

**Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΗΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΨΥΡΟΓΙΑΝΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

DR. Θ. ΖΗΣΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΟΡΙΣΜΟΙ

- | | | |
|-----|-------------------------------|-------|
| 1.1 | ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ | σελ 3 |
| 1.2 | ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ | σελ.3 |
| 1.3 | ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ | σελ.3 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΤΥΠΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

- | | | |
|-----|---|-------|
| 2.1 | ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ | σελ.4 |
| | 2.1.1 ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ
ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ | |
| 2.2 | ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ | σελ.6 |
| | 2.2.1 ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ
ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 :

- | | | |
|--|-------------------------------|-------|
| | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ | σελ.7 |
|--|-------------------------------|-------|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

- | | | |
|--|------------------------------------|-------|
| | ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | σελ.9 |
|--|------------------------------------|-------|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

- 5.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ σελ.12
5.2 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ σελ.12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ σελ.14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 7.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ- ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ σελ.16
7.1.1 ΑΜΕΣΗ
7.1.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
7.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ σελ.17
7.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ σελ.17

ΜΕΡΟΣ II

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

- 8.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ
ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ σελ.20
8.1.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ
ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΟΥΝ
8.1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ
8.1.3 ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΕΧΟΝΤΑΙ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- 8.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ
ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ** σελ.23
- 8.3 ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΟΥΝ
ΑΠΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ** σελ.24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 :

- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΙΘΑΝΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ
ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ** σελ.25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 :

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- 10.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΠΟΤΙΣΗΣ ΤΟΥ
ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ** σελ.26
- 10.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ :** ανεπαρκής κάλυψη των
αναγκών του σώματος σελ.26
- 10.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ** σελ.28
- 10.4 ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ/ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ**
σελ.30
- 10.5 ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΓΝΩΣΙΑ** σελ.31
- 10.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**
σελ.33
- 10.7 ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΤΗΣ
ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ** σελ.34
- 10.8 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ** σελ.35
- 10.9 ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ** σελ.37
- 10.10 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ :** ακράτεια
σελ.39
- 10.11 ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ** σελ.40

10.12	ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ	σελ.41
10.13	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	σελ. 42
10.14	ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ	σελ.44
10.15	ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ	σελ.46
10.16	ΔΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	σελ.48
10.17	ΑΓΧΟΣ	σελ.52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 :

ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	σελ.54
--	---------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 :

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
12.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	σελ.58
12.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΠΟΥΝ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	σελ.59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	
13.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΩΡΩΝ	σελ.63
13.2 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ	σελ.63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14:

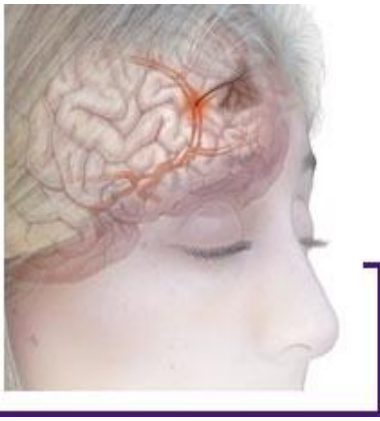
10 ΤΡΟΠΟΙ ΓΙΑ ΝΑ ΠΡΟΛΑΒΟΥΜΕ ΕΝΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	σελ.65
---	---------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

σελ.68

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

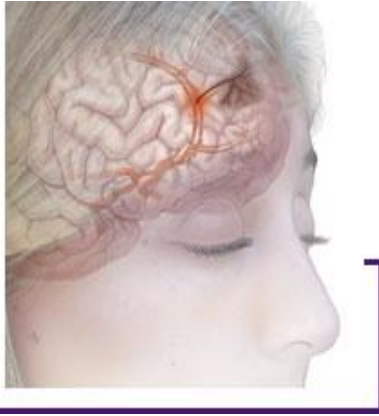
Για να μπορέσουμε να καταλάβουμε τι συμβαίνει όταν ένας εγκέφαλος τραυματίζεται , πρέπει να συνειδητοποιήσουμε από τι αποτελείται ένας υγιής εγκέφαλος και τι κάνει.

Ο εγκέφαλος εσωκλείεται μέσα στο κρανίο, το οποίο ενεργεί σαν προστατευτική κάλυψη για τον εγκέφαλο, που αποτελείται από δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα. Ελέγχει την ικανότητα της όρασης, της ακοής, της γεύσης, της όσφρησης, της ομιλίας και της κίνησης. Η σκέψη, η ευαισθησία της μνήμης, της κρίσης και της παρατηρητικότητας επίσης ξεκινούν από τον εγκέφαλο.

Όταν η παροχή αίματος σε μια περιοχή του εγκεφάλου σταματήσει, τα κύτταρα που δεν παίρνουν οξυγόνο, πεθαίνουν. Η βλάβη του εγκεφάλου που ακολουθεί, ονομάζεται εγκεφαλικό. Ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να είναι ελαφρύ ή και πολύ σοβαρό, ενώ τα αποτελέσματά του , προσωρινά ή και μόνιμα.

Η σοβαρότητα ενός εγκεφαλικού επεισοδίου εξαρτάται από την έκταση και τον εντοπισμό της καταστροφής των νευρικών κυττάρων. Διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου ελέγχουν διαφορετικές λειτουργίες και έτσι τα συμπτώματα εξαρτώνται από την περιοχή στην οποία θα υποστεί την βλάβη. Ακόμα και ένα ελαφρύ εγκεφαλικό μπορεί να είναι καταστροφικό, εάν επηρεάσει ένα κρίσιμο σημείο του εγκεφάλου. Σε αντίθεση με πολλά άλλα κύτταρα του σώματος τα κύτταρα του εγκεφάλου, δεν αναγεννιούνται.

ΜΕΡΟΣ Ι



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΙ

1.1 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ :

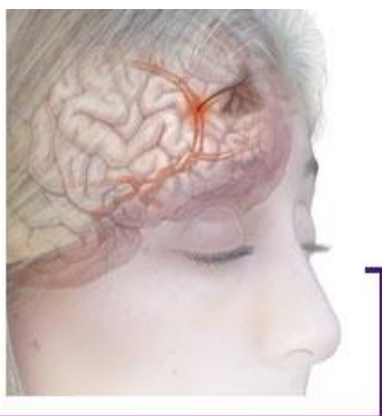
Ο όρος αγγειακή εγκεφαλική νόσο αναφέρεται σε κάθε λειτουργική ανωμαλία του εγκεφάλου, που προκαλείται από αποκλεισμό της φυσιολογικής αιματικής ροής σε αυτόν. Η παθολογία μπορεί να εμπλέκει αρτηρία ή φλέβα ή και τα δύο, όταν διαταράσσεται η εγκεφαλική κυκλοφορία ως αποτέλεσμα μερικού ή ολικού αποκλεισμού αιμοφόρου αγγείου ή αιμορραγίας από ρήξη αγγειακού τοιχώματος. Το αγγείο που σχετίζεται συχνότερα με την αγγειακή εγκεφαλική νόσο είναι η έσω καρωτιδική αρτηρία

1.2 ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ :

Είναι η ξαφνική απώλεια εγκεφαλικής λειτουργίας, που οφείλεται σε διακοπή της αιματικής παροχής σε τμήμα του εγκεφάλου.

1.3 ΠΑΡΟΔΙΚΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ :

Είναι ένα επεισόδιο νευρολογικής δυσλειτουργίας, που συνήθως εκδηλώνεται με απότομη απώλεια κινητικής, αισθητικής ή οπτικής λειτουργίας που διαρκεί μερικά δευτερόλεπτα ή λεπτά, ποτέ όμως πάνω από 24 ώρες.⁷



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΥΠΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ταξινομούνται με βάση τους μηχανισμούς πρόκλησης βλάβης του εγκεφαλικού ιστού, σε δύο κατηγορίες:

- Ισχαιμικά επεισόδια
- Αιμορραγικά επεισόδια

2.1 ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Τα ισχαιμικά επεισόδια χωρίζονται σε :

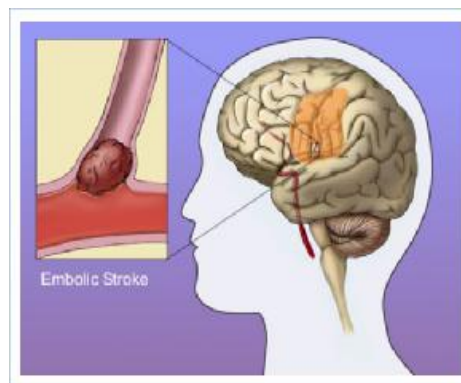
- Θρομβωτικό:

Η ισχαιμία λόγω αρτηριοσκλήρωσης βλάπτει κυρίως τα μεγάλα ενδοκράνια και εξωκράνια αγγεία. Αρχικά προκαλεί υπερπλασία του έσω χιτώνα των αγγείων όπου αργότερα επικάθονται λιπαρές ουσίες με αποτέλεσμα τον σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας, η οποία προκαλεί την στένωσή τους (θρόμβωση) .Κατόπιν, συναθροίζονται αιμοπετάλια και θρομβίνη και ως αποτέλεσμα δημιουργείται θρόμβος στο εσωτερικό του αγγείου.⁸



- Εμβολικό:

Η ισχαιμία καρδιακής αιτιολογίας αφορά συνήθως αποφράξεις του αυλού του αγγείου, από υλικό που δεν σχηματίζεται τοπικά, αλλά μεταναστεύει σε αυτό αποσπώμενο από κάποιο μεγαλύτερο αγγείο (εμβολή) με αποτέλεσμα να εμποδίζει την αιματική ροή. Οι συνηθέστεροι τόποι προέλευσης των εμβόλων είναι, η καρδιά, η αορτή, η κοινή και έσω καρωτίδα, οι σπονδυλικές αρτηρίες και σπανιότερα οι φλέβες. Συνήθως στα καρδιοεμβολικά ισχαιμικά αγγειακά επεισόδια η καρδιά ανεπαρκεί ή αδυνατεί να λειτουργεί φυσιολογικά ως αντλία, με αποτέλεσμα στάση-λίμναση αίματος και δημιουργία θρόμβου.



- Μικροέμφρακτο:

Πρόκειται για μια μικρή, σε έκταση βλάβη η οποία οφείλεται σε ανεπαρκή παροχή αίματος από μικρές αρτηρίες που βρίσκονται βαθιά στον εγκέφαλο.⁹

2.1.1 ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

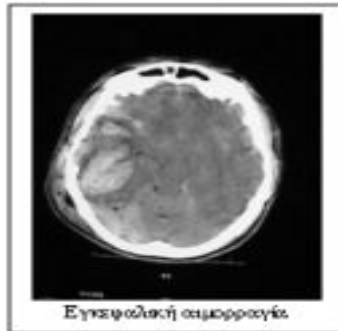
Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ισχαιμικών επεισοδίων είναι ότι προκαλούν το αποκαλούμενο παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (ΠΙΕ). Η διάρκειά του είναι μικρότερη από 24 ώρες. Το 80% των ΠΙΕ έχουν συνήθως διάρκεια 7-10 λεπτά, μικρής διάρκειας νευρολογικά συμπτώματα και δεν προκαλούν έμφρακτο υπολλειματικό νευρολογικό έλλειμα. Εκδηλώνεται με πονοκέφαλο και σπανιότερα με διαταραχές συνείδησης. Επιπλέον σε αυτή την περίπτωση συχνά πάσχει μια αρτηρία και συνήθως προσβάλλεται μικρότερη περιοχή του εγκεφάλου. Εν τούτοις επειδή η παρουσία παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου αυξάνει τον κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο κατά 30% , ο ασθενής πρέπει να ζητά άμεσα ιατρική βοήθεια.⁸

2.2 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Τα αιμορραγικά επεισόδια χωρίζονται σε :

Ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες, στις οποίες οι αιμορραγίες εντοπίζονται μέσα στον ίδιο τον εγκέφαλο.

Υπαραχνοειδείς αιμορραγίες, στις οποίες παρουσιάζεται αιμορραγία στον χώρο που περιβάλλει τον εγκέφαλο.



2.2.1 ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Τα αιμορραγικά επεισόδια εμφανίζονται συχνά με έντονη κεφαλαλγία και εμετούς. Επιπλέον, είναι συχνότερες οι διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, ενώ πάσχουν μεγαλύτερες περιοχές του εγκεφάλου.

Ο καθορισμός του τόπου του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι κρίσιμος για την ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς!¹⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σε μείζονα παραγοντα απειλής της ανθρώπινης ζωής και υγείας σε όλες τις ηλικίες, έχει εξελιχθεί το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

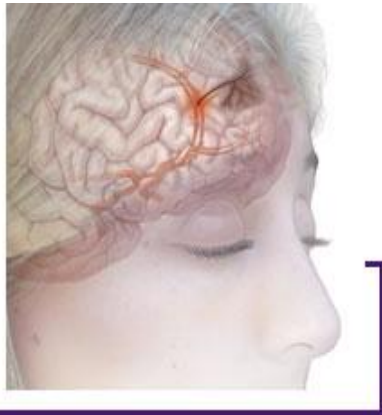
Τα νούμερα είναι απογοητευτικά και καταδεικνύουν το μέγεθος του προβλήματος. Το εγκεφαλικό αποτελεί την τρίτη αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως και την δεύτερη στις ηλικίες άνω των 65 έτων, ενώ είναι ο πιο διαδεδομένος παράγοντας πρόκλησης νευρολογικών δυσλειτουργιών, καθώς και ο δεύτερος εμφάνισης άνοιας, ενώ 15 εκατομμύρια άνθρωποι υφίσταται αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε χρόνο με μόλις 25% εξ αυτών να αναρρώνει πλήρως.

Στους τρεις πρώτους μήνες μετά την εμφάνιση του επεισοδίου η θνησιμότητα αγγίζει το ένα τέταρτο των συνολικών περιστατικών, ενώ για τις ηλικίες άνω των 85 ετών φτάνει μέχρι το 40%. Από τους επιζώντες το 25% - 50% αποκτά αναπηρίες ή είναι εξαρτώμενο, ισάριθμο ποσοστό παραμένει σε αφασία , ενώ το 30% υποφέρει από κατάθλιψη.²

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, τα ισχαιμικά επεισόδια αποτελούν το 80% του συνόλου των εγκεφαλικών, από τα οποία το 35% είναι θρομβωτικού τύπου και το 45%, εμβολικού.Ενώ τα αιμορραγικά επεισόδια αποτελούν το υπόλοιπο 20%.

Είναι σημαντικό να επισημανθεί πως τα στοιχεία που αφορούν νέους κάτω των 45 ετών, είναι εντυπωσιακά. Παρατηρείται αύξηση των εγκεφαλικών επεισοδίων, με βάση όσα αναφέρθηκαν στις 15/5/2006 με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, από τον Κωνσταντίνο Σπέγγο, λέκτορα Νευρολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το γεγονός αυτό απέδωσε ο Κωνσταντίνος Σπέγγος στο κάπνισμα, την καθιστική ζωή και την κακή διατροφή. Επιπλέον αύξηση της πιθανότητας να πάθουν εγκεφαλικό επεισόδιο έχει παρατηρηθεί στις νέες γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια.³



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η πιο συνηθισμένη αιτία είναι η θρόμβωση, που σχετίζεται με την αθηροσκλήρωση. Άλλα αίτια είναι:

- Τα έμβολα
- Η εγκεφαλική αιμορραγία
- Η γενικευμένη υποξία
- Οι σπασμοί των αγγείων του εγκεφάλου
- Η σύσπαση ή η εξωτερική πίεση.

Οι προδιαθέσιμοι παράγοντες ενός εγκεφαλικού επεισοδίου είναι:

∅ Η ηλικία: η πιθανότητα εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου διπλασιάζεται μετά το 55^ο έτος.¹⁵



∅ Το φύλο: οι άνδρες πλήττονται περισσότερο από τις γυναίκες έως και την μετεμμηνόπαυσιακή ηλικία όπου η ψαλίδα ανισότητας κλείνει σημαντικά.

∅ Το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό σε σχέση με την νόσο.

∅ Η υπερκατανάλωση καφέ, άλατος και αλκοόλ.

∅ Το κάπνισμα: θεωρείται σημαντικός παράγων κινδύνου εκδήλωσης εγκεφαλικού, καθ'όσον διπλασιάζει την πιθανότητα της πάθησης.

∅ Το άγχος

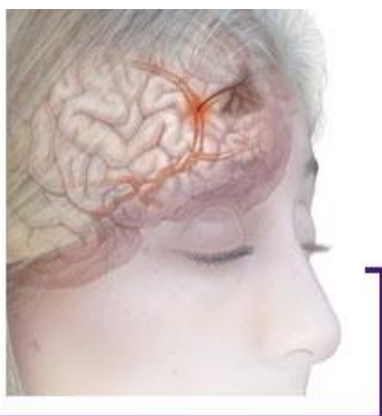
∅ Η υπέρταση: είναι ο ισχυρότερος ανεξάρτητος παράγοντας για την πρόκληση τόσο των ισχαιμικών όσο και των αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων. Ένας άνθρωπος 50 ετών με υπέρταση έχει τετραπλάσιο κίνδυνο να πάθει εγκεφαλικό τα επόμενα χρόνια από αυτόν που δεν πάσχει. Έχει αποδειχθεί ότι η θεραπεία της υπέρτασης μειώνει τα εγκεφαλικά κατά 38% τουλάχιστον. Τον Οκτώμβριο του 2003 δημοσιεύτηκε μελέτη 6105 ασθενών από 10 χώρες στο αμερικάνικο περιοδικό STROKE, που αποδύκνυε μεταξύ άλλων, οφέλη που είχαν ασθενείς όπου είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο όταν έπαιρναν αντιυπερτασική θεραπεία βασισμένη στον αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου περινδοπρίλη ή και συνδυασμό της με το διουρητικό ινδαπαμίδη.¹³

∅ Ο διαβήτης: η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη αυξάνει το σχετικό κίνδυνο ισχαιμικού επεισοδίου μέχρι και 6 φορές. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν ο διαβήτης συνηπάρχει με υπέρταση.

∅ Η παχυσαρκία και ο καθιστικός τρόπος ζωής.

∅ Τέλος έχει παρατηρηθεί και στους νέους που κάνουν χρήση χημικών ουσιών (π.χ. κοκαΐνη και έκσταση).¹⁵

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ Α.Ε.Ε.		
ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΛΛΑΖΟΥΝ	ΠΟΥ ΑΛΛΑΖΟΥΝ ΔΥΝΗΤΙΚΑ	ΠΟΥ ΤΡΟΠΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ
ΦΥΛΟ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ
ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ	ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	ΔΙΑΒΗΤΗΣ
ΦΥΛΗ/ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΛΙΠΙΔΙΑ
	ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ
		ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η κλινική εικόνα ενός ατόμου που υπέστη εγκεφαλικό επεισόδιο εξαρτάται από την λειτουργία της περιοχής που εβλήθη. Σε γενικές γραμμές τα αιμορραγικά εγκεφαλικά θεωρούνται βαρύτερα των ισχαιμικών. Αυτό γιατί παρ'όλο που το αίμα που διαχέει τον εγκεφαλικό ιστό προκαλεί μικρή σχετικά βλάβη (το αίμα είναι τοξικό για τον εγκεφαλικό ιστό) καταλαμβάνει χώρο πιέζοντας τον εγκέφαλο. Ο εγκέφαλος περιέχεται σε ένα ανελαστικό κουτί όπως είναι το κρανίο και δεν έχει την δυνατότητα μετατόπισης σε άλλο χώρο. Έτσι οποιαδήποτε αιτία προκαλεί πίεση επί του εγκεφάλου μπορεί να τον βλάψει σοβαρά. Ο θάνατος μπορεί να επέλθει άμεσα λόγω πίεσης επί του στελέχους του εγκεφάλου (περιπτώσεις εγχολεασμών). Αν η αιμορραγία είναι τόσο μικρή ώστε να μην προκαλέσει πιεστικά φαινόμενα, τότε η πρόγνωση για τον ασθενή είναι σχετικά καλή και φτάνει ως την πλήρη αποκατάσταση.¹⁴

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία στα άτομα που υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο η απώλεια του εκούσιου ελέγχου των κινήσεων και οι διαταραχές επικοινωνίας είναι οι πιο χαρακτηριστικές και οι πιο θεαματικές διαταραχές. Στις τυπικές μορφές η ημιπληγία εγκαθίσταται εξ'αρχής ή σιγά-σιγά σε λίγα λεπτά ή το πολύ σε λίγες ώρες. Οι μυϊκές ομάδες που προσβάλλονται είναι χαλαρές και ανίκανες για οποιαδήποτε αντίδραση (χαλαρή παράληση). Αργότερα, σε μερικές μέρες επανέρχονται μια σχετική τονικότητα και συσπαστικότητα μερικών μυϊκών ομάδων. Οι λεπτές μεμονομένες κινήσεις μιας μόνης άρθρωσης είναι αδύνατες και για πολλούς είναι οριστικά χαμένες. Χάνονται τα φυσιολογικά εγκεφαλικά πρότυπα της κίνησης και

αντικαθιστώνται από παθολογικά ενώ η περιφερική οδός εκτέλεσης της κίνησης (περιφερικό νεύρο και μυϊκή ομάδα) παραμένει άθικτη.

Ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης πάντα, μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές αισθητικότητας, ελέγχου σφικτήρων, όρασης (ημιανοψία), μνήμης, αντίληψης και επικοινωνίας γενικότερα.¹³

5.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ :

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι :

- **Μούδιασμα, αδυναμία ή παράλυση στην μία πλευρά του σώματος.** Αυτό μπορεί να αφορά το πόδι, το χέρι, την μια πλευρά του προσώπου ή και όλα μαζί. Η δεξιά πλευρά του εγκεφάλου ελέγχει την αριστερή πλευρά του σώματος.
- **Προβλήματα στην επικοινωνία.** Αυτά μπορεί να συμβεί εξαιτίας δυσκολίας στην ομιλία ή στην αδυναμία στην σωστή κατανόηση αυτών που λέγονται.
- **Δυσκολία στην κατάποση.**

Άλλα συμπτώματα τα οποία είναι δυνατό να συμβούν είναι :

- Διαταράξεις στην όραση
- Δυσκολίες στο περπάτημα
- Αιφνίδια δυσκολία στην μνήμη και στην συγκέντρωση
- Ελάττωση της αντίληψης
- Έναρξη ασυνήθιστα έντονου πονοκεφάλου.¹

5.2 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ :

Ο γιατρός με την κλινική εξέταση, μπορεί να ανακαλύψει κάποια προειδοποιητικά σημεία για μελλοντικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ένα από αυτά είναι το φύσημα στην καρωτίδα, το οποίο σημαίνει συνήθως την ύπαρξη αθηροσκλήρυνσης

μέσα στον αυλό της αρτηρίας. Το φύσημα είναι ένας ήχος που προκαλείται από το αίμα που διασχίζει την στενώμενη αρτηρία και ακούγεται με το στηθοσκόπιο τοποθετημένο πάνω στην αρτηρία.

Άλλα συμπτώματα που μπορεί να προειδοποιούν για ένα εγκεφαλικό επεισόδιο είναι :

- Διαταραχές από τα μάτια: μαύρισμα ή θόλωση της όρασης στο ένα ή και στα δύο μάτια για κάποιο σύντομο χρονικό διάστημα.
- Ένα αίσθημα μουδιάσματος ή και αδυναμίας σε ένα χέρι ή πόδι που διαρκεί για κάποια λεπτά ή περισσότερο, ένα σύντομο χρονικό διάστημα λεπτών με αδυναμία κίνησης σε ένα άκρο ή στο χέρι και πόδι της μιας πλευράς του σώματος.
- Διαταραχές της ομιλίας (μπερδεμένες ή ασυνάρτητες λέξεις) που διαρκούν για λίγα λεπτά.
- Επεισόδια ζάλης με αιφνίδια πτώση στο έδαφος.

Τέτοια σύντομα επεισόδια τα οποία επέρχονται συνήθως μέσα σε λίγα λεπτά ή ώρες (μέχρι 24) και χαρακτηρίζονται ως *παροδικά εγκεφαλικά επεισόδια*.⁴



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η καλύτερη διάγνωση ενός εγκεφαλικού επεισοδίου μπορεί να γίνει μόνο με Αξονική τομογραφία ή Μαγνητική τομογραφία.

Για τον εντοπισμό αιμορραγιών στον εγκέφαλο, η Μαγνητική τομογραφία προτιμάται γιατί έχει μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας στο να εντοπιστεί κάποια αιμορραγία στον εγκέφαλο.

Στην υποψία εγκεφαλικού επεισοδίου, αφού πρώτα γίνει λεπτομερής εργαστηριακός έλεγχος, ο οποίος πρέπει να περιλαμβάνει :

1. Γενική αίματος
2. Βιοχημικό έλεγχο
3. Χρόνο πήκτικότητας
4. Επίπεδα φαρμάκων
5. Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης
6. Καρδιογράφημα
7. Λήψη αερίων αίματος, εάν χρειάζεται και τέλος ο ασθενής κριθεί αιμοδυναμικά σταθερός, τότε μπορεί να ξεκινήσει ο απεικονιστικός έλεγχος .

Σε αυτόν περιλαμβάνονται :

ØΑκτινογραφία κρανίου σε 2 προβολές

ØΑξονική τομογραφία (με ή χωρίς χορήγηση σκιαγραφικού μέσου) (CT)

ØDoppler ή triplex κρωτιδικών και σπονδυλοβασικών αρτηριών

- ØΜαγνητική τομογραφία εάν χρειάζεται (MRI)
- ØΑγγειογραφία εγκεφάλου
- ØΗλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG)
- ØΕξέταση των οπτικών πεδίων και
- ØΤομογραφία εκπομπής πρωτονίων (PET) .¹²



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μπορεί να είναι :

- ∅ Συντηρητική – Φαρμακευτική και/ή
- ∅ Χειρουργική .

7.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ – ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ :

7.1.1 ΑΜΕΣΗ :

Κάθε επαγγελματίας υγείας πρέπει να μάθει την πάθηση του αρρώστου, καθώς και τα φάρμακα που παίρνει. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να καθησυχάσει τον ασθενή και να τον τοποθετήσει σε μισοκαθιστή θέση με το κεφάλι πλάγια, για να βγαίνει το σάλιο από το στόμα. Χαλαρώνει τα ρούχα και φροντίζει για την διακομιδή του. Μερικά βαριά εγκεφαλικά επεισόδια προκαλούν διακοπή της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος. Ελέγχει αν ο άρρωστος έχει αναπνοή και σφυγμό. Αν δεν έχει, πρέπει να εφαρμοστεί καρδιοαναπνευστική επαναφορά όπως το φιλί της ζωής και μαλάξεις στην καρδιά. Όλοι οι άρρωστοι με αγγεικό εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να μεταφέρονται σε νοσοκομείο (παθολογικό – νευρολογικό τμήμα).¹⁷

7.1.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν ειδικά φάρμακα που διαλύουν τους θρόμβους και μπορούν να αποκαταστήσουν σε σημαντικό αριθμό περιπτώσεων την ροή του αίματος στο αγγείο που έχει κλείσει και αυτά λέγονται θρομβολυτικά, όπως το tPA .

Χρησιμοποιούνται επίσης διουρητικά για την μείωση εγκεφαλικού οιδήματος που φτάνει στα μέγιστα επίπεδα 3-5 ημέρες μετά το επεισόδιο.

Αντιπηκτικά , για πρόληψη περαιτέρω ανάπτυξης θρόμβων ή εμβόλων και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα για τον ίδιο λόγο.¹⁶

7.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ :

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να βοηθήσει μόνο σε κάποια από τα αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια. Στα ισχαιμικά επεισόδια δεν γίνεται επέμβαση εκτός από πολύ περιορισμένες ειδικές σοβαρές περιπτώσεις. Με την ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου η εξέλιξη της ασθένειας μπορεί να επιβραδυνθεί ώστε να μειωθεί ο αριθμός των ασθενών που θα χρειαστούν χειρουργική επέμβαση.

Η αγγειοχειρουργική επέμβαση δίνει την δυνατότητα να αποφύγουμε το εγκεφαλικό επεισόδιο, με την αφαίρεση της πλάκας που περιορίζει την αιματική ροή προς τον εγκέφαλο. Σε σοβαρές περιπτώσεις, συνίσταται η καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή και η διαστολή με μπαλόνι και η τοποθέτηση ενδαρτηριακού νάρθηκα (stent) με ενδοαγγειακή χειρουργική. Ύστερα από την καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή, πολύ λίγες αρτηρίες αποφράσσονται, ενώ μερικές μπορεί να στενέψουν με τον χρόνο. Ενώ η επέμβαση είναι ασφαλής και αποτελεσματική.⁷

7.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ :

Πριν από την έξοδο ο ασθενής πρέπει :

- ✓ να παρουσιάζει βελτίωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου
- ✓ να παρουσιάζει βελτίωση ή σταθεροποίηση των νευρολογικών λειτουργιών
- ✓ να έχει ενημερωθεί για τους τρόπους ελάττωσης του κινδύνου υποτροπών του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

- ✓ να αναγνωρίζει τρόπους αντιμετώπισης των αισθητικών και λεκτικών διαταραχών της επικοινωνίας καθώς και των διαταραχών της νοητικής λειτουργίας
- ✓ να αναγνωρίζει τρόπους για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων και κοπράνων
- ✓ να δείχνει τρόπους για τη διευκόλυνσή του στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και για την αύξηση της κινητικότητας του
- ✓ να γνωρίζει και να μπορεί να αναφέρει σημεία και συμπτώματα στο ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό
- ✓ να μοιράζεται τις σκέψεις και τα συναισθήματά του σχετικά με τα αποτελέσματα του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στον τρόπο ζωής, στους ρόλους και στον εαυτό του
- ✓ να γνωρίζει τους κοινωνικούς φορείς που μπορούν να τον βοηθήσουν στο σπίτι και στην προσαρμογή στις αλλαγές που οφείλονται στο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- ✓ να κατανοεί και να ακολουθεί το προτεινόμενο σχέδιο παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων και των μελλοντικών συναντήσεων με τον ιατρό και το
- ✓ φυσιοθεραπευτή, καθώς και της συσταθείσας φαρμακευτικής αγωγής.¹⁸

ΜΕΡΟΣ II



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Αφού πριν από τα περισσότερα εγκεφαλικά επεισόδια εμφανίζονται προειδοποιητικά σημεία, η εγκαίρως αναγνώριση είναι και το πρώτο βήμα για την πρόληψη. Μόλις εμφανιστεί κάποιο από τα προειδοποιητικά σημεία πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός. Με τον τρόπο αυτό μειώνετε η πιθανότητα να εμφανιστεί ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Δεν μπορούμε να προλάβουμε εντελώς την εμφάνιση της αρτηριοσκλήρωσης ή να αλλάξουμε το ρόλο της κληρονομικότητας στην εξέλιξη της. Παρόλα αυτά πολλοί προδιαθεσικοί παράγοντες μπορούν να ελεγχθούν με την επανεκτίμηση του τρόπου ζωής μας και κάνοντας ορισμένες απαραίτητες αλλαγές.⁶

8.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ :

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ανίχνευση ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από εγκεφαλικά επεισόδια προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις.

Οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται σε 3 μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με το αν θα μπορούσε να γίνει εξωγενής παρέμβαση ή όχι. Οι κατηγορίες είναι οι παρακάτω :

- παράγοντες κινδύνου που δεν μπορούν να τροποποιηθούν
- παράγοντες κινδύνου τροποποιήσιμοι
- πιθανοί παράγοντες κινδύνου που επιδέχονται παρέμβαση.

8.1.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΟΥΝ :

- § Ηλικία
- § Ανδρικό φύλο
- § Φυλή (συχνότερη εμφάνιση στην κίτρινη φυλή)
- § Οικογενειακό ιστορικό.¹²

8.1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ :

Υπέρταση : η αντιμετώπιση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί ισχυρό μέτρο πρόληψης. Έχει υπολογιστεί ότι η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, έτσι ώστε η συστολική να παραμένει μικρότερη των 160mmHg και η διαστολική μικρότερη των 90mmHg, μπορεί να ελαττώσει την συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων κατά το ποσοστό 40% τουλάχιστον. Οι τιμές της αρτηριακής πίεσης μειώνονται με σωστή διατροφή και σωματική άσκηση.

Κάπνισμα : το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Τα άτομα που καπνίζουν 10 τσιγάρα καθημερινά διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο από τον αντίστοιχο των μη καπνιστών, ενώ για τα άτομα που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα καθημερινά ο κίνδυνος είναι τετραπλάσιος.¹¹

Καρδιοπάθειες : ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου αυξάνει επί παρουσίας ποικίλων καρδιακών νόσων (κολπική μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα μυοκαρδίου, βαλβιδοπάθειες κλπ.).⁵

Σακχαρώδης Διαβήτης : η πιθανότητα εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου σε άτομο που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη είναι διπλάσια από την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού. Γι'αυτό ελέγχετε τακτικά τη γλυκόζη αίματος, παίρνετε τα φάρμακα σας, ακολουθείτε τις οδηγίες του γιατρού και του διαιτολόγου σας, κάνοντας αυτό, μειώνετε τον κίνδυνο να υποστείτε εγκεφαλικό επεισόδιο και ταυτόχρονα άλλες επιπλοκές του διαβήτη.

Υπερλιπιδαιμία : τα αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Ανάλογη σχέση υπάρχει και για την λιποπρωτεΐνη LDL, σε αντίθεση με την HDL.

Νόσοι του αίματος (πολυκυτταραιμία, θρομβοκυτταραιμία).

Νόσοι των αγγείων (ασυμπτωματική στένωση καρωτίδας).

8.1.3 ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΕΠΙΔΕΧΟΝΤΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ :

Παχυσαρκία : το υπερβολικό βάρος σώματος και η παχυσαρκία αποτελούν σοβαρότατη μάστιγα της εποχής μας. Μαζί τους φέρνουν διαβήτη, υψηλή πίεση, υψηλή χοληστερίνη, πολλούς και διάφορους καρκίνους και αυξημένο κίνδυνο για εγκεφαλικά επεισόδια.

Κακή διατροφή : αλλάζουμε τον τρόπο διατροφής με αύξηση στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, δημητριακών, τροφών με χαμηλά λιπαρά, ψαριών και μείωση στην πρόσληψη άλατος. Η υγιεινή διατροφή μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο του εγκεφαλικού επεισοδίου. Μελέτες αποδεικνύουν ότι το α-λινολεϊκό οξύ το οποίο το βρίσκουμε στα καρύδια και στους σπόρους της σόγιας καθώς και σε ορισμένα βότανα μειώνει τον κίνδυνο βοηθώντας στην πρόληψη σχηματισμού αθηρωματικών πλακών. Τροφές όπως το πράσινο μήλο και το τσάι με υψηλή περιεκτικότητα σε φλαβονοειδή είναι επίσης προστατευτικές. Η βιταμίνη C επίσης είναι προστατευτική που περιέχεται σε φρούτα και λαχανικά. Το σύμπλεγμα βιταμινών B (B6, B12) και ιδιαίτερα το φολικό οξύ είναι προστατευτικές. Το αποτέλεσμα της έλλειψης του συμπλέγματος B είναι η αύξηση των επιπέδων της ομοκυστεΐνης (αμινοξύ που ενοχοποιείται για την αύξηση κινδύνου της καρωτιδικής αρτηρίας).

Κατάχρηση οινόπνεύματος : Μετά από έρευνα που έγινε στην Κίνα, αποδεικνύεται πως ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν 0,92% για τους συμμετέχοντες που έπιναν 1-6 ποτά την εβδομάδα συγκριτικά μ'αυτούς που δεν έπιναν καθόλου, 1,02% γι'αυτούς που έπιναν 7-20 ποτά τη εβδομάδα ενώ 1,22%

γιά αυτούς που έπιναν περισσότερα από 21 ποτά. Από τα αποτελέσματα αυτά αποδύκνύεται πώς ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου είναι 22% υψηλότερος ενώ 30% ο κίνδυνος θνησιμότητας στους ανθρώπους που πίνουν αλκοόλ από τους μη πότες.



Κατάχρηση φαρμάκων

Σύνδρομα υπερτηκτικότητας

Χρήση αντισυλληπτικών

Όλοι θα πρέπει να κατανοήσουμε την σημασία της πρόληψης και να λάβουν μέτρα προαγωγής της, αλλά και μέτρα αποθάρρυνσης ανθυγιεινών τρόπων ζωής (κάπνισμα, παχυσαρκία κλπ).¹⁷

8.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ :

Με τον όρο δευτερογενή πρόληψη ορίζεται η προσπάθεια αποφυγής ενός δεύτερου εγκεφαλικού επεισοδίου σε άτομα που ήδη έχουν υποστεί ένα επεισόδιο. Κάθε υποτροπή είναι δεδομένο ότι αυξάνει το ποσοστό αναπηρίας τους, ως εκ τούτου η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου αποτελεί σημαντικό κεφάλαιο στην προσπάθεια μείωσης των υποτροπών των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων .

Μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν 30% πιθανότητα να εμφανίσουν νέο επεισόδιο εντός των τελευταίων 5 ετών και γιά αυτό κινδυνεύουν 9 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό.²⁰

8.3 ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΟΥΝ ΑΠΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ :

Ορισμένα φάρμακα μπορούν να ελαττώσουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο πιο κατάλληλος για να μας πει αν πρέπει να ξεκινήσουμε κάποιο, είναι ο γιατρός μας.

Αν έχετε υπέρταση και δεν έχετε καταφέρει να τη διορθώσετε με υγιεινή διατροφή, άσκηση και μείωση βάρους σώματος, τότε θα πρέπει να πάρετε αντιυπερτασικά φάρμακα. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα είναι ένα από τα πιο σημαντικά μέτρα πρόληψης του εγκεφαλικού επεισοδίου.

Αν έχετε παθολογικά υψηλή χοληστερίνη που δεν διορθώθηκε με την δίαιτα και την σωματική άσκηση, τότε μπορεί να χρειαστεί να πάρετε ένα υποχοληστεριναιμικό φάρμακο.

Αν έχετε κολπική μαρμαρυγή τότε θα πρέπει να παίρνετε αντιπηκτικά φάρμακα.

Τέλος, η ασπιρίνη είναι ένα φάρμακο που επίσης μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Όμως δεν είναι κατάλληλη για όλους τους ανθρώπους (σε ορισμένους μάλιστα μπορεί να είναι επικίνδυνη).²¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΙΘΑΝΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Για να εξακριβώσει ο γιατρός εάν ένα άτομο πάσχει από μια σημαντική αγγειακή νόσο του εγκεφάλου, χρειάζεται πρώτα να πάρει το ιστορικό του και να κάνει πλήρη νευρολογική και ιατρική εξέταση.

Για να συμπληρώσει το ιστορικό ο γιατρός θα χρειαστεί να μάθει εάν ο ασθενής έχει υπέρταση ή/και διαβήτη, αν κάνει χρήση αντισυλληπτικών, έχει κάποια κληρονομική ανωμαλία στον καρδιακό σφυγμό, πάσχει από άλλες καρδιακές παθήσεις, καπνίζει, έχει υψηλή χοληστερίνη ή είναι παχύσαρκος. Μεγάλη σημασία δίνετε στον έλεγχο με ανώδυνο υπερηχογράφημα των καρωτιδικών, των αγγείων που παρέχουν το αίμα στον εγκέφαλο (υπερηχογράφημα με Doppler). Άλλες εξετάσεις για τον έλεγχο των καρωτιδικών είναι το υπερηχογράφημα (με την χρήση υπερηχητικών κυμάτων μετριέται η αιματική ροή στις καρωτιδικές αρτηρίες) και η απεικόνιση με έγχρωμους υπέρηχους (ένας μικρός ηχοβολέας ακουμπά πάνω στο λαιμό και χρησιμοποιώντας υψηλές συχνότητες, δημιουργεί την εικόνα της αρτηρίας και του αυλού της στην οθόνη). Οι δύο αυτές εξετάσεις είναι ανώδυνες, χωρίς σκιαγραφική, ενέσεις ή ακτινοβολία. Γίνονται γρήγορα (σε δέκα λεπτά περίπου) και δεν χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τα συμπτώματα δείχνουν στένωση της καρωτιδικής, ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί περαιτέρω έλεγχο με αγγειογραφία (ακτινοβολική εξέταση κατά την οποία χρησιμοποιείται σκιαγραφικό που εγχέεται στις αρτηρίες προς τον εγκέφαλο). Αυτή δείχνει το ακριβές σημείο της στένωσης, της απόφραξης ή άλλης αλλοίωσης.⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

10.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΠΟΤΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ :

Η διαταραχή αυτή σχετίζεται με μειωμένη αιμάτωση του εγκεφάλου, που οφείλεται σε θρόμβωση, εμβολή, εγκεφαλική αιμοραγία και/ή σπασμό ή εξωτερική πίεση των αγγείων του εγκεφάλου.

Επιθυμητό αποτέλεσμα:

Ο ασθενής θα παρουσιάσει βελτίωση της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου όπως φαίνεται από:

- i. την έλλειψη ή την ελάττωση της ζάλης, των οπτικών διαταραχών και/ή της διαταραχής του λόγου
- ii. τη βελτίωση της πνευματικής κατάστασης
- iii. τη βελτίωση της αισθητικής και της κινητικής λειτουργίας.¹⁹

Νοσηλευτικές πράξεις και επιλεγμένοι στόχοι :

i. Αναζητήστε στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα μείωσης της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου:

- ζάλη
- οπτικές διαταραχές (θολή ή αμυδρή όραση, διπλωπία, αλλαγές στο οπτικό πεδίο)
- αφασία

- ευερεθιστικότητα και ανησυχία
- έκπτωση του επιπέδου συνείδησης
- παραισθησία, πάρεση, παράλυση.¹⁰

ii. Λάβετε μέτρα για την βελτίωση της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου :

α. εάν έχει συμβεί θρόμβωση ή εμβολή χορηγήστε τα πιο κάτω φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες:

1. αντιπηκτικά (ηπαρίνη, βαρφαρίνη)
2. αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες (ασπιρίνη)

β. εάν συμβεί ενδοεγκεφαλική αιμορραγία σαν αποτέλεσμα ρήξης εγκεφαλικού ανευρύσματος, χορηγήστε έναν αιμοστατικό παράγοντα (αμινοκαπρικό οξύ) για να αποτρέψετε τη λύση των σχηματισμένων θρόμβων με αποτέλεσμα την εκ νέου αιμορραγία

γ. χορηγήστε ανταγωνιστές του ασβεστίου (nimodipine) σύμφωνα με τις οδηγίες, για να μειωθεί ο αγγειοσπασμός των αγγείων του εγκεφάλου (το ασβέστιο που απελευθερώνεται από τα τραυματισμένα κύτταρα μπορεί να προκαλέσει αγγειοσπασμό)

δ. ενεργήστε για την πρόληψη και θεραπεία της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης

ε. προετοιμάστε τον άρρωστο για χειρουργική επέμβαση (π.χ.παροχέτευση του αιματώματος, αφαίρεση ραγέντος ανευρύσματος του εγκεφάλου) εάν έχει προγραμματιστεί.

iii. Συμβουλευτείται τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της μειωμένης ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου επιδεινωθούν.¹⁸

10.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ: ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η διαταραχή της θρέψης που σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη τροφής από το στόμα και οφείλεται σε :

- ανορεξία που προέρχεται από φόβο, άγχος, κατάθλιψη και πρώιμο κορεσμό που παρατηρείται σε μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα
- δυσκολία στην σίτιση, που προέρχεται από διαταραχές της κινητικής λειτουργίας του προσβεβλημένου άνω άκρου, από διαταραχές της αντίληψης του χώρου
- δυσκολία στην μάσηση, που προέρχεται από πάρεση ή παράλυση των μασητήρων μυών της προσβεβλημένης πλευράς
- δυσφαγία.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής διατηρεί ένα επαρκές επίπεδο θρέψης.

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι :**

Λάβετε πρόσθετα μέτρα για την βελτίωση της πρόσληψης από το στόμα τροφών και της διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου θρέψης:

- ενεργήστε για να μειωθεί ο φόβος και το άγχος
- ενεργήστε για την διευκόλυνση της ψυχολογικής προσαρμογής του ασθενούς στα αποτελέσματα του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου
- ενεργήστε για να βελτιωθεί η ικανότητα κατάποσης
- ενεργήστε για να αποτρέψετε τη δυσκοιλιότητα ώστε να μειωθεί το αίσθημα πληρότητας
- ενεργήστε για να μπορεί ο ασθενής να τρώει μόνος του.¹⁰

<http://tovima.dolnet.gr/data/D1997/D0615/2abc20a.jpg> **10.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ :**

Οι διαταραχές αυτές σχετίζονται με την πάρεση των μυών της κατάποσης στην προσβεβλημένη πλευρά και τη μείωση ή κατάργηση του αντανακλαστικού της κατάποσης.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση στην ικανότητα κατάποσης, όπως φαίνεται από :

- τα λεγόμενα του ασθενούς
- την έλλειψη τροφής στην στοματική κοιλότητα μετά την κατάποση
- την έλλειψη βήχα και πνιγμού όταν ο ασθενής τρώει και πίνει.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις και επιλεγμένοι στόχοι :

- Ø Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχής της κατάποσης (π.χ. παράπονα για δυσκολία κατάποσης, στάση του φαγητού στην στοματική κοιλότητα, βήχας ή πνιγμός κατά τη λήψη τροφής ή υγρών).
- Ø Βοηθήστε με εξετάσεις που αξιολογούν την ικανότητα κατάποσης του ασθενούς (π.χ. βιντεοσκοπήσεις κατά την διάρκεια της κατάποσης ακτινοσκοπικής ουσίας, μανομετρία) εάν ενδείκνυται.
- Ø Λάβετε μέτρα για την βελτίωση της ικανότητας της κατάποσης:
 - § τοποθετήστε τον άρρωστο σε υψηλή θέση Fowler για να γευματίσει, το κεφάλι και ο αυχένας θα πρέπει να κάμπτονται ελαφρά προς τα εμπρός για να διευκολύνεται η άνοδος του λάρυγγα και η προς τα πίσω κίνηση της γλώσσας
 - § βοηθήστε τον άρρωστο στην επιλογή τροφών που απαιτούν λίγο ή καθόλου μάσηση και καταπίνονται εύκολα (π.χ. γαλατόπιτα, αυγά, κονσερβοποιημένα φρούτα, πουρές)
 - § ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει να ανακατεύει ταυτόχρονα τροφές διαφορετικής σύστασης στο στόμα του
 - § αποφύγετε την χορήγηση κολλωδών τροφών (π.χ. φυστικοβούτυρο, μαλακό ψωμί, μπανάνες)
 - § σερβίρετε το φαγητό/ποτό ζεστό ή κρύο αποφεύγοντας να έχει την θερμοκρασία του περιβάλλοντος (οι πιο ακραίες θερμοκρασίες διεγείρουν τους αισθητικούς υποδοχείς και το αντανακλαστικό της κατάποσης)
 - § σερβίρετε παχύρρευστα υγρά ή αυξήστε γλοιότητα λεπτόρρευστων υγρών με ουσίες όπως “thick it”, ζελατίνη ή δημητριακά για βρέφη
 - § υγραίνετε τις ξηρές τροφές με σαλάτα (π.χ. κέτσαπ, σάλτσα για σαλάτα, κρέμα)

- § χρησιμοποιήστε κατάλληλα εργαλεία (π.χ. κουτάλι με μακριά λαβή) για να τοποθετήσετε το φαγητό στο βάθος του στόματος στην υγιή πλευρά εάν η κινητικότητα της γλώσσας έχει διαταραχθεί
 - § μάθετε τον άρρωστο να μην βάζει μεγάλη ποσότητα φαγητού/υγρών στο στόμα του
 - § ενθαρρύνετε τον άρρωστο να συγκεντρώνεται στην πράξη της κατάποσης
 - § εάν ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένο έλεγχο των χειλέων του, ενημερώστε τον να κλείνει τα χείλη με το χέρι προτού καταπιεί
 - § κτυπήστε ελαφρά το λαιμό του ασθενούς όταν καταπίνει, εάν υπάρχει ένδειξη
- ∅ συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν οι δυσκολίες στην κατάποση επιμένουν ή χειροτερεύουν³

10.4 ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ/ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ :

- ∅ **Οπτικές** που σχετίζονται με ισχαιμία της οπτικής οδού
- ∅ **Κιναισθητικές** που σχετίζονται με διαταραχές της αντίληψης του χώρου και που οφείλονται σε ελλειμματική όραση και σε ισχαιμία τμημάτων του μη κυρίαρχου ημισφαιρίου του εγκεφάλου.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής εμφανίζει βελτίωση και/ή ενδείξεις προσαρμογής διαταραχές της αισθητικότητας/αντίληψης όπως φαίνεται από:

- την λεκτική επιβεβαίωση του ίδιου
- την αυξημένη συμμετοχή του σε δραστηριότητες.

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι:**

- ∅ Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα:
- § οπτικών διαταραχών, όπως ομώνυμο ημιανοψία και διπλωπία (π.χ. έλλειψη αντίδρασης σε οπτικά ερεθίσματα στην πλευρά της ημιπληγίας, παράπονα για διπλή όραση, μειωμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες)

- § κιναισθητικών διατάραχών (π.χ. δυσκολία στο κούμπωμα των ρούχων, δυσκολία όρθιας στάσης ή εντοπισμού του στόματος όταν ο ασθενής τρώει, μειωμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες)
- Ø Λάβετε μέτρα για την βελτίωση της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου ώστε να βελτιωθεί η εγκεφαλική ισχαιμία
- Ø Λάβετε μέτρα για να βοηθείστε τον άρρωστο να προσαρμοστεί στις αλλαγές της οπτικής και/ή κιναισθητικής λειτουργίας :
- § δώστε του κάλυμμα για το μάτι ή γαλακτόχρωμο φακό, εάν υπάρχει διπλωπία
- § εάν ο ασθενής εμφανίζει ομώνυμο ημιανοψία :
 - Τοποθετήστε το κρεβάτι σε τέτοια θέση, ώστε ο ασθενής να δέχεται το μεγαλύτερο αριθμό οπτικών ερεθισμάτων (π.χ. όταν ο ασθενής είναι στο κρεβάτι στο οπτικό του πεδίο να είναι η πόρτα παρά ένας τοίχος)
 - Αφού σταθεροποιηθεί η κατάστασή του, τοποθετήστε αντικείμενα (π.χ. τηλεόραση, ρολόι, ημερολόγιο, <http://tovima.dolnet.gr/data/D1997/D0615/2abc20a.jpg> φωτογραφίες) στην πάσχουσα πλευρά για να βελτιωθεί η έρευνα του περιβάλλοντος
 - εάν ο ασθενής αντιμετωπίζει κιναισθητικές διαταραχές, τοποθετήστε τον, αν είναι δυνατόν, όταν η κατάσταση σταθεροποιηθεί, εμπρός σ'ένα ολόσωμο καθρέπτη κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων (*βλέποντας το είδωλο του στον καθρέπτη ο ασθενής διευκολύνεται στην αναγνώριση των κάθετων και οριζόντιων επιπέδων*)
 - ενεργήστε για να βελτιωθεί η εκτέλεση των δραστηριοτήτων αυτοεξυπηρέτησής του
 - Συμβουλευτείται τον ιατρό εάν οι αισθητικές διαταραχές και οι διαταραχές αντίληψης επιμένουν ή ο ασθενής είναι ανίκανος να προσαρμοστεί σ'αυτές που αντιμετωπίζει.¹⁷

10.5 ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΓΝΩΣΙΑ :

Η ετερόπλευρη αγνωσία σχετίζεται με ισχαιμία τμημάτων του μη κυρίαρχου ημισφαιρίου του εγκεφάλου (*συνήθως του δεξιού ημισφαιρίου*).

Επιθυμητό αποτέλεσμα:

- Ο ασθενής παρουσιάζει σταδιακή μείωση της διαταραχής και/ή θα παρουσιάζει αρχόμενη προσαρμογή στην ετερόπλευρη αγνωσία όπως φαίνεται από:
 - την αντίληψη των ερεθισμάτων στην πάσχουσα πλευρά
 - την αντίληψη της πάσχουσας πλευράς του σώματος.

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι:**

Ø Αναζητήστε στον άρρωστο την ύπαρξη ετερόπλευρης αγνωσίας (π.χ. ο ασθενής δεν κοιτάει προς την πάσχουσα πλευρά, δεν αντιδρά σε ερεθίσματα στην πάσχουσα πλευρά, παρατηρείται έλλειψη αντίληψης στο προσβεβλημένο άκρο).

Ø Λαβετε μέτρα για να βελτιωθεί η ιστική διαπότιση του εγκεφάλου ώστε να μειωθεί η εγκεφαλική ισχαιμία.

Ø Εάν υπάρχει ετερόπλευρη αγνωσία:

1. βεβαιωθείται ότι η πάσχουσα πλευρά είναι συνέχεια στη σωστή θέση
2. προστατέψτε τα προσβεβλημένα άκρα από τραυματισμό
3. αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενούς, λάβετε μέτρα για να βελτιωθεί η επίγνωση της προσβεβλημένης πλευράς :
 - ενθαρρύνετε τον άρρωστο να περιποιείται το πάσχον άκρο όταν κάνει μπάνιο, όταν ντύνεται και μετά να το τοποθετεί στη σωστή θέση μόνος του
 - τοποθετήστε μερικά αντικείμενα (π.χ. τηλεόραση, ρολόι, ημερολόγιο, φωτογραφίες) στην πάσχουσα πλευρά για να αυξηθεί η πιθανότητα να βλέπει ο ασθενής τα πάσχοντα άκρα του
 - τοποθετήστε οικεία αντικείμενα (π.χ. το αγαπημένο του βραχιόλι ή ρολόι, τα παπούτσια ή τις παντόφλες που φοράει συνήθως) στα προσβεβλημένα άκρα για να βοηθήσουν τον άρρωστο να αναγνωρίσει τα άκρα του σαν μέρος του σώματός του
4. συμβουλευτείται φυσιοθεραπευτή και εργασιοθεραπευτή σχετικά με πρόσθετους τρόπους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον άρρωστο να προσαρμοστεί στη ετερόπλευρη αγνωσία
5. ενημερώστε τα άτομα του περιβάλλοντός του και το νοσηλευτικό προσωπικό για τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για να αυξηθεί η επίγνωση της πάσχουσας πλευράς, ενθαρρύνετε τους να χρησιμοποιούν τις τεχνικές αυτές

6. συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν ο ασθενής δεν μπορεί να προσαρμοστεί στην ετερόπλευρη αγνωσία.⁸

10.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Η διαταραχή αυτή σχετίζεται με :

- απώλεια της λειτουργικότητας των μυών που χρησιμοποιούνται στην ομιλία
- ισχαιμία στο κυρίαρχο ημισφαίριο του εγκεφάλου (ισχαιμία στην περιοχή Wernicke στον κροταφοβρεγματικό λοβό προκαλεί αισθητική αφασία, η ισχαιμία στην περιοχή Broca στον μετωπιαίο λοβό προκαλεί κινητική αφασία).

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής εκφράζει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του αποτελεσματικά.

Νοσηλευτικές πράξεις και επιλεγμένοι στόχοι :

Ø Αναζητήστε στον άρρωστο σημεία διαταραχής της προφορικής επικοινωνίας (π.χ. αδυναμία να μιλήσει, δυσκολία στον σχηματισμό λέξεων ή προτάσεων, δυσκολία στην προφορική έκφραση σκέψεων, ακατάλληλη χρησιμοποίηση λέξεων). Αξιολογήστε τις προφορικές απαντήσεις σε συνάρτηση με την λεκτική συμπεριφορά για να καθορίσετε εάν ο ασθενής εμφανίζει αισθητική αφασία.

Ø Λάβετε μέτρα για να διευκολύνετε την επικοινωνία:

1. απαντήστε προσωπικά στις κλήσεις παρά με το σύστημα ενδοσυνεννόησης
2. διατηρήστε μια υπομονετική ήρεμη προσέγγιση, ακούστε προσεκτικά και δώστε στον ασθενή αρκετό χρόνο για επικοινωνία
3. διατηρήστε ένα ήρεμο περιβάλλον έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να συγκεντρωθεί στην προσπάθεια επικοινωνίας, να μην πρέπει να μιλάει δυνατά και να μπορεί να ακούει καθαρά τους άλλους

4. διατυπώστε ερωτήσεις που απαιτούν μικρές απαντήσεις, ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων ή κούνημα του κεφαλιού, εάν ο ασθενής έχει δυσκολία στην ομιλία και/ή είναι απογοητευμένος ή κουρασμένος
5. προγραμματίστε περιόδους ανάπαυσης πριν από την επίσκεψη και τις συνεδρίες λογοθεραπείας, για να μεγιστοποιηθεί η δυνατότητα επικοινωνίας κατά τις ώρες αυτές
6. όταν μιλάτε στον άρρωστο κοιτάξτε τον, μιλάτε αργά, χρησιμοποιείται άμεσες και μικρές προτάσεις, επαναλαμβάνετε λέξεις κλειδιά και αποφύγετε να χρησιμοποιείτε άσχετες χειρονομίες
7. προσφέρετε υλικά όπως “μαγική οθόνη”, μολύβι και χαρτί, κάρτες με λέξεις και πίνακα με φωτογραφίες εάν χρειάζεται, βεβαιωθείται ότι η τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής δεν εμποδίζει τη χρησιμοποίηση αυτών των βοηθημάτων επικοινωνίας
8. συμβουλευτείτε λογοθεραπευτή σχετικά με τις μεθόδους αντιμετώπισης των διαταραχών του λόγου , τονίστε τις προτεινόμενες τεχνικές και ασκήσεις .
 - Ø Ενημερώστε τα άτομα του περιβάλλοντός του και το υγειονομικό προσωπικό σχετικά με τις χρησιμοποιούμενες τεχνικές για την βελτίωση της ικανότητας επικοινωνίας του ασθενούς.
 - Ø Ενθαρρύνετε τα άτομα του περιβάλλοντός του και το προσωπικό να μιλάει στον άρρωστο ακόμα και εάν δεν αντιδρά ή δεν μπορεί να επικοινωνήσει.
 - Ø Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν ο ασθενής εμφανίζει επιδείνωση της διαταραχής της προφορικής επικοινωνίας.⁹

10.7 ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ:

Ο κίνδυνος αυτός σχετίζεται με:

- Ø ισχαιμία του δέρματος και του υποδόριου, που οφείλετε σε παρατεταμένη πίεση των ιστών σαν αποτέλεσμα μειωμένης κινητικότητας
- Ø βλάβη του δέρματος και/ή του υποδόριου, που οφείλεται σε τριβή ή αποκόλληση ιστών

- ∅ αυξημένη ευθρυπτότητα του δέρματος, που οφείλεται σε οίδημα και ανεπαρκές επίπεδο θρέψης
- ∅ συχνή επαφή του δέρματος με ερεθιστικούς παράγοντες, που οφείλεται σε ακράτεια ούρων και κοπράνων.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής διατηρεί ανέπαφο το δέρμα του, όπως φαίνεται από:

- ∅ την έλλειψη ερυθρότητας και ερεθισμού
- ∅ την απουσία λύσης της συνέχειας του δέρματος.

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι :**

Λάβετε μέτρα για να αποφύγετε τη λύση της συνέχειας του δέρματος :

1. ενεργήστε για να προφυλάξετε το δέρμα από το ερεθισμό που προκύπτει από την ακράτεια :

- λάβετε μέτρα για να μειώσετε τον κίνδυνο ακράτειας ούρων και κοπράνων
 - βοηθήστε τον άρρωστο στο σχολαστικό καθαρισμό και στέγνωμα του περινέου με μαλακό χαρτί ή ύφασμα, μετά από κάθε επεισόδιο ακράτειας, επαλείψτε με προστατευτική αλοιφή ή κρέμα
 - χρησιμοποιήστε σύστημα παροχέτευσης κοπράνων, εάν η ακράτεια των κοπράνων επιμένει
 - χορηγήστε πάνες ακράτειας, εάν χρειάζεται, για να απορροφούν την υγρασία, μην αφήνετε το δέρμα να έρχεται σε επαφή με τα πλαστικά τμήματα της πάνας
2. ενεργήστε για την διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης .

10.8 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ :

Η διαταραχή της κινητικότητας σχετίζεται με:

- ∅ περιορισμούς στην κινητικότητα, λόγω έκπτωσης της κινητικής λειτουργίας και περιοδικής διαταραχής της αντίληψης
- ∅ απώλεια του μυϊκού τόνου κατά την περίοδο της χαλαρής παράλυσης των προσβεβλημένων άκρων (η χαλαρή παράλυση μπορεί να υπάρχει τις πρώτες μέρες μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

- Ø υπερτονία των προσβεβλημένων άκρων (καθώς επιστρέφει ο μυϊκός τόνος μετά την περίοδο της χαλαρής παράλυσης, συχνά εξελίσσεται σε σπαστικότητα).
- Ø απροθυμία στην κίνηση που οφείλεται σε φόβο τραυματισμού (συμβαίνει κυρίως σε ισχαιμία του κυρίαρχου ημισφαιρίου).
- Ø Απώλεια μυϊκής μάζας, μυϊκού τόνου και ισχύος που οφείλεται σε παρατεταμένη ακινησία και ανεπαρκές επίπεδο θρέψης.
- Ø

Επιθυμητό αποτέλεσμα:

Ο ασθενής θα επιτύχει τη μέγιστη δυνατή κινητικότητα μέσα στα πλαίσια των περιορισμών που επιβάλλονται λόγω του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι:**

- Ø Λάβετε μέτρα για να αυξήσετε την κινητικότητα:
 1. εξασφαλίστε επαρκείς περιόδους ανάπαυσης πριν από τις συνεδρίες ασκήσεων
 2. χορηγήστε μυοχαλαρωτικά (π.χ. baclofen, dantrolene), εάν συνταγογραφηθούν για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας των προσβεβλημένων άκρων
 3. ενεργήστε για να αποφευχθεί η πτώση στο έδαφος και να μειωθεί ο φόβος του ασθενούς για τραυματισμό
 4. ενημερώστε και βοηθήστε τον άρρωστο στην χρήση βοηθημάτων κίνησης (π.χ. μπαστούνι, περπατούρα) εάν χρειάζεται
 5. αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενούς βοηθήστε τον και τονίστε τα παρακάτω, εάν ενδείκνυται:
 - α. εφαρμογή νευροφυσιολογικού και νευροαναπτυξιακού πρωτοκόλλου (π.χ. προσέγγιση Bobath) για την βελτίωση των φυσιολογικών κινήσεων των προσβεβλημένων άκρων
 - β. τεχνικές νευρομυϊκής επανεκπαίδευσης (π.χ. ηλεκτρομυογραφική βιοανατροφοδότηση) για την βελτίωση της μυϊκής δύναμης και τη μείωση της σπαστικότητας των προσβεβλημένων άκρων.
 - γ. ενεργήστε για την διατήρηση επαρκούς θρέψης (νοσηλευτική διάγνωση 10.2) για να διατηρηθεί η μυϊκή μάζα, ο τόνος και η δύναμη

6. επαινέστε και ενθαρρύνετε τον για όλες τις προσπάθειες για την βελτίωση της κινητικότητας.

7. ενθαρρύνετε την υποστήριξη από το περιβάλλον του ασθενούς. Επιτρέψτε τους να τον βοηθήσουν στις ασκήσεις και στις δραστηριότητές του, εάν το επιθυμεί.

8. συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν ο ασθενής δεν μπορεί να επιτύχει το αναμενόμενο επίπεδο κινητικότητας ή εάν το εύρος των κινήσεων περιορίζεται.⁹

10.9 ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ :

Η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης σχτίζεται με τις διαταραχές της κινητικότητας, τις οπτικές διαταραχές και τις διαταραχές της αντίληψης, την απραξία, την ετερόπλευρη αγνωσία και τις διαταραχές της νοητικής λειτουργίας.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής εκτελεί τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησής του μέσα στα πλαίσια των φυσικών περιορισμών.

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι :**

Ø Λάβετε μέτρα για την βελτίωση της ικανότητας του ασθενούς να εκταλεί τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης:

1. εάν υπάχει απραξία, εξηγήστε και δείξτε την χρήση αντικειμένων, όπως οδοντόβουρτσα, σφουγγαριού και υφάσματος για πλύσιμο, τόσο συχνά όσο χρειάζεται

2. ενθαρρύνετε τον ασθενή να φοράει κάλλυμα στο μάτι ή γαλακτόχρωμους φακούς εάν υπάρχει διπλωπία

3. ενεργήστε ώστε ο ασθενής να μπορεί να φάει μόνος του :

α. τοποθετήστε την τροφή/υγρά μέσα στο οπτικό πεδίο του ασθενούς, μέχρις ότου μάθει να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις τεχνικές σάρωσης

β. τοποθετήστε μόνο λίγα αντικείμενα στο δίσκο κάθε φορά, εάν υπάρχει διαταραχή αντίληψης

γ. αναγνωρίστε που έχουν τοποθετηθεί τα αντικείμενα στο πιάτο και στο δίσκο και ανοίξτε τα σκέπαστρα, κόψτε το κρέας και βάλτε βούτυρο στο ψωμί

δ. συμβουλευτείτε εργασιοθεραπευτή σχετικά με τα βοηθητικά εξαρτήματα που διατίθενται (π.χ. σκεύη με πλατιά χερούλια, μαχαίρια με ειδικές λαβές, αντιολισθητικοί οδηγοί πιάτων), ενθαρρύνετε τη χρήση των εξαρτημάτων αυτών

4. όταν η κατάσταση του ασθενούς σταθεροποιηθεί, ενεργήστε κατάλληλα ώστε να μπορεί να ντύνετε μόνος του:

α. ενθαρρύνετε την χρησιμοποίηση εξαρτημάτων, όπως άγκιστρα κουμπώματος, κόκαλο για τα παπούτσια με μακρυνά λαβή και αγκύλη έλξης του παντελονιού

β. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να επιλέγει ρούχα που φοριούνται και αφαιρούνται εύκολα (π.χ. ρούχα με φερμουάρ και όχι με κουμπιά, ρούχα με χαλαρή εφαρμογή, παπούτσια με κούμπωμα από Velcro και όχι με κορδόνια)

γ. εάν ο ασθενής έχει δυσκολία να ξεχωρίσει το δεξιό από το αριστερό, σημειώστε την εξωτερική πλευρά των παπουτσιών με αυτοκόλλητες ταινίες ή με επιγραφή Δ ή Α

δ. εφαρμόστε μέτρα για να αυξήσετε την κινητικότητα (βλέπε νοσηλευτική διαγνωση 10.8) έτσι ώστε να βελτιωθεί περισσότερο η ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης

ε. τονίστε τις ασκήσεις και τη δραστηριότητα που έχουν συστηθεί από το φυσιοθεραπευτή για να βελτιωθεί η ικανότητα του ασθενούς για λεπτές κινήσεις.

5. Επαινέστε όλες τις προσπάθειες και τα επιτεύγματα στην αυτοεξυπηρέτηση του αρρώστου.

6. Βοηθήστε τον άρρωστο στις δραστηριότητες που δεν μπορεί να εκτελέσει από μόνος του.

7. Ενημερώστε τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς για τις ικανότητές του για αυτοεξυπηρέτηση. Εξηγήστε τη σημασία της ενθάρρυνσης και της διατήρησης στον άρρωστο ενός ικανοποιητικού επιπέδου ανεξαρτησίας.⁵

10.10 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ

ΑΚΡΑΤΕΙΑ

Η ακράτεια σχετίζεται με :

- Ø Αυξημένη αντανακλαστική δραστηριότητα της ουροδόχου κύστης και απώλεια του εκούσιου ελέγχου της αποβολής των ούρων, που πιθανόν να οφείλεται σε διαταραχή του ανώτερου κινητικού νευρώνα
- Ø Μειωμένη ικανότητα ελέγχου της ούρησης, που σχετίζεται με μειωμένο επίπεδο συνείδησης ή αδυναμία αναγνώρισης του αισθήματος πληρότητας της κύστης
- Ø Αδυναμία χρήσης του ουροδοχείου ή μετάβασης στο μπάνιο έγκαιρα, που οφείλεται σε :

1. καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας, σαν αποτέλεσμα αδυναμία λεκτικής έκφρασης της ανάγκης για ούρηση
2. διαταραχή της κινητικότητας.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής ελέγχει τη λειτουργία της ούρησης.

Νοσηλευτικές πράξεις και επιλεγμένοι στόχοι :

- Ø Αναζητήστε και αναφέρετε την ακράτεια των ούρων.
- Ø Λάβετε μέτρα για να μειώσετε τον κίνδυνο ακράτειας ούρων :
 1. δώστε την πάπια ή το ουροδοχείο ή βοηθήστε τον ασθενή να ουρήσει καθήμενος στο κρεβάτι ή στο μπάνιο κάθε 2-3 ώρες
 2. επιτρέψτε στον άρρωστο να πάρει τη συνηθισμένη θέση για ούρηση, εκτός εάν αντενδείκνυται, για να διευκολυνθεί η πλήρης κένωση της ουροδόχου κύστεως
 3. εξασφαλίστε εύκολη πρόσβαση στο μπάνιο και βοηθήστε τον άρρωστο να επιλέξει ρούχα που αφαιρούνται εύκολα (π.χ. πυτζάμες με κούμπωμα από Velcro ή ελαστική ζώνη) για να μειωθεί η καθυστέρηση στην τουαλέτα
 4. εάν ο ασθενής είναι αφασικός, χρησιμοποιήστε μια αποτελεσματική μέθοδο για να επικοινωνεί όταν αισθάνεται την ανάγκη για ούρηση
 5. ενημερώστε τον άρρωστο να κατανέμει ομοιόμορφα την κατανάλωση υγρών κατά τη διάρκεια της ημέρας αποφεύγοντας να πίνει άπαξ μεγάλη ποσότητα υγρών

(η γρήγορη πλήρωση της ουροδόχου κύστης μπορεί να προκαλέσει ακράτεια, εάν ο ασθενής έχει μειωμένο έλεγχο του σφιγκτήρα)

6. περιορίστε την κατανάλωση υγρών το βράδυ, για να μειωθεί η πιθανότητα της ακράτειας κατά τη διάρκεια της νύκτας

7. ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει να καταναλώνει ποτά που περιέχουν καφεΐνη (η καφεΐνη είναι ένα ήπιο διουρητικό και μπορεί να κάνει προβληματικό τον έλεγχο της ούρησης)

8. εάν ο ασθενής εμφανίζει σπαστικότητα της ουροδόχου κύστης, χορηγήστε συμπαθητικομιμητικά (π.χ. εφεδρίνη) για να χαλαρώσει ο εξωστήρας μυς και να αυξηθεί ο μυϊκός τόνος του σφιγκτήρα.

Ø Εάν η ακράτεια των ούρων επιμένει, συμβουλευτείται τον ιατρό σχετικά με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα, τον περιοδικό καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης ή την εφαρμογή εξωτερικού καθετήρα.¹⁸

10.11 ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Η δυσκοιλιότητα σχετίζεται με:

Ø μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, που οφείλεται σε μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που παρατείνεται στο άγχος

Ø μειωμένη πρόσληψη υγρών και τροφής με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες που οφείλεται σε δυσκολία σίτισης, μάσησης και κατάποσης

Ø αδυναμία να ανταποκριθεί στην αίσθηση της ανάγκης για αφόδευση, που οφείλεται σε μειωμένο επίπεδο συνείδησης ή αδυναμία να αναγνωρίσει το αίσθημα πλήρωσης του ορθού

Ø εξασθένηση των κοιλιακών μυών, που οφείλεται σε γενικευμένη απώλεια του μυϊκού τόνου από την παρατεταμένη ακινησία

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής δεν παρουσιάζει δυσκοιλιότητα

Νοσηλευτικές πράξεις και επιλεγμένοι στόχοι :

Ø Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας :

1. καθιερώστε μια συγκεκριμένη ώρα κάθε ημέρα για αφόδευση, βασιζόμενη στις συνήθειες κινητιστικής του εντέρου του ασθενούς
2. βοηθήστε τον άρρωστο ή εκτελέστε κατά την εξέλιξη του προγράμματος αποκατάστασης, δακτυλική διέγερση του ορθού, εάν ενδείκνυται
3. εφαρμόστε μέτρα για να αυξηθεί η πρόσληψη από το στόμα τροφής έτσι ώστε να αυξηθεί η κατανάλωση υγρών και τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.

10.12 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

Η ακράτεια κοπράνων σχετίζεται με :

Ø αύξηση της αντανεκλαστικής δραστηριότητας του εντέρου και απώλεια του εκούσιου ελέγχου της αφόδευσης, που οφείλεται σε διαταραχή του άνω κινητικού νευρώνα

Ø μειωμένη δυνατότητα ελέγχου της αφόδευσης, που οφείλεται σε μειωμένο επίπεδο συνειδησης ή αδυναμία αναγνώρισης του αισθήματος πληρότητας του ορθού

Ø αδυναμία χρήσης της πάπιας ή έγκαιρης μετάβασης στο μπάνιο που οφείλεται σε :

1. καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας σαν αποτέλεσμα αδυναμία λεκτικής έκφρασης της ανάγκης για αφόδευση
2. διαταραχή της κινητικότητας.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής δεν εμφανίζει ακράτεια κοπράνων.

Νοσηλευτικές πράξεις και επιλεγμένοι στόχοι :

Ø Καταγράψτε επεισόδια ακράτειας των κοπράνων.

Ø Λαβετε μέτρα για την μείωση του κινδύνου της ακράτειας των κοπράνων:

1. αρχίστε πρόγραμμα εκπαίδευσης του εντέρου, ώστε ο ασθενής να κενώνει το κατώτερο τμήμα του παχέως εντέρου σε τακτά, προγραμματισμένα διαστήματα
2. έχετε συνεχώς σε προσιπή θέση την πάπια ή το δοχείο
3. εάν ο ασθενής είναι αφασικός χρησιμοποιήστε μια αποτελεσματική μέθοδο για να επικοινωνεί όταν αισθάνεται την ανάγκη να ουρήσει

4. αφαιρέστε τους κοπρόλιθους, εάν υπάρχουν (η συνεχής διέγερση του αντανακλαστικού της αφόδευσης από την κοπρανώδη μάζα αναστέλλει την δραστηριότητα του σφιγκτήρα του ορθού και προκαλεί απώλεια της δυνατότητας κατακράτησης της βλέννας και των υγρών που αθροίζονται κεντρικά και διαφεύγουν γύρω από την κοπρανώδη μάζα)

5. Εάν επιμένει η ακράτεια των κοπράνων, συμβουλευτείται τον ιατρό σχετικά με την αναθεώρηση του προγράμματος εκπαίδευσης του εντέρου.¹⁹

10.13 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Οι διαταραχές της νοητική λειτουργίας σχετίζονται με τη διαταραχή της λειτουργίας του εγκεφάλου που οφείλεται σε εγκεφαλική ισχαιμία.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση της νοητικής λειτουργίας όπως φαίνεται από :

- Ø την βελτίωση της ικανότητας προσοχής, μνήμης και επίλυσης προβλημάτων
- Ø τη βελτίωση του επιπέδου προσανατολισμού
- Ø τη μείωση του αριθμού των λανθασμένων απαντήσεων

Νοσηλευτικές πράξεις και επιλεγμένοι στόχοι :

Ø Αναζητήστε στον άρρωστο διαταραχές της νοητικής λειτουργίας (π.χ. μείωση της προσοχής, διαταραχή της μνήμης, μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, σύγχυση, λανθασμένες απαντήσεις)

Ø Εξακριβώστε από το περιβάλλον του ασθενούς το συνηθισμένο διανοητικό του επίπεδο και τη συναισθηματική του κατάσταση

Ø Λάβετε μέτρα για την βελτίωση της ιστική διαπότισης του εγκεφάλου (νοσηλευτική διάγνωση 1) για να μειωθεί η εγκεφαλική ισχαιμία και συνεπώς να βελτιωθεί η νοητική λειτουργία.

Ø Εάν ο ασθενής παρουσιάζει σημεία διαταραχής της νοητικής λειτουργίας:

1. επαναπροσανατολίστε τον αναφορικά με το άτομό του, το χώρο και το χρόνο, σύμφωνα με τις ανάγκες
2. απευθύνεστε στον άρρωστο με το όνομά του

3. τοποθετήστε οικεία αντικείμενα (π.χ. το ρολόι και το ημερολόγιο) μέσα στο οπτικό πεδίο του ασθενούς
4. όταν συνομιλείται μαζί του, να τον κοιτάζετε στο πρόσωπο
5. προσεγγίστε τον άρρωστο με έναν αργό και ήρεμο τρόπο, αφιερώνοντας αρκετό χρόνο για συνομιλία
6. επαναλάβετε τις οδηγίες, εάν χρειάζεται, χρησιμοποιώντας κατανοητή, απλή γλώσσα και μικρές προτάσεις
7. διατηρείτε στο ελάχιστο τα ερεθίσματα από το περιβάλλον, αποφεύγοντας την πλήρη έλλειψη αισθητικών ερεθισμάτων
8. επιδείξτε συνέπεια και καλή οργάνωση στην καθημερινή ρουτίνα
9. δώστε γραπτές ή μαγνητοφωνημένες οδηγίες όταν είναι δυνατόν, ώστε ο ασθενής να μπορεί να τις επαναλαμβάνει τόσο συχνά όσο χρειάζεται
10. ενημερώστε τον άρρωστο να εκτελεί μία μόνο δραστηριότητα κάθε φορά και αφιερώστε αρκετό χρόνο για την εκτέλεση των δραστηριοτήτων αυτών
11. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να καταστρώσει λίστες με τις προγραμματισμένες δραστηριότητες, τις ερωτήσεις και τους προβληματισμούς του
12. βοηθήστε τον άρρωστο εάν χρειάζεται στην επίλυση των προβλημάτων του
13. λάβετε μέτρα για να σταματήσετε τις συναισθηματικές εκρήξεις και τις λανθασμένες απαντήσεις όταν εκδηλώνονται (π.χ. αποσπάστε την προσοχή κτυπώντας τα χέρια, δίνοντας στον άρρωστο να κρατάει ένα αντικείμενο ή ανοίγοντας το ράδιο ή την τηλεόραση)
14. διατηρείται ρεαλιστικές προσδοκίες για την ικανότητα του ασθενούς να μαθαίνει, να καταλαβαίνει και να θυμάται τις πληροφορίες που του δίνονται
15. ενθαρρύνετε τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς να τον ενισχύουν και ενημερώστε τους για τους τρόπους αντιμετώπισης των διαταραχών της νοητικής λειτουργίας
16. συζητήστε με τον άρρωστο και το περιβάλλον του τη φυσιολογία της διαταραχής της νοητικής λειτουργίας και ενημερώστε τους ότι η διανοητική και συναισθηματική κατάστασή του μπορεί να βελτιωθεί σταδιακά μέσα στους επόμενους 6-12 μήνες
17. συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν οι διαταραχές της νοητικής λειτουργίας επιδεινωθούν.¹⁰

10.14 ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο κίνδυνος αυτός σχετίζεται με :

- ∅ πτώση, που οφείλεται σε κινητική, οπτική διαταραχή και σε διαταραχές της αντίληψης, σε αδυναμία, σε σπαστικότητα, σε γρήγορες αυθόρμητες κινήσεις (παρατηρούνται κυρίως σε βλάβες του μη κυρίαρχου ημισφαιρίου του εγκεφάλου), σε διαταραχές της νοητικής λειτουργίας και σε μειωμένο επίπεδο συνείδησης
- ∅ εγκαύματα και τραυματισμούς που οφείλονται σε κινητική, οπτική διαταραχή και σε διαταραχές αντίληψης, σε σπαστικότητα και σε γρήγορες αυθόρμητες κινήσεις

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής δεν εμφανίζει πτώσεις στο έδαφος, εγκαύματα ή τραυματισμούς.¹²

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι :**

- ∅ Λάβετε μέτρα για την μείωση του κινδύνου τραυματισμού :
 - 1.ενεργήστε για να προλάβετε την πτώση του ασθενούς στο έδαφος:
 - α. διατηρείται το κρεβάτι σε χαμηλή θέση με σηκωμένα τα προστατευτικά κιγκλιδώματα, όταν ο ασθενής βρίσκεται στο κρεβάτι
 - β. διατηρείται τα απαραίτητα αντικείμενα σε προσιτή θέση και μέσα στο οπτικό πεδίο του ασθενούς
 - γ. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να ζητάει βοήθεια όταν τη χρειάζεται. Τοποθετήστε το κουμπί κλήσης σε προσιτή θέση
 - δ. εάν έχει διαταραχθεί η όραση:
 - προσανατολίστε τον άρρωστο στο περιβάλλον, στο δωμάτιο και στις θέσεις των επίπλων και παρουσιάστε του τα αντικείμενα κατά την κινητοποίησή του
 - χορηγήστε στον άρρωστο κάλυμμα οφθαλμού ή γαλακτόχρωμους φακούς εάν υπάρχει διπλωπία
 - ενθαρρύνετε τη σάρωση του οπτικού πεδίου εάν εμφανίζει ομώνυμο ημιανοψία
 - ε. χρησιμοποιήστε ζώνη στήριξης, εάν ενδείκνυται, όταν κάθεται ο ασθενής στην καρέκλα

στ. ενημερώστε τον άρρωστο να φοράει παντόφλες με καλή εφαρμογή ή παπούτσια με αντιολισθητικές σόλες και χαμηλό τακούνι όταν κινείται

ζ. διατηρείται το πάτωμα σε τάξη και σκουπίστε το επιμελώς από υγρά

η. συνοδέψτε τον άρρωστο όταν κινείται χρησιμοποιώντας ζώνη ασφαλείας

θ. χορηγήστε βοηθήματα κινητοποίησης (π.χ. περπατούρα, μπαστούνι) εάν ο ασθενής είναι αδύναμος ή έχει αστάθεια στη βάδιση

ι. τονίστε τις οδηγίες του φυσιοθεραπευτή ή διορθώστε τις τεχνικές κινητοποίησης

ια. ενημερώστε τον άρρωστο να περπατάει σε περιοχές με καλό φωτισμό και εάν χρειάζεται να χρησιμοποιεί χειρολαβές

ιβ. μην βιάζετε τον άρρωστο, δώστε του αρκετό χρόνο για να κινείται στο μπάνιο ή στο διάδρομο

ιγ. βεβαιωθείτε ότι η μπανιέρα έχει αντιολισθητική επιφάνεια και υπάρχουν καρέκλα μπάνιου, ψάθα μπάνιου ασφαλείας, διακόπτης κλήσεως, χειρολαβές και επαρκής φωτισμός

ιδ. λάβετε μέτρα για να μειώσετε την αδυναμία του ασθενούς :

- διατηρήστε ικανοποιητικό επίπεδο θρέψης (νοσηλευτική διάγνωση 2)
- ενεργήστε για να βελτιωθεί η αντοχή του ασθενούς στις

δραστηριότητες

ιε. σταθεροποιήστε το προσβεβλημένο άνω άκρο σε ανάρτηση με επιδέσμους όταν ο ασθενής δεν είναι στο κρεβάτι για να βελτιωθεί η ισορροπία του κατά τις κινήσεις του

2. ενεργήστε για την πρόληψη των εγκαυμάτων :

α. αφήστε τα καυτά φαγητά/υγρά να κρυώσουν λίγο πριν τα σερβίρετε

β. εποπτεύετε τον άρρωστο όταν καπνίζει, εάν χρειάζεται

γ. ελέγξτε τη θερμοκρασία του νερού πριν και κατά τη διάρκεια του λουτρού

3. βοηθήστε τον άρρωστο σε δραστηριότητες που χρειάζεται επιδεξιότητα (π.χ. ξύρισμα) για να προλάβετε τραυματισμό

4. εάν ο άρρωστος είναι συγχυτικός :

α. επαναπροσανατολίστε τον συχνά στο περιβάλλον και τονίστε την αναγκαιότητα της εφαρμογής των κανόνων ασφαλείας

β. επιτηρείται τον άρρωστο συνεχώς (π.χ. μέλος του προσωπικού, άτομο από το περιβάλλον του) εάν χρειάζεται

γ. συμβουλευτείται τον ιατρό σχετικά με την προσωρινή ακινητοποίηση των καρπών, εάν ενδείκνυται

δ. χορηγήστε αγχολυτικά και αντιψυχωτικά σκευάσματα, σύμφωνα με τις οδηγίες

5. χορηγήστε μυοχαλαρωτικά για να μειωθεί η σπαστικότητα των προσβεβλημένων μυών.

Ø Συμπεριλάβετε τον άρρωστο και τα άτομα του περιβάλλοντός του στο σχεδιασμό και στην λήψη μέτρων για την πρόληψη του τραυματισμού.

Ø Εάν συμβεί τραυματισμός, δώστε τις πρώτες βοήθειες και ειδοποιήστε τον ιατρό.¹

10.15 ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ

Ο αυξημένος κίνδυνος εισρόφησης σχετίζεται με την διαταραχή της κατάποσης, καταστολή των αντανακλαστικών του βήχα και του εμέτου και έκπτωση του επιπέδου συνείδησης.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής δεν παρουσιάζει εισρόφηση των εκκρίσεων ή των τροφών/υγρών, όπως φαίνεται από :

- Ø τους καθαρούς αναπνευστικούς ήχους
- Ø τα φυσιολογικά ευρήματα στην επίκρουση του θώρακα
- Ø την έλλειψη βήχα, ταχύπνοιας και δύσπνοιας.

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι** :

- Ø Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα εισρόφησης των εκκρίσεων ή των τροφών/υγρών (π.χ. ρόγχος, αμβλύτητα κατά την επίκρουση πάνω από το πάσχον τμήμα του πνεύμονα, βήχας, ταχύπνοια, δύσπνοια, ύπαρξη τροφών στις αναρροφήσεις από την τραχεία).
- Ø Καταγράψτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφιών του θώρακα.
- Ø Αναφέρετε ευρήματα πνευμονικής διήθησης.

Ø Εάν ο ασθενής είναι σε εντερική σίτιση μέσω σωλήνα, προσθέστε χρωστική στο διάλυμα ώστε να μπορεί να αναγνωριστεί εύκολα στις αναρροφήσεις από την τραχεία.

Ø Λάβετε μέτρα για να μειωθεί ο κίνδυνος της εισρόφησης

1. σταματήστε τη χορήγηση τροφής/υγρών από το στόμα και τοποθετήστε τον άρρωστο σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση, εάν εμφανίζει καταστολή ή απώλεια του αντανακλαστικού του εμέτου, σημαντική δυσφαγία και/ή δεν είναι σε εγρήγορση

2. έχετε έτοιμο για χρήση το μηχάνημα αναρρόφησης

3. αναρροφήστε την περιοχή του οροφάρυγγα και εφαρμόστε υγιεινή του στόματος, τόσο συχνά όσο χρειάζεται, για να αφαιρεθούν οι εκκρίσεις και ενθαρρύνετε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί ειδική αναρρόφηση

4. εάν ο ασθενής σιτίζεται μέσω σωλήνα :

α. ελέγξτε τη θέση του σωλήνα πριν από κάθε σίτιση ή σε τακτά χρονικά διαστήματα εάν η σίτιση είναι συνεχής

β. στη συνεχή σίτιση από σωλήνα διατηρήστε τη ροή έγχυσης σύμφωνα με τις οδηγίες, η διαλείπουσα σίτιση μέσω σωλήνα θα πρέπει να χορηγείται αργά

γ. διατηρείται τον άρρωστο σε θέση ημι- ή υψηλή Fowler κατά τη διάρκεια της σίτισης και για 30 λεπτά μετά

δ. σταματήστε τη σίτιση από το σωλήνα και ειδοποιήστε τον ιατρό εάν η υπολειπόμενη ποσότητα υπερβαίνει τις καθιερωμένες τιμές

5. εάν επιτραπεί σίτιση από το στόμα :

- ενεργήστε για να βελτιωθεί η ικανότητα κατάποσης (νοσηλευτική διάγνωση 10.3)
- δώστε αρκετό χρόνο για τα γεύματα
- ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει να γελάει και να μιλάει όταν τρώει και πίνει
- διατηρείτε τον άρρωστο σε υψηλή θέση Fowler κατά τη διάρκεια των γευμάτων και για τουλάχιστον 30 λεπτά μετά
- βοηθήστε τον άρρωστο στην υγιεινή του στόματος μετά το φαγητό για να βεβαιωθείται ότι τεμάχια τροφής δεν παραμένουν στη στοματική κοιλότητα

Ø Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα εισρόφησης :

1. κάνετε αναρροφήσεις τραχείας

2. ειδοποιήστε τον ιατρό

3. ετοιμάστε τον άρρωστο για ακτινογραφία θώρακος
4. ετοιμάστε τον άρρωστο για βρογχοσκόπηση, σύμφωνα με τις οδηγίες, για να αφαιρεθούν τα εισροφηθέντα τεμάχια τροφής.²⁰

10.16 ΔΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

α. **αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης** που σχετίζεται με :

1. εγκεφαλική αιμορραγία ή αιμάτωμα (μπορεί να παρατηρηθεί όταν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο προκαλείται από εγκεφαλική αιμορραγία που οφείλεται σε καταστάσεις, όπως ρήξη ανευρύσματος του εγκεφάλου)

2. εγκεφαλικό οίδημα, που οφείλεται σε αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών αγγείων του εγκεφάλου και δυσλειτουργία της αντλίας νατρίου, που προκαλείται από εγκεφαλική ισχαιμία

β. **ερεθισμός και εκδορές στον κερατοειδή χιτώνα**, που οφείλονται σε αδυναμία σύγκλεισης των βλεφάρων στην προσβεβλημένη πλευρά, εάν υπάρχει πάρεση ή παράλυση του προσωπικού νεύρου

γ. **υπεξέρθημα του ώμου**, που οφείλεται σε μυϊκή αδυναμία και έλξη λόγω βαρύτητας του προσβεβλημένου άκρου.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

A.) Ο ασθενής δεν παρουσιάζει αυξημένη ενδοκράνια πίεση, όπως φαίνεται από :

1. το σύνηθες ή βελτιωμένο επίπεδο συνείδησης
2. την απουσία παραπόνων για πονοκέφαλο
3. τη σταθερή ή τη βελτιωμένη κινητική και αισθητική λειτουργία
4. την απουσία εμέτου, οιδήματος της οπτικής θηλής και σπασμών
5. το συνηθισμένο μέγεθος και αντίδραση της κόρης του οφθαλμού
6. τα σταθερά ζωτικά σημεία.

B.) Ο ασθενής δεν εμφανίζει ερεθισμό ή εκδορές στον κερατοειδή όπως φαίνεται από :

1. την απουσία υπέρμετρης δακρύρροιας και ερυθρότητας του ματιού
2. την απουσία παραπόνων για ενοχλήματα στο μάτι

3. τη συνηθισμένη οπτική οξύτητα.

Γ.) Ο ασθενής δεν παρουσιάζει εξάρθρωση του ώμου, όπως φαίνεται από :

1. την έλλειψη πόνου στον ώμο, ευαισθησίας και οιδήματος
2. την πλήρη διατήρηση της κινητικότητας του ώμου.

Νοσηλευτικές πράξεις και επιλεγμένοι στόχοι :

A.1 Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης :

- ανησυχίας, διέγερσης, σύγχυσης, λήθαρχος
- πονοκέφαλος
- μειωμένη κινητική και αισθητική λειτουργία
- ανώμαλη στάση (π.χ. έκταση [απεγκεφαλισμός], κάμψη [αποφλοίωση])
- εμετός (συνήθως χωρίς ναυτία)
- οίδημα οπτικής θηλής
- σπασμοί
- αλλαγή στο μέγεθος και στην αντίδραση της κόρης του φθαλμού
- διαταραχή του τύπου της αναπνοής (π.χ. Cheyne-Stokes, κεντρικός νευρογενής υπεραερισμός)
- γεμάτος, αργός σφυγμός
- αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης με διεύρυνση της πίεσης σφυγμού.

2. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης :

- διατηρήστε τους περιορισμούς σε υγρά, σύμφωνα με τις οδηγίες
- χορηγήστε διουρητικά με οσμωτική δράση (π.χ. μανιτόλη) και/ή διουρητικά της αγκύλης (π.χ. φουροσεμίδα) εάν συνταγογραφηθούν, για να μειωθεί το οίδημα του εγκεφάλου
- ενεργήστε για να διευκολυνθεί η επαρκής φλεβική αποχέτευση του εγκεφάλου :
 1. σηκώστε το κεφάλι του κρεβατιού 30-40 μοίρες, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 2. διατηρείται το κεφάλι και τον τράχηλο του ασθενούς σε ευθειασμό, αποφύγετε την κάμψη, την έκταση ή την στροφή του αυχένα

3. χορηγήστε υπακτικά, αντιβηχικά και αντιεμετικά εάν συνταγογραφηθούν για να δυσκολεύεται ο ασθενής κατά την απόδευση, να μην βήχει και να μην κάνει έμετο (οι καταστάσεις αυτές προκαλούν αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης και συνεπώς εμποδίζουν τη φλεβική αποχέτευση του εγκεφάλου)
- ενεργήστε για την πρόληψη της υποξίας του εγκεφάλου, που έχει ως αποτέλεσμα το εγκεφαλικό οίδημα και την αγγειοδιαστολή :
 1. λάβετε μέτρα για την βελτίωση της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου (νοσηλευτική διάγνωση 10.1)
 2. λάβετε μέτρα για τη διατήρηση ανοιχτών των αεροφόρων οδών (π.χ. τοποθετήστε τον άρρωστο στο πλευρό, εάν χρειάζεται κάνετε αναρροφήσεις τραχείας)
 3. χορηγήστε οξυγόνο σύμφωνα με τις οδηγίες καθώς και πριν και μετά τη βρογχοαναρρόφηση
 - λάβετε πρόσθετα μέτρα για την πρόληψη της αγγειοδιαστολής του εγκεφάλου :
 1. λάβετε μέτρα για την πρόληψη της αύξησης της αρτηριακής πίεσης :
 - παρατηρήστε και ελέγξτε τις καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν διέγερση (π.χ. φόβος, άγχος, διάταση της ουροδόχου κύστης)
 - υποδείξτε στον άρρωστο να αποφεύγει ασκήσεις με ισομετρικές συστολές των μυών (π.χ. πίεση του ποδιού σε ανένδοτη επιφάνεια, δυνατό σφίξιμο των χειρολαβών του διαδρόμου)
 2. βοηθήστε με μηχανικό υπεραερισμό (μπορεί να γίνει για να μειώσει τη μερική τάση του CO₂ PaCO₂ και να προληφθεί η προκαλούμενη αγγειοδιαστολή)
 - προγραμματίστε τη νοσηλεία έτσι ώστε δραστηριότητες που μπορεί
 3. Εάν υπάρχουν σημεία και συπτώματα αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης :
 - συνεχίστε τις πιο πάνω ενέργειες
 - αρχίστε τα προληπτικά μέτρα κατά των σπασμών
 - προετοιμάστε τον άρρωστο για τα πιο κάτω, εάν έχουν προγραμματιστεί :

1.τοποθέτηση συσκευής καταγραφής της ενδοκράνιας πίεσης (π.χ. ενδοκοιλιακός καθετήρας, επισκληρίδιος καθετήρας οπτικών ινών ή μετατροπέας, ενδοπαρεγχυματικός καθετήρας)

2.χειρουργική επέμβαση (π.χ. απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου, παροχέτευση επεκτεινόμενου αιματώματος)

- υποστηρίξτε συναισθηματικά τον άρρωστο και τα άτομα του περιβάλλοντός του.

B.1 Σημειώστε και αναφέρετε και συμπτώματα ερεθισμού ή εκδορών στον κερατοειδή (π.χ. έντονη δακρύρροια, ερυθρότητα, φαγούρα στο μάτι, αίσθημα ξένου σώματος στο μάτι, πόνος στο μάτι, θολή όραση).

2. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη ερεθισμού και εκδορών στο μάτι της προσβεβλημένης πλευράς :

- μειώστε την έκθεση του ασθενούς σε ερεθιστικές ουσίες, όπως πούδρα, σκόνη και καπνό
- υποδείξτε στον άρρωστο να φοράει τα γυαλιά του για να προστατεύει τα μάτια
- εφυγράνετε τον επιπεφυκότα με ισότονο κολλύριο συχνά
- κλείστε τα βλέφαρα με αυτοκόλλητη ταινία, εάν ο ασθενής δεν μπορεί να τα κλείσει τελείως
- ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει να τρίβει τα μάτια του.

3. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα ερεθισμού ή εκδορών :

- συνεχίστε τα πιο πάνω μέτρα
- βοηθήστε στην αφαίρεση ξένων σωμάτων από το μάτι
- χορηγήστε αντιμικροβιακές και αντιφλεγμονώδεις οφθαλμικές αλοιφές ή κολλύρια σύμφωνα με τις οδηγίες
- συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα του ερεθισμού ή των εκδορών του κερατοειδούς ή επιδεινώνονται.

Γ.1 Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα εξάρθρωσης του ώμου (π.χ. πόνος στον ώμο, ευαισθησία ή διόγκωση, μείωση του εύρους κινήσεων του ώμου).

2. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της εξάρθρωσης του ώμου στην προσβεβλημένη πλευρά :

- ενημερώστε και βοηθήστε τον άρρωστο στις παθητικές ή ενεργητικές κινήσεις του προσβεβλημένου άκρου, για να βελτιωθεί ο μυϊκός τόνος

- όταν ο ασθενής είναι στο κρεβάτι ή στην καρέκλα τοποθετήστε το βραχίονα στη σωστή θέση χρησιμοποιώντας μαξιλάρια ή σανίδα στήριξης εάν χρειάζεται
- βοηθήστε τον άρρωστο με την υποστήριξη του άνω άκρου πριν καθίσει στο κρεβάτι ή σηκωθεί από αυτό
- χρησιμοποιήστε σεντόνι ή ζώνη μεταφοράς όταν βοηθάτε τον άρρωστο να κινηθεί, ποτέ μην τραβάτε τον ώμο ή το βραχίονά του.

3. Εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα της εξάρθρωσης του ώμου :

- συνεχίστε τις πιο πάνω ενέργειες
- εφαρμόστε στην περιοχή ζεστά ή ψυχρά επιθέματα, σύμφωνα με τις οδηγίες
- χορηγήστε αντιφλεγμονώδη σκευάσματα και αναλγητικά, εάν συνταγογραφηθούν.²¹

10.18 ΑΓΧΟΣ

Το άγχος σχετίζεται με διαταραχή της προφορικής επικοινωνίας και/ή της κινητικής και αισθητικής λειτουργίας, με το άγνωστο περιβάλλον, με μη κατανόηση της διάγνωσης, των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, με την αβεβαιότητα της πρόγνωσης, με τις διαταραχές της νοητικής λειτουργίας, με οικονομικά προβλήματα και με το αναμενόμενο αποτέλεσμα του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στο μελλοντικό τρόπο ζωής και στους ρόλους του ατόμου.

Επιθυμητό αποτέλεσμα :

Ο ασθενής θα εμφανίζει μείωση του άγχους.

Νοσηλευτικές πράξεις και **επιλεγμένοι στόχοι :**

- Ø Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα άγχους (π.χ. έκφραση των φόβων και των ανησυχιών, αϋπνία, ένταση, τρόμος, ευερεθιστικότητα, ανυσηχία, εφίδρωση, ταχύπνοια, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, ωχρότητα και ερυθρότητα του προσώπου, μείωση του πεδίου αντίληψης, απομόνωση, μη συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα). Αξιολογήστε τις παρατηρήσεις

προσεκτικά, έχοντας υπόψη ότι κάποιοι τύποι συμπεριφοράς μπορεί να οφείλονται σε νευρολογικές διαταραχές.

∅ Λάβετε μέτρα για τη μείωση του φόβου και του άγχους :

1. εάν η ομιλία και η κατανόηση έχουν διαταραχθεί, δημιουργήστε έναν αποτελεσματικό τρόπο επικοινωνίας (π.χ. χαρτί και μολύβι, πίνακας με λέξεις ή εικόνες, χειρονομίες) το συντομότερο δυνατό

2. εάν ο ασθενής εμφανίζει ομώνυμο ημιανοψία, προσεγγίστε το οπτικό του πεδίο από την υγιή πλευρά

3. απλοποιήστε το περιβάλλον του ασθενούς, όσο πιο πολύ γίνεται

4. εξηγήστε ότι οι κινητικές και οι αισθητικές διαταραχές, καθώς και οι διαταραχές στην ομιλία και στη νοητική λειτουργία μπορεί αρχικά να είναι πιο εκτεταμένες και στη συνέχεια μπορεί προοδευτικά να βελτιωθούν

5. βοηθήστε τον άρρωστο να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και τα αποτελέσματά της.¹⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ **ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η μετανοδοκομειακή παρακολούθηση έχει δύο στόχους :

- A. την αποκατάσταση του ασθενούς και
- B. τη μείωση των πιθανοτήτων για ένα νέο εγκεφαλικό επεισόδιο.

A. Αποκατάσταση του ασθενούς :

Η αποκατάσταση του ασθενούς στηρίζεται στη βοήθειά του από τον ίδιο του τον εαυτό, εάν είναι σε θέση, αλλιώς την αποκατάστασή του αναλαμβάνουν οι συγγενείς του σε συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (γιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας). Η αποκατάσταση δεν καθορίζεται από συγκεκριμένο πρόγραμμα, αλλά προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Γι'αυτό πρέπει να υποστηρίζεται ψυχολογικά ανά πάσα στιγμή για να μην υποτροπιάσει.

B. Μείωση των πιθανοτήτων για ένα νέο εγκεφαλικό επεισόδιο :

Ø Αρτηριακή πίεση :

Η υψηλή αρτηριακή πίεση, η οποία αναφέρεται ως υπέρταση, είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για όλους τους τύπους των εγκεφαλικών επεισοδίων. Η σωστή ρύθμιση της πίεσης είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που θα μειώσουν τον κίνδυνο για ένα νέο επεισόδιο. Σημαντική λεπτομέρεια είναι ότι κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης του εγκεφαλικού, ή και των πρώτων ημερών μετά από αυτό, η πίεση πολλές φορές ανεβαίνει ως φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού γι'αυτό οι γιατροί αποφεύγουν να την κατεβάσουν. Αυτό

όμως αφορά την περίοδο της οξείας φάσης. Σημασία έχει η σωστή ρύθμιση της πίεσης στη συνέχεια, συνήθως δηλαδή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Ø Σάκχαρο :

Ο κίνδυνος για εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μεγαλύτερος. Είναι σημαντική η σωστή ρύθμιση του σακχάρου με ειδικές οδηγίες.

Ø Καρδιοπάθειες :

Ασθενείς με ιστορικό καρδιολογικών προβλημάτων έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο. Συνίσταται τακτικός έλεγχος από καρδιολόγο.

Ø Κάπνισμα :

Θεωρείται ότι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ένα εγκεφαλικό επεισόδιο και μάλιστα ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος αν έχουν συγχρόνως πρόβλημα αρτηριακής υπέρτασης.

Ø Αλκοόλ :

Η μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών μπορεί να σχετίζεται και με υψηλή αρτηριακή πίεση και επομένως είναι σημαντικό ο περιορισμός σε λογικά όρια. Οι πολύ «βαρείς πότες» θα πρέπει να σταματήσουν να πίνουν εντελώς.

Ø Άσκηση :

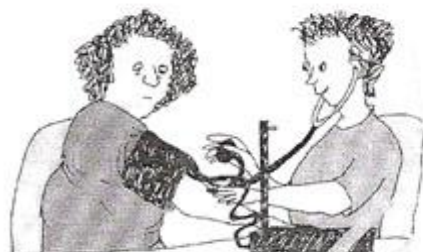
Η τακτική φυσική άσκηση ελατώνει τον κίνδυνο για εγκεφαλικό.

Ø Σωματικό βάρος :

Σωματικό βάρος μεγαλύτερο από το κανονικό σχετίζεται με αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Ø Δίαιτα :

Μεγάλη κατανάλωση αλατιού σχετίζεται με υψηλή αρτηριακή πίεση. Υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα επίσης μπορεί να οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για εγκεφαλικό.¹⁶



Τσέκαρε την αρτηριακή σου πίεση συχνά



Τήρησε μια ισορροπημένη διατροφή



Πρόσεχε το βάρος σου
και προσπάθησε να γυμνάζεσαι



Να είσαι συνεπής με τη
φαρμακευτική σου αγωγή



Σταμάτησε το κάπνισμα



Απόφευγε τη χρήση αλκοόλ

(The Stroke and Aphasia Handbook)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο στόχος της αποκατάστασης είναι να επαναφέρει την καλύτερη φυσική λειτουργία σε κοινωνικό, ψυχολογικό και επαγγελματικό επίπεδο, ώστε να επιτρέψει στον ασθενή να επανενταχθεί ως παραγωγικό μέλος της κοινωνίας. Η αποκατάσταση των ημιπληγικών έχει ως σκοπό την εκπαίδευση του ασθενούς, έτσι ώστε να αντιμετωπίζει τη ζωή του με τους περιορισμούς που έχει ως συνέπεια η βλάβη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Η βασική βλάβη σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ο θάνατος των κυττάρων. Η εξέλιξη της βλάβης μπορεί να απεικονιστεί, να εκτιμηθεί και να τροποποιηθεί με τη βοήθεια των σύγχρονων τεχνολογιών και θεραπειών που εφαρμόζονται. Όλα αυτά όμως έχουν μικρή αξία για τον ασθενή και τους συγγενείς του, οι οποίοι έχουν να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της βλάβης των νευρικών κυττάρων: νευρολογικό έλλειμμα, λειτουργική ανικανότητα και συνεπώς εξάρτηση του ασθενούς από το περιβάλλον του και μείωση της ποιότητας ζωής του.

Τα νευρολογικά ελλείμματα επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των ασθενών σε διαφορετικό βαθμό κάθε φορά. Η επίδραση που έχουν στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως επίσης και στις ανώτερες λειτουργίες, προκαλούν σημαντικό βαθμό αναπηρίας. Δεν είναι απόλυτη η σύνδεση της νευρολογικής βλάβης και του λειτουργικού ελλείμματος του ασθενούς. Επίσης η λειτουργική αποκατάσταση δεν είναι επακόλουθο της νευρολογικής επανανεύρωσης. Νευρολογική αποκατάσταση σημαίνει «μετρήσιμες» αλλαγές στη παθολογία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενώ λειτουργική ανάρρωση του ασθενούς σημαίνει λειτουργική επανένταξή του σε μετακινήσεις, σε καθημερινές ψυχαγωγικές,

προσωπικές, επαγγελματικές δραστηριότητες, χωρίς απαραίτητα να υπάρχει νευρολογική αποκατάσταση.⁸

12.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ :

Ένας ασθενής για να ενταχθεί σε πρόγραμμα αποκατάστασης μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πρέπει να ικανοποιούνται τα παρακάτω κριτήρια :

- ✚ Σταθερή νευρολογική εικόνα
- ✚ Σημαντικό νευρολογικό έλλειμμα
- ✚ Αναγνωρισμένη ανικανότητα που να επηρεάζει τουλάχιστον δύο παράγοντες από τους παρακάτω :
 - κινητικότητα
 - προσωπική περιποίηση
 - επικοινωνία
 - έλεγχος ούρων ή κοπράνων
 - κατάποση
- ✚ Επαρκή αντίληψη για να μπορέσει να εκπαιδευτεί
- ✚ Ικανοποιητική επικοινωνία για να μπορέσει να συμμετάσχει στη θεραπεία
- ✚ Φυσική κατάσταση τέτοια που να μπορεί να ανταπεξέλθει στην κινητοποίηση
- ✚ Ρεαλιστικοί θεραπευτικοί στόχοι

Το πρόγραμμα αποκατάστασης των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο στηρίζεται σε πέντε άξονες :

1. Πρόληψη, αναγνώριση και αντιμετώπιση των συνοδών ιατρικών προβλημάτων ή επιπλοκών που παρουσιάζονται
2. Εκπαίδευση με στόχο τη μέγιστη λειτουργική ανεξαρτησία του ασθενούς
3. Διευκόλυνση της αντιμετώπισης των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων του ασθενούς και των οικείων
4. Προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης, συμπεριλαμβάνοντας την επιστροφή στο σπίτι και στην οικογένεια, όπως επίσης συμμετοχή σε ψυχαγωγικές και επαγγελματικές δραστηριότητες
5. Βελτίωση της ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με αυτούς τους άξονες οργανώνεται και εκτελείται το πρόγραμμα αποκατάστασης για κάθε ασθενή ανάλογα με τα ελλείμματά του, τις ικανότητές του, την ιατρική και φυσική του κατάσταση. Σημαντικό ρόλο στο πρόγραμμα αποκατάστασης παίζει η θέληση του ασθενούς και οι ανάγκες του.⁶

12.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι βασικές αρχές που διέπουν ένα πρόγραμμα αποκατάστασης είναι οι ακόλουθες :

- ✚ Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλα ιατρικά προβλήματα. Η ανάγκη ενός ιατρού στην ομάδα είναι επιβεβλημένη, καθώς εκτός από την αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων μπορεί να βοηθήσει στην πρόγνωση και την τοποθέτηση εφικτών στόχων για το πρόγραμμα αποκατάστασης
- ✚ Τα ποικίλα προβλήματα των ασθενών επιβάλλουν την ενεργή συμμετοχή ομάδας θεραπευτών. Ο κάθε θεραπευτής πρέπει να κάνει τη δική του εκτίμηση και να ενημερώνει την ομάδα για την εξέλιξη του ασθενούς με σκοπό να οργανώνεται η συνέχεια της θεραπείας
- ✚ Κάθε θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει όλες τις πιθανές παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει μέσα στην ειδικότητά του
- ✚ Οι παρεμβάσεις πρέπει να κατευθύνονται σε συγκεκριμένους στόχους που μπορεί να είναι είτε βραχύχρονοι (εβδομάδας), είτε μακρόχρονοι (εξιτηρίου)
- ✚ Υπάρχουν στοιχεία από έρευνες ότι η πρώιμη έναρξη του προγράμματος βελτιώνει το αποτέλεσμα, ενώ αντίθετα εάν καθυστερήσει η έναρξη του προγράμματος ανεπιθύμητες επιπλοκές μπορεί να επέλθουν (κατακλίσεις, συγκάμψεις, έκτοπες οστεοποιήσεις)
- ✚ Η θεραπεία πρέπει να κατευθύνεται στην ανάκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων του ασθενούς και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητάς του. Η έντασή της πρέπει να είναι επαρκής, ώστε να βοηθάει την απόκτηση ικανοτήτων
- ✚ Μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο πρόγραμμα γίνεται μία αρχική εκτίμηση της διάρκειάς του, η οποία μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες του

- ✚ Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες είναι σημαντικοί. Η συμμετοχή της οικογένειας στο σχεδιασμό του προγράμματος και στην έξοδο από το νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα σημαντική
- ✚ Εκπαίδευση του ασθενούς και των συγγενών για τις συνέπειες του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και τους τρόπους μείωσης των παραγόντων κινδύνου. Παράλληλα είναι σημαντική η υιοθέτηση μεθόδων και συμπεριφορών που μεγιστοποιούν την λειτουργική ανεξαρτησία
- ✚ Η αποκατάσταση απαιτεί λειτουργική προσέγγιση. Εάν τα ελλείμματα δεν μπορούν να τροποποιηθούν τότε ο ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευτεί για να βρει εναλλακτικούς τρόπους λειτουργίας, έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα.
- ✚ Ο ασθενής που συμμετέχει σε πρόγραμμα αποκατάστασης θεωρητικά προετοιμάζεται για την επιστροφή στο σπίτι και την κοινωνία. Το πρόγραμμα αποκατάστασης θα πρέπει να θεωρείται από τον ασθενή ως η έναρξη μιας νέας ζωής, όπου θα πρέπει να βρει τη θέση του στην οικογένειά του και στην κοινωνία.

Σημαντικό πρώτο βήμα στην αποκατάσταση των ασθενών είναι η τοποθέτηση ρεαλιστικών, πρακτικών και εφικτών στόχων, που θα τεθούν από την ομάδα αποκατάστασης σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του.¹⁹

Εκμάθηση και Προσαρμογή :

Μεγάλο τμήμα της αποκατάστασης των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο βασίζεται στη θεωρία της εκμάθησης που υποστηρίζει ότι ο ασθενής θα ανακτήσει παλιές δεξιότητες ή θα αντιρροπίσει τα νέα ελλείμματα με λογικό και συνδυασμένο τρόπο μετά την εκπαίδευση και την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Προγράμματα αποκατάστασης συνήθως χρησιμοποιούν δραστηριότητες επίτευξης μικρών βημάτων με διαβαθμισμένη δυσκολία. Σταδιακά ο ασθενής εκπαιδεύεται να συμμετέχει περισσότερο στις δραστηριότητές του και μειώνεται η φροντίδα που του παρέχεται. Η συχνή επανάληψη και υποστήριξη κατά την εκτέλεση των δεξιοτήτων, η συνεχής επαναβεβαίωση για την ικανότητα επίτευξης του στόχου, άμεση καθοδήγηση και εκπαίδευση κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων αποτελεί το μέσο καθοδήγησης των δεξιοτήτων του ασθενή. Η αποκατάσταση έχει περιγραφεί ως «σχεδιασμένη μείωση υποστήριξης».

Θεραπευτικό περιβάλλον :

Εκτός από τη θεραπευτική παρέμβαση, μεγάλη σημασία έχει επίσης και ο τόπος διαβίωσης του ασθενούς. Το περιβάλλον μέσα στο οποίο πραγματοποιείται το πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να προάγει την εκμάθηση, την πρακτική εφαρμογή και την πρόοδο. Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο να αποφεύγονται εξωτερικά ερεθίσματα που αποσπούν την προσοχή του, έτσι ώστε να μπορεί να συγκεντρώνεται στη θεραπεία. Σε οργανωμένα κέντρα αποκατάστασης για την καλύτερη εκπαίδευση των ασθενών υπάρχουν ειδικοί τροποποιημένοι χώροι, όπως κουζίνα, γραφείο, τεχνικά εργαστήρια, που σκοπό έχουν την πρακτική επανάληψη των δεξιοτήτων που μαθαίνει ο ασθενής και την καλύτερη εκπαίδευσή του.

Χρόνος θεραπείας :

Δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί ο χρόνος της θεραπείας που χρειάζεται ο ασθενής. Η χρονική διάρκεια του προγράμματος εξαρτάται από την γενική κατάσταση του ασθενούς, τα ιατρικά του προβλήματα, την έκταση της βλάβης, την ηλικία, ακόμα και από την διάθεσή του. Η συχνότητα, η ένταση και ο βαθμός της κινητοποίησης εξαρτώνται σημαντικά από αυτούς τους παράγοντες.

Σημείο-κλειδί του προγράμματος αποκατάστασης είναι ο συντονισμένος και σχεδιασμένος τρόπος παρέμβασης. Σε ασθενής που παρακολουθούν πρόγραμμα αποκατάστασης επιτυγχάνεται ταχύτερα ικανοποιητική λειτουργική επανένταξη στο περιβάλλον τους, βελτιώνεται η κοινωνικοποίησή τους και αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσής τους.

Όπως παρουσιάστηκε στην μελέτη για το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο της Κοπεγχάγης (Co-penhagen Stroke Study), οι 3 από τους 4 ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που επιβιώνουν παρουσιάζουν δυσκολίες στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ο μέσος χρόνος αποκατάστασης είναι περίπου δύο μήνες για τα ελαφρά εγκεφαλικά επεισόδια μέχρι 5 μήνες για τα πιο σοβαρά. Επίσης, η λειτουργική αποκατάσταση των ασθενών προηγείται της νευρολογικής περίπου δύο εβδομάδες.

Στα δύο χρόνια που λειτουργεί το τμήμα αποκατάστασης στην κλινική «Αγιος Λουκάς» έχουν νοσηλευτεί 24 ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο με μέσο χρόνο νοσηλείας 60 ημέρες και μέσο χρόνο αποκατάστασης 24 ημέρες .

Αυτή τη στιγμή στην κλινική «Αγιος Λουκάς» λειτουργεί πρόγραμμα ερεθισμάτων (οπτικών, ακουστικών και οσφρητικών) σύμφωνα με το πρόγραμμα Snoozel (Stimulation Program) για ασθενής που δεν επικοινωνούν με το περιβάλλον με στόχο την επίτευξη και καθιέρωση της επικοινωνίας.⁴



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΕΝΑ Α.Ε.Ε

13.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΩΡΩΝ

Οι τρεις πρώτες ώρες μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι εξαιρετικά κρίσιμες. Ωστόσο, σύμφωνα με τα όσα ανακοίνωσε στο πλαίσιο του 26ου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου ο Στέργιος Γκατζώνης, νευρολόγος Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, «λιγότεροι από το 25% των ασθενών που μεταφέρονται στα εξωτερικά ιατρεία υποψιάζονται ότι τα συμπτώματα που εμφανίζουν οφείλονται σε εγκεφαλικό, ενώ το 40% δεν γνωρίζουν τα βασικά συμπτώματα ενός Α.Ε.Ε.». Υπογραμμίζει ότι «είναι απαραίτητη η εκπαίδευση του κοινού, ή έστω των ασθενών υψηλού κινδύνου, ώστε να αναγνωρίζουν τα πρώτα προειδοποιητικά συμπτώματα ενός εγκεφαλικού».

13.2 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ

Όπως αναφέρει ο Κων/νος Βέμμος, παθολόγος, αν. Διευθυντής Ε.Σ.Υ., υπεύθυνος Μονάδας Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», «το εγκεφαλικό είναι ένα επείγον ιατρικό περιστατικό. Γιού αυτό και δεν πρέπει να περιμένετε τα συμπτώματα να υποχωρήσουν από μόνα τους. Η άμεση μεταφορά και η υπεύθυνη αντιμετώπιση του ασθενούς στο νοσοκομείο κυριολεκτικά σώζουν ζωές». Διαβάστε λοιπόν παρακάτω τι μπορείτε να κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο του 166.

α) Αν είστε στο σπίτι.

Μέχρι να έρθει το ασθενοφόρο, μη δώσετε στον ασθενή να φάει ή να πιεί οτιδήποτε. Αν κάνει εμετό, προσπαθήστε να γυρίσετε το κεφάλι του στο πλάι για να μην πνιγεί. Αν σταματήσει νύ αναπνέει, κάντε του, αν ξέρετε, τεχνητή αναπνοή.

β) Όταν φθάσετε στο νοσοκομείο.

Ο ασθενής παραμένει εκεί όσο είναι απαραίτητο στο νοσοκομείο για θεραπεία, παρακολούθηση, εξετάσεις και εφαρμογή των μέτρων πρόληψης νέων εγκεφαλικών. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς θα χρειαστεί να ξεκινήσουν τη διαδικασία αποκατάστασης, η οποία συνεχίζεται και στο σπίτι (περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή κ.τ.λ.).²¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

10 ΤΡΟΠΟΙ ΓΙΑ ΝΑ ΠΡΟΛΑΒΟΥΜΕ

ΕΝΑ Α.Ε.Ε

1. Ελέγχετε την πίεσή σας Ο σπουδαιότερος παράγοντας στην πρόληψη των εγκεφαλικών είναι η κατάλληλη θεραπεία της υψηλής αρτηριακής πίεσης (να θυμάστε πως για να είναι στα φυσιολογικά όρια δεν θα πρέπει να ξεπερνάει το 12 η μεγάλη και το 9 η μικρή). Όπως αναφέρει ο Κ. Βέμμος, «ένα άτομο 50 ετών με υπέρταση κινδυνεύει τέσσερις φορές περισσότερο να υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο τα επόμενα χρόνια της ζωής του. Μάλιστα, έχει αποδειχθεί ότι η αντιμετώπιση της υπέρτασης μειώνει τα εγκεφαλικά τουλάχιστον κατά 38%».

2. Προστατεύστε την καρδιά σας Αν έχετε ιστορικό καρδιακής νόσου, πρέπει να παρακολουθείστε στενότερα από το γιατρό σας. Η συχνότερη καρδιακή πάθηση στην οποία μπορεί να οφείλεται ένα ισχαιμικό επεισόδιο είναι η κολπική μαρμαρυγή. Στη συγκεκριμένη αρρυθμία οφείλονται τα μισά θρομβοεμβολικά εγκεφαλικά. Όπως προσθέτει ο Κ. Βέμμος, «η προληπτική χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων μειώνει τα εγκεφαλικά κατά 68%, ενώ, εναλλακτικά, η χρήση της ασπιρίνης σε μερικούς ασθενείς επιτυγχάνει μείωση μόνο κατά 20%. Άλλες παθήσεις, όπως αυτές των βαλβίδων, η ασυμπτωματική στένωση της καρωτίδας, το έμφραγμα, η διατατική μυοκαρδιοπάθεια κ.λπ., επίσης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, πρέπει να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί αν έχετε ιστορικό καρδιακής προσβολής».

3. Ρίξτε τη χοληστερόλη «Αν και τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα», λέει ο Κ. Βέμμος, «δείχνουν ότι η υπερχοληστεριναιμία δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση εγκεφαλικής αιμορραγίας, η αύξηση των τιμών της χοληστερόλης -

ιδίως πάνω από 240 mg την ημέρα- σχετίζεται με θανάτους που οφείλονται σε ισχαιμικά εγκεφαλικά. Σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια και υψηλή χοληστερόλη η χορήγηση αντιχοληστερινικών φαρμάκων (στατινών) μπορεί να μειώσει την εμφάνιση εγκεφαλικών επεισοδίων περίπου κατά 23%.

4. Ελέγξτε τα επίπεδα του σακχάρου Η ρύθμισή του διαβήτη είναι απαραίτητη, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ισχαιμικού εγκεφαλικού κατά περίπου 2 με 6 φορές. Ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμη μεγαλύτερος όταν συνυπάρχει με υπέρταση.

5. Περιορίστε το κάπνισμα Διπλασιάζει τον κίνδυνο πρόκλησης εγκεφαλικού. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι το 18% των εγκεφαλικών αποδίδεται στο ενεργό κάπνισμα, ενώ το 12% περίπου στο παθητικό. Σύμφωνα με πολυάριθμες επιστημονικές μελέτες, η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μειώσει μέχρι και κατά 50% τα εγκεφαλικά, από τον πρώτο κιόλας χρόνο.

6. Χάστε τα επιπλέον κιλά Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο, λόγω της συσχέτισής της με το διαβήτη, την υπέρταση και την υπερχοληστεριναιμία. Γι' αυτό, είναι σημαντικό να διατηρείτε το φυσιολογικό βάρος για το σωματότυπό σας. Επιπλέον, ελέγχετε τακτικά το Δείκτη Μάζας Σώματος καθώς και την περίμετρο της μέσης σας.

7. Βάλτε τα αθλητικά σας παπούτσια Με άλλα λόγια, ασκηθείτε. Η καθημερινή μέτρια σωματική άσκηση μισή ώρα την ημέρα, 5 φορές την εβδομάδα, συμβάλλει στη μείωση των παραγόντων κινδύνου. Αν δεν είστε λάτρεις των γυμναστηρίων, μην απογοητεύεστε. Το περπάτημα, το τρέξιμο, ακόμα και οι κηπουρικές εργασίες μειώνουν τον κίνδυνο.

8. Τρώτε σωστά Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικού. Όπως μας εξηγεί η Δήμητρα Ρούσση-Παινέση, κλινική διαιτολόγος, προϊσταμένη Τμήματος Διατροφής στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, «η ιδανική καθημερινή διατροφή θα πρέπει να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε νάτριο και κορεσμένα λιπαρά και πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, μαύρο ψωμί, δημητριακά ολικής άλεσης και όσπρια». Κι αυτό γιατί, όπως εξηγεί, «αυτές οι τροφές είναι πλούσιες σε προστατευτικούς παράγοντες, όπως φυτικές ίνες, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, και διάφορες αντιοξειδωτικές ουσίες, όπως είναι τα φλαβονοειδή. Απαραίτητη είναι, επίσης, η μειωμένη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και χοληστερόλης, τα οποία περιέχονται στα ζωικά λίπη, τα τυριά, το πλήρες γάλα ή γιαούρτι, τα αβγά και σε διάφορα σπορέλαια.

Επιπλέον, συμπεριλάβετε στο διαιτολόγιό σας λιπαρά ψάρια, γιατί είναι πλούσια σε Ω-3 λιπαρά οξέα, τα οποία δρουν κατά της αθηρωμάτωσης των αγγείων. Τέλος, απαραίτητη είναι η κατανάλωση ελαιόλαδου (αντί άλλων λιπαρών ουσιών), που είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά και προστατεύει τα αγγεία». Προσοχή: Τα παχύσαρκα ή υπέρβαρα άτομα δεν θα πρέπει να καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες ελαιόλαδου. Κι αυτό γιατί, όπως όλα τα λιπαρά, δίνει πολλές θερμίδες (9 ανά γρ.).

9. Περιορίστε την κατανάλωση αλκοόλ Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση μέχρι και 50 γρ. αλκοόλ (δηλαδή 2 ποτήρια κρασί, 2 κουτάκια μπίρας, 2 σφηνάκια ούισκι ή ούζου) την ημέρα μειώνει τον κίνδυνο εγκεφαλικού. Προσοχή όμως! Η κατάχρηση έχει ακριβώς τα αντίθετα αποτελέσματα, αυξάνοντας σημαντικά κυρίως τον κίνδυνο εγκεφαλικών αιμορραγιών.

10. Ελέγξτε την ομοκυστεΐνη Σε πρόσφατες επιστημονικές μελέτες βρέθηκε ότι τα αυξημένα επίπεδα της ουσίας αυτής στο αίμα αυξάνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού. Οι φυσιολογικές τιμές του συγκεκριμένου αμινοξέως κυμαίνονται μεταξύ 5 και 15 μmol/L. Στα άτομα με αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης είναι σκόπιμο να χορηγούνται βιταμίνες του συμπλέγματος Β και φυλλικό οξύ.²¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Βρέφος θύλη, ηλικίας 12 μηνών, διεκομίστη στην Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών από το νοσοκομείο Κέρκυρας, λόγω επεισοδίων απύρετων σπασμών. Συγκεκριμένα το παιδί παρουσίασε 12 ώρες προ της εισαγωγής του, επεισόδιο γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών διάρκειας δευτερολέπτων, χωρία να αναφέρεται εμπύρετο ή συμπτωματολογία λοίμωξης τις τελευταίες ημέρες. Προ διημέρου είχε υποστεί ελαφρα κάκωση κεφαλής μετά από πτώση από το κρεβάτι.

Στο νοσοκομείο Κέρκυρας, όπου μεταφέρθηκε, παρουσίασε δύο νέα επεισόδια σπασμών σε μεσοδιάστημα δύο ωρών, που αντιμετωπίστηκαν αρχικά με διαζεπάμη από τον ορθό και στην συνέχεια ενδοφλέβια φόρτηση με βαλπροϊκό νάτριο. Έγινε αδρός εργαστηριακός έλεγχος χωρίς παθολογικά ευρήματα, καθώς και αξονική τομογραφία εγκεφάλου, χωρίς χαρακτηριστικά παθολογικά ευρήματα. Παρατηρήθηκε μόνο μικρή υπόπυκνη βλάβη στην περιοχή των αριστερών βασικών γαγγλίων, η οποία ήταν εν τω βάθει, δεν επηρέαζε τον φλοιό και κατά συνέπεια δεν μπορούσε να συσχετισθεί με τα επεισόδια σπασμών.

Επρόκειτο για το δεύτερο παιδί, φαινοτυπικά υγιών γονέων. Από το οικογενειακό αναμνηστικό αναφέρεται ο μητρικός παππούς με σταφνιαία νόσο.

Το παιδί γεννήθηκε μετά από τελειόμηνο κύησης, με καισαρική τομή, χωρίς περιγεννητικά προβλήματα. Η αναπτυξιακή του εξέλιξη ήταν φυσιολογική. Αναφέρονται νοσηλεία για βρογχιολίτιδα σε ηλικία 13 ημερών και νόσηση από ανεμυλογία προ τριμήνου.

Κατά την αντικειμενική εξέταση στην εισαγωγή του, το παιδί ήταν σε καλή γενική κατάσταση και απύρετο. Η εξέταση των συστημάτων δεν ανέδειξε παθολογικά

ευρήματα, πλην ελαφράς αστάθειας στη βάδιση, που δεν μπορούσε να αξιολογηθεί, γιατί το παιδί είχε μόλις περπατήσει πριν λίγες ημέρες.

Στον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν ήπια αναιμία, χαμηλοί δείκτες φλεγμονής και φυσιολογικός βιοχημικός έλεγχος, πλην ελαφρά αυξημένης CPK, λόγω των σπασμών.

Περίπου 12 ώρες μετά την εισαγωγή του το παιδί παρουσίασε ημιπάρεση δεξιού άνω και κάτω άκρου, με συνοδό υπνηλία και ευερεθιστότητα, καθώς και νέο επεισόδιο εστιακών σπασμών με δευτερογενή γενίκευση.

Έγινε πλήρης έλεγχος του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (κύτταρα 5/κοπ, λεύκωμα <20mg/dl, γλυκόζη 71mg/dl) και η βυθοσκόπηση δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα παρουσίαζε διάγραμμα υπνηλίας ασύμμετρο υπέρ του αριστερού ημισφαιρίου. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου παρουσίασε υπόπυκνη απεικόνιση του παρεγχύματος αριστερά στη λευκή ουσία, που περιελάμβανε και τα βασικά γάγγλια και επεκτεινόταν σχεδόν μέχρι τον φλοιό. Τα απεικονιστικά ευρήματα θεωρήθηκαν μη ειδικά και θα μπορούσαν να αποδοθούν σε έμφρακτο ή εγκεφαλίτιδα.

Ο απεικονιστικός έλεγχος ολοκληρώθηκε με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, όπου παρατηρήθηκαν εστίες παθολογικής εντάσεως στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο, από τη λευκή ουσία έως το φλοιό, ευρήματα συμβατά με πρόσφατο έμφρακτο στο πεδίο διανομής της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Συγχρόνως έγινε μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου, όπου απεικονίσθη απόφραξη της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας 1.5εκ μετά την έκφυσή της.

Με βάση αυτά τα ευρήματα και τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, ελήφθη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος (αιματολογικός, βιοχημικός, ορολογικός, ανοσολογικός, μεταβολικός, έλεγχος πτητικοτητάς, γονιδιακός έλεγχος θρομβοφιλίας, γονιδιακός έλεγχος για σύνδρομο MELAS), με μοναδικό παθολογικό εύρημα αυξημένη λιποπρωτεΐνη A (79,8-103mg/dl φ.τ<30), έναν από τους σημαντικότερους προθρομβωτικούς παράγοντες και το παιδί ετέθη σε αντιική αγωγή με ακυκλοβίρη, αντιμικροβιακή αγωγή με κεφοταξίμη και κλαριθρομυκίνη, αντισπασμωδική αγωγή αρχικώς με βαλπροϊκό νάτριο που σταδιακά αντικαταστάθηκε με καρβαμαζεπίνη και τέλος, αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους υποδορίως για 21 ημέρες και ασπιρίνη από το στόμα σε χαμηλή δόση.

Η κλινική πορεία του παιδιού ήταν εντυπωσιακά καλή, καθώς παρουσίασε από τις πρώτες ημέρες νοσηλείας σημαντική βελτίωση της κλινικής του εικόνας και αποκατάσταση της κινητικότητας του δεξιού άνω και κάτω άκρου. Ήδη απ'την τρίτη ημέρα νοσηλείας μπορούσε να περπατάει χωρίς υποστήριξη και να χρησιμοποιεί και τα δύο χέρια. Κατά την έξοδό του, ένα μήνα μετά, είχε καλή και σχεδόν ισότιμη χρήση των χεριών και βάδιζε ανεξάρτητα, παρουσιάζοντας ήπια πυραμιδική συνδρομή στο δεξιό κάτω άκρο. Συνέχιζε αντισταμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και αντισπασμωδική αγωγή καρβαμαζεπίνη.

Στον επανέλεγχο μετά από 6 μήνες, βρισκόταν σε άριστη γενική κατάσταση, με καλή κινητικότητα άνω και κάτω άκρων και μοναδικό κατάλοιπο την ηπιότατη πυραμιδική συνδρομή του δεξιού κάτω άκρου. Είχε φυσιολογική αναπτυξιακή εξέλιξη. Παρουσίασε ένα επεισόδιο σπασμών που αποδόθηκε στα χαμηλά επίπεδα καρβαμαζεπίνης και έγινε αύξηση της δόσης. Ο εργαστηριακός έλεγχος και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ήταν φυσιολογικά. Στην μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, οι εστίες παθολογικής εντάσεως στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο ήταν σαφώς μικρότερες, με κύρια ισχαιμική περιοχή αριστερά βρεγματικά. Στην μαγνητική αγγειογραφία παρέμενε η απόφραξη της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, παρουσιάζοντας όμως καλύτερη ροή.²²

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εκδόσεις Βαγιανάκη «προειδοποιητικά συμπτώματα και αντιμετώπιση εγκεφαλικού επεισοδίου» 2007 σελ 42
2. Τσούκας Λάζαρος «επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα» εκδότης university studio press 2007 σελ.67
3. Buckman Robert «εγκεφαλικό επεισόδιο:πως θα βοηθήσουμε τον δικό μας άνθρωπο» Εκδόσεις χρυσή πέννα 2007 σελ.14
4. Felgin V. εγκεφαλικό επεισόδιο:ένχρωμος οδηγός για πρόληψη και αποκατάσταση σελ.19,35
5. Ζερβός Πέτρος εγκεφαλικό επεισόδιο ελευθεροτυπία 23/4/2003
6. Χανιώτης Φ. Παθολογία-Νοσολογία Αθήνα εκδόσεις Λιτσας σελ.102
7. Λογοθέτης Ι. Μυλωνάς Ι. Νευρολογία Θεσσαλονίκη 1996 university studio press σελ.78
8. Αθανάτου «Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική» Αθήνα «ΣΤ εκδόση» σελ.32,43,67-69
9. Βέργος Ντάνης Ελευθεροτυπία 16/5/2006
10. Καραλής Δ.Γ Εφημερίδα Βημα 15/6/97
11. Περιοδικό «Υγεία και ποιότητα ζωής», τεύχος 5 8/2005
12. C.David Marson & Timothy Fower, κλινική νευρολογία Εκδοσεις Λιτσας 2001 σελ.103
13. Σαχίνη - Καρδάση Α. Πάνου Μ. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες» Εκδόσεις ΒΗΤΑ Β' Εκδοση 1^ο τόμος ,Αθήνα,2000 σελ.41,55,83
14. Πλέσσας Σ.Τ. Κανέλλος Ε., «Φυσιολογία του ανθρώπου 1» Εκδόσεις Φαρμακον Β' Εκδοση , Αθήνα 200 σελ.52

Διευθύνσεις στο Internet που χρησιμοποιήθηκαν:

15. www.medlook.gr/album/anatomy/, 26/02/07
16. www.healthvisitor.gr, 17/7/2008
17. www.medinfo.gr, 17/7/2008

18. www.gym4u.gr, 10/6/2008
19. www.epembatiki.gr, 13/6/2008
20. www.disabled.gr, 24/6/2008
21. el.wikipedia.org, 20/8/2008
22. www.medweb.gr, 12/7/2008