονται tests καταστολής, όπου παρατηρήθηκε υποκειμενική βελτίωση και υποχώρηση των οιδημάτων με τη λήψη της δεξαμεθαζόνης

για τις καταστολές.

Συνεχίζει Hydrocortisone 20 mg x 1, εφ' όρου ζωής.

Στις 17-8-1993 έγινε επανεκτίμηση της καταστασης της ασθενούς όπου διαπιστώθηκε:

- Βελτίωση από πλευράς σωματικής δύναμης
- Βελτίωση του προσώπου
- Δεν εμφανίζει κεντρική παχυσαρκία, ούτε ραβδώσεις στην κοιλιακή χώρα, ούτε οιδήματα

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ε.Κ. ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING**

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Οστικά άλγη</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κατάλληλη θέση της ασθενούς στο κρεβάτι</li> <li>- Συχνή αλλαγή θέσεως</li> <li>- Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων με οδηγία ιατρού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθετήθηκε η ασθενής σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι με τη βοήθεια μαξιλαριών, έτσι ώστε να βρίσκεται σε θέση που να πονά λιγότερο</li> <li>- Έγινε συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας, έτσι ώστε να προληφθεί ο κίνδυνος μυϊκής δυσκαμψίας εντονότερων πόνων της ασθενούς από την ακινησία</li> <li>- Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής οδηγίας, στην ασθενή, ισχυρό αναλγητικό Pethidine 0,50 mg σε ογκομετρικό ενδοφλεβίως.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σύντομα η ασθενής ανακουφίστηκε από τους πόνους</li> </ul>
<p>Οιδήματα των άκρων</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ρύθμιση του ισοζυγίου ύδατος</li> <li>- Μείωση του πόνου και της δυσχέρειας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Περιορισμός του χλωριούχου νατρίου (ClNa)</li> <li>- Χορήγηση διουρητικών με ιατρική οδηγία</li> <li>- Ζύγιση και καταγραφή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορηγήθηκε στην ασθενή ανάλατη διαίτα και γενικά τροφές πτωχές σε νάτριο, όπως πατάτες, δημητριακά για την αποφυγή κατακράτησης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η μειωμένη πρόσληψη νατρίου και η ταυτόχρονη χορήγηση καλίου από τις τροφές, οδήγησαν στην μείωση των οιδημάτων της α-</li> </ul>

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ε.Κ. ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING**

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- φή του βάρους της ασθενούς.</li> <li>- Συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης</li> <li>- Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</li> <li>- Ρύθμιση της ταχύτητας ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- σης νερού.</li> <li>- Χορηγήθηκε διουρητικό Lasix 1x2 μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>- Έγινε μέτρηση του βάρους της ασθενούς και καταγράφηκε στο ειδικό δελτίο.</li> <li>- Έγινε 3ωρη μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης για τον έλεγχο της υπέρτασης.</li> <li>- Αρχισε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών κατόπιν ιατρικής οδηγίας: 2 φυσιολογικοί οροί εμπλουτισμένοι με 2 αμπούλες κάλιο για όλο το 24ωρο, σε αργή έγχυση (10 σταγόνες/min)</li> <li>- Παράλληλα έγινε συλλογή ούρων 24ωρου και καταγραφή της ποσότητας των ούρων ανά ώρα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- σθενούς.</li> <li>- Η αρτηριακή πίεση της ασθενούς σταθεροποιήθηκε στα 130-90 mmHg μετά την μείωση των οιδημάτων που προκαλούσαν υπέρταση.</li> <li>- Το ισοζύγιο ύδατος της ασθενούς διατηρήθηκε σε μια ισορροπία μετά την κατάλληλη αγωγή.</li> </ul>	

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ε.Κ. ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING**

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ατονία</li> <li>- Καταβολή δυνάμεων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σωματική τόνωση της ασθενούς με επαφή και κατάλληλη διατροφή</li> <li>- Προαγωγή σωματικής αναπαυσης</li> <li>- Αποφυγή κόπωσης της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενίσχυση του διαίαιτολογίου της ασθενούς με επαρκή και κατάλληλη διατροφή.</li> <li>- Δημιουργία συχνών χρονικών περιόδων ανάπαυσης και ύπνου</li> <li>- Αποφυγή αιτιών κόπωσης ή ανησυχίας της ασθενούς</li> <li>- Ενίσχυση δραστηριοτήτων που δεν προκαλούν κόπωση</li> <li>- Κάλυψη των φυσικών αναγκών της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενισχυθηκε το διαίαιτολογο της ασθενούς με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και κάλιο, όπως είναι: το κρέας, τα ψάρια, τα φρούτα και τα λαχανικά για την αντιμετώπιση της υποκαλιμίας που προκαλεί την έντονη ατονία και καταβολή της ασθενούς.</li> <li>- Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να ξεκουράζεται, να μην σηκώνεται άσκοπα από το κρεβάτι και να κοιμάται αρκετά.</li> <li>- Η νοσηλεύτρια βοήθησε κατά τη διάρκεια του φαγητού, της ατομικής της καθαριότητας και της ούρησης.</li> <li>- Περίορισε η νοσηλεύτρια παράγοντες που προκαλούσαν κόπωση και ανησυχία στην ασθενή,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σύντομα η ασθενής ανέκτησε ξανά τη σωματική της δύναμη, ξεκουράστηκε και κατάφερε να αυτοεξυπηρετείται μόνη της.</li> </ul>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ε.Κ. ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CUSHING

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
			όπως το συχνό επισκεπτήριο, η φασαρία, οι δυνατός ομιλίες.	



Δεύτερο Ιστορικό

Κύριος Γ.Σ. ετών 50 στις 8-9-1993 εισήλθε εκτάκτως στα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών με συμπτώματα κυκλοφορικής καταπληξίας (shock).

Πριν ακριβώς από ένα χρόνο ο ασθενής είχε νοσηλευτεί στην Α' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου, με διαγνωσμένη νόσο του Addison. Η φαρμακευτική αγωγή μετά το τέλος της νοσηλείας ήταν:

- Prezolon 5 mg 2x1 εφ' όρου ζωής

Στις 8-9-1993 μετά από έντονη κατάσταση stress δεν πήρε την αγωγή του, με αποτέλεσμα να παρουσιάσει οξεία φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια.

Ετσι κατά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο ο ασθενής παρουσίαζε τα εξής σημεία και συμπτώματα:

- Ανορεξία - ναυτία
- Διάρροια
- Κοιλιακά άλγη
- Υψηλό πυρετό: 39,5°C
- Πτώση της αρτηριακής πίεσης: 80 - 50 mmHg
- Αφυδάτωση
- Αδύνατο σφυγμό
- Ψυχρό και κολλώδες δέρμα

Εγινε αμέσως η εισαγωγή του στην Β' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

- |            |       |      |               |
|------------|-------|------|---------------|
| - Na       | : 120 | Φ.Τ. | : 134-152     |
| - K        | : 5,9 | Φ.Τ. | : 3,8 - 5,5   |
| - Σάκχαρο: | 60    | Φ.Τ. | : 75 -115 mg% |
| - Ουρία    | : 60  | Φ.Τ. | : 15 -54      |

- Κρεατινίνη: 2 Φ.Τ. : 0,9 - 1,6
- Επίπεδα κορτιζόλης : 8 mg/24ωρο Φ.Τ. : 15-25 mg
- Ht (αιματοκρίτης) : 32,5 Φ.Τ. : 40 - 54
- Ηβ (αιμοσφαιρίνη) : 9,3 Φ.Τ. : 13 - 20%
- Ερυθρά αιμοσφαίρια : 3.900.000 Φ.Τ. : 4.200.000 - 5.400.000
- Λευκά αιμοσφαίρια : 11.000 Φ.Τ. : 5.000 - 10.000

Η θεραπεία άρχισε αμέσως μετά την εισαγωγή του ασθενούς. Το πρώτο 24ωρο νοσηλείας χορηγήθηκαν:

- 2 μονάδες αίμα
- 2 lt φυσιολογικού ορού με γλυκόζη 5%

1η δόση: Hydrocortisone phosphate 300 mg ταχέως ενδοφλέβια

Η 2η δόση: ήταν 100 mg και χορηγήθηκε διαλυμένη στο πρώτο λίτρο του φυσιολογικού ορού εντός μιας ώρας. Κατόπιν χορηγήθηκαν 100 mgr/6ωρο.

Επί Α.Π. : 70 -40 mmHg χορηγήθηκε παράλληλα υδροχλωρική ντοπαμίνη 2-30 mg/kg/min σε στάγδην έγχυση.

Στις 9-9-1993 ο ασθενής άρχισε να επανέρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση.

Θερμοκρασία: 37,2°C, Α.Π. : 120-80 mmHg

Άρχισε βαθμιαία ελάττωση της υδροκορτιζόλης

Αρχικά η ελάττωση της δόσης είναι 50 mgr/6ωρο.

Τα επόμενα 24ωρα της νοσηλείας του ασθενούς, η δόση μειώθηκε στο 30%.

Παράλληλα προστέθηκε αλατοκορτικοειδές Florinef 0,1 mgr την ημέρα.

Στις 15-9-1993 έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις:

- Na : 140
- K : 4,8

- Σάκχαρο : 90
- Ουρία : 20
- Κρεατινίνη: 1,2
- Κορτιζόλη αίματος: 18 mg/24ωρο
- Ερυθρά αιμοσφαίρια : 4.500.000
- Λευκά αιμοσφαίρια : 8.000
- Ht : 40,6
- Ηβ : 13,8%

Ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο με φαρμακευτική αγωγή:

- Hydrocortisone 20 mg κάθε πρωί.
- Florinef 0,1 mgr την ημέρα, χωρίς να τα σταματήσει καμιά ημέρα.

Επανεκτίμηση μετά από τέσσερις μήνες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Γ.Σ. ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πτώση αρτηριακής πίεσης στα 70-50 mmHg</li> <li>- Καταπληξία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης</li> <li>- Αντιμετώπιση της καταπληξίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συχνή μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης</li> <li>- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>- Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική οδηγία</li> <li>- Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επί Α.Π. 70-50 mmHg άρχισε αμέσως ενδοφλέβια χορήγηση 1 lt φυσιολογικού ορού με γλυκόζη 5% για διόρθωση της υπογλυκαιμίας</li> <li>- Ταυτόχρονα χορηγήθηκαν 300 mg Hydrocortisone phosphate ενδοφλεβίως (σε ογκομετρικό) για διόρθωση της επινεφριδικής ανεπάρκειας</li> <li>- Παράλληλα χορηγήθηκε 10 mg υδροχλωρική ντοπαμίνη ενδοφλεβίως για 2 ώρες για αποκατάσταση της αρτηριακής πίεσης.</li> <li>- Έγινε συνεχής λήψη και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης, κάθε μια ώρα.</li> <li>- Παράλληλα, έγινε ακριβώς μέτρηση και καταγραφή των ούρων ανά ώρα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αμέσως η αρτηριακή πίεση του ασθενούς σταθεροποιήθηκε στα 110-70 mmHg</li> <li>- Ο ασθενής επανήλθε από την καταπληξία.</li> </ul>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Γ.Σ. ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Υψηλός πυρετός: 39,5°C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ρύθμιση της θερμοκρασίας του ασθενούς</li> <li>- Πρόληψη αφυδάτωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συχνή μέτρηση και καταγραφή της θερμοκρασίας του ασθενούς.</li> <li>- Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων</li> <li>- Λουτρό ασθενούς</li> <li>- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με ιατρική οδηγία.</li> <li>- Χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έγνε συχνή λήψη και καταγραφή της θερμοκρασίας του ασθενούς.</li> <li>- Επί πυρετού 39,5°C άρχισε αμέσως ενδοφλέβια χορήγηση 1 lt φυσιολογικού ορού για ενυδάτωση του ασθενούς</li> <li>- Παράλληλα, τοποθέτησαν ψυχρά επιθέματα και η νοσηλεύτρια βοήθησε τον ασθενή να κάνει λουτρό καθαριότητας</li> <li>- Παράλληλα, χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής οδηγίας αντιπυρετικό Aprotel, σε ογκομετρικό, ενδοφλέβια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η θερμοκρασία του ασθενούς σύντομα σταθεροποιήθηκε στους 37,2°C</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διάρροια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποκατάσταση της λειτουργίας του εντέρου</li> <li>- Πρόληψη αφυδάτωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση επαρκούς και κατάλληλης διαιτητικής αγωγής</li> <li>- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επισχύθηκε το διαίτολόγιο του ασθενούς με τροφές με στέρεο υπόλειμμα και δίχως κνίδα, όπως ρυζι, ζυμαρικά, πουρές κλπ.</li> <li>- Άρχισε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Γρήγορα ο ασθενής ανακουφίστηκε από την διάρροια.</li> </ul>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Γ.Σ. ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρηση και καταγραφή των κενώσεων του ασθενούς</li> <li>- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με ιατρική οδηγία</li> <li>- Τοπική καθαριότητα του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> </ul> <p>κατόπιν ιατρικής οδηγίας για την πρόληψη αφυδάτωσης (χορηγήθηκε αρχικά ορός L. Ringer's που περιέχει ηλεκτρολύτες για πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών).</p> <p>Η νοσηλεύτρια παρακολούθησε την ποσότητα, το χρώμα και την περιεκτικότητα των διαρροϊκών κενώσεων και κατέγραψε αυτά στο ειδικό δελτίο.</p> <p>Παράλληλα, χορηγήθηκε αντιδιαρροϊκό σιρόπι Imodium 1x2 κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Η νοσηλεύτρια βοήθησε τον ασθενή στην τοπική καθαριότητα της περιοχής του πρωκτού για την αποφυγή κακοσμίας και ερεθισμού της περιοχής από τις διαρροϊκές κενώσεις</p>	

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαταραχές της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων, όπως περιγράφησαν σε αυτή την πτυχιακή εργασία μας οδηγούν σε ένα σημαντικό, αλλά και λυπηρό συμπέρασμα ότι η τέλεια θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών που πάσχουν από αυτές, συνήθως δεν είναι δυνατή. Η χορήγηση κορτιζόνης εφ' όρου ζωής μαζί με όλες τις παρενέργειες που συνεπάγεται, η μείωση των δραστηριοτήτων, η συνεχής προσοχή για αποφυγή κόπωσης, η προφύλαξη από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες όπως το κρύο και η ζέστη, που απαιτούνται, για τη διατήρηση των αρρώστων αυτών στη ζωή, δείχνουν πως δεν υπάρχει τέλεια αποκατάσταση της υγείας τους. Πολλοί ασθενείς αναρωτιούνται τί άλλαξε αλήθεια μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, αφού αναγκάζονται να ζήσουν μια ζωή συντηρητική, πάντα με προσοχή και εγκράτεια, πάντα με το φόβο να μην ξεχάσουν ούτε για μια ημέρα τα φάρμακά τους.

Στο σημείο αυτό φαίνεται το δύσκολο έργο της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν μόνον ανάγκη την φαρμακευτική αγωγή ή την χειρουργική επέμβαση για να διατηρηθούν στη ζωή. Έχουν κυρίως ανάγκη την ψυχολογική υποστήριξη και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, αλλά και μετά την έξοδό τους από αυτό. Η νοσηλεύτρια έχοντας επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσης που βρίσκονται οι ασθενείς αυτοί, αλλά ξέροντας επίσης τις επιπτώσεις που έχουν στην ψυχική σφαίρα των ασθενών, το σύνδρομο Cushing και η νόσος του Addison, είναι το πρόσωπο, το οποίο με αγάπη, στοργή,

ανθρωπισμό και επαγρύπνιση θα προσπαθήσει να βοηθήσει αυτούς τους ασθενείς για την όσο το δυνατόν καλύτερη αποκατάστασή τους.

Ακόμα κρίνεται απαραίτητη και η διδασκαλία της οικογένειας του αρρώστου από την νοσηλεύτρια, για τη σημασία της ψυχολογικής στήριξης και ηρεμίας που πρέπει να έχει ο άρρωστος μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου, και να ενθαρρυνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σε αυτά, όσο είναι δυνατόν.

Τέλος, από την περιγραφή των διαταραχών της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων προκύπτει πόσο δύσκολη είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωσή τους, δεδομένου ότι η νόσος του Addison είναι συνήθως ιδιοπαθής και οι λειτουργικοί όγκοι των επινεφριδίων που προκαλούν τα σύνδρομα Cushing και Conn διαγιγνώσκονται αφ' ότου ο ασθενής έχει εκδηλώσει όλα τα σημεία και συμπτώματα της ασθένειας. Αυτό καθιστά ακόμα πιο δύσκολο το ιατρικό και νοσηλευτικό έργο εφόσον γνωρίζουμε ότι ένας μεγάλος τομέας της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης είναι και ο τομέας της πρόληψης, και της έγκαιρης διάγνωσης των ασθενειών, προτού φθασουν σε στάδια που η θεραπεία τους θα είναι αδύνατη.

Ας ελπίσουμε κάποτε η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας να βρούν μεθόδους, ώστε να είναι δυνατή και η πρόληψη αλλά και η τέλεια αποκατάσταση των ασθενών που πάσχουν από αυτές τις διαταραχές.



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ελπίζω μέσα από αυτή την πτυχιακή εργασία να κατάφερα να καλύψω επαρκώς το δύσκολο, αλλά και τόσο ενδιαφέρον θέμα των διαταραχών του φλοιού των επινεφριδίων. Η επιλογή του θέματος αυτού έγινε συνειδητά, λόγω του γεγονότος ότι η εμφάνιση ασθενών που πάσχουν από αυτά τα σύνδρομα είναι αρκετά σπάνια στο νοσοκομείο και έτσι δεν δίνονται πολλές ευκαιρίες για την άσκηση νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών με διαταραχές των επινεφριδίων.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να τονιστεί το δύσκολο και επίπονο νοσηλευτικό έργο, αλλά και να φανεί η ιδιαιτερότητα που απαιτεί η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών.

Εκτός από την άρτια επιστημονική κατάρτιση και τις γνώσεις που πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια γενικά για τα μεταβολικά νοσήματα και συγκεκριμένα για τα επινεφρίδια, η δυσκολία της νοσηλευτικής παρέμβασης έγκειται στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών που υφίστανται οι ασθενείς με διαταραχές των επινεφριδίων.

Μόνο με την υπομονή, το έμπρακτο ενδιαφέρον και την αγάπη για τον άρρωστο θα είναι ολοκληρωμένη η νοσηλευτική φροντίδα. Ο σεβασμός άλλωστε προς την αξία και τη ζωή του ανθρώπου διατηρείται αμετάβλητος και είναι ανεξαρτητος από τη φύση του προβλήματος υγείας του ατόμου. Αντανακλάται στη νοσηλευτική φροντίδα και αντιμετώπιση τόσο του ανάπηρου όσο και του αρτιμελούς, του χρόνιου αρρώστου ή εκείνου που βρίσκεται στην αναρρωση. Ακόμα περισσότερο αντανακλάται στην αντιμετώπιση ενός αρρώστου που

γνωρίζει ότι η τέλεια αποκατάσταση της υγείας του, δεν είναι εφικτή, όπως στους ασθενείς με διαταραχές των επινεφριδίων.

Όπως ειπώθηκε παραπάνω, η ιατρική επιστήμη και η τεχνολογία ίσως βρουν σε μερικά χρόνια μεθόδους για την τέλεια θεραπεία όλων αυτών των διαταραχών. Μέχρι τότε όμως, αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να βοηθάμε με ό,τι μέσα έχουμε τους ασθενείς αυτούς να κερδίζουν τη μάχη για τη ζωή κάθε φορά, ακόμα και αν στο τέλος χάσουν φυσιολογικά τον πόλεμο. Αυτή εξάλλου είναι η ηθική ικανοποίηση και ανταμοιβή του λειτουργήματος της νοσηλεύτριας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Α. - ΙΚΚΟΣ Δ. : Επείγουσες ενδοκρινικές καταστάσεις, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1983
- ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Α. ΓΕΩΡΓΙΟΣ - ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Δ. ΙΩΑΝΝΗΣ : Αρχές Γενικής Χειρουργικής, Τόμος Β' Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1989.
- ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ Ι. ΜΙΧΑΗΛ: Στοιχεία Φυσιολογίας του Ανθρώπου, Τόμος Γ', Εκδοτικός Οίκος Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1986.
- BIGLIERI es. et. al : Adrenal mineralocorticoid causing hypertension Am. Am. Med. 52-623, 1972.
- CECIL: Παθολογία, Μετάφραση - Επιμέλεια Χ. Μουτσόπουλος, Τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
- ΓΑΡΔΙΚΑ Κ.Δ.: Ειδική Νοσολογία, Τρίτη Έκδοση - Ανατύπωση, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- DESPOPOULOS AGAMEMNON - SILBERNAGL STEFAN: Εγχειρίδιο Φυσιολογίας με έγχρωμο άντλαντα, Μετάφραση - Επιμέλεια Γ. Κωστόπουλος, Ιατρικές Εκδόσεις, Λίτσας, Αθήνα 1989.
- FERRIMAN G. DAVID - GILLILAND C. IAN: Επίτομος Ενδοκρινολογία μετά στοιχείων μεταβολισμού), Μετάφραση Dr. Χρήστος Τασόπουλος, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1973.
- GUYTON A. M.D. : Φυσιολογία του Ανθρώπου, Πρόλογος - Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Η. Κούβελας, Τρίτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

HARRISON T.: Εσωτερική Παθολογία, 6η Έκδοση, Επιστημονικές  
Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1973.

ΚΟΥΒΕΛΑ Δ. ΗΛΙΑ: Στοιχεία Φυσιολογίας του Ανθρώπου, Εκδό-  
σεις Ίδρυμα Ευγενίδου 1954, Αθήνα 1982.

LUBITZA ét: Mitotane use in inoperable ajeptual cortical  
carcinoma. SAMA 223, 1109, 1973

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: Νοσηλευτική Παθολο-  
γική Χειρουργική, Τόμος Β' - Μέρος Ιο, Εκδόσεις "Η  
ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1989.

READ E. ALAN - BARRITT D.W. - HEWER R. LANGTON: Σύγχρονη Πα-  
θολογία, Μετάφραση Χ. Μουτσόπουλος, Δεύτερη Έκδοση,  
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: Παθολογική και Χειρουργ-  
γική Νοσηλευτική, Τόμος 2ος, Μέρος Α', Β' Επανεκδοση,  
Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1988.

ΣΙΩΡΗ Ν. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ: Η Κλινική Ενδοκρινολογία, Εκδόσεις Τυ-  
πογραφείο Κούκουρα Θεοδωρου, Πάτρα 1972.

ΧΑΤΖΗΜΗΝΑΣ Ι.: Επίτομος Φυσιολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις  
Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1979.

