

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

" ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ "  
" ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ "

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

της σπουδάστριάς

ΚΑΡΑΡΓΥΡΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1.
- 2.
- 3.



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ	1949
--------------------	------

# Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΣΕΛ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ . . . . .	1
α. Κρανιακή κοιλότητα . . . . .	1
β. Εγκέφαλος . . . . .	2
γ. Προστασία Κ.Ν.Σ. . . . .	4
δ. Εγκεφαλική κυκλοφορία . . . . .	5
Β. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ . . . . .	6
Γ. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ . . . . .	9
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ . . . . .	10
ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΟΓΚΩΝ . . . . .	14
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ . . . . .	22
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ . . . . .	24
ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ . . . . .	25
ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ . . . . .	25

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΟΓΚΟΥ . . . . .	28
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ . . . . .	32
Α. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ . . . . .	32
α. Προεγχειρητική ετοιμασία . . . . .	32
β. Μετεγχειρητική φροντίδα . . . . .	37
γ. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες . . . . .	41
δ. Μετεγχειρητικές επιπλοκές . . . . .	44

	ΣΕΛ.
Β. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ . . . . .	45
α. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας . . . . .	46
β. Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύ- μητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων .	47
Γ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ . . . . .	54
α. Νοσηλευτικές ενέργειες σε ασθενείς που υποβάλ- λονται σε ακτινοθεραπεία . . . . .	55
β. Αντιμετώπιση επιπλοκών ακτινοθεραπείας . . . . .	56
Δ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΟ ΟΓΚΟ . . . . .	58
ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ . . . . .	60

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	
- Περιστατικό Ι . . . . .	61
- Περιστατικό ΙΙ . . . . .	68
 ΕΠΙΛΟΓΟΣ . . . . .	 75

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Από βιοστατιστικά στοιχεία μπορεί να υποστηριχθεί ότι η συχνότητα του καρκίνου παγκόσμια αυξάνει σταθερά τα τελευταία χρόνια. Κατά συνέπεια, αυξάνουν και οι ανάγκες των πασχόντων για περίθαλψη, ενημέρωση, κατανόηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται, είτε αν αυτά είναι σωματικής είτε είναι πνευματικής φύσεως.

Η προσφορά υπηρεσιων στον άνθρωπο που πάσχει από καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα, που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να δοθεί μια εικόνα των ενδοκρανιακών όγκων σχετικά με το πώς εμφανίζονται, αναπτύσσονται και τι εξέλιξη έχουν, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης των ασθενών με νεοπλασματικές νόσους, που να περιλαμβάνει όχι μόνο τη φροντίδα του σώματος, αλλά και της ψυχής.

Η εργασία αποτελείται από τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας της κρανιακής κοιλότητας και του εγκεφάλου και εξετάζεται η εμφάνιση, ανάπτυξη, η συμπτωματολογία, η πορεία και τα είδη των ενδοκρανιακών όγκων.

Στο δεύτερο μέρος αναφέρονται οι νοσηλευτικές ενέργειες που ακολουθούνται από την έναρξη έως την αποκατάσταση της νόσου.

Τέλος, στο τρίτο μέρος αναφέρονται δυο περιστατικά ασθενών με ενδοκρανιακό όγκο.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίπου το 1% από το συνολικό αριθμό των θανάτων οφείλεται σε ενδοκρανιακούς όγκους, που εμφανίζονται σε μεγάλη ποικιλία· οι περισσότεροι είναι κακοήθεις και αποτελούν το 15% περίπου όλων των κακοήθων όγκων που συμβαίνουν στον άνθρωπο. Από αυτούς οι περισσότεροι αρχίζουν σαν πρωτοπαθείς μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και, καθώς είναι διηθητικοί, σπάνια μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, ενώ πολλοί είναι μεταστατικοί, από κακοήθες νεόπλασμα που αναπτύσσεται αλλού στο σώμα και δίνει δευτεροπαθείς εστίες στον εγκεφαλο ή στα οστά της κρανιακής κοιλότητας. Υπάρχει ακόμα ένας αριθμός από καλοήγη νεοπλασμάτα που αναπτύσσονται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και που η αναγνώρισή τους είναι ιδιαίτερα σημαντική, επειδή γενικά μπορεί να αφαιρεθούν χειρουργικά ολόκληρα (ή ένα τμήμα τους) με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Η συμπτωματολογία της ενδοκρανιακής νεοπλασίας εμφανίζει μεγάλη ποικιλία, καθώς εξαρτάται από τους χαρακτήρες του νεοπλασμάτος, την εντόπισή του και το ρυθμό ανάπτυξής του και υπάρχουν απεριόριστοι συνδυασμοί των τριών αυτών παραγόντων που μπορεί να επιδράσουν στην κλινική εικόνα. Πάντως, οι ενδοκρανιακοί όγκοι προκαλούν μερικά γενικά συμπτώματα και πάνω σ' αυτά αναπτύσσονται τα ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά που δίνει η κάθε ποικιλία όγκου στον κάθε άρρωστο.

Πριν εξετασθούν τα γενικά συμπτώματα και μερικά από τα πιο συχνά και αξιόλογα σύνδρομα όγκων, ας δούμε μερικά πράγματα για την ανατομία και τη φυσιολογία της κρανιακής κοιλότητας και του εγκεφάλου.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

### Α) ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

#### α) Κρανιακή Κοιλότητα

Ο σκελετός της κεφαλής, το κρανίο, διακρίνεται σε δύο μέρη, δηλαδή στο εγκεφαλικό κρανίο, που περιέχει τον εγκέφαλο με τις μήνιγγες και τα αγγεία αυτού και στο προσωπικό ή σπλαχνικό κρανίο, που περιέχει την αρχή του πεπτικού και του αναπνευστικού συστήματος. Σαν όριο ανάμεσά τους παραδέχονται φανταστική γραμμή, που αρχίζει από τη ρίζα της ρινός και φέρεται δεξιά και αριστερά κατά μήκος του υπερδόγιου χείλους και του ζυγωματικού τόξου μέχρι το κάτω χείλος του έξω ακουστικού πόρου.

Το εγκεφαλικό κρανίο αποτελείται από οκτώ οστά:

- το ινιακό
- το σφηνοειδές
- τα δύο κροταφικά
- το ηθμοειδές
- το μετωπιαίο και
- τα δύο βρεγματικά

Το εγκεφαλικό κρανίο διαιρείται στο θόλο και στη βάση. Στη βάση του κρανίου υπάρχουν σχισμές και τρήματα, απ' όπου διέρχονται οι αρτηρίες και τα εγκεφαλικά νεύρα.

Τα οστά του κρανίου συνδέονται μεταξύ τους με ραφές ή συγχονδρώσεις και υπαλείφονται από έναν ινώδη υμένα, το ενδοκρανίο, ή έσω περίοστεο, που προέρχεται από την έξω

στοιβάδα της σκληρής μήνιγγας. Η έξω επιφάνεια αυτών καλύπτεται από το περικράνιο ή έξω περιόστεο.

## β) Εγκέφαλος

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα. Διακρίνονται τα μεγάλα ημισφαίρια και ο κορμός με την παρεγκεφαλίδα.

Στον εγκέφαλο διακρίνονται πέντε βασικά μέρη: ο τηλεγκέφαλος, ο διεγκέφαλος, ο μεσεγκέφαλος, ο μετεγκέφαλος και ο προμήκης μυελός.

Ο προμήκης μυελός μοιάζει με μακρουλό κρεμμύδι. Από τις εμπρόσθιες πλάγιες αύλακες του προμήκη μυελού ξεκινούν οι ρίζες του 9ου - 12ου ζεύγους των κρανιακών νεύρων. Η φαιά ουσία του προμήκη μυελού δεν σχηματίζει δεμάτια, αλλά είναι τοποθετημένη κατά ξεχωριστές συσσωρεύσεις, τους ονομαζόμενους πυρήνες. Εκτός από τους πυρήνες των κρανιακών νεύρων, η φαιά ουσία σχηματίζει στον προμήκη μυελό αραιές συσσωρεύσεις νευρικών κυττάρων, που ενώνονται μεταξύ τους με πολυάριθμες αποφύσεις και σχηματίζουν τη δικτυωτή ουσία του προμήκη μυελού. Προς τα πάνω ο προμήκης μυελός καταλήγει στο μετεγκέφαλο.

Στο μετεγκέφαλο ανήκουν η γέφυρα και η παρεγκεφαλίδα. Η γέφυρα του εγκέφαλου μοιάζει με χοντρό και πλατύ άξονα από νευρικές ίνες. Στενεύοντας, ο άξονας καταλήγει στα κάτω παρεγκεφαλιδικά σκέλη. Στο μέσο του άξονα φαίνεται μια κατά μήκος αύλακα. Η φαιά ουσία της γέφυρας βρίσκεται κυρίως στο



πίσω μέρος, στο κάλυμμα της γέφυρας, με τη μορφή των πυρήνων των 5ου-8ου ζευγών των κρανιακών νεύρων.

Πίσω από τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό βρίσκεται η παρεγκεφαλίδα, που τους καλύπτει σχεδόν τελείως. Τα πλάγια τμήματα της παρεγκεφαλίδας είναι τα ημισφαίρια, το ενδιάμεσο είναι ο σκώληκας της παρεγκεφαλίδας. Η επιφάνεια της παρεγκεφαλίδας καλύπτεται από στρώμα φαιάς ουσίας. Βαθιές οριζόντιες αύλακες τη χωρίζουν σε λοβία. Το κεντρικό τμήμα της παρεγκεφαλίδας αποτελείται από λευκή ουσία, στην οποία βρίσκονται συσσωρεύσεις φαιάς ουσίας που αποτελούν τους πυρήνες της παρεγκεφαλίδας. Η παρεγκεφαλίδα συνδέεται με τον κορμό του εγκεφάλου με τρία ζεύγη σκελών.

Ο μετεγέφαλος ενώνεται με τον ευρισκόμενο ψηλότερα μεσεγέφαλο μέσω του ισθμού. Στη σύνθεση του ισθμού υπάγονται τα άνω σκέλη της παρεγκεφαλίδας και το μεταξύ τους άνω μυέλινο ιεζίο. Στο μεσεγέφαλο ανήκουν τα σκέλη του εγκεφάλου και το τετράδυμο πέταλο, το οποίο διαιρείται σε δυο άνω και δυο κάτω πέταλα. Τα άνω πέταλα συνδέονται με την οπτική οδό και τα κάτω με την ακουστική.

Ο διεγέφαλος βρίσκεται κάτω από το τυλώδες σώμα και την ψαλίδα, και ενώνεται στα πλάγια με τα μεγάλα ημισφαίρια. Στο διεγέφαλο ανήκουν ο οπτικός θάλαμος, ο υπερτροχίλιος, ο μεταθάλαμπος και ο υποθαλάμιος τομέας.

Ο υποθάλαμος είναι τμήμα του διεγνεφάλου που βρίσκεται κάτω από τον οπτικό θάλαμο και αποτελεί συσσώρευση νευρικών κυττάρων.

Τα μεγάλα ημισφαίρια του τηλεγκεφάλου χωρίζονται με μία κατά μήκος σχισμή, που στο βάθος της βρίσκεται το τυλώδες σώμα

- πέταλο λευκής ουσίας, η οποία αποτελείται από ίνες που ενώνουν τα δυο ημισφαίρια.

Στα ημισφαίρια υπάρχουν ο οσφρητικός μυελός και οι βασικοί πυρήνες. Η επιφάνεια του ημισφαιρίου παρουσιάζει περίπλοκα σχήματα, χάρη στις αύλακες διαφόρων κατευθύνσεων που τη διασχίζουν και τις μεταξύ τους εξογκώσεις. Το μέγεθος και το σχήμα των ελίκων και των αυλάκων κυμαίνονται ανάλογα με την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση. Υπάρχουν όμως μερικές μόνιμες αύλακες, που παρατηρούνται καθαρά σ' όλους τους ανθρώπους: με τη βοήθεια αυτών των αυλάκων χωρίζουν τα ημισφαίρια σε μεγάλους τομείς, που ονομάζονται λοβοί. Το κάθε ημισφαίριο χωρίζεται σε πέντε λοβούς: το μετωπιαίο, το βρεγματικό, τον ινιακό, τον κροταφικό και την κεντρική μοίρα που βρίσκεται στο βάθος της πλάγιας αύλακας.

#### γ) Προστασία κεντρικού νευρικού συστήματος. Μήνιγγες και εγκεφαλονωτιαίο υγρό

Το κεντρικό νευρικό σύστημα, εκτός από την προστασία που προσφέρει ο οστεώδης σκελετός του κρανίου, καλύπτεται από μια μεμβράνη με 3 στοιβάδες, τις μήνιγγες. Οι μήνιγγες αποτελούνται από: α) τη σκληρή μήνιγγα, β) την αραχνοειδή μήνιγγα και γ) τη χοριοειδή μήνιγγα.

Ο χώρος μεταξύ αραχνοειδούς και χοριοειδούς μήνιγγας είναι ο υπαραχνοειδής χώρος, γεμάτος από ένα διαφανές υγρό, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, που επίσης κυκλοφορεί μεταξύ της εσωτερικής επιφάνειας του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό χρησιμεύει για να στηρίζει το κεντρικό νευρικό σύστημα σε ένα "προσκέφαλο" από υγρό και έτσι εξασκεί μια προστατευτική δράση.

#### δ) Εγκεφαλική κυκλοφορία

##### Αρτηρίες

Ο εγκέφαλος χαρακτηρίζεται για την πλούσια αιμάτωσή του. Αγγειώνεται από τις δυο έσω καρωτίδες, από τις δυο σπονδυλικές αρτηρίες καθώς και από τη βασική αρτηρία. Από την αναστόμωση των αρτηριών αυτών στη βάση του εγκεφάλου σχηματίζεται ο αρτηριακός κύκλος, με τον οποίο εξασφαλίζεται η παράπλευρη κυκλοφορία στον εγκέφαλο.

##### Φλέβες

Οι φλέβες του εγκεφάλου εμφανίζουν τα εξής χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- α) Δεν συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες.
- β) Δεν έχουν μυϊκό χιτώνα.
- γ) Δεν έχουν βαλβίδες. Και
- δ) Κάνουν πολλές αναστομώσεις μεταξύ των.

Από περιγραφική άποψη διακρίνονται στις επιπολής ή φλοιώδεις και στις κεντρικές ή εν τω βάθει φλέβες.

## Β. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ Κ.Ν.Σ.

Το κεντρικό νευρικό σύστημα ρυθμίζει τις σχέσεις του οργανισμού με το περιβάλλον, κατευθύνοντας τις αντιδράσεις της συμπεριφοράς του ανθρώπου, συντονίζοντας τη λειτουργία όλων των οργάνων του σώματος. Βάση της λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι τα αντανακλαστικά, γιατί κάθε αντίδραση του οργανισμού είναι μια απάντηση στην αλλαγή που σημειώθηκε στο εξωτερικό περιβάλλον ή στο εσωτερικό του. Ο εγκέφαλος του ανθρώπου είναι το τελειότερο σύστημα επεξεργασίας και φύλαξης πληροφοριών.

Όλοι οι νευρικοί δρόμοι που κατευθύνονται από το νωτιαίο μυελό στον εγκέφαλο και από τον εγκέφαλο στο νωτιαίο μυελό περνούν μέσα από τον κορμό του εγκεφάλου, όπου καταλήγουν εν μέρει ή ολοκληρωτικά. Τα αντανακλαστικά, τα τόξα των οποίων περνούν στο επίπεδο του προμήκη μυελού, είναι πολύ πιο περίπλοκα και ολοκληρωμένα από τα αντανακλαστικά του νωτιαίου μυελού. Σαν παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η ρύθμιση της αναπνοής, της κυκλοφορίας του αίματος, της εφίδρωσης, της πέψης, της ισορροπίας, καθώς και τέτοια αντανακλαστικά, όπως το μάσημα, το πιπιλισμα, η κατάποση, ο εμετός, το φτάρνισμα, ο βήχας κ.ά. Οι βλάβες του προμήκη μυελού προκαλούν το σταμάτημα της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος και γι' αυτό προκαλούν το θάνατο. Τα κέντρα του προμήκη μυελού έχουν πολυάριθμες διασυνδέσεις με τους άλλους σχηματισμούς του κορμού του εγκεφάλου, με το φλοιό των μεγάλων ημισφαιρίων, με την παρεγκεφαλίδα και τα κέντρα του νωτιαίου μυελού.

Στο μεσεγνέφαλο, στο τετράδυμο πέταλο βρίσκονται τα κέντρα των οπτικών, των ακουστικών και των οφθαλμοκινητικών νεύρων. Στους οπτικούς θαλάμους συγκεντρώνονται και καταλήγουν οι αισθητήριοι δρόμοι όλου του οργανισμού, που κατευθύνονται προς το φλοιό των μεγάλων ημισφαιρίων από το νωτιαίο, τον προμήκη μυελό και το μεσεγνέφαλο. Στο μεσεγνέφαλο γίνεται επίσης η ρύθμιση όλων των φυτικών λειτουργιών - της θρέψης, της κυκλοφορίας του αίματος και του μεταβολισμού, πραγματοποιείται η σύνδεση των εξωτερικών και εσωτερικών αισθητηρίων ερεθισμάτων με τις λειτουργίες του καρδιαγγειακού και του ενδοκρινικού συστήματος. Επικρατεί η γνώμη πως ο αισθησιακός, συγκινησιακός χρωματισμός όλων των προσλήψεων εξαρτάται από τη λειτουργία των οπτικών θαλάμων και της υποθαλάμιας περιοχής. Πολλοί σχηματισμοί του κορμού, όπως η δικτυωτή ουσία, ο υποθάλαμος, οι οπτικοί θάλαμοι, μπορούν να ασκήσουν πάνω στο φλοιό υποκινητική ή ανασταλτική επίδραση. Αυτοί ακριβώς οι σχηματισμοί προκαλούν τέτοιες καταστάσεις στον οργανισμό, όπως ο ύπνος, η εγρήγορση, η πείνα και η δίψα, ο πόνος κ.λπ.

Μέσω του κορμού από το φλοιό των μεγάλων ημισφαιρίων κατευθύνονται οι δρόμοι, από τους οποίους οι ερεθισμοί φτάνουν στα κινητικά κύτταρα του νωτιαίου μυελού. Πιο κάτω από τον προμήκη μυελό ένα σημαντικό μέρος τους περνά αμέσως στην αντίθετη πλευρά: οι ερεθισμοί που προέρχονται από το φλοιό του δεξιού ημισφαιρίου περνούν στην αριστερή πλευρά του νωτιαίου μυελού και οι ερεθισμοί που προέρχονται από το αριστερό ημισφαίριο περνούν στη δεξιά πλευρά του νωτιαίου μυελού. Γι' αυτό το λόγο, όταν σημειωθεί αιμορραγία στον

τομέα των κινητικών ζωνών του φλοιού ενός ημισφαιρίου, δημιουργείται παράλυση των μυών στην αντίθετη πλευρά του σώματος.

Ο φλοιός του εγκεφάλου αποτελείται από 20 περίπου δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά έχουν ποικίλο σχήμα, είναι τοποθετημένα κατά στρώματα και ενώνονται μεταξύ τους με τις αποφύσεις τους. Η κυτταρική σύνθεση του κάθε τομέα του φλοιού διαφέρει, πράγμα που έχει σχέση με την ειδίκευση των λειτουργιών τους. Απ' όλη την επιφάνεια του σώματος, απ' όλα τα όργανα και τους ιστούς, οι ερεθισμοί στέλλονται στους διάφορους τομείς του φλοιού. Στον κροταφικό λοβό, λόγω χάρη, καταλήγουν οι δρόμοι των ακουστικών ερεθισμών, στον ινιακό λοβό καταλήγουν οι οπτικοί ερεθισμοί. Μέσω των νευρικών δρόμων η διαδικασία της διέγερσης μπορεί να εξαπλωθεί απ' οποιονδήποτε τομέα του φλοιού στους άλλους τομείς του, καθώς και να κατευθυνθεί σε άλλα, χαμηλότερα τμήματα του εγκεφάλου, π.χ. στον κορμό, πράγμα που εξασφαλίζει τη μόνιμη και προσωρινή επικοινωνία μεταξύ των τομέων του φλοιού του εγκεφάλου. Η προσωρινή επικοινωνία βρίσκεται στη βάση των εξαρτημένων αντανακλαστικών που, με τη σειρά τους, αποτελούν τη βάση της ανώτερης νευρικής δραστηριότητας καθώς και των ψυχικών λειτουργιών του ανθρώπου.

### Γ) ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ

Ενδοκρανιακοί όγκοι καλούνται οι ενδοκρανιακές εκείνες εξεργασίες οι οποίες αυξάνουν τη μάζα του ενδοκρανιακού περιεχομένου και μειώνουν το διαθέσιμο ενδοκρανιακό χώρο.

Πριν προχωρήσουμε στην εξέταση των ενδοκρανιακών όγκων, θα εξετασθεί πρώτα ο τρόπος με τον οποίο μεταβάλλουν τη λειτουργία του εγκεφάλου και δημιουργούν έτσι συμπτώματα και σημεία.

Ο εγκέφαλος και τα περιβλήματά του περιέχονται μέσα στο άκαμπο οστέινο κρανίο· κάθε αύξηση στον όγκο του κρανιακού περιεχομένου σημαίνει ότι το εγκεφαλονωτιαίο υγρό εκτοπίζεται από την κρανιακή κοιλότητα, ώστε η πίεσή του μέσα στο νωτιαίο υπαραχνοειδή χώρο αυξάνει· η πίεση αυτή θεωρείται ότι δίνει συνήθως μια αρκετά πιστή ένδειξη της ενδοκρανιακής πίεσης. Σε ακραίες περιπτώσεις η πίεση ανεβαίνει σε βαθμό τέτοιο που να υπάρχει αυξημένη αντίσταση στην είσοδο του αίματος στις εγκεφαλικές αρτηρίες, ώστε η εγκεφαλική αιματική ροή να ελαττώνεται. Η αυξημένη αυτή αρτηριακή αντίσταση οδηγεί με τη σειρά της σε αντανακλαστική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, σαν μια προσπάθεια αντιρρόπησης, και έτσι αναπτύσσεται προσωρινά υπέρταση. Σπάνια είναι δυνατό η αιματική ροή να μειωθεί τόσο πολύ ώστε να συμβεί έμφρακτο.

Η πίεση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού όμως δεν είναι αυξημένη μόνο στο νωτιαίο υπαραχνοειδή χώρο, αλλά και σε όλες τις εξωκράνιες επεκτάσεις του υπαραχνοειδούς χώρου. Έτσι, η πίεση γύρω από τα οπτικά νεύρα αυξάνεται επίσης· αυτό οδηγεί με τη σειρά του σε μείωση της επανόδου του φλεβικού αίματος

από τον αμφιβληστροειδή, με διεύρυνση των αμφιβληστροειδικών φλεβών, οίδημα των οπτικών θηλών και, σε σοβαρές περιπτώσεις, αμφιβληστροειδικές αιμορραγίες.

Ένα άλλο αποτέλεσμα της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης είναι η συμπίεση των αναπνευστικών και καρδιακών κέντρων του εγκεφαλικού στελέχους, ώστε και η αναπνοή και ο καρδιακός ρυθμός γίνονται με βραδύτερο ρυθμό· χαρακτηριστικός είναι ο πλήρης και αργός σφυγμός. Σε σοβαρές περιπτώσεις με προοδευτική επιδείνωση, τα κέντρα του εγκεφαλικού στελέχους μπορεί να συμπιεστούν τόσο ώστε να προκληθεί κώμα. Σε τέτοια προχωρημένα στάδια η αναπνοή γίνεται ανώμαλη και ύστερα παύει, ενώ τελικά εμφανίζεται ταχυκαρδία αντί για βραδυκαρδία.

#### Συμπτωματολογία Ενδοκρανιακών Όγκων

Όπως στις περισσότερες παθήσεις του νευρικού συστήματος, τα φυσικά σημεία βοηθούν γενικά στον εντοπισμό της βλάβης, ενώ στο κλινικό ιστορικό στηρίζεται κανείς στην προσπάθεια της διαπίστωσης της φύσης του όγκου.

Σε πολλές περιπτώσεις η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από προοδευτικά εστιακά συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά εγκεφαλικής πίεσης ή καταστροφής, σε συνδυασμό με σημεία αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης. Σε άλλες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν ο όγκος είναι βραδείας ανάπτυξης, τα εστιακά συμπτώματα προχωρούν ύπουλα και δεν υπάρχουν κλινικά χαρακτηριστικά ενδεικτικά αυξημένης πίεσης όταν ο άρρωστος έρχεται για εξέταση.



Άλλο συχνό σύμπτωμα είναι οι εστιακές ή γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις. Όταν η κρίση έχει εστιακό χαρακτήρα, κινείται αμέσως η υποψία ότι μπορεί να είναι αποτέλεσμα εστιακής βλάβης, όπως είναι ένας όγκος. Όταν όμως οι κρίσεις είναι από την αρχή γενικευμένες και έχουν παρουσιαστεί στη διάρκεια μηνών ή και πιο σπάνια αρκετών χρόνων, η ένδειξη ότι δεν είναι ιδιοπαθείς έρχεται αργότερα με άλλα συμπτώματα (πονοκέφαλοι, έμετοι) και φυσικά σημεία (οίδημα οπτικής θηλής).

Μια συνηθισμένη ομάδα περιπτώσεων επίσης είναι αυτή που εμφανίζει καθαρά συμπτώματα και σημεία αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης, χωρίς κλινικές ενδείξεις για την ύπαρξη νεοπλάσματος.

Μια άλλη αλλά σπουδαία ομάδα περιπτώσεων είναι αυτή όπου τα συμπτώματα ακαθόριστου πονοκέφαλου, διαλείπουσας ζάλης, αόριστης απώλειας της μνήμης και έλλειψης συγκέντρωσης, εμφανίζονται με κάποια ασάφεια αλλά με προοδευτική εξέλιξη. αυτές είναι οι πιο δύσκολες περιπτώσεις, επειδή η κλινική εικόνα συγχέεται εύκολα με ψυχικές νόσους. Έτσι είναι συχνά δύσκολο να αποφασίσει κανείς σε τι βάθος θα διερευνήσει την περίπτωση στην προσπάθεια να διαπιστώσει την ύπαρξη ενός ενδοκρανιακού νεοπλάσματος. Τέτοιου τύπου περιπτώσεις είναι δυστυχώς συχνές και ακριβώς εδώ γίνονται εύκολα διαγνωστικά λάθη.

Τέλος, εξαιρετικά σπάνια βέβαια, εντοπίζονται ενδοκρανιακοί όγκοι κατά τη νεκροψία, χωρίς να προκαλέσουν συμπτώματα όσο ο άνθρωπος βρισκόταν στη ζωή.

Επειδή όμως όλοι οι εγκεφαλικοί όγκοι, άσχετα από το χαρακτήρα τους και την εντόπισή τους, μπορεί να δημιουργήσουν αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης, σε κάθε σχεδόν περίπτωση εμφανίζονται τελικά τα χαρακτηριστικά συμπτώματα και σημεία, που είναι: ο πονοκέφαλος, οι έμετοι και το οίδημα της οπτικής θηλής.

Ο πονοκέφαλος έχει μικρή εντοπιστική αξία, αν και μερικές φορές είναι μονόπλευρος και τότε γενικά αφορά την πλευρά του κεφαλιού που βρίσκεται ο όγκος. Συχνότερα είναι μετωπιαίος, ινιακός ή και τα δυο. Μπορεί να είναι εντονότερος προς τα πίσω σε αρρώστους με όγκους του οπισθίου βόθρου, αλλά αυτό δεν είναι σταθερό. Είναι συχνά διαλείπων, σφύζων και παροξυσμικός. Είναι γενικά πιο σοβαρός στο ξύπνημα και τείνει να βελτιώνεται καθώς προχωρεί η ημέρα. Τυπικά χειροτερεύει με το βήχα, το σκύψιμο ή με την προσπάθεια αφόδευσης, αλλά τα χαρακτηριστικά αυτά δεν είναι σταθερά και σε μερικές περιπτώσεις ο πόνος είναι ακαθόριστος.

Οι έμετοι των αρρώστων με ενδοκρανιακά νεοπλάσματα δεν έχουν συχνά ειδικά χαρακτηριστικά, αν και γενικά είναι εντονότεροι τις πρωινές ώρες, όπως και ο πονοκέφαλος, και είναι μερικές φορές ρουκετοειδείς, χωρίς να προηγείται ναυτία.

Το οίδημα της οπτικής θηλής, αν και χαρακτηριστικό φυσικό σημείο, δεν παράγει κατά κανόνα συμπτώματα στα πρώιμα στάδια. Τυπικά οι αμφιβληστροειδείς φλέβες είναι διογκωμένες, οι οπτικές θηλές πιο έντονα ροζ από ό,τι φυσιολογικά, η φυσιολογική κοίλανση απουσιάζει και τα όρια της οπτικής θηλής (και το κροταφικό όριο) είναι ασαφή. Καθώς το οίδημα αυξάνει,

μπορεί να φανούν αιμορραγίες σε ένα τοπικό υπεραϊμικό σχηματισμό γύρω από τη θηλή και ο άρρωστος συχνά θα παραπονεθεί για κάποια ασάφεια στην όραση ή για κάποια άλγος γύρω από τα φώτα. Αυτά είναι προειδοποιητικά συμπτώματα, όπως είναι και η παροδική τύλωση σ' ένα μάτι, π.χ. στο σκύψιμο. Παρ' όλο που το οίδημα της οπτικής θηλής μπορεί να υπάρχει χωρίς εμφανή μείωση της οπτικής οξύτητας, όταν αυτή εμφανιστεί είναι συχνά γρήγορη στην εξέλιξή της, ολική και μη αναστρέψιμη, και οφείλεται σε απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδή.

Η αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση ή ο υδροκέφαλος, που οφείλονται σε έναν όγκο οποιασδήποτε εντόπισης, μπορεί να προκαλέσουν διανοητικές διαταραχές και ψευδή εντοπιστικά σημεία. Τα διανοητικά συμπτώματα μπορεί να πάρουν τη μορφή προοδευτικής απάθειας που καταλήγει στο τέλος σε stupor και κώμα, ενώ νωρίτερα υπάρχουν συχνά ενδείξεις ελαφράς άνοιας με μείωση της μνήμης, της κρίσης και της κοινωνικής προσαρμογής. Αργότερα μπορεί να παρατηρηθεί ακράτεια ούρων και κοπράνων. Η σύγχυση και η διαταραχή του προσανατολισμού στο χρόνο και το χώρο είναι συνηθισμένες. Τα πιο συνηθισμένα ψευδή εντοπιστικά σημεία είναι μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη παράλυση του απαγωγού (που οφείλεται σε πίεση πάνω στο στέλεχος του νεύρου στη μακριά ενδοκρανιακή πορεία του), μερική παράλυση του κοινού κινητικού και εκτατική πελματιαία απάντηση στη μια ή και στις δυο πλευρές (που οφείλεται σε πίεση του εγκεφαλικού στελέχους).

### Σύνδρομα όγκων

Έχοντας εξετάσει τη γενική συμπτωματολογία, θα περιγραφούν σύντομα μερικά από τα σύνδρομα που μπορεί να είναι αποτέλεσμα ειδικών όγκων σε διάφορα τμήματα της κρανιακής κοιλότητας.

#### **Γλοίωμα**

Το γλοίωμα είναι ο πλέον ενδιαφέρων και συνηθής εγκεφαλικός όγκος. Είναι σχεδόν πάντοτε μονήρης και συνηθώς διεισδύει στην εγκεφαλική ουσία. Μπορεί να είναι μικρού μεγέθους ή να καταλαμβάνει ολόκληρο ημισφαίριο. Γεννάται κατά κανόνα εντός της εγκεφαλικής ουσίας, δεν προσβάλλει τις μήνιγγες και είναι εξαιρετικά αγγειοβριθής όγκος.

Καθώς το κλινικό ιστορικό της νόσου εξαρτάται από το ρυθμό ανάπτυξης, είναι αδύνατο να περιγραφεί τελείως η κάθε πιθανή παραλλαγή στον τρόπο που παρουσιάζεται κλινικά και στην πορεία της. Τυπικά πάντως ο άρρωστος με γλοιοβλάστωμα δίνει ιστορικό πονοκεφάλου με αυξανόμενη ένταση, υπνηλίας, ναυτίας και εμέτων, και πιθανόν εστιακών ή γενικευμένων επιληπτικών κρίσεων και συχνά πρόσφατων διαταραχών της μνήμης, του λόγου ή της κίνησης των άκρων. Συνήθως σε τέτοιες περιπτώσεις η διάρκεια της νόσου μετράται σε εβδομάδες.

Σπάνια μπορεί να αναπτυχθούν πολλαπλές περιοχές γλοιωμάτων διήθησης, φαινομενικά ταυτόχρονα σε όλο τον εγκέφαλο και το εγκεφαλικό στέλεχος. Σε τέτοιες περιπτώσεις η κλινική εικόνα, που δείχνει την παρουσία πολλαπλών βλαβών, μπορεί να οδηγεί στη διάγνωση πολλαπλών μεταστάσεων.

### Αστροκύττωμα

Το αστροκύττωμα είναι όγκος υψίστης σημασίας. Αναπτύσσεται βραδέως και παρουσιάζει δυνατότητα αφαίρεσης. Υπολογίζεται ότι ανέρχεται σε ποσοστό 35% απ' όλα τα γλοιώματα. Το αστροκύττωμα παρατηρείται γενικά στα εγκεφαλικά ημισφαίρια στους ενήλικες και στους λοβούς της παρεγκεφαλίδας στα παιδιά.

Σε άρρωστο με ένα βραδείας ανάπτυξης αστροκύττωμα είναι συνηθισμένο να παίρνουμε το ιστορικό σποραδικών μεγάλων επιληπτικών κρίσεων και ακαθόριστου πονοκέφαλου ή διαταραχής στη συγκέντρωση, που έχει αρχίσει μερικά χρόνια πριν και δεν έχει προκαλέσει ανησυχία μέχρι τη στιγμή της εμφάνισης κάποιου καινούργιου συμπτώματος (αφασίας, εμέτου). Πολλά φυσικά εξαρτώνται και από την εντόπιση του όγκου.

### Μυελοβλάστωμα

Ο συνηθισμένος αυτός όγκος της βρεφικής και πρώιμης παιδικής ηλικίας αναπτύσσεται σταθερά σχεδόν στους παρεγκεφαλιδικούς σχηματισμούς της μεσης γραμμής και έχει την ιδιότητα να επεκτείνεται μέσα στο μηνιγγικό χώρο, ώστε κύτταρα του όγκου μπορεί να βρεθούν στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Μερικές φορές αναπτύσσονται μεταστάσεις έξω από το νευρικό σύστημα (π.χ. οστά), ιδιαίτερα μετά τη χειρουργική θεραπεία. Η χαρακτηριστική κλινική εικόνα σε ένα μικρό παιδί περιλαμβάνει προοδευτική αταξία, με συχνές πτώσεις, που ακολουθείται από υπνηλία και εμέτους. Το οίδημα της οπτικής θηλής βρίσκεται σχεδόν σταθερά και οι ραφές του κρανίου ξεχωρίζουν νωρίς.

### Ολιγοδενδρογλοΐωμα

Οι ασυνήθιστοι αυτοί όγκοι, που αναπτύσσονται συνήθως σ' ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο και ιδιαίτερα στον κροταφικό λοβό, είναι εξαιρετικά καλοήθεις. Οι περισσότεροι άρρωστοι εμφανίζουν εστιακές και γενικευμένες επιληπικές κρίσεις για πολλά χρόνια πριν από την έναρξη άλλων συμπτωμάτων. Συχνά αποτιτάνονται και μια στικτή περιοχή ασβέστωσης στην ακτινογραφία του κρανίου μπορεί να είναι παθογνωμονική.

### Επενδύωμα

Αυτός ο σπάνιος ενδοκρανιακός όγκος βρίσκεται πιο συχνά στην τέταρτη κοιλία· προκαλεί γρηγορα συμπτώματα και σημεία αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης και σπάνια άλλα σημεία. Στα πρώιμα στάδια είναι συνηθισμένος ο ίλιγγος θέσης, ο ινιακός πονοκέφαλος και οι πρωινοί έμετοι, που μπορεί να είναι και τα μόνα συμπτώματα, ενώ συχνά τα μόνα φυσικά σημεία είναι ο νυσταγμός με διάφορου βαθμού αυχενική δυσκαμψία ή ο ίλιγγος που προκαλείται στην προσπάθεια κάμψης του αυχένα.

### Μηνιγγίωμα

Το μηνιγγίωμα που πιέζει ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο μπορεί να προκαλεί όμοια κλινική εικόνα με ένα αστροκύττωμα όμοιας εντόπισης, αν και η επιληψία τύπου Jackson φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συνηθισμένη σ' αυτά τα καλοήθη νεοπλάσματα.

Τα μηνιγγιώματα καταλαμβάνουν τη σκληρή μήνιγγα και το κρανίο και προκαλούν διάβρωση και λέπτυνση των οστών. Σπάνια ένα νεόπλασμα που ξεκινά από τις μήνιγγες της βάσης μπορεί βαθμιαία να προσβάλλει πολλά κρανιακά νεύρα, καθώς πλησιάζουν

τα τρήματα εξόδου για να εγκαταλείψουν το κρανίο. Τα μηνιγγιώματα υποτροπιάζουν μερικές φορές μετά τη φαινομενικά ολική χειρουργική αφαίρεση και σπάνια εμφανίζουν σαρκωματώδη κακοήγη εξαλλαγή.

### Αδενώματα της υπόφυσης

Υπάρχουν δυο κύριες ποικιλίες υποφυσιακού αδενώματος, που δίνουν όμοια νευρολογικά σημεία, ενώ έχουν διαφορετικές ενδοκρινικές συνέπειες. Το αδένωμα των οξεόφιλων κυττάρων δίνει γιγαντισμό πριν την ήβη και μεγαλακρία κατόπιν, ενώ τα περισσότερα χρωμόφοβα αδενώματα δίνουν σημεία υπολειτουργίας της υπόφυσης. Οι πρόσφατες ενδείξεις πάντως αποκαλύπτουν ότι μερικά περιέχουν λίγα ενεργά οξεόφιλα ή βασεόφιλα κύτταρα και ότι πολλά άλλα εκκρίνουν προλακτίνη που προκαλεί γαλακτόρροια και αμηνόρροια.

Τα βασεόφιλα αδενώματα είναι σπάνια και συνήθως δεν αναπτύσσονται τόσο πολύ για να δώσουν συμπτώματα και σημεία ενδοκρανιακής χωροκατακτητικής εξεργασίας. Προκαλούν τα ενδοκρινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου Cushing, που συχνότερα δημιουργείται από υπερλειτουργία του επινεφριδικού φλοιού.

Και τα οξεόφιλα και τα χρωμόφοβα αδενώματα έχουν γενικά αρκετό όγκο για να προκαλέσουν διεύρυνση του τουρκικού επιπέου και έχουν ακόμα την τάση να προβάλλουν πάνω από το εφίππιο για να πιέσουν την έσω πλευρά των δύο οπτικών νεύρων και το χιάσμα. Σπάνια ένα χρωμόφοβο αδένωμα διογκώνεται γρήγορα εξαιτίας εμφράκτου, όταν η ανάπτυξη του ξεπερνά την ίδια του την αιμάτωση· μπορεί τότε να πιέσει το ένα κοινό

κινητικό νεύρο και το οπτικό νεύρο, να δώσει ξαφνικό σοβαρό πονοκέφαλο, μονόπλευρη τύφλωση, παράλυση του κοινού κινητικού και μερικές φορές υπαραχνοειδή αιμορραγία.

#### **Επιφυσίωμα, θήλωμα και όγκος του σφαγιτιδικού βώλου**

Το επιφυσίωμα είναι ένας σπάνιος όγκος των παιδιών ή των νέων ενηλίκων. Συνήθως παρουσιάζεται μόνο με σημεία αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης, από συμπίεση του υδραγωγού και υδροκέφαλο· πάντως η συμπίεση του τετραδύμου και του ανώτερου μεσεγκεφάλου μπορεί να δώσει χαρακτηριστική διαταραχή της συζυγούς κίνησης του βλέμματος προς τα πάνω. Οι ασυνήθιστοι όγκοι που ξεκινούν από τα παρεγχυματικά κύτταρα του κωναρίου μπορεί επιπρόσθετα να προκαλέσουν πρῶιμη ήβη ή άποιο διαβήτη. Τα θηλώματα των χοριοειδών πλεγμάτων είναι επίσης υπεύθυνα για υποτροπιάζουσες υπαραχνοειδείς αιμορραγίες ή για υδροκέφαλο χωρίς άλλα ειδικά χαρακτηριστικά. Οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις του σπάνιου χρωμαφινώματος του σφαγιτιδικού βώλου είναι πολλαπλές παραλύσεις των κατώτερων εγκεφαλικών συζυγιών (κώφωση, παράλυση του προσώπου, δυσφαγία, ημιατροφία της γλώσσας), συνδυασμένες μερικές φορές με έναν αγγειακό πολύποδα στο έσω ουσ ή μια ψηλαφητή μάζα μπροστά από το μαστοειδές οστό.

#### **Κρανιοφαρυγγίωμα**

Ο σχετικά συνηθισμένος αυτός όγκος, που ξεκινά από εμβρυικά υπολείμματα κυττάρων, μπορεί να είναι συμπαγής, αλλά πιο συχνά παράγει μια κύστη που περιέχει χοληστερόλη και εντοπίζεται πάνω από το εφίππιο. Πιέζει το οπτικό χίασμα για



να δώσει μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη οπτική ατροφία και προοδευτικά ελλείμματα στο οπτικό πεδίο, και παράλληλα επεκτείνεται προς τα πάνω, στον υποθάλαμο. Στην παιδική ηλικία μπορεί να καθυστερήσει τη σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη ή να δώσει άποιο διαβήτη· σε μερικές περιπτώσεις τα συμπτώματα αναπτύσσονται στη νεαρή ενήλικη ή ακόμα και τη μέση ηλικία, οπότε εμφανίζονται μείωση της libido, πνευματική έκπτωση και σημεία υπολειτουργίας της υπόφυσης.

### ~~Αιμαγγειοβλάστωμα~~

Ο όγκος αυτός παρατηρείται σχεδόν σταθερά στο ένα παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο σε παιδιά ή νέους ενήλικες και δίνει συμπτώματα που δεν διακρίνονται από ένα παρεγκεφαλιδικό αστροκύτωμα. Μπορεί να είναι οικογενής και συνδυάζεται συχνά με αγγειωμάτωση του αμφιβληστροειδή ή των κοιλιακών οργάνων.

### Αρτηριοφλεβικό αγγείωμα

Οι χαρακτηριστικές κλινικές εκδηλώσεις που προκύπτουν από τις αγγειακές δυσπλασίες είναι επιληψία, υπαραχνοειδής αιμορραγία, εστιακά νευρολογικά σημεία ανάλογα με την εντόπιση και κρανιακό φύσημα. Μικρές αγγειακές δυσπλασίες μπορεί να παραμένουν σιωπηλά για πολλά χρόνια πριν δώσουν, σαν τη μόνη τους κλινική εκδήλωση, επιληπτικές κρίσεις.

### Χόρδωμα

Ο μαλακός σαν ζελατίνα αυτός όγκος αναπτύσσεται συνήθως είτε ανάμεσα στη βάση του σφηνοειδούς και στην πρόσθια πλευρά του εγκεφαλικού στελέχους ή στον ιερό σωλήνα. Όταν αναπτύσ-

σεται ενδοκρανιακά, υπάρχουν τυπικά πολλαπλές παραλύσεις κρανιακών νεύρων· στην ιερή περιοχή προκαλεί σημεία προσβολής πολλών ριζών στο χαμηλότερο μέρος της ιππούριδας.

#### **Επιδερμοειδείς ή δερμοειδείς κύστεις**

Αυτοί οι σπάνιοι, σαν μαργαριτάρια, όγκοι, βρίσκονται συνηθέστερα στον οπίσθιο βόθρο και συνήθως δεν διακρίνονται κλινικά από άλλους όγκους του οπίσθιου βόθρου. Η διάγνωση γίνεται κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

#### **Κολλοειδείς κύστεις της τρίτης κοιλίας**

Ο ασυνήθιστος αυτός όγκος ξεκινά μέσα στην τρίτη κοιλία από υπολείμματα της πρωτόγονης παράφυσης. Συνήθως παράγει κλινικά χαρακτηριστικά που δείχνουν μια προοδευτική αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης. Η παρουσία της βλάβης αυτής μπορεί να πιθανολογηθεί όταν ο άρρωστος εμφανίζει διαλείποντα υδροκέφαλο με προσβολές που εκλύονται από αλλαγές της θέσης.

#### **Νευρίνωμα**

Το σχετικά συνηθισμένο αυτό ενδοκρανιακό νεόπλασμα είναι μερικές φορές μονήρες και άλλοτε πολλαπλό· στη δεύτερη περίπτωση ο άρρωστος υποφέρει συνήθως από νευροϊνωμάτωση και υπάρχουν γενικά και άλλα στίγματα της νόσου. Μπορεί να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό και η προσεκτική εξέταση θα αποκαλύψει δερματικά νευρινώματα και μελάγχρωση στο δέρμα. Ενώ στην κρανιακή κοιλότητα τα νεοπλάσματά αυτά μπορεί να αναπτυχθούν πάνω στο πέμπτο ή έβδομο νεύρο, η πολύ πιο συχνή εντόπιση είναι το όγδοο ή ακουστικό νεύρο.

Ο όγκος αυτός είναι συχνός σε αρρώστους μέσης ηλικίας και στη γεροντική ηλικία. Η μονόπλευρη κώφωση νευρικού τύπου υπάρχει σχεδόν πάντα και μπορεί να συνδυάζεται με ακαθόριστη ζάλη, αλλά αληθινός παροξυσμικός ίλιγγος είναι ασυνήθιστος. Κατόπιν ακολουθούν από πλευράς συχνότητας ο νυσταγμός και η μονόπλευρη κατάργηση της αισθητικότητας του προσώπου. Αργότερα κατά κανόνα επέρχεται ομόπλευρη παράλυση του προσώπου ή συσπάσεις που οφείλονται σε συμπίεση του προσωπικού νεύρου. Συχνά στην πλευρά της βλάβης παρατηρείται πολύ μικρού βαθμού παρεγκεφαλιδική αταξία και μπορεί να υπάρχουν πυραμιδικά σημεία, συνήθως αντιπλευρα και μερικές φορές ομόπλευρα. Το λεύκωμα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού είναι συχνά πολύ αυξημένο και οι ακτινογραφίες δείχνουν συνήθως διάβρωση του έσω ακουστικού πόρου. Νευροϊστολογικές μελέτες είναι χρήσιμες για την πρόιμη διάγνωση των περιπτώσεων αυτών.

**"Ψευδοόγκος του εγκεφάλου"** ή καλοήθης ενδοκρανιακή υπέρταση

Η κλινική εικόνα της κατάστασης αυτής, που έχει ακόμα ονομασθεί τοξικός υδροκέφαλος ή ορώδης μηνιγγίτιδα, μπορεί να μοιάζει πολύ με την εικόνα του όγκου του εγκεφάλου, καθώς τα κυρίαρχα συμπτώματα είναι ο πονοκέφαλος και το αμφοτερόπλευρο οίδημα της οπτικής θηλής. Η αξονική τομογραφία αποκαλύπτει όμως ότι οι εγκεφαλικές κοιλίες είναι είτε φυσιολογικές σε μέγεθος και θέση ή πιο συχνά μικρές. Η κατάσταση μπορεί να επιπλέξει τη μέση ωτίτιδα, την εγκυμοσύνη ή την καχεξία, ή μπορεί να ακολουθεί κάκωση της κεφαλής. Είναι ιδιαίτερα συχνή σε ευτραφείς νεαρές ή μέσης ηλικίας γυναίκες. Οφείλεται είτε σε άσηπτη θρόμβωση ενός ή περισσότερων ενδοκρανιακών φλεβωδών

κόλπων ή πιο συχνά σε διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα άγνωστης αιτιολογίας. Είναι μια αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή που αποκαθίσταται τελείως σε μερικές βδομάδες ή μήνες. Στο οξύ στάδιο το οίδημα της οπτικής θηλής αποτελεί απειλή για την όραση και είναι αναγκαία η επείγουσα θεραπεία, συνήθως με στεροειδή για να ελαττωθεί το εγκεφαλικό οίδημα. Χειρουργική αποσυμπίεση γινόταν σπάνια στο παρελθόν. Οι περισσότερες άρρωστες πηγαίνουν εκπληκτικά καλά, αν σκεφτεί κανείς τη σοβαρότητα του οιδήματος της οπτικής θηλής. Μερικές φορές παρατηρείται, σαν ψευδοεντοπιστικό σημείο, παράλυση του απαγωγού.

#### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ

Η διάγνωση των ογκων του εγκεφάλου είναι ταυτόχρονα, η απλούστερη αλλά και δυσκολότερη διαδικασία σε ολόκληρη τη νευρολογία. Είναι ανάγκη να περιλαμβάνει όχι μόνο τους γενικούς παράγοντες, αλλά αν είναι δυνατό τη θέση και τη φύση του όγκου. Συμπτώματα όπως η αυξανόμενη κεφαλαλγία, οι σποραδικοί έμετοι, η ζάλη κ.ά. πρέπει να κινήσουν αμέσως την υπόνοια υπάρξεως όγκου. Καθοριστικός παράγοντας στη διάγνωση είναι το οίδημα της οπτικής θηλής. Επίσης οι επιληπτικές κρίσεις τύπου Jackson κυρίως σε νεαρά άτομα υποδεικνύουν την ύπαρξη όγκου.

Το ιστορικό, η γενική ψυχική εικόνα, τα σημεία από τους οφθαλμούς, η πορεία της νόσου αλλά κυρίως οι ορολογικές αντιδράσεις επιβεβαιώνουν τη διάγνωση. Η προοδευτική μαλά-

κυνση του εγκεφάλου, που οφείλεται σε αγγειακή νόσο σε ηλικιωμένα άτομα, μπορεί πολλές φορές να δημιουργήσει ανυπέρβλητες δυσκολίες. Αντίθετα, η προοδευτική ημιπληγία που συνοδεύεται από κεφαλαλγία, λήθαργο και αλλοιώσεις του οπτικού νεύρου μας δίνει την εικόνα του όγκου. Μερικές φορές όμως μόνο το αγγειογράφημα, η χειρουργική επέμβαση που διενεργείται προς διερεύνηση ή τέλος η νεκροψία ενδέχεται να εξασφαλίσουν τη διάγνωση.

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό σε όγκους του εγκεφάλου μπορεί να παρουσιάζει αύξηση του λευκώματος και της τάσεως. Σε όγκους που παρουσιάζονται στις κοιλίες ή στο τυλώδες σώμα είναι δυνατό να παρατηρηθεί αύξηση των κυττάρων. Ο Merritt αναφέρει ότι: α) η αύξηση του λευκώματος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού χωρίς αύξηση του λευκώματος των κοιλιών, υποδεικνύει όγκο του οπίσθιου βόθρου. β) Αν το λεύκωμα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και του υγρού των κοιλιών είναι αυξημένο, ο όγκος βρίσκεται στην τρίτη κοιλία ή στο τυλώδες σώμα. γ) Αν το λεύκωμα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και μιας από τις κοιλίες είναι αυξημένο, ο όγκος βρίσκεται στο πλάγιο εκείνο που είναι αυξημένο το λεύκωμα της κοιλίας.

Τέλος, μεγάλη βοήθεια στη διάγνωση προσφέρουν η ακτινογραφία του κρανίου, η κοιλιογραφία, το αγγειογράφημα, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και η αξονική τομογραφία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Η θεραπεία των όγκων του εγκεφάλου είναι χειρουργική. Μόλις επιβεβαιωθεί η διάγνωση και εντοπισθεί η θέση του όγκου, ο άρρωστος πρέπει να μπει στο χειρουργείο. Δεν ενδείκνυται η καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης για να εφαρμοστεί φαρμακευτική ή άλλη θεραπεία ή για να εμφανιστεί το οίδημα της οπτικής θηλής σε περίπτωση που έχει γίνει διάγνωση χωρίς την παρουσία αυτού του συμπτώματος. Όσο νωρίτερα γίνει η εγχείρηση τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες αποκατάστασης.

Η αφαίρεση ενός όγκου όμως, όσο επιτυχής και να είναι, δεν σημαίνει ότι θεραπεύτηκε μόνιμα. Μπορεί να υποτροπιάσει, ακόμα και μετά την πάροδο αρκετών χρόνων. Αυτό συμβαίνει συνήθως σε όγκους της υποφύσεως και του οπισθίου βόθρου. Σε αυτές τις περιπτώσεις ξαναγίνεται χειρουργική επέμβαση. Αν μάλιστα η κατάσταση του αρρώστου δεν επιτρέπει την ολική αφαίρεση του νεοπλάσματος με την πρώτη εγχείρηση, μπορεί να γίνει και δεύτερη.

Σε μερικούς όγκους, συνήθως σε γλοιώματα, η χειρουργική θεραπεία σπάνια είναι δυνατή. Ο όγκος δεν μπορεί να εξαιρεθεί πλήρως. Σ' αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζεται ακτινοβολήση του όγκου και του γύρω ιστού. Η χρήση μετεγχειρητικής ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας παρατείνει το μέσο όρο ζωής, αλλά σπάνια υπάρχει επιβίωση πάνω από δύο χρόνια αν το νεόπλασμα είναι κακοήθες.

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ

Η πρόγνωση των ενδοκρανιακών νεοπλασμάτων είναι εξαιρετικά βαριά αλλά εξαρτάται κατά ένα μεγάλο μέρος από τη φύση και θέση του όγκου, την ταχεία διάγνωση και την ικανότητα του χειρουργού. Ο όγκος οδηγεί κατά κανόνα στο θάνατο, εκτός και αν αφαιρεθεί επιτυχώς και πάλι όμως μπορεί να υποτροπιάσει. Οι πιθανότητες αποκατάστασης ή παράτασης της ζωής είναι αρικτές σε νεοπλάσματα που είναι δυνατό να αφαιρεθούν.

Σχεδόν όλοι οι όγκοι της γέφυρας και του προμήκη μυελού δεν είναι εγχειρήσιμοι. Τα πιο κακοήθη νεοπλάσματα, όπως το γλοιοβλάστωμα, το μυελοβλάστωμα και το μεταστατικό καρκίνωμα, καταλήγουν σε θάνατο εντός λίγων μηνών, ενώ τα μηνιγγιώματα και τα αστροκυτώματα συχνά επιτρέπουν επιβίωση επί πολλά χρόνια.

### ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι ενδοκρανιακές μεταστάσεις από εξωκρανιακό κακοήγη όγκο είναι γενικά καρκινωματώδεις και οι πιο συχνές θέσεις της πρωτογενούς νεοπλασίας που διασπείρεται στην κρανιακή κοιλότητα είναι οι πνεύμονες, οι μαστοί, οι νεφροί, οι ωοθήκες, το ορθό και σπανιότερα άλλα όργανα. Τα σαρκώματα επίσης μπορεί να δώσουν μεταστάσεις στον εγκέφαλο, όπως και τα κακοήγη μελανώματα.

Η κλινική εικόνα που δημιουργείται από μια ή περισσότερες ενδοκρανιακές μεταστάσεις μπορεί να εμφανίζει μεγάλη

ποικιλία και δεν φαίνεται να εξαρτάται με κανέναν τρόπο από τη φύση ή την εντόπιση της πρωτογενούς νεοπλασίας. Η υπαρχνοειδής αιμορραγία είναι μια σπάνια επιπλοκή των ενδοκρανιακών μεταστάσεων, εκτός από την περίπτωση του κακοήθους μελανώματος, όπου παρατηρείται συχνά γιατί οι μεταστάσεις είναι πολλές και πολύ αγγειοβριθείς. Σε πολλές περιπτώσεις οι εκδηλώσεις της ενδοκρανιακής νόσου προηγούνται απ' αυτές που οφείλονται στον πρωτογενή όγκο και τα συμπτώματα και τα φυσικά σημεία συνήθως μοιάζουν πολύ με εκείνα που παράγονται από ένα γλοιοβλάστωμα στο ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο ή με ένα ταχέως αναπτυσσόμενο όγκο στον οπίσθιο βόθρο.

Η ανακάλυψη μιας σκίασης στην ακτινογραφία θώρακα μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη ότι ο όγκος είναι μεταστατικός. Αν και οι εγκεφαλικές μεταστάσεις είναι συχνά πολλαπλές, είναι σχετικά ασυνήθιστο, αλλά όχι και άγνωστο, τα συμπτώματα ή τα φυσικά σημεία να δείχνουν την παρουσία περισσότερων από μιας βλαβών. Κάποτε η κλινική εικόνα είναι ακόμη πιο ασαφής, με ακαθόριστο πονοκέφαλο, διαταραχές της μνήμης, έλλειψη συγκέντρωσης, κατάθλιψη και διαλείπουσα σύγχυση, και μπορεί κανείς να σκεφτεί τη διάγνωση της προγεροντικής άνοιας. Σπάνια ακόμα υπάρχουν μεγάλης έκτασης καρρινωματώδεις εναποθέσεις στις λεπτές μήνιγγες και η κλινική εικόνα εμφανίζει πονοκέφαλο, σοβαρή αυχενική δυσκαμψία, σύγχυση και μερικές φορές παραλύσεις κρανιακών νεύρων. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει γενικά μέτρια αύξηση του λευκώματος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ενώ το σάκχαρο είναι σημαντικά ελαττωμένο και τα κακοήθη κύτταρα μπορεί να αναγνωριστούν με κυτταρολογικές τεχνικές.



Οι καρκινωματώδεις μεταστάσεις στα οστά του κρανίου μπορεί να προκαλέσουν πονοκεφάλους και ευαισθησία στο τριχωτό της κεφαλής, ενώ σπάνια μόνο δίνουν νευρολογικά σημεία από βλάβη του εγκεφάλου.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΟΓΚΟΥ

Όταν το ιστορικό του αρρώστου δίνει την υπόνοια ότι για τα συμπτώματά του μπορεί να είναι υπεύθυνος ένας ενδοκρανιακός όγκος, είναι πρώτα επιτακτική μια προσεκτική φυσική εξέταση.

Αν παρατηρείται οίδημα της οπτικής θηλής και ημιπάρεση σε έναν άρρωστο με ιστορικό αυξανόμενου πονοκέφαλου και υπνηλίας από λίγες εβδομάδες δεν θα είναι δύσκολο το συμπέρασμα ότι ένα γλοιοβλάστωμα σε ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο είναι η πιο πιθανή διάγνωση, ενώ από το άλλο μέρος η μονόπλευρη αταξία θα υποδείκνυε σαν πιθανότερη εντόπιση το ένα παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο. Επιληπτικές κρίσεις τύπου Jackson που υποδεικνύουν την παρουσία βλάβης κοντά στον κινητικό ή αισθητικό φλοιό έχουν μεγάλη εντοπιστική αξία. Οι δυσκολίες αρχίζουν όταν τα φυσικά σημεία είναι ελάχιστα ή ακαθόριστα. Σε τέτοια περίπτωση η σημασία της ψηλάφησης, επίκρουσης και ακρόασης του κρανίου δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται. Μια εντοπισμένη περιοχή οστικής ευαισθησίας ή υπερόστωσης υπάρχει μερικές φορές στο κρανίο πάνω από ένα μηνιγγίωμα, ενώ σε μικρά παιδιά με όγκους του όπισθιου βόθρου μπορεί να υπάρχει διάσταση των κρανιακών ραφών και να ακούγεται στην επίκρουση ένας τυπικός ήχος ραγισμένου κανατιού, όπως στον οποιασδήποτε αιτιολογίας υδροκέφαλο. Όμοια, ένα κρανιακό φύσημα ή

διευρυσμένες αρτηρίες στο τριχωτό του κεφαλιού μπορεί να υποδηλώνουν την παρουσία ενός ενδοκρανιακού αρτηριοφλεβώδους αγγειώματος.

Αν η κλινική εξέταση δεν δίνει πληροφορίες, η επόμενη διερεύνηση που πρέπει να γίνει είναι η ακτινογραφία κρανίου και θώρακα. Οι απλές ακτινογραφίες του κρανίου μπορεί να αποκαλύψουν μετατόπιση του κωναρίου από τη μέση γραμμή, διεύρυνση του τουρκικού επιπίου (που οφείλεται σε υποφυσιακό όγκο), επιπέδωση του επιπίου και διάβρωση των κλινοειδών αποφύσεων (που οφείλεται σε αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση), ενδοκρανιακές αποτιτανώσεις ή διάβρωση του έσω ακουστικού πόρου στη μια πλευρά (σε άρρωστο με ακουστικό νεύρωμα). Στις ακτινογραφίες θώρακα μια σκίαση ενδεικτική παρουσίας ενός "σιωπηλού" βρογχογενούς νεοπλασματος θα ερμηνεύσει την ενδοκρανιακή βλάβη σαν πιθανή μετάσταση.

Η υπολογιστική αξονική τομογραφία, αν είναι διαθέσιμη, θα γίνει κατόπιν και στις περισσότερες περιπτώσεις όχι μόνο θα εντοπίσει το νεόπλασμα, αλλά συχνά θα υποδείξει μια παθολογοανατομική διάγνωση, είτε αυτό βρίσκεται σε ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο, σε μια κοιλία ή στον οπίσθιο βόθρο. Αν δεν μπορεί να γίνει, τότε ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μπορεί να εντοπίσει τη βλάβη σε ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο. Η γάμμα εγκεφαλογραφία είναι μια άλλη χρήσιμη και ανώδυνη μέθοδος, που μπορεί να δείξει μια περιοχή αυξημένης πρόσληψης του ραδιενεργού υλικού σ' έναν όγκο. Η διερεύνηση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε αρρώστους με υποψία εγκεφαλικών μεταστάσεων, γιατί δύο ή περισσότερες εστίες μπορεί να σκιαγραφηθούν ταυτόχρονα.

Η σκοπιμότητα της οσφουονωτιαίας παρακέντησης είναι σημείο διαφωνίας. Η εξέταση αυτή αναμφίβολα αντενδείκνυται όταν υπάρχει οίδημα της οπτικής θηλής ή άλλο σημείο αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης. Πραγματικά, είναι καλύτερο να αποφεύγεται όταν υπάρχει μια βάσιμη κλινική υπόνοια για την παρουσία ενός ενδοκρανιακού όγκου. Σε σποραδικές αμφίβολες περιπτώσεις όμως, μπορεί να είναι υποβοηθητική. Η πίεση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού είναι συνήθως αυξημένη σε έναν άρρωστο με ενδοκρανιακό νεόπλασμα -εκτός αν είναι βραδείας ανάπτυξης ή διηθητικού χαρακτήρα- και στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει στο υγρό αυξημένη ποσότητα λευκώματος. Το επίπεδο του λευκώματος είναι συχνά εξαιρετικά υψηλό, αν ο όγκος είναι ακουστικό νευρίνωμα· γενικά, είναι υψηλότερο σε αρρώστους με εξωεγκεφαλική βλάβη, όπως το μηνιγγίωμα, παρά σ' εκείνους με γλοίωμα. Αν η πίεση είναι φυσιολογική και εξακολουθεί να υπάρχει υποψία για ένα ενδοκρανιακό νεόπλασμα, ενώ δεν είναι διαθέσιμη αξονική τομογραφία, τότε μπορεί να γίνει πνευμοεγκεφαλογραφία, με χρήση της κλασματικής τεχνικής αν υποπτευόμαστε μια βλάβη στον οπίσθιο βόθρο. Η εξέταση αυτή όμως δεν πρέπει να γίνεται στον άρρωστο που υπάρχουν βásiμα στοιχεία υποψίας για παρουσία ενδοκρανιακού όγκου χωρίς να υπάρχει νευροχειρουργική βοήθεια και ο νευροχειρουργός να έχει ενημερωθεί προηγουμένως και να είναι έτοιμος να επέμβει αν εμφανιστούν σημεία σκληνιδιακού ή παρεγκεφαλιδικού εγκολεασμού.

Όταν η πίεση είναι αυξημένη, και σίγουρα όταν υπάρχει οίδημα της οπτικής θηλής, η συνέχιση της διερεύνησης (όταν δεν είναι δυνατό να γίνει αξονική τομογραφία ή, σπάνια, αν έχει δώσει αρνητικά ευρήματα) πρέπει να εξαρτάται από την

παρουσία ή απουσία εντοπιστικών σημείων, είτε κλινικών είτε ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ή από τη γάμμα εγκεφαλογραφία. Αν υπάρχει κλινική ένδειξη ότι ο όγκος βρίσκεται μάλλον στο εγκεφαλικό ημισφαίριο, η απαιτούμενη εξέταση είναι η καρωτιδική αγγειογραφία. Η τεχνική αυτή, όχι μόνο εντοπίζει τον όγκο, αλλά η μορφή της αγγείωσης μπορεί να δείξει τη φύση του. Όταν δεν υπάρχουν εντοπιστικά χαρακτηριστικά και ιδιαίτερα αν υπάρχει υποψία για νεόπλασμα στον οπίσθιο βόθρο, μπορεί να χρειαστεί αεροκοιλιογραφία, και σε σπάνιες περιπτώσεις για την ακριβή εντόπιση του νεοπλασματος χρειάζεται να ενεθεί σκιαγραφική ουσία στις εγκεφαλικές κοιλίες. Παρ' όλο που είναι δύσκολη η γενίκευση, η χειρουργική διερεύνηση πρέπει να εξετάζεται σε όλες τις περιπτώσεις όπου ένας όγκος φαίνεται να είναι εντελώς προσιτός, και ιδιαίτερα αν υπάρχει κάποια πιθανότητα, όσο απόμακρη και να είναι, ότι μπορεί να είναι καλοήθης. Από το άλλο μέρος, αν επιβεβαιώνεται η παρουσία ενός γλοιώματος, η ερευνητική διάνοιξη, η βιοψία και η μερική αφαίρεση για εσωτερική αποσυμπίεση ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, καθώς πολλοί άρρωστοι χειροτερεύουν γρήγορα μετά από αυτή την αντιμετώπιση, εκτός αν η πίεση είναι εξαιρετικά αυξημένη, δίνοντας ένδειξη για μια αποσυμπίεση σαν σωτήρια για τη ζωή επέμβαση. Προσωρινή αλλά παρατεταμένη βελτίωση μπορεί να επιτευχθεί με υψηλές αρχικά δόσεις στεροειδών, π.χ. δεξαμεθανζόνη 5 mg τέσσερις φορές την ημέρα, και με μικρότερες (δόσεις συντήρησης) στη συνέχεια, που μειώνουν το εγκεφαλικό οίδημα. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να παρατείνει τη ζωή και να βελτιώσει την ποιότητά της σε μερικούς άρρωστους.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟ- ΚΡΑΝΙΑΚΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ

Είναι γνωστό ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα οδηγούν σε βέβαιο θάνατο αν δεν θεραπευτούν. Η θεραπεία του νεοπλάσματος στοχεύει στη ριζική καταστροφή του. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι: η χειρουργική, η φαρμακευτική αγωγή, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

### Α) Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική επέμβαση γίνεται για να αφαιρεθεί το κακοήθες νεόπλασμα. Είναι η καλύτερη μέθοδος θεραπείας. Τα αποτελέσματά της είναι θετικά όταν ο ενδοκρανιακός όγκος αφαιρεθεί ριζικά προτού εξαπλωθεί σε περιοχές που δεν μπορούν να αφαιρεθούν.

#### α) Προεγχειρητική ετοιμασία

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαβαίνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

#### Ψυχολογική προετοιμασία

Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα της νοσηλεύτριας. Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο

αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του αρρώστου για τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης stress από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Άλλοι παράγοντες, εκτός από τη χειρουργική επέμβαση, που μπορούν να προκαλέσουν φόβο και αγωνία, είναι: το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια για το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα.

Η νοσηλεύτρια, με τον ειδικό, μοναδικό της ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον για αυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μια εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει τον άρρωστο, όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, τον βοηθά επίσης πολύ στη διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στη νοσηλεύτρια από ό,τι στους συγγενείς τους.

#### Φυσική προετοιμασία

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχει-

ρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση, διότι:

1. Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress.
2. Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων.
3. Είναι επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία, εξαιτίας της υποπρωτεΐναιμίας, που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.
4. Καθυστερεί η επούλωση του τραύματός του εξαιτίας μειωμένων προμηθειων πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά:

1. Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρική διαταραχή.
2. Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.
3. Γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία.

Οι άρρωστοι με ενδοκρανιακούς όγκους έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης, γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να επαγρυπνά για διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωτεϊνών ούρων στους προεγχειρητικούς αρρώστους, ακόμα και αν δεν φαίνεται απαραίτητη η μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών τους.

Επειδή, μετά την επέμβαση, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό, που μπορεί να οδηγήσει σε



αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία ή βρογχοπνευμονία, η νοσηλεύτρια στην προεγχειρητική περίοδο διδάσκει στον άρρωστο πώς να αναπνέει βαθειά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος, ειδικά με κορτικοστερινοειδή, που δεν πρέπει να διακοπούν, διουρητικά, που μπορεί να έχουν προκαλέσει στον άρρωστο υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, πρέπει να σημειώνονται.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην παχυσαρμία, γιατί προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως: διαπύση τραύματος και εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά:

1. Αντιδρούν λιγότερο έντονα στο stress.
2. Δεν αντέχουν στην αφυδάτωση.
3. Παρουσιάζουν ευκολότερα shock.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται, γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη δίαιτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά, πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος τη νύχτα.

### Ειδικές εξετάσεις

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν από τη γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης, ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος.

Στις μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, που μπορεί ο άρρωστος να χρειαστεί αίμα, γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση.

Στους αρρώστους με ενδοκρανιακά νεοπλάσματα η ακτινογραφία θώρακος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η αξονική τομογραφία εγκεφάλου αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας.

### Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου

Σκοπός της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά, ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν, κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση συνέχειας του δέρματος, πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση.

### Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που παράγει ο γιατρός. Το κατευναστικό χορηγείται με ένα ζεστό πόμα και η νοσηλεύτρια προστατεύει προσεκτικά τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο.

Αν η εγχείρηση προγραμματιστεί για το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν από τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια:

1. Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα.  
(χειρουργικό πουκάμισο, ποδιάρια).

2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
3. Αφαιρεί δαχτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
5. Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου.
6. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση.
7. Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

## β) Μετεγχειρητική φροντίδα

### Δωμάτιο ανάνηψης

Αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες και άλλο προσωπικό. Η χρησιμοποίησή του έχει, πρακτικά, εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Το δωμάτιο αυτό φέρνει στον ίδιο χώρο:

1. Τον άρρωστο, που έχει ανάγκη ιδιαίτερης φροντίδας, την ώρα που τη χρειάζεται.

παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα (μηχανικός αεραγωγός, ανασπαστήρας, καρδιακός μινύτορας, απινιδωτής, θερμοδοότης) είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Το δωμάτιο αυτό φέρνει στον ίδιο χώρο:

1. Τον άρρωστο, που έχει ανάγκη ιδιαίτερης φροντίδας, την ώρα που τη χρειάζεται.
2. Άτομα ειδικά προετοιμασμένα για να δώσουν αυτή τη φροντίδα.
3. Όλα τα απαραίτητα εφόδια για την ασφάλεια του αρρώστου σε αυτό το κρίσιμο χρονικό διάστημα.

Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανανήψει, δηλαδή αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές του σταθεροποιηθούν μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας μέχρι την ανάνηψη

Κατά τη διάρκεια ανάνηψης του αρρώστου η νοσηλεύτρια:

1. Διατηρεί τον άρρωστο σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
2. Λαμβάνει αμέσως και σε συχνά χρονικά διαστήματα κατόπιν, τα ζωτικά σημεία και παρακολουθεί τη γενική κατάσταση του αρρώστου.
3. Συνδέει τους σωλήνες παροχέτευσης με φιάλες και παρακολουθεί τη λειτουργία τους.
4. Παρακολουθεί τις γάζες του τραύματος για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας.
5. Παρακολουθεί τη διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου.

6. Τηρεί δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Εξαιτίας του μετεγχειρητικού stress, ο όγκος των ούρων, ανεξάρτητα της ποσότητας των υγρών που χορηγούνται στον άρρωστο, είναι μικρός και με ψηλό ειδικό βάρος.

Η μεταφορά του χειρουργημένου από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα, με τη μικρότερη δυνατή έκθεσή του και τάση στα ράμματα του τραύματος και με τέτοιο τρόπο ώστε να μένουν ανοικτοί οι αεραγωγοί του. Η έκθεση του ιδρωμένου αρρώστου προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό shock.

#### Νοσηλευτικές ενέργειες μετά την ανάνηψη

Αφού ανανήψει πλήρως ο άρρωστος, μεταφέρεται στο τμήμα που θα νοσηλευτεί. Εκει τον παραλαμβάνει μια νοσηλεύτρια, η οποία φροντίζει για:

1. Έγκαιρη ανίχνευση αύξησης ενδοκρανιακής πίεσης (εξαιτίας αιμορραγίας ή εγκεφαλικού οιδήματος).
  - Εκτίμηση:
    - α. Επίπεδο συνείδησης.
    - β. Παρακολούθηση αντανακλαστικών κόρης.
    - γ. Σημείωση κίνησης των άκρων.
    - δ. Ζωτικά σημεία.
  - Παρέμβαση:
    - α. Αναφορά σημείων αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης στο νευροχειρουργό, αμέσως.
    - β. Σωστή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

- γ. Μπορεί να εφαρμοστεί θεραπεία με στερινοειδή. Πρέπει να συνοδεύεται με αντιόξινη φαρμακευτική θεραπεία για μείωση του γαστρικού ερεθισμού.
  - δ. Περιορισμός υγρών.
2. Διατήρηση επαρκούς αερισμού.
- Εκτίμηση:
    - α. Παρακολούθηση της αναπνοής και του επιπέδου των αερίων του αίματος.
  - Παρέμβαση:
    - α. Διατήρηση θέσης που υποβοηθεί στον επαρκή αερισμό.
    - β. Ενθάρρυνση για συχνές βαθιές αναπνοές.
    - γ. Γύρισμά του κάθε 2 ώρες.
    - δ. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενδοτραχειακός σωλήνας ή οξυγονοθεραπεία.
3. Διατήρηση ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών.
- Εκτίμηση:
    - α. Καθημερινός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών.
    - β. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
    - γ. Ειδικό βάρος ούρων.
    - δ. Σε χειρουργική της υπόφυσης παρακολούθηση για σημεία άποιου διαβήτη.
  - Παρέμβαση:
    - α. Αντικατάσταση ηλεκτρολυτών.
    - β. Χρήση καθετήρα Foley.
    - γ. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αγγειοσυσπαστικό.
4. Πρόληψη μυοσκελετικών επιπλοκών:
- Εκτίμηση:
    - α. Έλεγχος ικανότητας εκούσιας κίνησης των αρθρώσεων.

β. Σημείωση ακεραιότητας δέρματος, ελαστικότητας, υγρασίας, χροιάς.

- Παρέμβαση:

α. Εκτέλεση ασκήσεων πλήρους τροχιάς για όλα τα άκρα, τουλάχιστον δυο φορές την ημέρα.

β. Φροντίδα δέρματος.

γ. Γύρισμα κάθε δύο ώρες.

5. Πρόληψη μολύνσεων:

- Εκτίμηση:

α. Παρακολούθηση για σημεία μόλυνσης στη χώρα της χειρουργικής επέμβασης.

β. Αν χρησιμοποιείται παροχέτευση, παρακολούθηση για βατότητα του καθετήρα και φύση του υγρού της παροχέτευσης.

γ. Παρακολούθηση για αύξηση της θερμοκρασίας.

- Παρέμβαση:

α. Διατήρηση άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές.

β. Αντιβίωση για το ειδικό μικρόβιο.

### γ) Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

#### 1. Πόνος

Είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα, γι'

αυτό χορηγείται, με ιατρική εντολή, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες.

## 2. Έμετος

Μετεγχειρητικά, ιδιαίτερα όταν χορηγείται αιθέρας, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους. Άλλες αιτίες είναι η συλλογή στο στομάχι υγρών ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περισταλσης του γαστρεντερικού σωλήνα.

Πριν από χρόνια ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα, η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνισή του.

Καθήκον της νοσηλεύτριας σ' αυτή τη μετεγχειρητική δυσχέρεια είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμέτου.

## 3. Ανησυχία - Δυσφορία

Η νοσηλεύτρια οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο, αν αυτό τον βοηθά να κοιμηθεί.

## 4. Δίψα



Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Γάζα υγρή που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.

#### 5. Διάταση του εντέρου

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός· ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

#### 6. Διάταση κύστης

Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση. Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό.

#### 7. Δυσκοιλιότητα

Μπορεί ο άρρωστος να έχει μια χρόνια δυσκοιλιότητα, την οποία αντιμετωπίζει με χρήση υπακτικών στο σπίτι. Στον άρρωστο αυτό, το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση, πρέπει να επιτραπεί η εφαρμογή των βοηθητικών μέσων που έπαιρνε στο σπίτι.

Εξάλλου, μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος, η έγκαιρη έγερση, το είδος της δίαιτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.

## δ) Μετεγχειρητικές επιπλοκές

### 1. Υδροκεφαλία

Παρακώλυση της κυκλοφορίας του ΕΝΥ, είτε λόγω πίεσης των οδών της κυκλοφορίας του είτε λόγω αδυναμίας απορρόφησής του, έχει σαν αποτέλεσμα τη συσσώρευση του μέσα στις κοιλίες, οι οποίες μεγαλώνουν και προκαλούν συμπτώματα. Κεφαλαλγίες, ζάλη, απουσία νευρολογικών σημείων, διπλωπία και οίδημα οπτικής θηλής συνθέτουν την κλινική εικόνα του υδροκέφαλου.

Η θεραπεία γίνεται με οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις, για την ελάττωση της πίεσης του ΕΝΥ και με τη χρήση κορτικοστεροειδών.

### 2. Εγκεφαλικό οίδημα

Το εγκεφαλικό οίδημα προκαλείται από αύξηση του όγκου του εγκεφάλου από διάφορες τραυματικές αιτίες. Τα συμπτώματα που εμφανίζει είναι: κεφαλαλγία, ανησυχία, διαστολή της κόρης του ματιού. Η θεραπεία είναι συντηρητική ή, πολύ σπάνια, χειρουργική.

### 3. Υποσκληρίδιο αιμάτωμα

Δημιουργείται όταν μεταξύ της σκληρής μήνιγγας και του εγκέφαλου υπάρχει συλλογή αίματος. Προέρχεται από την

τραυματική ρήξη αγγείων του φλοιού. Τα συμπτώματα που εμφανίζει είναι: βυθιότητα με αδυναμία των άκρων, πονοκέφαλος, ανησυχία, μεταβολή του επιπέδου της συνείδησης, διαστολή της κόρης του ματιού. Σε επιδείνωση επέρχεται αύξηση της αρτηριακής πίεσης, διαταραχή της αναπνοής και βραδυσυγμία. Η θεραπεία του είναι χειρουργική.

#### 4. Ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα

Προκαλείται από τη βλάβη και νέκρωση του εγκεφάλου μετά από σοβαρή κάκωση. Συναντάται πιο σπάνια. Η συμπτωματολογία του είναι ίδια με του υποσκληριδίου αιματώματος και η ~~θεραπεία~~ του συντηρητική ή χειρουργική, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης.

#### 5. Μηνιγγίτιδα

Είναι οξεία φλεγμονή των μηνίγγων από λοιμογόνο παράγοντα. Τα συμπτώματα είναι: πονοκέφαλος, υψηλός πυρετός και έμετοι. Χαρακτηριστικά σημεία είναι: η δυσκαμψία του αυχένα και η γενική μυική δυσκαμψία. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ~~η~~ θεραπεία εκλογής.

### B) ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, αν και δεν θεραπεύονται νεοπλασματικά νοσήματα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμακικού, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά.

Σε αρρώστους με ενδοκρανιακούς όγκους εφαρμόζεται χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία, αφού πρώτα γίνει χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

#### α) Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα, που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, παράλληλα με

την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων, καταστρέφουν και υγιή.

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου να αποδεχθεί, εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

4. Προσφέρεται στον άρρωστο όποια έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία, για περισσότερη ενημέρωση.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.ά. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

β) Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

1. Τοπικός έντονος πόνος

Με ταυτόχρονη έγχυση τοπικού αναισθητικού μειώνεται ο πόνος από την ένεση του φαρμάκου και επιβραδύνεται η απορρόφηση του.

2. Καταστολή του μυελού των οστών

Παρακολουθούνται: α. τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος, β. τα αιμοπετάλια, γ. η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης.

Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως:

- α. Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3 λεπτά περίπου, για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό.
- β. Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πιέσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.ά., πρέπει να είναι μικράς διάρκειας.
- γ. Δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή, τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.ά.
- δ. Σε περίπτωση αιμορραγίας βοηθείται ο άρρωστος με μετάγγιση αίματος.

Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις, με μέτρα όπως:

- α. Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
- β. Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα.
- γ. Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.
- δ. Εφαρμόζεται τεχνική απομονώσεως όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φθάσουν τα  $1.500 - 2.000/\text{mm}^3$ .
- ε. Όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

### 3. Ναυτία, Έμετος

Παρακολουθείται:

- α. Η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα.
- β. Η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος.
- γ. Η θρέψη του αρρώστου.

Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων, όπως:

- α. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της.
- β. Χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί.
- γ. Εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.
- δ. Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιασθεί η ναυτία.
- ε. Ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά.
- στ. Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας και προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα.
- ζ. Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες και αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή.
- θ. Μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων με:

- α. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.
- β. Προσφορά ανακούφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού, χωρίς την κακοσμία των εμέτων.

- γ. Ενημέρωση του αρρώστου πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.
- δ. Διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης.

#### 4. Διάρροια

Παρακολουθείται:

- α. Το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διααρροϊκής κένωσης.
- β. Ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας

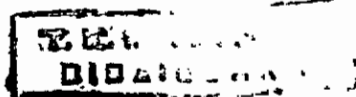
με:

- α. Χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια.
- β. Χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυνται.
- γ. Βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- δ. Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περίνεου, για την πρόληψη ερεθισμού.

#### 5. Στοματίτιδα

Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με:





- α. Την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές.
- β. Την οργάνωση προγράμματος φροντίδας της στοματικής κοιλότητας.
- γ. Επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα.

## 6. Υποδόρια έγχυση

Παρακολουθείται το σημείο εγχύσεως για έγκαιρη διαπίστωση υποδόριας εγχύσεως του φαρμακίου, γιατί προκαλεί τοπικά ερυθρότητα, οίδημα, σκληρία και νέκρωση των ιστών.

Σε περίπτωση υποδόριας εγχύσεως του φαρμάκου διακόπτεται η χορήγησή του, γίνεται έγχυση στην περιοχή με φυσιολογικό ορρό και εφαρμόζονται κρύες κομπρέσες.

## 7. Ανορεξία

Χορηγείται τροφή της προτίμησης του αρρώστου, καλά μαγειρεμένη και σε περιποιημένο δίσκο.

## 8. Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα:

- α. Ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των "εν τω βάθει" αντανακλαστικών των τενόντων.
- β. Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.

Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκιου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες.

Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με:

- α. Τη χρησιμοποίηση μετρων ασφάλειας για την προστασία του.
- β. Τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.
- γ. Την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.ά., που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

## 9. Ηπατοτοξικότητα

Παρακολουθείται:

- α. Η λειτουργικότητα του ήπατος με ηπατικές εξετάσεις.
- β. Η εμφάνιση συμπτωμάτων που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

Βοηθείται ο άρρωστος:

- α. Σε περίπτωση κοιλιακού πόνου με χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων.
- β. Σε ψηλό πυρετό με τη χορήγηση πολλών υγρών και την εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων.
- γ. Στον ίκτερο παρακολουθείται ο βαθμός ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. Παρακολουθείται επίσης το χρώμα των κενώσεων και των ουρών.

## 10. Νεφροτοξικότητα

Παρακολουθείται:

- α. Η λειτουργικότητα των νεφρών, με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.
- β. Ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.ά.
- γ. Το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδρασης των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

## 11. Αλωπεκία

Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μανδήλι ή χρησιμοποιείται περούνα. Παράλληλα βοηθείται ο άρρωστος να εκφράσει τα συναισθήματά του σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής του.

## 12. Αλλαγές στο δέρμα

Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειάς του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες. Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα κ.ά.

### Γ) ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου είναι σχετικά νέα επιστημονική κατάκτηση. Η χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συνεχώς.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- α. Το είδος της ακτινοβολίας.
- β. Η δόση της ακτινοβολίας.
- γ. Ο ρυθμός δόσεως.
- δ. Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται.
- ε. Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται.
- στ. Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία.
- ζ. Η θερμοκρασία του ιστού, που έχει επίσης σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία.

α) Νοσηλευτικές ενέργειες σε αρρώστους που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστό της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσεως του αρρώστου και τις γνώσεις της, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται:

- α. Στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία.
- β. Στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία.
- γ. Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της. *Δηλ. εφαρμόζει μέτρα απρόσταξως, κατά και διασκέδασης, από μεταπή για τα υπαρκτά της παλαιότερης ραδιενέργειας, ευχαρίστηση τα σχετικά του αβάνη σε ειδικά δοχεία για την αποθήκη λήψης του νεως.*
- δ. Στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου η νοσηλεύτρια:

1. Ενημερώνεται από το φάκελλο του αρρώστου για:
  - α. Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε.
  - β. Τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.
  - γ. Το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός).

- δ. Τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
2. Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται το είδος αυτής της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει, σε συνεργασία με το γιατρό.
  3. Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
  4. Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
  5. Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από την ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.
  6. Μετά από κάθε ακτινοβολία ελέγχει την περιοχή που ακτινοβολήθηκε και ενημερώνει το γιατρό για οποιαδήποτε αλλαγή του δέρματος.

**β) Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας**

**Σε ακτινοδερματίτιδα**

- α. Ελεγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- β. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.

- γ. Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- δ. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- ε. Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- στ. Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- ζ. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

#### Σε καταστολή του μυελού των οστών

Ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών.

#### Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης

Δηλαδή: γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους, η νοσηλεύτρια, μετά από ιατρική εντολή:

- α. Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- β. Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου.
- γ. Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου, όταν αυτός είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.

- δ. Καταβάλλει προσπάθειες για την ανύψωση του ηθικού του, που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

#### Σε διάρροια

- α. Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα, ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
- β. Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- γ. Χορηγείται ειδική δίαιτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

#### Δ) ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΟ ΟΓΚΟ

Η έννοια της λέξης αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση, ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχθηκε. Και σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας.

Σήμερα, όταν μιλούμε για αποκατάσταση, εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει - βιο-ψυχολογικές - όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει "ποιότητα ζωής" σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστια δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά, αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διάγνωσης, πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης,



σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Η υποστήριξη του αρρώστου στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεασθούν ή ελεγχθούν αργότερα.

Επειδή όμως στη φάση αυτή - βοήθειας αποκατάστασης - του αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές οι ομάδες του πληθυσμού. Πρέπει, δηλαδή, να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου τον επηρεάζουν και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάστασή του. Επομένως, όταν μιλούμε για οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα στην αποκατάσταση του αρρώστου θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με τη διπλή άποψη: 1. το θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον άρρωστο και 2. την ανάγκη των ιδίων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση. Η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν απομείνει.

Εναν άλλο παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης του αρρώστου αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα

συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών της Κοινότητας και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.

### ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση του όρου παρηγορητική θεραπεία έχει την έννοια ότι δεν υπάρχει πιθανότητα ίασης και σκοπός της θεραπείας δεν είναι η πλήρης εξάλειψη κάθε καρκινικού κυττάρου. Ο θεραπευτικός σκοπός είναι η ανακούφιση και η παράταση της επιβίωσης. Τρεις γενικές κατηγορίες περιλαμβάνουν τις διάφορες πιθανότητες:

1. *Λήψη μέτρων για την ανακούφιση των συμπτωμάτων.*
2. Πρόληψη των συμπτωμάτων που θα μπορούσαν να παρουσιασθούν εάν σταματούσε η θεραπευτική αγωγή.
3. Παράταση της ζωής. Αν και αυτός είναι αξιόλογος στόχος δεν υπάρχουν πολλές ενδείξεις για το κατά πόσο η παρηγορητική αγωγή επιμηχύνει στην πραγματικότητα τη ζωή. Πρέπει να εξετάζει κανείς με πολύ σκεπτικισμό κάθε αναφορά που υποδηλώνει παράταση ζωής με καλή ποιότητα, σε αρρώστους μη θεραπεύσιμους.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι Ι

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝΜΕ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ι

Η ασθενής Τ.Μ., ετών 15, εισήλθε στο Π.Π.Γ.Ν.Π. στις 4.8.1995.

Διάγνωση εισαγωγής: Κρανιοφαρυγγίωμα.

Αιτία εισαγωγής: Αποφρακτική υδροκέφαλος στο έδαφος κρ-  
νιοφαρυγγιώματος.

Ιστορικό ασθενούς

Η ασθενής παρουσίασε, σε ηλικία 8 ετών, μια κρίση επιληψίας. Ο τότε έλεγχος έδειξε εκτεταμένες εγκεφαλικές αλλοιώσεις από εναπόθεση ασβεστιου, κυρίως στα βασικά γάγγλια. Ο περαιτέρω έλεγχος αποκάλυψε υποπαραθυρεοειδισμό, ο οποίος αντιμετωπίστηκε. Για την επιληψία λαμβάνει Derakine χωρίς άλλες κρίσεις από το 1988. Παρουσιάζει επίσης ήπια νοητική καθυστέρηση.

Από το Δεκέμβριο του 1994 είχε 2 επεισόδια ρουκεοειδούς εμέτου.

Από 10ημέρου παρουσίασε κεφαλαλγία με αστάθεια βάδισης.

**Οικογενειακό αναμνηστικό**

Αδελφή με νεανικό διαβήτη.

**Πορεία νοσου**

4.8.1995

Η ασθενής εισήλθε στις 11.00 π.μ. Είναι περιπατιτική, σε καλή γενική κατάσταση. Επικοινωνεί με το περιβάλλον.

Η ασθενής πάει το απόγευμα χειρουργείο, οπότε πρέπει να γίνει η σχετική προεγχειρητική ετοιμασία το πρωί.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕ- ΣΜΑΤΟΣ
Ψυχολογική προετοιμα- σία ασθενε- νούς	Μείωση αισθη- μάτων φόβου	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να ενημερωθεί η ασθενής για τη χειρουργική επέμβαση που θα γίνει.</li> <li>- Να εξασφαλισθεί στην ασθενή ψυχολογική υποστήριξη.</li> <li>- Να δοθούν στην ασθενή λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες για να ελαττωθεί το αίσθημα του φόβου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>α. Ενημερώθηκε η ασθενής για τη χειρουργική επέμβαση που θα γίνει.</li> <li>β. Εξασφαλίστηκε ψυχολογική υποστήριξη.</li> <li>γ. Δόθηκαν στην ασθενή λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες για να ελαττώσουμε το αίσθημα του φόβου.</li> </ul>	Η ασθενής ήταν κατατοπισμένη για το τι θα επακολουθούσε και πιο ήρεμη.
Φυσική προετοιμα- σία ασθενε- νούς.	Προετοιμασία ασθενούς για χειρουργείο.	<ul style="list-style-type: none"> <li>α. Να γίνουν όλες οι απαραίτητες προ της εγχειρήσεως εξετάσεις.</li> <li>β. Να παραμείνει νήσις η ασθενής γιατί ίσως χειρουργηθεί το απόγευμα.</li> <li>γ. Να χορηγηθεί καθαρισμός για τη ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>α. Φροντίζεται ώστε να γίνουν όλες οι απαραίτητες προ της εγχειρήσεως εξετάσεις.</li> <li>β. Φροντίζεται να μείνει νήσις η ασθενής γιατί ενδέχεται να χειρουργηθεί το απόγευμα.</li> <li>γ. Χορηγήθηκε καθαρτικό για τη ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου.</li> </ul>	Η φυσική προετοιμασία της ασθενούς είναι διεκπεραιωθεί.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.	Αποφυγή μολύνσεων.	<p>α. Να γίνει λουτρό καθαριότητας.</p> <p>β. Να αποτριχωθεί το εγχειρητικό πεδίο.</p> <p>γ. Να καθαριστεί το εγχειρητικό πεδίο.</p>	<p>α. Βοηθήθηκε η ασθενής να κάνει λουτρό καθαριότητας.</p> <p>β. Αποτριχώθηκε το σημείο και η περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.</p> <p>γ. Περιποιήθηκε η περιοχή που αποτριχώθηκε με αντισηπτικό διάλυμα και απόστειρωμένη γάζα.</p>	Η ασθενής ήταν έτοιμη για το χειρουργείο.

5.8.1995

Σύμφωνα με τη λογοδοσία, η ασθενής κατέβηκε στο χειρουργείο στις 7.30 μ.μ. και επέστρεψε στις 10.30 μ.μ. Επικοινωνούσε με το περιβάλλον και τα ζωτικά σημεία της ήταν φυσιολογικά. Στις 1.00 π.μ. επί πόνου ετέθη ένα υπόθετο Deron.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕ- ΣΜΑΤΟΣ
Πρωινή περιποίηση ασθενούς.	Η διατήρηση της ασθενούς καθαρής.	α. Να αλλαχθούν τα κλινοσκεπάσματα. β. Να εφαρμοσθεί ατομική καθαριότητα. γ. Να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. δ. Να ληφθούν τα ζωτικά σημεία.	α. Αλλάχθηκαν τα κλινοσκεπάσματα. β. Βοηθήθηκε η ασθενής στην ατομική της καθαριότητα. γ. Περιποιήθηκε η στοματική κοιλότητα της ασθενούς. γ. Λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία και αναγράφηκαν στα διαγράμματα.	Η ασθενής μας ήταν καθαρή και περιποιημένη.
Αλλαγή τραύματος	Προφύλαξη της ασθενούς από τις μολύνσεις.	α. Να καθαρισθεί ο θάλαμος πριν την αλλαγή. β. Να απομακρυνθούν οι επισκέπτες.	α. Φροντίζεται ο θάλαμος να έχει καθαριστεί τουλάχιστον μια ώρα πριν αρχίσει η αλλαγή.	Το τραύμα δεν εμφάνισε σημεία

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>γ. Φροντίδα για εφαρμογή άσηπτης τεχνικής.</p>	<p>β. Απομακρύνονται οι επισκέπτες και το μη απαραίτητο προσωπικό.  γ. Φροντίζεται κατά την αλλαγή να είναι κλειστά τα παράθυρα και οι πόρτες και να φορούν όλοι, εκτός των ασθενών, μάσκα. Επίσης προσέχεται πολύ η καθαριότητα των χεριών πριν και μετά την αλλαγή.</p>	<p>μόλυνσης ή αιμορραγίας.</p>
<p>Πόνος στην κοιλιακή χώρα, με ελαφρές ενοχλήσεις στην αναπνοή.</p>	<p>Μείωση του πόνου και αποκατάσταση της αναπνοής.</p>	<p>α. Να χορηγηθεί παυσίπονα κατόπιν ιατρικής οδηγίας.  β. Να ληφθούν μέτρα που να υποβοηθούν στον επαρκή αερισμό της σθενοσύς.</p>	<p>α. Χορηγήθηκαν 7 cc σιρόπι Deron κατόπιν ιατρικής οδηγίας.  β. Παρακολοθηθήθηκε η αναπνοή τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση που υποβοηθά στον επαρκή αερισμό.  γ. Ενθαρρύνεται η ασθενής για συχνές βαθιές αναπνοές και γίνεται αλλαγή θέσης κάθε 4 ώρες.</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε και η αναπνοή αποκαταστάθηκε.</p>



ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕ- ΣΜΑΤΟΣ
Ανορεξία.	Η σωστή θρέψη της ασθενούς.	<p>α. Προσφέρονται τα γεύματα πιο συχνά και πιο μικρά σε ποσότητα.</p> <p>β. Να είναι περιποιημένος ο δίσκος.</p> <p>γ. Πριν την ώρα του γεύματος να φροντίζεται η δυσοσμία του θαλάμου.</p>	<p>α. Φροντίζεται τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά και σε ικανοποιητική ποιότητα.</p> <p>β. Προσφέρεται ο δίσκος περιποιημένος.</p> <p>γ. Φροντίζεται την ώρα του φαγητού να είναι το δωμάτιο απαλλαγμένο από οσμές.</p>	Η όρεξη της ασθενούς επανήλθε.

7.8.1995

Η ασθενής κατά τη διάρκεια της νύχτας ήταν ήσυχη. Η γενική της κατάσταση είναι πολύ καλή. Πραγματοποιήθηκε η πρωινή περιποίηση και πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία. Δόθηκαν οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή που έπρεπε να συνεχισθεί και η ασθενής επέστρεψε στο σπίτι της.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΙΙ

Ο ασθενής Π.Κ., ετών 62, εισήλθε στο Π.Π.Γ.Ν.Π. στις 17/8/1995.

**Διάγνωση εισαγωγής:** Μελάνωμα εγκεφάλου.

**Αιτία εισαγωγής:** Μελάνωμα (αρ.) βρεγματικού.

**Ιστορικό** *αδενώδης* :-

Ο ασθενής προ εξαμήνου έκανε αφαίρεση μασχαλαίου λεμφαδένα δεξιά. Από 15ημέρου παρουσίασε βραδυκινησία και βραδυψυχισμό. Η αξονική τομογραφία δείχνει όγκο αριστερού βρεγματικού λοβού με οίδημα.

**Οικογενειακό αναμνηστικό:** Μητέρα με Ca μαστού.

**Πορεία νόσου**

17.8.1995

Ο ασθενής εισήλθε στις 10.30 π.μ. Είναι περιπατητικός και επικοινωνεί με το περιβάλλον. Ο ασθενής προγραμματίστηκε για το χειρουργείο της επόμενης ημέρας, οπότε έπρεπε να φροντίσουμε για την προεγχειρητική του ετοιμασία:

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ψυχολογική προετοιμασία.	'Ιδε σελ. 63.	'Ιδε σελ. 63.	'Ιδε σελ. 63.	' Ι δ ε σελ. 63.
Φυσική προετοιμασία.	'Ιδε σελ. 63.	'Ιδε σελ. 63	'Ιδε σελ. 63	' Ι δ ε σελ. 63.
Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.	'Ιδε σελ. 64.	'Ιδε σελ. 64.	'Ιδε σελ. 64.	' Ι δ ε σελ. 64.

18.8.1995

Σύμφωνα με τη λογοδοσία, ο ασθενής ήταν ήσυχος τη νύχτα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ετοιμασία ασθενούς για χειρουργείο.	Κατάλληλη προετοιμασία για χειρουργείο.	<p>α. Να ενδωθεί ο ασθενής για το χειρουργείο.</p> <p>β. Να αφαιρεθούν ξένες οδοντοστοιχίες ή τεχνητά μέλη.</p> <p>γ. Να αφαιρεθούν τα κοσμήματα.</p> <p>δ. Να επικενωθεί η συροδόχος κύστη.</p> <p>ε. Να χορηγηθεί η προανάκωση.</p> <p>στ. Να συμπληρωθεί το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας.</p>	<p>α. Ντύνεται ο ασθενής με την ειδική για το χειρουργείο ρόμπα.</p> <p>β. Αφαιρούνται ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη, αν υπάρχουν.</p> <p>γ. Αφαιρούνται όλα κοσμήματα φοράει ο ασθενής, καταγράφονται και παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη.</p> <p>δ. Φροντίζεται η κένωση της συροδόχου κύστης.</p> <p>ε. Χορηγείται η προανάκωση, βάσει πάντα εντολής αναισθησιολόγου και παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν μεταβολές στα ζωτικά σημεία του.</p>	Ο ασθενής ήταν έτοιμος να κατέβει στο χειρουργείο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Παραλαβή ασθενούς από το χειρουργείο.	'Ελεγχος της κατάστασης του ασθενούς μετά την επέμβαση.	<p>α. Να τοποθετηθεί ο ασθενής στο θάλαμό του.</p> <p>β. να ελεγχθούν ορροί και παροχετεύσεις.</p> <p>γ. Να ελεγχθεί το τραύμα.</p> <p>δ. Να ληφθούν τα ζωτικά σημεία.</p> <p>ε. Να χορηγηθεί παυσίπονα αν υπάρχει ιατρική οδηγία.</p>	<p>στ. Συμπληρώνεται το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας και συνοδεύεται ο ασθενής στο χειρουργείο.</p>	
			<p>α. Τοποθετείται ο ασθενής στο κρεβάτι του.</p> <p>β. Ελέγχονται οι ορροί και οι παροχετεύσεις αν υπάρχουν.</p> <p>γ. Ελέγχονται οι γάζες του τραύματος για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας.</p> <p>δ. Παίρνονται τα ζωτικά σημεία και παρακολουθείται ο ασθενής σε τακτά χρονικά διαστήματα για την αποφυγή τυχόν επιπλοκών.</p> <p>ε. Ενέθηκε μια αμπλουά Zidaron βάσει ιατρικής οδηγίας.</p>	

19.8.1995

Βάσει της λογοδοσίας, ο ασθενής πέρασε μια ήρεμη νύχτα.

ΑΣΙΟΛΟΓΗΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕ- ΣΜΑΤΟΣ
Καθετηρια- σμός κύ- στεως λόγω επίσχεσης ούρων.	Η ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώ- ματα.	<p>α. Να ενημερωθεί ο ασθε- νής.</p> <p>β. Να τοποθετηθεί ο ασθε- νής στην κατάλληλη θέση.</p> <p>γ. Να προσφερθεί βοήθεια στο γιατρό για τον καθετη- ριασμό.</p> <p>δ. Να τακτοποιηθεί ο ασθε- νής μετά τη διαδικασία.</p>	<p>α. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι είναι αναγκαίο να γίνει καθετηριασμός για το δικό του καλό.</p> <p>β. Τοποθετείται ο ασθενής στην κατάλληλη θέση γί- νεται τοπική καθαριότητα.</p> <p>γ. Βοηθάται ο γιατρός κατά τη διαδικασία του καθετηριασμού.</p> <p>δ. Όταν τοποθετηθεί ο καθετήρας τακτοποιείται ο ασθενής και αναγράφεται στο νοσηλευτικό δελτίο το ποσό των ούρων που απο- βλήθηκε.</p>	Ο ασθενής ανα- κουφί- σθηκε από τα συμπτώ- ματα.
Α λ α γ ή τραύματος.	'Ιδε σελ. 65.	'Ιδε σελ. 65.	'Ιδε σελ. 65.	' Ι δ ε σελ. 65.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕ- ΣΜΑΤΟΣ
Έμετος.	Προφύλαξη α- σθενούς από εισρόφηση εμε- σμάτων.	α. Να τοποθετηθεί ο ασθενής στο πλάι. β. Να απομακρυνθούν τα εμέσματα. γ. Να καθαριστεί η στομα- τική κοιλότητα.	α. Τοποθετείται ο ασθενής στο πλάι για να μη γίνει εισρόφηση του εμέτου. β. Κρατάται κοντά στον ασθενή το νεφροειδές και απομακρύνεται αμέσως μετά για να μην προκαλέσει και άλλο έμετο. γ. Καθαρίζεται η στομα- τική κοιλότητα και αλλά- ζονται τα κλινοσκεπάσματα αν τυχόν λερωθούν.	Ο ασθενής πέρασε το δυο- ρ ε σ τ ο αίσημα που προ- καλεί ο έμετος.

20.8.1995

Σύμφωνα με τη λογοδοσία, ο ασθενής ήταν ήρεμος κατά τη διάρκεια της νύχτας. Το πρωί περιποιηθήκαμε τον ασθενή και ελέγξαμε το τραύμα. Αργότερα αφαιρέθηκε ο καθετήρας κύστεως και διακόπηκαν οι ορροί.

21.8.1995

Ο ασθενής κατά την παρέλευση του 24ώρου δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα. Του δόθηκαν οδηγίες για επανεξέταση και επέστρεψε σπίτι του.



## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοήθων νεοπλασμάτων εγκεφάλου πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισής τους, στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση. Γεγονός όμως είναι ότι, λόγω της αδυναμίας να διαλευκανθεί η αιτία των ενδοκρανιακών όγκων, η πρόληψη του καρκίνου αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες. Για το λόγο αυτό η εφαρμογή προγράμματος για την πρόληψη του ενδοκρανικού όγκου είναι γενική:

1. Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
2. Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε κρκινογόνους παράγοντες.
3. Λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις.
4. Ενεργός συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.
5. Διαφώτιση του κοινού.

Αν και οι πρόοδοι είναι αξιόλογοι, εν τούτοις πολλές δεκάδες ατόμων κάθε χρόνο πεθαίνουν από ενδοκρανιακό όγκο. Οι άρρωστοι αυτοί πεθαίνουν επειδή η κακοήθης νεοπλασία που αναπτύχθηκε στον εγκέφαλό τους δεν διαγνώστηκε έγκαιρα ή δεν αντιμετωπίστηκε σωστά.

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΓΕΩΡΓΑΡΑ ΑΝΔΡΕΑ: "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ", Εκδόσεις της ειδικής υπηρεσίας (Ε.Υ.) των Τ.Ε.Ι., Αθήνα 1985.
- DOLLINGER - ROSENBAUM - CABLE: "Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ", Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992.
- GANONG WILLIAM: "ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ" (μετάφραση Σπανού Β.), Τόμος 1ος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γ., Αθήν 1985.
- ΖΑΦΡΑΝΑΣ Α.Β.: "ΥΛΗ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ", Εκδοτικός οίκος Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1991.
- ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΗΣ Ν.: "ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ", Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γ., Αθήν 1985.
- KOHLER W. - LEONHARDT H. - PLATZER W.: "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΜΕ ΕΓΧΡΩΜΟ ΑΤΛΑΝΤΑ" (Μετάφραση Παπαδόπουλος Ν.), τόμος 2ος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ", Τόμος Α', Έκδοση 10η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ", Τόμος Β', Μέρος 2ο, Έκδοση 11η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1989.
- ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ Ρ.: "ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΤΩΝ Τ.Ε.Ι.", Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γ., Αθήνα 1984.
- ΣΑΒΒΑΣ Α.: "ΕΠΙΤΟΜΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ ΑΤΛΑΣ", Τόμος Α', Εκδοτικός οίκος ΑΦΩΝ Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985.

- ΣΑΒΒΑΣ Α.: "ΕΠΙΤΟΜΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ ΑΤΛΑΣ", Τόμος Β', Εκδοτικός Οίκος Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985.
- ΣΑΧΙΝΗ Α. • ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ Μ.: "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ", Τόμος 1ος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985.
- "ΣΟΒΙΕΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ", Τόμος 3ος, σελ. 46-53, Εκδόσεις Καπόπουλος, Αθήνα 1981.
- ΤΟΜΑΡΑΣ Β.: "ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ", Εκδόσεις της Ειδικής Υπηρεσίας (Ε.Υ.) των Τ.Ε.Ι., Αθήνα 1985.
- "UICC ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ": "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ", Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
- WALTON J.: "ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ" (Μετάφραση Παπαπετρόπουλος - Πασχάλης - Τζεμπελίκος), Έκδοση 5η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- WECHSLER J.: "ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ";, Έκδοση 8η, Εκδόσεις Ιατρικά Βιβλία Κοβάνη, Θεσσαλονίκη 1982.