

**Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας
Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής**

Πτυχιακή εργασία

Η νοσηλευτική στη διαχείριση του πόνου με ιδιαιτερότητα στην Κεφαλαλγία



**Εισηγήτρια:
Dr. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια**

**Επιμέλεια:
Λούτα Ασπασία
Μαργαρά Δάφνη
Φοιτήτριες**

Πάτρα 2013

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Η παρούσα πτυχιακή αφιερώνεται στην καθηγήτριά μας κ. Μαρία Παπαδημητρίου καθώς και σε όσους μας βοήθησαν στη διεκπεραίωση της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11

Κεφάλαιο 1^ο : Ο πόνος κατά την αρχαιότητα

1.1	Εννοιολογική προσέγγιση του πόνου	14
1.2	Ιστορική προσέγγιση του πόνου	14
1.3.	Η αντιμετώπιση του πόνου κατά τον Ιπποκράτη	15
1.4.	Η αντιμετώπιση του πόνου κατά την Ελληνορωμαϊκή και Ρωμαϊκή περίοδο	17
1.5.	Η αντιμετώπιση του πόνου στη Βυζαντινή περίοδο	18
1.6	Η ιατρική στην Ελλάδα κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας	18
1.7	Ο πόνος ως βασικό υπαρξιακό στοιχείο του ανθρώπου – Μια Χριστιανική θεώρηση	19
1.8	Πατερική προσέγγιση στη σημασία του πόνου	21

Κεφάλαιο 2^ο : Η έννοια του πόνου στην επιστήμη

2.1	Ορισμός πόνου	24
2.2	Ανατομική και φυσιολογική βάση του πόνου	24
2.3	Παθοφυσιολογία του πόνου	24
2.3.1	Πόνος εξαιτίας της διέγερσης των αλγοϋποδοχέων	25
2.4	Νευρικό σύστημα	25
2.5	Νευρικό σύστημα και πόνος	26
2.5.1	Νευρικές ίνες και οδοί πόνου	26
2.6	Διαχωρισμός του πόνου	27

2.6.1	Οξύς πόνος	27
2.6.2	Χρόνιος πόνος	28
2.6.3	Χρόνιος κακοήθης πόνος	29
2.6.4	Χρόνιος μη καρκινικός πόνος	29
2.7	Θεωρητική βάση του πόνου	29
2.7.1	Θεωρία πύλης ελέγχου	30
2.8	Απόψεις και γνώσεις των νοσηλευτών	31
2.9	Απόψεις και γνώσεις των ασθενών	31
2.10	Αντίληψη του πόνου και διαφορές στην αντιμετώπισή του	32
2.11	Ανοχή, σωματική εξάρτηση και εθισμός	32
2.12	Εικονικά φάρμακα (Placebo)	33

Κεφάλαιο 3^ο : Αναγνώριση και εκτίμηση του πόνου

3.1	Μέθοδοι εκτίμησης- αξιολόγησης	36
3.2	Ιστορικό του πόνου	36
3.2.1	Ένταση του πόνου	36
3.3	Μονοδιάστατες κλίμακες αυτό-αξιολόγησης	37
3.3.1	Λεκτική περιγραφική κλίμακα	37
3.3.2	Κλίμακα αριθμητικής βαθμολόγησης Numeric Rating Scale	37
3.3.3	Οπτική Αναλογική Κλίμακα Visual Analog Scale	37
3.3.4	Κλίμακα βαθμολόγησης του πόνου με προσωπεία	38
3.4	Πολυδιάστατα εργαλεία	39
3.4.1	Ερωτηματολόγιο πόνου του Mc Gill	39
3.4.2	Βραχεία καταγραφή του πόνου Brief Pain inventory	39
3.5	Εντοπισμός πόνου	43

3.5.1	Διαφορές μεταξύ εντοπισμένου και συμβαλλόμενου πόνου	43
3.6	Επιπολής, περιφερικός και σπλαχνικός πόνος	43
3.7	Εξέταση του ασθενούς	43
3.7.1	Γενική φυσική εξέταση	44
3.8	Αξιολόγηση του πόνου	44
3.8.1	Νευρολογική εξέταση	44
3.8.2	Διαγνωστικές εξετάσεις	45

Κεφάλαιο 4^ο : Ανατομική και Φυσιολογική ανασκόπηση κεφαλής

4.1	Ανατομική ανασκόπηση εγκεφαλικού κρανίου	49
4.1.1	Μετωπιαίο Οστό	49
4.1.2	Βρεγματικό οστό	51
4.1.3	Ίνιακό οστό	52
4.1.4	Κροταφικό οστό	52
4.1.5	Σφηνοειδές οστό	52
4.1.6	Ηθμοειδές οστό	52
4.1.7	Οβελιαία ραφή	52
4.1.8	Στεφανιαία ραφή	52
4.1.9	Λαμδοειδής ραφή	52
4.2	Στοιχεία φυσιολογίας εγκεφαλικού κρανίου	53
4.3	Ανατομική ανασκόπηση σπλαχνικού κρανίου	53
4.3.1	Ρινικές κόγχες	53
4.3.2	Ρινικό οστό	54
4.3.3	Δακρυϊκό οστό	54
4.3.4	Ύνιδα	54

4.3.5	Γνάθος	54
4.3.5.1	Ανω γνάθος	55
4.3.5.2	Κάτω γνάθος	55
4.3.6	Ζυγωματικό οστό	55
4.3.7	Υπερώια οστά	55
4.4	Στοιχεία φυσιολογίας σπλαχνικού κρανίου	55

Κεφάλαιο 5^ο: Κεφαλαλγία

5.1	Κεφαλαλγία τύπου τάσεως (ΚΤΤ)	57
5.1.1	Μη συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τύπου τάσεως	57
5.1.2	Συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τύπου τάσεως	58
5.1.3	Χρόνια κεφαλαλγία τύπου τάσεως	58
5.2	Αθροιστική κεφαλαλγία	58
5.2.1	Επεισοδιακή αθροιστική κεφαλαλγία	59
5.2.2	Χρόνια αθροιστική κεφαλαλγία	59
5.2.3	Παροξυσμική κεφαλαλγία	59
5.2.4	Επεισοδιακή παροξυσμική κεφαλαλγία	60
5.2.5	Χρόνια παροξυσμική κεφαλαλγία	60
5.3	Βραχείας διάρκειας, ετερόπλευρες κρίσεις νευραλικομόρφης κεφαλαλγίας με ένεση επιπεφυκότα και δακρύρροια	60
5.4	Πιθανή τριδυμική κεφαλαλγία του αυτόνομου	60
5.5	Αυχογενής κεφαλαλγία	60

Κεφάλαιο 6^ο: Πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες

6.1	Πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία	63
6.2	Πρωτοπαθής κεφαλαλγία του βήχα	63

6.3	Πρωτοπαθής κεφαλαλγία προσπάθειας	63
6.4	Υπνική κεφαλαλγία	63
6.5	Πρωτοπαθής κεραυνοβόλος κεφαλαλγία	64
6.6	Συνεχής κεφαλαλγία	64
6.7	Πρόσφατης έναρξης επίμονη καθημερινή κεφαλαλγία	64

Κεφάλαιο 7^ο: Ημικρανία

7.1	Ημικρανία	66
7.2	Κλινική εικόνα – ταξινόμηση	66
7.3	Ημικρανία χωρίς αύρα	67
7.4	Ημικρανία με αύρα	67
7.4.1	Τυπική αύρα με ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία	68
7.4.2	Τυπική αύρα με μη ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία	69
7.4.3	Τυπική αύρα χωρίς κεφαλαλγία	69
7.5	Οικογενής ημιπληγική ημικρανία	69
7.6	Σποραδική ημιπληγική ημικρανία	70
7.7	Ημικρανία του τύπου της βασικής αρτηρίας	70
7.8	Περιοδικά σύνδρομα της παιδική ηλικίας, τα οποία είναι συχνά πρόδρομα ημικρανίας	70
7.8.1	Κυκλικοί έμετοι	70
7.8.2	Κοιλιακή ημικρανία	71
7.9	Αμφιβληστροειδική ημικρανία	71
7.10	Επιπλοκές της ημικρανίας	71
7.10.1	Χρόνια ημικρανία	71
7.11	Ημικρανική κατάσταση	72

7.12	Εμμένουσα αύρα χωρίς έμφρακτο	72
7.13	Ημικρανικό έμφρακτο	72
7.14	Επιληπτική κρίση που εκλύεται από ημικρανία	72
7.15	Θεραπευτική προσέγγιση της ημικρανίας	73
7.15.1	Προφυλακτική θεραπεία	73
7.15.2	Θεραπεία κρίσεων ημικρανίας	74
7.15.3	Παράγωγα εργοταμίνης	74
7.15.4	Οι τριπτάνες	74
7.15.5	Θεραπεία κρίσεων ημικρανίας: καταργώντας το στερεότυπο της μονοθεραπείας	75
7.15.6	Στοιχεία αποτελεσματικότερης θεραπείας της ημικρανίας	76
7.15.7	Νεότερες θεραπείες της ημικρανίας	76
7.15.7.1	Αναγωνιστές των CGRP υποδοχέων	77

Κεφάλαιο 8^ο: Πόνος – Κεφαλαλγία : Θεραπεία

8.1	Φαρμακευτική αντιμετώπιση	80
8.1.1	Μη οπιοειδή αναλγητικά	80
8.1.2	Οπιοειδή αναλγητικά	82
8.1.2.1	Ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών	84
8.1.3	Επικουρικά αναλγητικά	85
8.1.3.1	Κατηγορίες επικουρικών αναλγητικών	85
8.1.4	Τοπικά αναισθητικά	88
8.1.4.1	Εστέρες	89
8.1.4.2	Ξυλοκαΐνη	89
8.2	Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση	90
8.2.1	Βελονισμός	90

8.2.2	Λεμφική παροχέτευση	90
8.2.3	Μασάζ	92
8.2.3.1	Ιστορία του Μασάζ	92
8.2.3.2	Μέθοδοι Μασάζ	93
8.2.3.3	Μασάζ, ανοσοποιητικό και ενδοκρινικό σύστημα	100
8.2.4	Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (TENS)	101

Κεφάλαιο 9^ο: Η Νοσηλευτική στην αντιμετώπιση του πόνου με ιδιαιτερότητα στην Κεφαλαλγία

9.1	Η νοσηλευτική συμβολή στον πόνο και στην κεφαλαλγία	104
9.2	Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας	106
9.3	Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους ασθενείς με πόνο	130
9.3.1	A' περιστατικό πόνου	131
9.3.2	B' περιστατικό πόνου	138
9.4	Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους ασθενείς με κεφαλαλγία	153
9.4.1	A' περιστατικό κεφαλαλγίας	154
9.4.2	B' περιστατικό κεφαλαλγίας	162
	Συμπεράσματα – Προτάσεις	173
	Βιβλιογραφία	174
	Περίληψη	182
	Summary	183

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο πόνος είναι η δυσάρεστη και εκτός ορίων ανοχής αίσθηση, που συνήθως προκύπτει από ένα πολύ έντονο ή καταστροφικό σωματικό ερέθισμα. Ο πόνος βιώνεται υποκειμενικά καθώς επηρεάζεται από την κατάσταση του εγκεφάλου μέσα στον οποίο σχηματίζεται η αίσθηση και ο πόνος ως προέκτασή της. Κατά καιρούς, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αντιμετώπιση του πόνου¹. Στην κεφαλαλγία και κατ'επέκταση στην ημικρανία, όμως, μιλάμε για έναν ειδικότερο πόνο που αναλόγως της συχνότητας, της έντασης και της χρονικής διάρκειας που καταλαμβάνει στη ζωή ενός ατόμου αναπόδραστη συνέπεια είναι να επηρεάσει την καθημερινότητά του και σαφώς και την ψυχολογία του².

Ο σκοπός της εργασίας είναι η ερμηνευτική, ιστορική και χριστιανική μελέτη των συμπτωμάτων του πόνου, με ποιους τρόπους αντιμετωπιζότανε κατά την αρχαία, Ελληνορωμαϊκή, Ρωμαϊκή, Βυζαντινή περίοδο και κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας και η πρόοδος που έχει συντελεστεί στον τομέα αυτό. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που επιχειρείται μέσω της παρούσης εργασίας, εδράζεται σε δύο κύριους άξονες:

Πρώτον, για εμάς τις σπουδάστριες που την εκπονούμε, να αποκτήσουμε γνώσεις, που θα μας χρησιμεύσουν στην μετέπειτα επαγγελματική μας καριέρα, ώστε να καταστούμε ικανές να αντιμετωπίσουμε ορθολογικά και επιστημονικά, σχετικά περιστατικά.

Δεύτερον, να ενημερώσει τον αναγνώστη σχετικά με την έννοια του πόνου την χρησιμότητά του και τους πρακτικούς και επιστημονικούς τρόπους αντιμετώπισής του, από την πλευρά της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τέλος, η εξειδικευμένη γνώση του πόνου στον τομέα της κεφαλαλγίας θα συντελέσει, πιστεύουμε στην πληρέστερη ενημέρωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αρχαίοι Έλληνες υποστήριζαν ότι ένας υγιής νους βρίσκεται πάντα μέσα σε ένα υγιές σώμα. Πολυάριθμες, όμως, μελέτες αποκαλύπτουν πως το ευ ζην επηρεάζεται άμεσα από την ψυχική διάθεση του ανθρώπου. Η αμφίδρομη επιρροή ανάμεσα στο σώμα και το πνεύμα είναι πλέον αποδεκτή σε τέτοιο βαθμό, ώστε να θεωρείται φυσιολογική και δεδομένη η κατάπτωση του σώματος αν και το πνεύμα νοσει³.

Ο πόνος είναι μια παγκόσμια, σύνθετη, υποκειμενική εμπειρία. Αποτελεί το συνηθέστερο λόγο που ένα άτομο αναζητά ιατρική περίθαλψη και την υπ' αριθμόν ένα αιτία για να πάρει φάρμακα. Ο πόνος τροποποιεί ή διαταράσσει την ποιότητα της ζωής περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα υγείας⁴.

Κάθε άνθρωπος έχει αισθανθεί πόνο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Λόγω ακριβώς του γεγονότος ότι ο πόνος αποτελεί μια ιδιαίτερα προσωπική εμπειρία, είναι πολύ δύσκολο να την περιγράψει ή να την εξηγήσει κανείς στους άλλους. Η ένταση του πόνου και οι αντιδράσεις σ' αυτόν ποικίλλουν από άτομο σε άτομο και για αυτό η ερμηνεία του πόνου απλά και μόνο από τις αντιδράσεις ή τη συμπεριφορά μπορεί πολλές φορές να είναι παραπλανητική^{5,6}.

Ο πόνος σχετίζεται γενικά με κάποιου βαθμού ιστική καταστροφή και αποτελεί προειδοποιητικό σημάδι. Αν και ο πόνος είναι συναίσθημα γνωστό σε όλους, είναι ταυτόχρονα τόσο σύνθετο φαινόμενο που δεν μπορεί να περιγραφεί εύκολα, ενώ δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη θεραπεία⁷.

Οι νοσηλευτές που προσεγγίζουν τον πόνο από αυτή την άποψη είναι σε θέση να βοηθήσουν τους ασθενείς να επιτύχουν αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου εφαρμόζοντας τα κατάλληλα μέτρα ελέγχου.

Ο κύριος ρόλος μας στην αντιμετώπιση του πόνου είναι η υπεράσπιση του ασθενούς μέσω της κατανόησης των δηλώσεών του για τον πόνο. Αν και κάποιοι νοσηλευτές με πολυετή εμπειρία πιστεύουν ότι μπορούν να αναγνωρίσουν τον ασθενή που πονά, θα πρέπει να δίνεται συνεχώς έμφαση στο ότι δεν υπάρχει διαγνωστικό τεστ για τον πόνο, επομένως κάτι τέτοιο είναι αδύνατο.

Ύστερα από τον γενικό πόνο ο πονοκέφαλος ή η κεφαλαλγία θεωρείται ότι είναι το συχνότερο σύμπτωμα για το οποίο αναζητείται ιατρική συμβουλή. Οι περισσότεροι ασθενείς όμως έχουν πρώτα δοκιμάσει και μόνοι τους να βρουν ανακούφιση.

Ο πονοκέφαλος είναι ένα σύμπτωμα που μπορεί να εμφανιστεί στον οποιονδήποτε. Είναι ένα από τα πλέον διφορούμενης σημασίας συμπτώματα. Για κάποιους μπορεί να αποτελεί τακτική ρουτίνα και «κομμάτι της ζωής τους», ενώ άλλοι δεν εμφανίζουν πονοκέφαλο σχεδόν ποτέ. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιας πάθησης, ενώ κάποτε μπορεί να αποτελεί προοίμιο σοβαρότατων καταστάσεων. Όταν υποκρύπτει κάποια πάθηση η κεφαλαλγία ονομάζεται συμπτωματική ή δευτεροπαθής. Αντίθετα, στην περίπτωση των ατόμων που την εμφανίζουν με «ιδιοσυγκρασιακό» χαρακτήρα ονομάζεται λειτουργική ή πρωτοπαθής. Η διάκριση μεταξύ των δύο καταστάσεων ανήκει στην αρμοδιότητα του νευρολόγου αλλά συχνά απαιτείται πολύς χρόνος για να τεθεί η διάγνωση^{1,7}.

Η ημικρανία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί παρακλάδι του πονοκεφάλου καθώς είναι μια χρόνια νευρολογική κατάσταση με κύριο σύμπτωμα έναν έντονο πονοκέφαλο, συχνά περιορισμένο στη μία πλευρά του κεφαλιού. Ανήκει στην

κατηγορία των πρωτοπαθών πονοκεφάλων, δηλαδή στις περισσότερες περιπτώσεις δεν εκδηλώνεται λόγω κάποιας άλλης πάθησης.

Αν και πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι ημικρανία σημαίνει απαραίτητα «πονοκέφαλος στο μισό κεφάλι», αυτό δεν είναι απαραίτητο. Πραγματικά, τις περισσότερες φορές, ο πόνος στην ημικρανία εντοπίζεται στο μισό του κεφαλιού: συχνά στην περιοχή πίσω από το ένα μάτι και τον κρόταφο, αλλά μπορεί επίσης να βρίσκεται μόνο στην κορυφή του κεφαλιού, ακόμα και μόνο στο πίσω μέρος του κεφαλιού ή και στον αυχένα.

Ωστόσο, δεν είναι καθόλου σπάνιο ο πόνος στην ημικρανία να υπάρχει σε ολόκληρο το κεφάλι. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν ημικρανία έχουν Πολύ συχνά μπορεί κάποιος να παρατηρήσει ότι ο πόνος στην ημικρανία αλλάζει εντόπιση από κρίση σε κρίση. Δηλαδή, μπορεί τη μία φορά να εντοπίζεται στο δεξιό μισό του κεφαλιού και την επόμενη φορά στο αριστερό. Αυτό είναι ένα τυπικό χαρακτηριστικό της ημικρανίας.

Ο πόνος στην ημικρανία είναι πόνος ιδιαίτερα δυνατός και συνοδεύεται από μία σειρά άλλων συμπτωμάτων, όπως το ότι ο άνθρωπος που έχει ημικρανία δεν μπορεί να ανεχθεί το φως, τους έντονους ήχους, τις μυρωδιές και επίσης ότι μπορεί να έχει τάση για εμετό ή και να κάνει εμετούς. Η κάθε κρίση ημικρανίας μπορεί να διαρκεί από λίγες ώρες ως και 2-3 ή και περισσότερες ημέρες, μέχρι να εξλειφθεί. Μετά από κάποιο διάστημα η ίδια ιστορία επαναλαμβάνεται, καθώς η κρίση επανέρχεται (σε κάποιους ανθρώπους μετά από αρκετούς μήνες, ενώ σε κάποιους μετά από λίγες ημέρες).

Ως αποτέλεσμα του πόνου αλλά και των υπολοίπων συμπτωμάτων, ο άνθρωπος που έχει ημικρανία δεν μπορεί να έχει φυσιολογική δραστηριότητα την ώρα της κρίσης, ενώ μπορεί να φτάνει σε ανάγκη για κατάκλιση σε ένα σκοτεινό δωμάτιο. Πέρα όμως από αυτό, οι άνθρωποι με ημικρανία συχνά ζουν με την αγωνία του πότε θα έρθει η επόμενη κρίση, και η ποιότητα της ζωής τους επηρεάζεται ακόμη και τις ημέρες του μήνα που δεν πονούν⁸.

Κεφάλαιο 1^ο

Ο πόνος κατά την αρχαιότητα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση του πόνου

Σύμφωνα με σχετικό άρθρο του ιατρού ρευματολόγου Δημήτρη Γουλέ¹, ο πόνος αποτελεί δυσάρεστη αισθητική εμπειρία, χωρίς να παύει να είναι ένα απόλυτα υποκειμενικό σύμπτωμα, στερούμενο αντικειμενικής μέτρησης και εκτίμησης ποιοτικής, ή ποσοτικής. Συνεχίζοντας ο ανωτέρω υποστηρίζει ότι, αν και όλοι οι άνθρωποι ανεξαιρέτως έχουν βιώσει την αίσθηση του πόνου, το σύμπτωμα αυτό, παραμένει ένα πολύπλοκο βιολογικό και ψυχοσωματικό φαινόμενο, που πολλές φορές είναι δύσκολο να καθορισθεί, να επεξηγηθεί και να μετρηθεί ποσοτικά ή ποιοτικά⁹.

Συνεχίζοντας ο συγγραφέας επισημαίνει ότι ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό σύμπτωμα, σύνθετο και πολυδιάστατο. Αποτελεί μία δυσάρεστη αισθητική εμπειρία που προειδοποιεί για υποκείμενο νόσημα, επικείμενο βιολογικό κίνδυνο και ενδεχόμενα σηματοδοτεί κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Κατά συνέπεια, είναι σημαντικός αμυντικός μηχανισμός του οργανισμού που κινητοποιεί άλλες βιολογικές λειτουργίες αποφυγής, άμυνας και διόρθωσης τη ιστικής βλάβης. Ως γνωστόν, ο πόνος είναι μία πολύ προσωπική υπόθεση, που δύσκολα μπορεί να εκτιμηθεί από τους άλλους. Παραμένει μία δυσάρεστη αίσθηση και εμπειρία. Ασθενείς με την ίδια ιστική βλάβη βιώνουν διαφορετικά τον πόνο. Ακόμη, υπάρχουν άτομα με ιδιάζουσα προσωπικότητα, τα οποία αρέσκονται στον πόνο, όπως επίσης υπάρχουν δυσάρεστες αισθήσεις χωρίς να συνοδεύονται από πόνο.

Ο ανωτέρω επισημαίνει ότι η πλήρης και επακριβής περιγραφή του πόνου δυσκολεύει ιδιαίτερα αυτούς που πάσχουν, διότι τούτο εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την εκφραστικότητα και την νοημοσύνη του ατόμου. Ιστορικά, επιβάλλεται να επισημανθεί η στενή ετυμολογική προέλευση και η σχέση της λέξης πόνος με το ομηρικό ρήμα πένομαι (μοχθώ) και την λατινική λέξη poena (ποινή). Εξάλλου, ο σωματικός και ο ψυχικός πόνος, με ιδιαίτερη έμφαση στο παρελθόν, αλλά ακόμη και σήμερα, έχει καθιερωθεί ως τρόπος τιμωρίας και φρονηματισμού των παιδιών και σε ορισμένες περιπτώσεις και των ενηλίκων ακόμη.

Ένας απλουστευμένος ορισμός για τον πόνο, αναφέρει ότι:

«Πόνος είναι η δυσάρεστη, εκτός ορίων ανοχής αίσθηση που συνήθως προκύπτει από ένα πολύ έντονο ή καταστροφικό σωματικό ερέθισμα. Ο πόνος βιώνεται υποκειμενικά καθώς επηρεάζεται από την κατάσταση του εγκεφάλου μέσα στον οποίο σχηματίζεται η αίσθηση και ο πόνος ως προέκτασή της. Η συνήθεια, η ψυχική κατάσταση, το αν βρίσκεται κανείς σε ύπνωση, αν τελεί υπό ουσίες που επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα κλπ, κάνουν την αίσθηση του πόνου υποκειμενική»⁷.

1.2 Ιστορική προσέγγιση του πόνου

Η Κωνσταντίνα Αρμένη, ιατρός, αναισθησιολόγος, στην διδακτορική της διατριβή² προσεγγίζει ιστορικά το όλο ζήτημα. Σημειώνει λοιπόν, ότι στην Κρήτη και κατά την περίοδο του Μινωικού πολιτισμού², η ιατρική είχε φτάσει σε υψηλό επίπεδο εξέλιξης και οι κάτοικοί της ήσαν επηρεασμένοι σε ένα βαθμό από τις γνώσεις των Αιγυπτίων και άλλων λαών της Ανατολικής Μεσογείου στην ιατρική. Έτσι λοιπόν, οι Κρήτες ανέπτυξαν την φαρμακολογία και βοτανολογία, βάσει των οποίων

¹ «Εννοιολογία του πόνου-Ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά

παρασκεύαζαν σκευάσματα για να καταπραΰνουν, ή και πολλές φορές να εξαφανίσουν τον πόνο³.

Ένα από τα αρχαιότερα καταπραΰντικά φάρμακα για τον πόνο ήταν και η χρησιμοποίηση του όπιου. Το ακατέργαστο όπιο, οι Μίνωες πρέπει να χρησιμοποιούσαν ως πρωτόγονο αναισθητικό, ή ως αναλγητικό, ίσως μάλιστα και για τους πόνους της οδοντοφυΐας των βρεφών με τρίψιμο στ ούλα τους. Επίσης, υπάρχουν αρχαία ευρήματα τα οποία καταδεικνύουν ότι η καλλιέργεια της υπνοφόρου παπαρούνας (όπιο)², ήταν γνωστή και χρησιμοποιείτο από τους αρχαίους Μυκήνες (ανασκαφές στην Τύρινα, το Άργος και άλλες περιοχές της Αργολίδος, επιβεβαιώνουν τον ισχυρισμό αυτό)¹⁰.

Απόδειξη ότι οι αρχαίοι Έλληνες ήσαν γνώστες φαρμάκων για τον περιορισμό, ή και την εξαφάνιση του πόνου, αποτελούν τα τόσα στοιχεία που αντλούμε από την Ελληνική Μυθολογία, γεγονός το οποίο και αποτελεί ένα μεγαλειώδες και μοναδικό στο είδος του, κατασκεύασμα φαντασίας των αρχαίων μας προγόνων. Αφού, στην μόνη και αληθινή θρησκεία, την Χριστιανική, ο Θεός δημιούργησε τον άνθρωπο, στην Ελληνική Μυθολογία, ο άνθρωπος δημιούργησε τους Θεούς^{11,12}.

Έτσι λοιπόν, ο θεραπευτής θεών και ανθρώπων, ο Απόλλων, παρασκευάζει και χρησιμοποιεί φάρμακα για την θεραπεία του πόνου. Ο γιος του Απόλλωνα, που θεωρείτο πως ήταν ο Ασκληπιός, γνώριζε την παρασκευή φαρμάκων από βότανα για την καταπολέμηση του πόνου. Η θεά Δήμητρα εντάσσει την υπνοφόρο παπαρούνα στα ιερά της φυτά. Η θεά Ήρα³ αποδέχεται και αυτή τις θεραπευτικές ιδιότητες της υπνοφόρου παπαρούνας λόγω της βοηθητικής στήριξης την οποία προσφέρει στις επίτοκους¹³

Η πρώτη γραπτή αναφορά στη μήκωνα την υπνοφόρο, παρουσιάζεται στον Ησίοδο, (8ος αιώνας π.Χ.), ο οποίος και αναφέρει ότι πλησίον της Κορίνθου υπήρχε πόλις που ονομαζότανε Μηκώνη και το όνομά της οφειλότανε στην εκτεταμένη καλλιέργειας της μήκωνος της υπνοφόρου (παπαρούνας) στην περιοχή¹⁴.

Στα έπη του Ομήρου (9^{ος} αιώνας π.Χ.) επίσης, μεταξύ των αναλγητικών φαρμάκων που έδιδαν στους ασθενείς αναφέρεται και το μυστηριώδες «νηπενθές», το οποίο αποτελούσε αναλγητικό φάρμακο για τους πόνους της ψυχής. Ενδεχομένως, χωρίς αυτό να έχει διαλευκανθεί εννοούσαν την υπνοφόρο παπαρούνα¹².

Ένα άλλο φάρμακο το οποίο χρησιμοποιείτο στην αρχαία Ελλάδα για την αντιμετώπιση του πόνου, ήταν και το σκεύασμα που παρασκεύαζαν από το φυτό μανδραγόρα, το οποίο και ευδοκιμεί ιδίως στα ελληνικά νησιά μας. Είχε θετική συμβολή στην ανακούφιση του πόνου και ιδιαίτερα κατά την διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων¹³.

1.3 Η αντιμετώπιση του πόνου κατά τον Ιπποκράτη

Η Αρμένη συνεχίζοντας την ιστορικής περιήγηση, αναφορικά με την αντιμετώπιση του πόνου, μας ενημερώνει ότι ο Ιπποκράτης⁴ ήταν ο πρώτος επιστήμονας ιατρός στον κόσμο, υποστηρίζοντας με θέρμη την άποψη ότι οι ασθένειες έχουν φυσικές και όχι υπερφυσικές αιτίες, όπως κατά κανόνα μέχρι τότε είχε γίνει αποδεκτό. Χρησιμοποιούσε πολλές φαρμακευτικές ουσίες, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν θεραπευτική δράση. Στα έργα της «Ιπποκρατικής Συλλογής» αναφέρονται συγκεντρωτικά 236 φυτά που χρησιμοποιούσε ανάλογα και αντίστοιχα με την κάθε εξατομικευμένη ιατρική περίπτωση³.

² Μήκων η υπνοφόρος

³ Η οποία και αποκαλείτο και «έφορος του τοκετού»

Μεταξύ αυτών αναφέρονται ο ελλέβορος που προκαλεί καταστολή, η ευθαλεία η άτροπος, ο υοκύαμος, ο μανδραγόρας, η μήκων η υπνοφόρος, τα εκχυλίσματα του φλοιού της ιτιάς κ.α. Πίστευε επίσης ότι ο χυμός κόκκινου μαρουλιού σε νερό σταματά κάθε πόνο. Για τους πόνους βαριάς μορφής χορηγούσε γάλα, σκόρδο, βρασμένο κρασί, ξύδι και αλάτι. Ως αναλγητικό επίσης, χρησιμοποιούσε το κώνιο, καθώς επίσης και αξιοποιούσε τους ατμούς από τον βρασμό διάφορων βοτάνων^{3,13,14,15}.

Μερικές χαρακτηριστικές οδηγίες του Ιπποκράτη για την θεραπεία του πόνου κατά περίπτωση ασθενούς, είναι και οι κάτωθι:

Û Για πόνους στα πλευρά, εκτός από λουτρά, συνιστούσε τη χρήση θερμών επιθεμάτων, θεωρούσε δε ωφέλιμη την επάλειψη των υποχονδρίων με λιναρόσπορο.

Û Για τον πονοκέφαλο, συνιστούσε τις φλεβοτομίες και συγκεκριμένα το άνοιγμα της κάθετης φλέβας του μετώπου.

Û Για τους δυνατούς πόνους των ματιών, συνιστούσε μία αλοιφή που η σύνθεσή της ήταν βρασμένος χυμός ροδιού σε χάλκινο δοχείο και κατόπιν το άφηναν να πήξει

Û Για τον πονόδοντο, συνιστούσε σκεύασμα από καστόριο και πιέρι.

Û Για τους πόνους στα ούλα, συνιστούσε αφαιμάξεις στον βραχίονα και αιγυπτιακή στύψη

Û Για τους πόνους των αρθρώσεων, συνιστούσε την τοποθέτηση επάνω στα πρησμένα μέρη αλάτι, ανακατεμένο με νερό, αφού το αφήνουν δεμένο για τρεις ημέρες. Όταν αυτό αφαιρείται, χρησιμοποιείται κατόπιν τριμμένο ωμό κόκκινο νίτρο και λίγο μέλι με τον ίδιο τρόπο, όπως με το αλάτι και για τρεις ημέρες πάλι.

Û Για τους πόνους στη μέση, στα πόδια και στους γοφούς που προέρχονται από κόπωση, συνιστούσε θερμές καταιονήσεις με θαλασσίνο νερό και ξύδι. Επίσης, την τοποθέτηση επί των σημείων σφουγγάρια βρεγμένα με ζεστό νερό, μαζί με λιγδωμένα μαλλιά και προβιές.

Û Για δυνατούς πόνους στον σπλήνα, συνιστούσε αρκετό φαγητό, αρκετό ελαφρύ κρασί, συχνό περπάτημα και αφαιμάξη.

Û Για τους πόνους στην κοιλιά, συνιστούσε ζεστά λουτρά, υποκλυσμούς, ελαφρύ παλιό κρασί και επάλειψη με λάδι για βρώση.

Û Για τους κωλικούς στα έντερα, χορηγούσε γαϊδουρίσιο γάλα, μαζί με λιναρόσπορο και σιτάλευρο και αλεσμένα αιγυπτιακά κουκιά. Επίσης, ψημένα αβγά, σιμιγδάλι, κεχρί και χοντραλεσμένο αλεύρι βρασμένο μέσα σε γάλα.

Û Για τους πόνους στη μήτρα που αντανακλούν στην κύστη, συνιστούσε κοπανιστό σπόρο πράσου μέσα σε νερό και το σκεύασμα αυτό να πίνει η γυναίκα νηστική. Επίσης, συνιστούσε θερμά επιθέματα.

Û Για τους πόνους στην λεκάνη, συνιστούσε στη γυναίκα να πίνει γλυκάνισο, μαζί με αιθιοπικό κύμινο, μετά από ζεστό λουτρό.

Στα συγγράμματα του Ιπποκράτη η φαρμακολογία κατέχει κύρια θέση και για το θέμα αυτό, είχε αφιερώσει πολύ χρόνο στην ανακάλυψη φαρμάκων από φυτά και βότανα και εφάρμοσε πρακτικές, που είχαν σαν άμεση συνέπεια την μερική, ή και πολλές φορές την πλήρη αντιμετώπιση του πόνου. Οι ανακαλύψεις του ήσαν τόσο σημαντικές και πρωτοπόρες που ακόμα και σήμερα, πολλές από τις συνταγές του Ιπποκράτη χρησιμοποιούνται με μεγάλη επιτυχία^{3,14}.

1.4 Η αντιμετώπιση του πόνου κατά την Ελληνορωμαϊκή και Ρωμαϊκή περίοδο

Μετά την κατάκτηση της Ελλάδος από τους Ρωμαίους⁴, συνεχίζει η Αρμένη την εξιστόρησή της ως προς την αντιμετώπιση του πόνου κατά την Ελληνορωμαϊκή και Ρωμαϊκή περίοδο, αναφέροντας ότι η κοσμοκράτειρα Ρώμη αποτέλεσε το επίκεντρο του τότε γνωστού κόσμου και κατ' επέκταση και της ιατρικής επιστήμης. Δύο επιφανείς Έλληνες ιατροί, ο Γαληνός και ο Διοσκουρίδης θεωρούνται οι κύριοι εκπρόσωποι της χώρας, στον τομέα αυτό. Από την εποχή αυτή περίπου και γύρω στο 170 π.Χ. συναντάτε το όνομα «θηριακή», το οποίο θεωρείτο περίφημο φάρμακο. Ο Νίκανδρος ο Κολοφώνιος, έγραψε δύο έργα με θέμα τα δηλητήρια και τα αντίδοτά τους, τα «Θηριακά» και τα «Αλεξιφάρμακα»^{3,14,15}.

Θεωρείται ότι η σύνθεση της «θηριακής» περιείχε διάφορες φυτικές και ζωικές ουσίες, κυρίως από κρέας δηλητηριώδους φιδιού, όπως η έχιδνα και από αίμα ζώων τα οποία τρέφονταν με δηλητηριώδη φυτά. Επειδή, ιδιαίτερα κατά την Ρωμαϊκή περίοδο, δεν ήταν ασύνηθες το γεγονός των δηλητηριάσεων των επιφανών ανδρών για προφανείς λόγους, πολλοί ελάμβαναν μικρές δόσεις δηλητηρίων και μάλιστα της «θηριακής», προκειμένου να εθιστεί ο οργανισμός τους και να αποφύγουν τυχόν μελλοντική δηλητηρίαση. Ήδη ο Μιθριδάτης βασιλιάς του Πόντου, (132π.Χ-63π.Χ.), ελάμβανε μικρές δόσεις θηριακής, σταδιακά αυξανόμενες.

Αργότερα, από τους Ρωμαίους στην συνταγή της θηριακής, σαν αντίδοτο κατά των δηλητηριάσεων, προσέθεσαν και το όπιο. Οι Ρωμαίοι αυτοκράτορες Νέρων Κλαύδιος Αύγουστος Γερμανικός, (από το 37-68 μ.Χ.) και Μάρκος Αυρήλιος Αντωνίνος Αύγουστος, (από το 121-180 μ.Χ.), ήσαν δύο από αυτούς που χρησιμοποιούσαν την θηριακή με πρόσμιξη το όπιο για να αποφύγουν τις δηλητηριάσεις. Η φαρμακολογία, κατά την περίοδο της Ελληνορωμαϊκής και Ρωμαϊκής εποχής παρουσίασε μεγάλη ανάπτυξη και ιδιαίτερα στην χρησιμοποίηση φαρμάκων για την θεραπεία του πόνου. Πολλοί εκπρόσωποι στον τομέα αυτό δραστηριοποιήθηκαν, όπως ο Ηρακλείδης ο Ταράντιος^{3,10}.

Ο Διοσκουρίδης ο Πεδάνιος, Έλληνας ιατρός από την Κιλικία. Ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την μελέτη των φαρμακευτικών φυτών και θεωρείται ότι υπήρξε ο σπουδαιότερος από τους συγγραφείς της αρχαιότητας στον τομέα της φαρμακολογίας. Μελέτησε μεθοδικά τα φαρμακευτικά φυτά και συνέγραψε το σπουδαιότερο έργο φαρμακολογίας που σώζεται από την αρχαιότητα, σε πέντε τόμους «περί ύλης ιατρικής». Στο έργο αυτό περιγράφονται ένα πλήθος φυτικών (794), ζωικών (104) και ορυκτών (105) φαρμάκων^{3,13,14}.

Ο Γαληνός (130-201 μ.Χ.), Έλληνας ιατρός από την Πέργαμο δραστηριοποιήθηκε στη Ρώμη, στην αυλή του αυτοκράτορα Μάρκου Αυρήλιου. Πραγματοποίησε εκτενείς μελέτες στην φυσιολογία και την ανατομία του νευρικού συστήματος. Τοποθέτησε το κέντρο των αισθήσεων στον εγκέφαλο, ως την αφετηρία των νεύρων και διέκρινε διάφορα είδη πόνου με βάση την αιτιολογία. Στα καταπραϋντικά φάρμακα συμπεριλαμβάνει διάφορα βότανα, όπως η ρίζα του μανδραγόρα, οι σπόροι υοσκάμου, ο χυμός μαρουλιού, ακόμα και οπιούχα μείγματα, όπως η θηριακή, η υπνωτική παπαρούνα, οι σπόροι της και το όπιο και άλλα^{13,14}.

Ο Κέλσιος στο σύγγραμμά του De Medicina (το 30 μ.Χ. περίπου), περιγράφει πολλές χρήσεις για το όπιο, ως μαλακτικό για επώδυνες αρθρώσεις, ως παυσίπονο, υπνωτικό, σε κολικούς πόνους, ως διουρητικό και ως αντίδοτο στις δηλητηριάσεις. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος λήψης του οπίου ήταν ως υγρό ελιξίριο. Το ωμό όπιο, ο λευκός γαλακτώδης χυμός που βγαίνει από το κώδιο, συνήθως αναμιγνύεται με κρασί και νερό^{3,13,14}.

Πλην των βασικών αναλγητικών σκευασμάτων από το όπιο και τον μανδραγόρα, άλλα φυτά που χρησιμοποιούνταν στην θεραπευτική για την αναλγησία, ήταν:

- ✚ Ο φλοιός της ιτιάς, με ιδιαίτερα αναλγητικές ιδιότητες
- ✚ Το ακόνιτον σκορπίον, για την αντιμετώπιση των δηγμάτων των σκορπιών
- ✚ Το κολχικόν, για τον πονόδοντο
- ✚ Ο βολβός του κυκλάμινου, δραστικός για την ποδάγρα
- ✚ Το κενταύριο, για την θεραπεία των ανοικτών πληγών
- ✚ Ο ελλέβορος, χρησιμοποιείτο για καταστολή
- ✚ Η αριστολοχεία, για την αντιμετώπιση του πόνου του δήγματος φιδιού
- ✚ Το δίκταμο, για την αντιμετώπιση των πόνων του τοκετού
- ✚ Ο υοσκύαμος, για την αντιμετώπιση του πόνου στο αυτί και για του
συνάχι^{14,15}

1.5 Η αντιμετώπιση του πόνου στη Βυζαντινή περίοδο

Οι γνώσεις της Ελληνικής και Ελληνορωμαϊκής ιατρικής και φαρμακολογίας μεταλαμπαδεύτηκαν στο Βυζάντιο, όπου όχι μόνο διατηρήθηκαν, αλλά σε πολλούς τομείς της ιατρικής παρουσιάστηκε αξιοσημείωτη πρόοδος. Η Αρμένη εξιστορώντας σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου κατά την Βυζαντινή περίοδο, αναφέρει ότι οι Βυζαντινοί συνδυάζοντας το παλαιό υπόβαθρο με τις χριστιανικές αντιλήψεις, οι Βυζαντινοί έχουν να επιδείξουν την ίδρυση των πρώτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με την σημερινή έννοια του όρου, αλλά και την περαιτέρω ανάπτυξη της φαρμακογνωσίας^{3,10}.

Ο Ορειβάσιος (325-403 μ.Χ.), καταγόμενος από την Πέργαμο, ήταν προσωπικός γιατρός του Ιουλιανού και είχε συγγράψει περί τα 70 ιατρικά βιβλία. Θεωρούσε ότι σε περιπτώσεις φλεγμονής ή φλεβοτομίας ήταν μία μέθοδος αναντικατάστατη.

Ο Αέτιος ο Αμιδηνός (6^{ος} αιώνας μ.Χ.), γιατρός του αυτοκράτορα Ιουστινιανού εκπαιδευμένος στην Αλεξάνδρεια, ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την τοξικολογία. Ο Αλέξανδρος Τραλλιανός (525-605 μ.Χ.), αδελφός του αρχιτέκτονα Ανθέμιου που έκτισε την Αγία Σοφία, συνέγραψε δωδεκάτομο έργο με τίτλο «Πρακτική», το οποίο και μεταφράστηκε στα αραβικά και λατινικά και επηρέασε την διδασκαλία της ιατρικής κατά τον μεσαίωνα και χορηγούσε το όπιο ως καταπραϊντικό και ηρεμιστικό σε πολλές ασθένειες, όπως στις φλεγμονές του ακουστικού πόρου, συχνά μάλιστα σε συνδυασμό με γλαύκιο κρόκο κ.ά.

Ο ιατρός Ιάκωβος Ψυχριστός (5^{ος} αιώνας μ.Χ.), συνιστούσε το φυτό κολχικόν, για τον πόνο στην ουρική αρθρίτιδα. Ο Παύλος ο Αιγινήτης (7^{ος} αιώνας μ.Χ.), υπήρξε ονομαστός ιατρός και συγγραφέας πολλών ιατρικών επιστημονικών συγγραμμάτων που μεταφράστηκαν στα αραβικά και λατινικά. Το έργο του «Περί ιατρικής» σε επτά τόμους είναι το μοναδικό που σώζεται. Ο Νικόλαος Μυρενός (13^{ος} αιώνας μ.Χ.), από την Αλεξάνδρεια, συνέγραψε σημαντικό έργο φαρμακολογίας με τίτλο «Δυναμερόν», το οποίο μεταφράστηκε στα λατινικά και αποτέλεσε το επίσημο σύγγραμμα διδασκαλίας της ιατρικής επιστήμης στο Πανεπιστήμιο των Παρισίων μέχρι και τον 19^ο αιώνα^{3,10,12,13,15}.

1.6 Η ιατρική στην Ελλάδα κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας

Η ιατρική στην Ελλάδα κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας, βίωσε μία εκτεταμένη κρίση επηρεασμένη βαθιά κάτω από το κράτος των προλήψεων και των δεισιδαιμονιών. Κατά την Αρμένη, αμάθεια και προκατάληψη ήταν τα στοιχεία που κυριαρχούσαν, αφού την υπόδουλη Ελλάδα λυμαίνονταν εμπειρικοί γιατροί με

γιατροσόφια και μαντζούνια, που τις περισσότερες φορές είχαν δυσμενή αποτελέσματα³.

Την υπόδουλη Ελλάδα λυμαίνονταν διάφορης εθνικότητας κομπογιαννίτες «γιατροί» όπως Τούρκοι, Αλβανοί, Γάλλοι, Ιταλοί, Εβραίοι κ.α. Πολλοί εμπειρικοί γιατροί ήσαν Ηπειρώτες και το φαινόμενο αυτό αποδίδεται κυρίως λόγω της γειννίασης του τόπου με την Ιταλία και τα Επτάνησα, όπου η άσκηση της εμπειρικής ιατρικής ανερχόταν σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Η κυριότερη χειρουργική πράξη μέχρι και τον 19^ο αιώνα στην Ελλάδα ήταν η αντιμετώπιση των τραυμάτων με γάζες οι οποίες ήσαν εμποτισμένες με ρακί και αλοιφές οι οποίες γίνονταν με λευκώματα αυγών, ρακί, κρασί και με κοινό βούτυρο^{3,10}.

Εκτός από τις ιατρικές σχολές του εξωτερικού στα Ιόνια νησιά υπήρχε από τον 17^ο αιώνα η Ακαδημία των Εξασφαλισμένων, η Ακαδημία των Γονίμων και η Ακαδημία των Περιπλανώμενων, Σχολές στις οποίες διδασκόταν και η ιατρική.

Υπήρξαν ωστόσο, ευσυνειδήτοι εμπειρικοί ιατροί, οι οποίοι και διέπρεψαν όπως είναι: οι Γιατράκοι οι οποίοι ίδρυσαν στη Λακωνία την «Πρακτική Σχολή Χειρουργικής» και το «Σχολείο των Επιστημών» με ιατροφιλόσοφο Διονύσιο Πύρρο^{3,10,14}.

1.7 Ο πόνος ως βασικό υπαρξιακό στοιχείο του ανθρώπου - Μια Χριστιανική θεώρηση

Ο άνθρωπος, πρέπει από μικρός να συνειδητοποιήσει ότι ο πόνος, είναι καίριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της ύπαρξής του, αφού δεν υπάρχει ζωή χωρίς πόνο. Ο πόνος δεν είναι πάντα δική μας επιλογή, διαφεύγει των δυνάμεών μας, μας καταβάλλει.

Ο Ιωάννης Θεοδωρόπουλος, υποστηρίζει ότι ο πολυδύναμος άνθρωπος είναι αδύνατο να ασκηθεί χωρίς πόνο, να ζήσει χωρίς πονετικά προβλήματα, να μην προκαλέσει πόνο στον ίδιο και στους άλλους και γενικά να αποκτήσει εμπειρία, να δει με άλλα μάτια και να διακρίνει το αυθεντικό νόημα της ζωής, χωρίς πόνο. Ο άνθρωπος έρχεται στη ζωή με πόνο, ζει με πόνο, φεύγει με πόνο.

Χρειαζόμαστε έναν πολυδύναμο άνθρωπο ο οποίος θα συμφιλωθεί με τον πόνο, θα αντιληφθεί τη φύση και τη σημασία του πόνου. Διαφορετικά θα καταρρέει με την πρώτη πονετική εμπειρία, θα αποδομείται, θα παραδίδεται σε επαίοντες που θα τον εκμεταλλεύονται, θα αποσυντονίζει την ζωή του. Ο πολυδύναμος άνθρωπος έχει συνείδηση της πονετικότητας της ζωής. Οι χαρές μας ομορφαίνουν την ζωή, ο πόνος μας μεστώνει. Ρίχνει τα λέπια από τα μάτια μας^{11,16}.

Κατά τον Μέγα Αθανάσιο (σε απόλυτη μετάφραση των λόγων του⁴): «ο Δημιουργός έπλασε το ανθρώπινο γένος και θέλησε (επιθυμούσε) να παραμείνει αγαθό. Οι άνθρωποι όμως, περιφρονήσαντες τα σπουδαία (τα σημαντικά) και αφού έκαναν κακή χρήση της ελευθερίας τους, πόνο και θλίψη προκάλεσαν στη ζωή τους. Το κακό δεν προέρχεται από τον Θεό ούτε υπάρχει στον Θεό, ούτε έχει γίνει από την αρχή, ούτε είναι κάποια ουσία αυτού. Αλλά οι άνθρωποι στερήσαν το καλό από την φαντασία τους σε απόλυτη μετάφραση των λόγων του, και άρχισαν να επινοούν για τους εαυτούς τους και να αναπλάθουν τα μη υπάρχοντα, αυτά βεβαίως τα οποία ήθελαν.»

⁴ σε απόλυτη μετάφραση των λόγων του Αγίου Αθανασίου, όπως και στα λόγια των υπόλοιπων Αγίων που αναφέρονται στο κείμενο αυτό

Κατά το Μέγα Αθανάσιο, ο Θεός έπλασε τον άνθρωπο με όλες τις προδιαγραφές, ώστε αυτός να είναι αγαθός. Ωστόσο, του έδωσε και το προνόμιο της ελευθερίας. Γιατί ήθελε ο Θεός, το δημιουργημά του κάνοντας χρήση της ελευθερίας του να είναι υπεύθυνο για τις πράξεις και τις επιλογές του. Δυστυχώς όμως, ο άνθρωπος δεν επέδειξε την δέουσα υπεύθυνη στάση και οι επιλογές του πολύ συχνά τον οδήγησαν στο κακό, ερχόμενος αντίθετος με την βούληση του δημιουργού του. Βέβαια, το κακό δεν προέρχεται από τον Θεό, ούτε προϋπάρχει του Θεού, ή του ανθρώπου. Αλλά είναι μία απόκλιση από τα σημαντικά και τα σπουδαία που καθόρισε ο Θεός να διέπουν την φύση του ανθρώπου^{11,17}.

Ωστόσο ο άνθρωπος, κάνοντας κατάχρηση της ελευθερίας του επέλεξε αυτήν την απόκλιση προκαλώντας θλίψη και πόνο στον εαυτό του. Επομένως, το μυστήριο του πόνου εξηγείται εάν νοηθεί ως αποτέλεσμα του κακού που ο άνθρωπος επιλέγει για τον εαυτό του. Ο ίδιος είναι υπεύθυνος για τις πράξεις του, ο ίδιος προκαλεί πόνο στη ζωή του.

Ο Άγιος Γρηγόριος ο Θεολόγος, δίδασκε μετά παρρησίας ότι:
«Υποφέρω από την αρρώστια μου και πονώ, αλλά ωστόσο χαίρομαι. Και χαίρομαι όχι γιατί υποφέρω, αλλά γιατί υπομένω με καρτερία και έτσι γίνομαι διδάσκαλος στους άλλους. Επειδή όμως δεν μπορώ να μην πάσχω, από αυτόν τον πόνο ωφελούμαι, με το να υπομένω και να ευχαριστώ τον Θεό, όπως και στα ευχάριστα της ζωής έτσι και στα δυσάρεστα.»

Το δίδαγμα που εξάγεται αβίαστα από τα θεία λόγια του Αγίου είναι βαθύ, αφού η μεγάλη πίστη του δίδει το πλεονέκτημα να υπερνικά τα εγκόσμια και με μία επουράνια δύναμη να μετατρέπει τον πόνο σε χαρά. Και τούτο μόνο μέσω της βαθιάς χριστιανικής πίστης είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί, αφού μέσω αυτής καλλιεργούνται αρετές όπως η υπομονή και η καρτερία, γνωρίσματα τα οποία βελτιώνουν τον πιστό ενδυναμώνοντάς τον απέναντι στον πόνο. Και ο Κύριός μας με το προσωπικό του Θείο Δράμα, μας έδειξε ότι μέσα από το Πάθος, οδηγήθηκε στην Ανάσταση.

Ο Άγιος Ιωάννης ο Χρυσόστομος με παραινέσεις του μας διδάσκει τα ακόλουθα:
«Διότι όχι μόνον οι επερχόμενες σωματικές πληγές και ασθένειες, αλλά και η οδύνη και ο πόνος της ψυχής ανέκφραστη είναι η αμοιβή που προσφέρει και θα έλεγα μάλιστα, ότι ο πόνος της ψυχής μεγαλύτερη αμοιβή φέρει από τον πόνο του σώματος, όταν οι δοκιμαζόμενοι υπομένουν ευχάριστα και χωρίς γογγυσμούς. Όπως ακριβώς λοιπόν, εάν σου καταπλήγωσαν το σώμα και σε μαστίγωσαν, αυτό θα το υπέφερες με γενναιότητα και δι' αυτά θα δόξαζες το Θεό και θα μπορούσες να λάβεις μεγάλη αμοιβή, έτσι και τώρα που από οδύνη πάσχει η ψυχή σου, να περιμένεις πολλές αμοιβές και στεφάνους»

Έτσι λοιπόν, κατά τον Άγιο Ιωάννη Χρυσόστομο, τόσο ο πόνος του σώματος από πληγές και ασθένειες, όσο και ο πόνος της ψυχής, αποτελούν δοκιμασίες που στέλνει ο Θεός στον άνθρωπο προκειμένου να βελτιώνεται πνευματικά και να ενισχύεται στον συνεχή αγώνα προς την σωτηρία της ψυχής του. Απαιτείται βέβαια, μεγάλη δύναμη και καρτερία για να αντιμετωπιστεί ο σωματικός και ιδιαίτερα ο ψυχικός πόνος. Σίγουρα όμως εάν ο άνθρωπος τα καταφέρει το κέρδος του θα είναι μεγάλο, αφού θα κατακτήσει την αιώνια ζωή δίπλα στον Κύριο^{16,17}.

Ο Άγιος Ιωάννης της Κλίμακος, μας γαλουχεί σχετικά με τα θετικά αγαθά που μπορεί να προκύψουν από τον πόνο, ως ακολούθως: «Άλλες ασθένειες έρχονται για να καθαρίσουν τα πταίσματά μας και άλλες για να ταπεινώσουν το φρόνημά μας. Ο αγαθός και πανάγαθος Δεσπότης και Κύριός μας όταν βλέπει μερικούς οκνηρούς στην άσκηση πολλές φορές με την ασθένεια, ωσάν με πιο άκοπη άσκηση, ταπεινώνει

την σάρκα τους για τον αγιασμό τους. Κάποτε μάλιστα με τον ίδιο τρόπο καθαρίζει και την ψυχή από τους πονηρούς λογισμούς και από τα πάθη.

Υπάρχει κάποια αίσθηση ή μάλλον συνήθεια που ονομάζεται «φερέπονος». Όποιος αιχμαλωτιστεί από αυτή, δεν πρόκειται να δειλιάσει ποτέ και να αποστραφεί τον κόπο και τον πόνο. Από την αοίδιμη αυτή αίσθηση και συνήθεια κρατήθηκαν και οι ψυχές των μαρτύρων και έτσι υπέμειναν με ευκολία τα βασανιστήρια και βρήκαν τη σωτηρία.

Είδα τρεις αδελφούς που έπαθαν κάποιο ατύχημα, ο πρώτος αγανάκτησε, ο δεύτερος λυπήθηκε και ο τρίτος αισθάνθηκε πολλή χαρά.»

Κατά το Άγιο και σύμφωνα με την Χριστιανική θρησκεία μας, ο Θεός αποστέλλει τον πόνο στον άνθρωπο, προκειμένου να τον συνετίσει και να τον εξοπλίσει κατάλληλα για τον δύσκολο αγώνα της ζωής. Το παράδειγμα που παραθέτει ο Άγιος Ιωάννης της Κλίμακος, αναφέρεται στην διαφορετική αντιμετώπιση ενός ατυχήματος από τρία αδέρφια. Ο πρώτος που αγανάκτησε και ο δεύτερος που λυπήθηκε δεν ήσαν εφοδιασμένοι κατάλληλα με ψυχικά προσόντα προκειμένου να αντιμετωπίσουν ένα δυσάρεστο γεγονός. Ο τρίτος όμως που αντιμετώπισε το συμβάν με χαρά –συμπεριφορά τώντι μη αναμενόμενη έως και ξενίζουσα για τους περισσότερους- δικαιολογείται πλήρως στα πλαίσια της χριστιανικής πίστης, γιατί ο πιστός βλέπει το δυσάρεστο-απρόοπτο, που προκαλεί πόνο, ως στάδιο πνευματικής ασκήσεως που θα τον οδηγήσει σε ηθική βελτίωση και ψυχική ανάταση^{10, 16, 17}.

Ο Άγιος Ισαάκ ο Σύρος με λιτά λόγια διδάσκει πως: «Η οδός του Χριστού σταυρός καθημερινός εστίν. Ουδείς γάρ εν ουρανώ ανήλθε μετά ανέσεως.». Τόσο απλά και κατανοητά λόγια που δεν χρειάζονται ιδιαίτερες επεξηγήσεις, αφού η πορεία προς την αγίωση του ανθρώπου είναι δύσκολη και μαρτυρική και κανείς δεν αξιώθηκε την ένωσή του με τον Κύριο, χωρίς κόπο και πολύ πόνο^{3, 10, 16, 17}.

1.8 Πατερική προσέγγιση στη σημασία του πόνου

Από όσα εξετάσαμε ανωτέρω, οι Πατέρες της Εκκλησίας μας, εξετάζοντας τον πόνο από την πλευρά της χριστιανικής πίστης και ευλάβειας προς τον Θεό, έδωσαν ένα άλλο εντελώς διαφορετικό υπερανθρώπινο νόημα, που δύσκολα ο σημερινός άνθρωπος μπορεί να κατανοήσει και να ακολουθήσει πιστά. Και τούτο γιατί ο πόνος κατά την Πατερική προσέγγιση, δεν ερμηνεύεται με ψυχολογικές, με όρους «μαζοχισμού» και παραφοράς. Απεναντίας, κάθε πονετική διαδικασία μας επαναφέρει στο πρωταρχικό και καίριο ερώτημά μας «ποιος είμαι;». Την κορυφαία μορφή του πόνου την ενσαρκώνει με το προσωπικό του βίωμα ο ίδιος ο Ιησούς Χριστός με τα πάθη του, την αναδεικνύει ο Απόστολος Παύλος και εν συνεχεία την αναφέρουν ως φωτεινό παράδειγμα όλοι οι Πατέρες της Εκκλησίας μας.

Και αυτή ακόμα η μοναχική άσκηση είναι επίπονη και αδυσώπητη. «Με θλίψη και ασθένεια γινόμαστε τέλειοι» είναι η παραγγελία του Αποστόλου Παύλου. Η αγωνία στον κήπο της Γεσθημανή και το κάθιδρο πρόσωπο του Χριστού, ο σκόλοπας του Αποστόλου Παύλου, ακόμα δε και οι ανίατες ασθένειες σύγχρονων Πατέρων, όπως ο Πορφύριος και ο Παΐσιος, μαρτυρούν την δυναμική εξάρτηση του πόνου με την σωτηρία της ψυχής¹¹.

Η εύλογη επισήμανση από πολλούς ότι δηλαδή αυτή η θεώρηση του πόνου είναι μεροληπτική και συνεπώς αντιεπιστημονική, δεν μπορεί να τεθεί σε συζήτηση επιστημονικού πλαισίου. Και τούτο αφού δεν τίθεται θέμα επιχειρηματολογίας, μιας και η πίστη είναι πέραν κάθε επιστημονικής, αλλά ακόμα και λογικά συνεπούς τεκμηρίωσης. Ο κεντρικός άξονας όμως της Πατερικής ερμηνείας για τον πόνο, είναι

το γεγονός ότι έχει επωφελείς ανθρωπολογικές συνέπειες. Βέβαια, ως ένα βαθμό, παρακάμπτουμε την «κλασική μοναχική θεώρηση» που ερμηνεύει τον πόνο ως εθελούσια επιλογή του ασκητή.

Ο πόνος, με ή χωρίς την παραπομπή στην άσκηση, όπως τον αναδεικνύουν οι Πατέρες της Εκκλησίας μας, είναι το τίμημα της έκπτωτης ανθρώπινης ύπαρξης. Είναι το αποτέλεσμα του ίδιου του ανθρώπου, μετά την αποστασιοποίησή του από τον Θεό. Είναι ανθρώπινη υπόθεση και ως τέτοια συνιστά ευκαιρία και διαδικασία αποκατάστασης της φύσης του.

Συνοψίζοντας λοιπόν, μπορούμε εν κατακλείδι να ανακεφαλαιώσουμε τα κάτωθι:

- Η ύπαρξη του ανθρώπου είναι από τη φύση της πονετική, από την αρχή μέχρι και του τέλους, μας δείχνει τα πράγματα πιο καθαρά
- Ο πόνος ρίχνει τα λέπια από τα μάτια μας, ξελαμπικάρει τη σκέψη μας, μας δείχνει τα πράγματα πιο καθαρά
- Ορθό δεν είναι να καλλιεργήσουμε έναν άνθρωπο που δεν θα πονάει, επειδή τούτο είναι αδύνατο, όμως είναι δυνατό να ασκηθεί ο άνθρωπος στο να κατανοεί το νόημα του πόνου και να τον εντάσσει στα σκληρά, αλλά αυτονόητα της ζωής του
- Ο πόνος ασκεί την υπομονή και την καρτερία, την τόλμη και την γενναιότητα, απαλύνει τα σκληρά συναισθήματα έναντι των συνανθρώπων μας, φέρνοντάς μας σε συνδιαλλαγή και μετάνοια ^{11,16,17} .

Κεφάλαιο 2^ο

Η έννοια του πόνου στην επιστήμη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 Ορισμός πόνου

Αν και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να οριστεί ο πόνος με περιγραφικά ή ποσοτικά χαρακτηριστικά, δύο είναι οι πλέον αποδεκτοί ορισμοί, οι οποίοι έχουν προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό κατά του Πόνου (1979) και από τη Margo McCaferly(1979). Ο πόνος αποτελεί μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που οφείλεται σε τραυματισμό ή σε πιθανότητα τραυματισμού κάποιου ιστού¹⁸.

Η McCaferly πρότεινε μια περισσότερο προσωπική περιγραφή του πόνου, υποστηρίζοντας ότι πόνος είναι οτιδήποτε αναφέρει ότι είναι το άτομο που τον βιώνει και υφίσταται όταν λέει το άτομο ότι υφίσταται. Αυτή η προσέγγιση στον πόνο απαιτεί να θεωρηθεί ο ασθενής ως αυθεντία στον πόνο και το μοναδικό άτομο που μπορεί να προσδιορίσει την εμπειρία αυτή. Με άλλα λόγια, η **αυτοαναφορά** αποτελεί πάντοτε την πιο αξιόπιστη ένδειξη του πόνου¹⁹.

2.2 Ανατομική και φυσιολογική βάση του πόνου

Μια μεγάλη ποικιλία αισθητικών ερεθισμάτων μπορεί να προκαλέσει πόνο, όπως επίσης και κάποια ισχαιμία ή ένας μυϊκός σπασμός. Οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις (υποδοχείς που αντιδρούν σε οδονηρά ερεθίσματα), που αναφέρονται συνήθως και ως αισθητικοί υποδοχείς, βρίσκονται σε διάφορους ιστούς του σώματος και ενεργοποιούνται από θερμοκρασία, μηχανικά και χημικά ερεθίσματα²⁰. Εκτός από τους αισθητικούς υποδοχείς υπάρχουν και άλλοι υποδοχείς στο σώμα, οι οποίοι αντιδρούν σε σχεδόν οποιοδήποτε τύπου ισχυρό ερέθισμα, γεγονός που κάποιες φορές οδηγεί σε πόνο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα αλγινά ερεθίσματα προκαλούν πραγματική καταστροφή σε ιστούς, η οποία οδηγεί στην ελευθέρωση ορισμένων χημικών ουσιών, καθώς και οξέων που ερεθίζουν τους αισθητικούς υποδοχείς, όπως είναι τα λευκοτριένια, οι προσταγλανδίνες και η ουσία P. Αυτές οι χημικές ουσίες πιστεύεται ότι ενεργοποιούν τους υποδοχείς του πόνου²¹.

2.3 Παθοφυσιολογία του πόνου

Ο πόνος αποτελείται από δυσδραστικά στοιχεία. Αρχικά από την αντίληψη του επώδυνου ερεθίσματος, το οποίο προϋποθέτει ακεραιότητα του εγκεφαλικού φλοιού. Ακόμη σ' αυτήν οφείλεται η εκτίμηση της έντασης, της ποιότητας, της προέλευσης και της διάρκειας του πόνου. Επιπλέον μεταβάλλεται από φάρμακα, προμετωπιαία λευκοτομή, καταστροφή του νωτιαίου μυελού, όμως στη περίπτωση αυτή το άτομο αντιλαμβάνεται τον πόνο αλλά δε μπορεί να καθορίσει την αιτία του^{21,22}.

Επίσης αποτελείται από την απάντηση στο επώδυνο ερέθισμα, το οποίο εκφράζεται άμεσα μέσω των απαγωγών νεύρων του κινητικού συστήματος όπως είναι η ομιλία και η κίνηση, καθώς και του αυτόνομου συστήματος όπως είναι η καρδιά, τα αγγεία και τα σπλάχνα. Ακόμη η απάντηση με εκούσια κίνηση προϋποθέτει επικοινωνία με το φλοιό. Έπειτα η απάντηση με ακούσια κίνηση φανερώνει επικοινωνία με κατώτερα κέντρα και δεν απαιτεί αντίληψη του ερεθίσματος. Τέλος η απουσία απάντησης εξ αιτίας μυϊκής παράλυσης ή και αποκλεισμού του

συμπαθητικού, δεν προδικάζει την αναλγησία, αλλά μια από τις πιο δραματικές καταστάσεις^{20,21,22}.

2.3.1 Πόνος εξαιτίας της διέγερσης των αλγοϋποδοχέων

Οι αλγοϋποδοχείς είναι υποδοχείς των αισθητικών νευρώνων που ανευρίσκονται στο δέρμα ή τους βλεννογόνους των εσωτερικών οργάνων. Πόνος δημιουργείται όταν οι υποδοχείς αυτοί ενεργοποιούνται από δυνητικά καταστροφικά ερεθίσματα. Διαφορετικά είδη αλγοϋποδοχέων αντιλαμβάνονται διαφορετικά είδη ερεθισμάτων²¹:

✚ Θερμικοί αλγοϋποδοχείς που ενεργοποιούνται από επιβλαβή επίπεδα ψύχους ή θερμοκρασίας

✚ Μηχανικοί αλγοϋποδοχείς που αντιλαμβάνονται την υπερβολική πίεση ή παραμόρφωση.

✚ Χημικοί αλγοϋποδοχείς που είναι ευαίσθητοι σε χημικές ουσίες.

Η αντίληψη του άλγους επίσης συμβαίνει όταν οι αλγοϋποδοχείς ενεργοποιούνται και μεταδίδουν ερεθίσματα διαμέσω αισθητικών νευρώνων στο νωτιαίο μυελό. Τα ερεθίσματα ταξινομούνται στον υποθάλαμο, το τμήμα του εγκεφάλου όπου σχηματοποιείται η αντίληψη του πόνου. Από τον θάλαμο το ερέθισμα μεταφέρεται σε άλλα τμήματα του εγκεφάλου οπότε και το άτομο αντιλαμβάνεται πλήρως τον πόνο)²⁰.

Ωστόσο δεν υπάρχει ένας παθοφυσιολογικός μηχανισμός υπεύθυνος για την πρόκληση του πόνου. Ο φυσιολογικός πόνος προκαλείται από ενεργοποίηση υποδοχέων υψηλού ουδού ερεθίσματος οι οποίοι βρίσκονται στην περιφέρεια και από τους οποίους το ερέθισμα μέσω του νωτιαίου μυελού ακολουθώντας ορισμένες ανιούσες οδούς, μεταφέρεται στον εγκέφαλο. Αντίθετα ο παθολογικός πόνος φαίνεται ότι προκαλείται από διαταραχές του σωματοαισθητικού συστήματος, οι οποίες μπορεί να προκληθούν από διάφορες καταστάσεις²².

Η διάκριση μεταξύ «διαφορετικών τύπων» πόνου δεν είναι απόλυτη. Σε μερικές καταστάσεις παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ τους. Για παράδειγμα ο φυσιολογικός πόνος που προκαλείται από κάποιο αβλαβές ερέθισμα μπορεί να μεταβληθεί σε φλεγμονώδη πόνο και αυτός αντίστοιχα σε νευρολογικό. Το νευρικό σύστημα έχει μια δυνατότητα διαφοροποίησης η οποία είτε το προσαρμόζει προς τις μεταβολές «adaptive plasticity», είτε διακόπτει την φυσιολογική λειτουργία του «maladaptive plasticity» και δημιουργεί παθολογική κατάσταση του πόνου^{20,22}. Διακρίνουμε τέσσερις κατηγορίες μεταβολών του νευρικού συστήματος οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν πόνο²³:

1. περιφερική ευαισθητοποίηση των πρωταρχικών προσαγωγών οδών
2. κεντρική ευαισθητοποίηση των νευρώνων των οπισθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού
3. παθολογικές ιδιότητες κεντρικών κυκλωμάτων
4. μόνιμες μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα).

2.4 Νευρικό σύστημα

Το νευρικό σύστημα είναι το σύστημα κατά το οποίο ρυθμίζονται όλες οι λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος και σε συνεργασία με τα άλλα συστήματα τις συντονίζει ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Έτσι, ο οργανισμός λειτουργεί ως ένα ενιαίο ανατομικά και λειτουργικά σύνολο. Από πλευράς

μορφολογίας, το νευρικό σύστημα αποτελείται από το κεντρικό και το περιφερικό σύστημα. Το κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ. Ν. Σ.) περιλαμβάνει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό ενώ το περιφερικό σύστημα αποτελείται από τα γάγγλια και τα νεύρα²³.

2.5 Νευρικό σύστημα και πόνος

Η είσοδος των διαφόρων αισθητικών πληροφοριών στο νευρικό σύστημα εξασφαλίζεται από τους αισθητικούς υποδοχείς. Όλοι οι υποδοχείς του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις που σχηματίζουν ένα πολύπλοκο δίκτυο. Βρίσκονται σε μεγάλο αριθμό στις επιπολείς στιβάδες του δέρματος, καθώς και σε ορισμένους εν τω βάσει ιστούς. Παρόλα αυτά κάθε εκτεταμένη βλάβη ιστών μπορεί να προκαλέσει βύθιο πόνο στις αντίστοιχες περιοχές^{21,23}.

2.5.1 Νευρικές ίνες και οδοί πόνου

Τα αλγεινά ερεθίσματα συνήθως προέρχονται από την περιφέρεια (άκρα) του σώματος. Για να γίνουν αντιληπτά, τα ερεθίσματα πρέπει να μεταφερθούν πρώτα στο νωτιαίο μυελό και στη συνέχεια στις κεντρικές περιοχές του εγκεφάλου. Στην περιφέρεια, τα ερεθίσματα μεταδίδονται από δύο ειδών νευρικές ίνες: (1) ίνες $A_{\delta\epsilon\lambda\tau\alpha}$, που απαντώνται κυρίως στο δέρμα και στους μύες, και (2) ίνες C, που βρίσκονται στους μύες, στο περίοστεο και στα σπλάγχνα. Οι δύο αυτοί τύποι νευρικών ινών ανήκουν στους πρωτεύοντες νευρώνες και έχουν την ικανότητα να δέχονται αισθητικά ερεθίσματα²⁴.

Οι αλγοϋποδοχείς αντιδρούν σε βλαβερά ή δυνητικά βλαβερά ερεθίσματα, που μπορεί να είναι χημικά, θερμικά ή μηχανικά. Οι απολήξεις αυτές θεωρούνται ως ειδικοί αισθητικοί υποδοχείς για τον πόνο και ανήκουν στο περιφερικό τμήμα του πρώτου αισθητικού νευρώνα του πόνου, στο οποίο το κύτταρο βρίσκεται στο νωτιαίο γάγγλιο. Ανάλογα με το μέγεθός τους και την ταχύτητα αγωγής της ώσης, οι αισθητικές νευρικές ίνες διακρίνονται σε δύο είδη^{23,24}:

1. Οι νευρικές ίνες $A_{\delta\epsilon\lambda\tau\alpha}$

Αυτές οι ίνες έχουν διάμετρο 6 – 8 μ . και έχουν μεγάλη ταχύτητα αγωγής (6 – 30 m/ sec). Περιέχουν μυελίνη και μεταδίδουν τα απότομα, ισχυρά, τύπου τσιμπήματος ή διαπεραστικά ερεθίσματα. Ένα άτομο που δέχεται τέτοιου τύπου ερεθίσματα είναι συνήθως σε θέση να προσδιορίσει εύκολα την περιοχή απ'όπου προέρχονται. Καθώς αυτές οι νευρικές ίνες αντιδρούν κυρίως σε μηχανικά παρά σε χημικά ή θερμικά ερεθίσματα, ονομάζονται συνήθως μηχανικοί αισθητικοί υποδοχείς²⁴.

2. Οι νευρικές ίνες C

Οι συγκεκριμένες ίνες έχουν διάμετρο 2 – 4 μ . ενώ παρατηρείται σε αυτές μικρή ταχύτητα αγωγής (0,5 – 2 m/ sec). Δεν περιέχουν (ή περιέχουν ελάχιστη) μυελίνη και μεταδίδουν θερμικά, χημικά και ισχυρά μηχανικά ερεθίσματα. Η μετάδοση του πόνου μέσω των νευρικών ινών C είναι πιο διάχυτη και αμβλεία και προσομοιάζει με κάψιμο ή φλεγμονή – πολύ διαφορετική από την αίσθηση που μεταδίδεται μέσω των νευρικών ινών $A_{\delta\epsilon\lambda\tau\alpha}$. Αντίθετα με την παροδική φύση των αισθημάτων που

μεταδίδονται μέσω των νευρικών ινών A_{δέλτα}, οι νευρικές ίνες C προκαλούν συνεχή αίσθηση πόνου²⁴.

2.6 Διαχωρισμός του πόνου

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες πόνου:

1. Οξύς πόνος
2. Χρόνιος κακοήθης πόνος
3. Χρόνιος καλοήθης πόνος

Ο οξύς πόνος είναι αποτέλεσμα σοβαρού τραυματισμού, ασθένειας ή χειρουργικής επέμβασης. Ο χρόνιος πόνος χωρίζεται σε δύο υπότυπους²⁵. Ο χρόνιος κακοήθης πόνος σχετίζεται με τον καρκίνο ή άλλες εξελισσόμενες νόσους όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσοεπάρκειας (AIDS). Η αιτία του πόνου είναι συνήθως επικίνδυνη για τη ζωή. Ο χρόνιος καλοήθης πόνος σχετίζεται με τραυματισμό ιστών που επουλώνονται ή δεν σχετίζεται με καρκίνο, όπως είναι ο πόνος των ασθενών με αρθρίτιδα ή χρόνιους πόνους στη μέση. Αυτός ο τύπος του πόνου είναι πλέον συνηθισμένος²⁶.

2.6.1 Οξύς πόνος

Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι έχουν την εμπειρία του οξέος πόνου σε κάποια στιγμή στη ζωή τους. Υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία διαφοροποιούν την κατηγορία αυτή του πόνου από το χρονιότερο (μακροχρόνιο) πόνο, που συνήθως σχετίζεται με κάποια χρόνια νόσο. Μία σημαντική διάκριση μεταξύ οξέος και χρόνιου πόνου είναι η επίδραση του στις βιολογικές αντιδράσεις. Ο οξύς πόνος εξυπηρετεί κάποιο βιολογικό σκοπό. Αποτελεί ένα προειδοποιητικό σημείο, καθώς ενεργοποιεί το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και προκαλεί διάφορες φυσιολογικές αποκρίσεις. Οι αποκρίσεις αυτές είναι παρόμοιες μ' εκείνες των αντιδράσεων του τύπου «φυγής ή μάχης» και περιλαμβάνουν τα ακόλουθα^{25,26}:

- ✓ Αύξηση αρτηριακής πίεσης
- ✓ Αύξηση του καρδιακού ρυθμού
- ✓ Αύξηση του αναπνευστικού ρυθμού
- ✓ Διαστολή της κόρης των οφθαλμών
- ✓ Εφίδρωση

Οι συμπεριφορικές ενδείξεις του οξέος πόνου μπορεί να περιλαμβάνουν ανησυχία, ανικανότητα συγκέντρωσης, φόβο και γενική κατάπτωση.

Ο οξύς πόνος είναι συνήθως παροδικός, με αιφνίδια εμφάνιση και εντοπίζεται σχετικά εύκολα. Ο ασθενής μπορεί συνήθως να περιγράψει τον πόνο, ο οποίος μπορεί να προχωρήσει με ή και χωρίς θεραπεία. Συνήθως είναι το αποτέλεσμα τραύματος από ξαφνικό ατύχημα ή από χειρουργική επέμβαση, ισχαιμία και οξεία φλεγμονή²⁷.

Ο οξύς πόνος είναι συνήθως αποτέλεσμα τραύματος σε επιφανειακές ή επιδερμικές δομές και περιορίζεται στην προσβεβλημένη περιοχή. Καθώς η περιοχή αυτή επουλώνεται, η ποιότητα ή η αίσθηση του πόνου μεταβάλλονται. Αν και μπορεί να είναι πολύ ισχυρός, ο οξύς πόνος υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου και γενικά μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Ο υπεύθυνος της φροντίδας αλλά και ο

ασθενής είναι σε θέση να βιώνουν το τέλος του πόνου, γεγονός που διευκολύνει σημαντικά τη συνεργασία τους^{26,27}.

Ο πόνος που συνοδεύει κάποια χειρουργική επέμβαση είναι ένα από τα πιο κοινά παραδείγματα οξείας μορφής πόνου, δυστυχώς όμως δεν είναι κατανοητός και συχνά δεν αντιμετωπίζεται σωστά. Συνήθως αυτός ο πλημμελώς αντιμετωπιζόμενος μετεγχειρητικός πόνος είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς φαρμακοθεραπείας. Η σοβαρότητα του μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα του μακροχρόνιου πόνου²⁵.

Η χρήση προληπτικής αναλγησίας αποτελεί μια σχετικά καινούργια τεχνική, που σχεδιάστηκε με σκοπό την ελάττωση του πόνου κατά την ελάττωση του χρόνου νοσηλείας. Στην προληπτική αναλγησία περιλαμβάνεται η χορήγηση τοπικών αναισθητικών, οπιοειδών και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑΦ) κατά την προεγχειρητική περίοδο, κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετεγχειρητικά. Αυτού του είδους η παρέμβαση μπορεί να αναστείλει αλλαγές στο νωτιαίο μυελό – αλλαγές που συχνά οδηγούν σε κεντρική ευαισθητοποίηση, που έχει ως αποτέλεσμα την εγκατάσταση χρόνιου πόνου²⁸.

Σε γενικές γραμμές, οι ενδοθωρακικές και οι ενδοκοιλιακές χειρουργικές επεμβάσεις σχετίζονται με εντονότερο, σταθερότερο πόνο στην πληγή και με πόνο στη διάρκεια των κινήσεων κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Πολλοί ασθενείς που υποβάλλονται σε κάποια επιγανειακή χειρουργική επέμβαση στο κεφάλι στο λαιμό στο θωρακικό τοίχωμα ή στα άκρα αναφέρουν ελάχιστο ή και καθόλου μετεγχειρητικό πόνο. Οι διαδικασίες που περιλαμβάνουν διατομή μυϊκών ινών είναι πολύ πιο επώδυνες από εκείνες που απαιτούν απλή διάτασή τους.

Με βάση αυτές τις γνώσεις οι χειρουργοί έχουν τροποποιήσει τις τεχνικές τους, έτσι ώστε να ελαττώνουν τα στοιχεία που προκαλούν αυτού του είδους τον πόνο^{27,28}.

2.6.2 Χρόνιος πόνος

Ως **χρόνιος πόνος** ορίζεται ο πόνος που επιμένει ή επαναλαμβάνεται για μια αόριστη χρονική περίοδο, συνήθως περισσότερο από τρεις μήνες²⁹. Η εμφάνιση είναι σταδιακή, ενώ ο τύπος και η ένταση του πόνου αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Επειδή ο χρόνιος πόνος αφορά συνήθως σε συστήματα που βρίσκονται στο βάθος του σώματος, κατά κανόνα εντοπίζεται και περιγράφεται δύσκολα. Στην περίπτωση που το υπεύθυνο αίτιο δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ιατρικά, ο έλεγχος των μακροχρόνιων επιδράσεων του χρόνιου πόνου μπορεί να αποτελέσει μια δύσκολη κλινικά πρόκληση^{27,28,29}.

Λόγω του γεγονότος ότι ο χρόνιος πόνος παραμένει για μεγάλες χρονικές περιόδους, μπορεί να παρεμβαίνει στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, ενώ επίσης μπορεί να προκαλεί οικονομικά και συναισθηματικά προβλήματα. Για αυτούς τους λόγους απαιτούνται οι προσπάθειες μιας διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας υγείας για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η κατάσταση³⁰.

Πόνος που αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς αποτελεί μια εκνευριστική, αποδιοργανωτική εμπειρία για τον υποφέρει, αλλά και για τον που τον φροντίζει. Αν και πολλά χαρακτηριστικά του χρόνιου πόνου είναι παρόμοια σε διαφορετικούς ασθενείς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι κάθε περίπτωση είναι μοναδική και απαιτεί ένα εξαιρετικά εξειδικευμένο πρόγραμμα φροντίδας^{28,29}.

2.6.3 Χρόνιος κακοήθης πόνος

Περίπου δύο τρίτα των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο εμφανίζουν μέτριους έως σοβαρούς πόνους. Είναι απογοητευτικό ότι γνωρίζουμε πάνω από 30 χρόνια ότι το 90% του καρκινικού πόνου μπορεί να αντιμετωπιστεί χορηγώντας απλά επαρκείς ποσότητες οπιοειδών από το στόμα σε 24ωρη βάση²⁸. Παρόλ' αυτά, οι ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου αντιμετωπίζονται συχνά ανεπαρκώς όσον αφορά στους ισχυρότατους πόνους που βιώνουν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό καρκινικού πόνου οφείλεται αυτή την ίδια τη νόσο. Αιτίες του πόνου περιλαμβάνουν συμπίεση νεύρων, διήθηση ιστών και/ ή οστικές μεταστάσεις. Οι αντικαρκινικές θεραπείες μπορεί επίσης να προκαλέσουν πόνους, όπως κάποια χειρουργική επέμβαση, ή ακόμα τοξικότητα της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας.

Οι ασθενείς με κακοήθη πόνο συχνά πονούν σε δύο ή περισσότερα σημεία, αλλά συνήθως κάνουν λόγο μόνο για την πρωτογενή περιοχή του πόνου. Θα πρέπει να εφαρμόζουμε ολοκληρωμένη αξιολόγηση, ώστε να εντοπίζουμε όλες τις πιθανές περιοχές πόνου^{28,29}.

2.6.4 Χρόνιος μη καρκινικός πόνος

Ο χρόνιος μη καρκινικός πόνος αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Αντίθετα με τον οξύ πόνο, ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί κάποιο βιολογικό σκοπό. Μετά το αρχικό προειδοποιητικό σημάδι του πόνου, το σώμα θα πρέπει να μάθει να προσαρμόζεται στα συνεχόμενα νευρικά ερεθίσματα, αναστέλλοντας ή ρυθμίζοντας κατάλληλα το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (το οποίο προκαλεί την αντίδραση φυγής ή μάχης στον οξύ πόνο). Λόγω ακριβώς αυτής της προσαρμογής τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον οξύ πόνο απουσιάζουν από το χρόνιο πόνο²⁹.

Ο χρόνιος μη καρκινικός πόνος παλαιότερα ονομαζόταν καλοήθης πόνος. Εντούτοις, οι περισσότεροι ειδικοί στα θέματα του πόνου και ασφαλώς ασθενείς που υποφέρουν καθημερινά από πόνους, πιστεύουν ότι όλες οι μορφές του πόνου είναι κακοήθεις, διαπίστωση που εξηγεί τον νέο όρο.

Ο χρόνιος πόνος μπορεί να οφείλεται σε χρόνιες νόσους όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο ερυθματώδης λύκος, η δρεπανοκυτταρική αναιμία, η ινομυαλγία, οι οσφυαλγίες, οι χρόνιες κεφαλαλγίες και η οστεοπόρωση³¹.

Ο νευροπαθητικός πόνος είναι μια από τις σοβαρότερες προκλήσεις στην κατηγορία του χρόνιου μη καρκινικού πόνου. Ο νευροπαθητικός πόνος περιγράφεται ως κάψιμο, σούβλισμα και αίσθηση τρυπήματος με καρφίτσες και βελόνες^{29,31}.

2.7 Θεωρητική βάση του πόνου

Στα πρόθυρα του 21^{ου} αιώνα, ο πόνος παραμένει αίνιγμα που δεν έχει απαντηθεί, ένα μυστήριο που η ανθρώπινη λογική δεν κατάφερε πλήρως να ερμηνεύσει. Το ανήσυχο ανθρώπινο πνεύμα παλεύοντας να κατανοήσει, δημιούργησε τις επιστημονικές θεωρίες πόνου³².

Η πρώτη σύγχρονη θεωρία διατυπώνεται από τον Γάλλο Rene Descartes (1644), ονομάζεται Εξειδικευμένη θεωρία και αποτελεί την πλέον ορθόδοξη θεώρηση πόνου. Αναγνωρίζει τον πόνο σαν μία συγκεκριμένη οντότητα, παρόμοια με την όραση, όσφρηση, με δικά της περιφερικά και κεντρικά στοιχεία. Λειτουργεί μόνο σαν σύστημα συναγερμού, με μοναδικό σκοπό να δίνει σύνθημα απειλής στον οργανισμό.

Επειδή όμως δεν υπάρχει χώρος για ψυχική διάσταση στην εμπειρία πόνου, εκείνοι που παραπονούνται ότι υποφέρουν χωρίς εμφανή σημεία οργανικής νόσου

αποκαλούνται κατά φαντασία άρρωστοι και παραπέμπονται για ψυχιατρική εξέταση. Η θεωρία αυτή εξηγεί πως ο πόνος ανακουφίζεται με παρεμβάσεις στις οδούς μεταφοράς του, αλλά δεν μπορεί να ερμηνευσει πως το ίδιο ερέθισμα γίνεται αντιληπτό από ορισμένα άτομα ως έντονο, από άλλα ως μέτριο και δεν γίνεται καθόλου αντιληπτό από κάποια άλλα^{29,32}.

Αν και η θεωρία του Descartes επεκράτησε για 300 περίπου χρόνια θεωρήθηκε λανθασμένη από νεότερους σκεπτόμενους παρατηρητές, και ονομάστηκε υποδειγματική θεωρία. Στην πραγματικότητα η θεωρία αυτή αποτελείται από πολλές ελαφρά διαφορετικές θεωρίες που διατύπωσαν οι Coldscheid, Livingston (1943), Inman (1968), Noordenbos (1959), Weddell και συν οι οποίοι πρότειναν ότι δεν υπάρχουν ειδικές ίνες ή υποδοχές πόνου και ότι το νευρικό μήνυμα πόνου παράγεται από ερεθίσματα μη ειδικών υποδοχέων³².

Ορισμένες έδωσαν έμφαση στην ένταση του επώδυνου ερεθίσματος ως κριτικό καθοριστικό στοιχείο πόνου, ενώ άλλες σε ένα σαφές κεντρικό αθροιστικό μηχανισμό. Αν και όλες ισχυρίζονται ότι ο εγκέφαλος είναι παθητικός δέκτης μηνυμάτων οι θεωρητικές απόψεις είναι πετυχημένες αφού μετακίνησαν το θέμα μακριά από την περιφέρεια, προς τον νωτιαίο μυελό.

Στα μέσα του 20ου αιώνα έγινε προσπάθεια ανάπτυξης άλλης μορφής θεωριών (μη νευροφυσιολογικές θεωρίες πόνου) όπου η αντίληψη καθορίζεται και από άλλους παράγοντες παρά αυτόν καθαυτό τον τραυματισμό, όπως; προσωπικότητα, πολιτιστικό υπόβαθρο, προηγούμενες εμπειρίες, άλλες δραστηριότητες του νευρικού συστήματος. Μία γνωστή θεωρία είναι του Fordyce (1973) η θεωρία Συμπεριφοράς. Η πλέον ευρέως αποδεκτή από τις ψυχολογικές θεωρίες είναι η υπόθεση εχθρότητας^{5,32}.

Το 1965 οι Melzack και Wall προτείνουν μια νέα θεωρία, η οποία παρέχει σχετικά ικανοποιητική μέχρι σήμερα νωσιολογική και ψυχολογική εξήγηση του φαινομένου του πόνου. Κατά τη θεωρία αυτή ο πόνος και η αντίληψη του εξαρτώνται από την αλληλεπίδραση τριών συστημάτων: α) της πηκτοειδούς ουσίας στη φαιά ουσία του νωτιαίου μυελού που τροποποιεί τα εισερχόμενα ερεθίσματα. β) ένα κεντρικό σύστημα ελέγχου στο φλοιό και θάλαμο που επηρεάζει τα μηνύματα που φθάνουν στον εγκέφαλο και γ) το νευρικό σύστημα που σχετίζεται με την αντίληψη του πόνου. Η μεταφορά των εν δυνάμει επώδυνων ερεθισμάτων στο επίπεδο της ενσυνείδητης αντίληψης μπορεί να επηρεασθεί από ένα μηχανισμό πύλης που ευρίσκεται στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού στο κεντρικό νευρικό σύστημα³².

2.7.1 Θεωρία πύλης ελέγχου

Η θεωρία της πύλης ελέγχου προτάθηκε για να εξηγήσει την παρατηρούμενη συσχέτιση μεταξύ πόνου και συναισθήματος. Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η συμπεριφορά και οι συναισθηματικές αντιδράσεις, επηρεάζουν επίσης την αντίληψη του πόνου²³.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, υπάρχει ένας μηχανισμός πύλης στο νωτιαίο μυελό. Οι νευρικές ίνες (ίνες Α_{δελτα} και C) μεταδίδουν το ερέθισμα του πόνου από την περιφέρεια του σώματος. Αυτού του είδους τα ερεθίσματα μεταφέρονται στα νωτιαία κέρατα της σπονδυλικής στήλης και συγκεκριμένα στην πηκτωματώδη ουσία (substantia gelatinosa). Τα κύτταρα της πηκτωματώδους ουσίας μπορούν να εμποδίσουν ή να προωθήσουν τις ώσεις του πόνου που μεταδίδονται στα κύτταρα της σκανδάλης (T - κύτταρα). Όταν η ενεργότητα των T - κυττάρων αναστέλλεται, η πύλη κλείνει και είναι λιγότερο πιθανό να μεταδοθούν τα ερεθίσματα στον εγκέφαλο, ενώ όταν η πύλη είναι ανοικτή τα ερεθίσματα του πόνου φτάνουν στον εγκέφαλο^{23,24}.

Παρόμοιοι μηχανισμού πύλης υπάρχουν και στις νευρικές ίνες που εξέρχονται από το θάλαμο και το φλοιό του εγκεφάλου. Αυτές οι περιοχές του εγκεφάλου ρυθμίζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα, όπου περιλαμβάνονται και οι αντιλήψεις και οι αξίες ενός ατόμου. Όταν ένα άτομο πονά, οι σκέψεις και τα συναισθήματα του μπορεί να τροποποιήσουν τον τρόπο αντίληψης των φαινομένων καθώς αυτά φτάνουν το επίπεδο της συνείδησης.

Η θεωρία της πύλης ελέγχου έχει βοηθήσει τους νοσηλευτές και τους άλλους επαγγελματίες φροντίδας να αναγνωρίσουν την ολιστική φύση του πόνου. Το αποτέλεσμα είναι η χρήση διαφόρων συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών για να συμβάλλουν στην ανακούφιση του πόνου^{19,23,24}.

2.8 Απόψεις και γνώσεις των νοσηλευτών

Οι απόψεις που έχουν οι νοσηλευτές σχετικά με τον πόνο επηρεάζουν κατά πολύ τον τρόπο που αντιλαμβάνονται και αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς που πονούν. Χωρίς τις απαραίτητες γνώσεις γύρω από τον πόνο και τις αναλγητικές θεραπείες και χωρίς τις κατάλληλες ικανότητες αξιολόγησής του, οι νοσηλευτές μπορεί να μην καταλαβαίνουν τον πόνο των ασθενών του και να μην είναι σε θέση να συμμετέχουν, μαζί με τους ιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες, στην αντιμετώπισή του.

Οι νοσηλευτές με φτωχή προσωπική εμπειρία στον πόνο μπορεί να υποτιμήσουν το μέγεθος του πόνου σε καταστάσεις που σχετίζονται με ασθένειες και διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις. Ίσως περιμένουν από ασθενείς με χρόνια πόνο να αντιδρούν παρόμοια με εκείνους που νιώθουν οξύ πόνο. Μπορεί να υποθέτουν ότι οι αντιδράσεις στον πόνο, συμπεριλαμβανομένων των παραπόνων, είναι σχετικά φυσιολογικές με βάση κάποιες προσωπικές τους πολιτισμικές αξίες. Όσο περισσότερο διαφέρουν οι αντιδράσεις του ασθενούς από αυτά τα αναμενόμενα πρότυπα, τόσο πιθανότερο είναι να είναι θετικά ή αρνητικά προκατειλημμένος απέναντι του ο νοσηλευτής³³.

2.9 Απόψεις και γνώσεις των ασθενών

Δεν είναι μόνο οι επαγγελματίες της φροντίδας υγείας που χρειάζονται εκπαίδευση σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου, αλλά και οι ασθενείς. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να απολαμβάνουν σωστή αντιμετώπιση του πόνου μέσω εκπαίδευσης γύρω από τις διαθέσιμες υπηρεσίες και πηγές³⁴.

Πολλοί ασθενείς διστάζουν να αναφέρουν ότι πονούν και όταν το κάνουν μπορεί να υποβαθμίζουν τη βαρύτητα του πόνου τους (Berry & Dahl, 2000). Κάποιοι ασθενείς μπορεί να μην παραπονιούνται ότι πονούν γιατί θέλουν να είναι «καλοί» ασθενείς ή γιατί δε θέλουν να ενοχλούν ή να απασχολούν τους υπεύθυνους φροντίδας από άλλα πιο σοβαρά θέματα. Σε ασθενείς με ιστορικό καρκίνου ο πόνος μπορεί να αποτελεί μια ανεπιθύμητη υπενθύμιση της νόσου και της εξέλιξης της.

Κάποιοι ασθενείς επίσης μπορεί να διστάζουν να πάρουν αναλγητική θεραπεία, ειδικά οπιοειδή αναλγητικά, γιατί φοβούνται ότι θα αποκτήσουν εξάρτηση από το φάρμακο. Αυτές οι υπερβολικές φοβίες σχετικά με την εξάρτηση θα πρέπει να αναλυθούν από το νοσηλευτή, έτσι ώστε να ακολουθήσει σωστά ο ασθενής το φαρμακολογικό του σχήμα^{34,35}.

2.10 Αντίληψη του πόνου και διαφορές στην αντιμετώπισή του

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη και την αντίδραση στον πόνο. Παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο και ακόμα η κληρονομικότητα επηρεάζουν την ικανότητα κάποιου να αντιλαμβάνεται και να αντιδρά στον πόνο²⁵. Οι παράγοντες αυτοί θέτουν επίσης τους ασθενείς σε κίνδυνο για ανεπαρκή θεραπεία.

Η ηλικία μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο αντίληψης, αξιολόγησης και αντιμετώπισης του πόνου. Έχει τεκμηριωθεί επαρκώς ότι η συχνότητα πόνου στους ηλικιωμένους είναι τόσο υψηλή, όσο και η πιθανότητα για ανεπαρκή θεραπεία του.

Είναι γνωστό ότι κάποιες συγκεκριμένες επώδυνες καταστάσεις είναι συχνότερες είτε σε άνδρες είτε σε γυναίκες. Το 72% των χρονίως πασχόντων ατόμων είναι γυναίκες. Οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα από ημικρανίες, Κεφαλαλγίες τύπου τάσεως, ρευματοειδή αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα, ινομυαλγία και σκλήρυνση κατά πλάκα. Οι άνδρες υποφέρουν περισσότερο από αθροιστική κεφαλαλγία, οσφυαλγία, ποδάγρα, περιφερική αγγειοπάθεια και μετερπητική νευραλγία³⁶.

Οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από ανεπαρκή αναλγητική αντιμετώπιση απ'ό,τι οι άνδρες. Σε μια κλασική μελέτη, οι Cleeland et al βρήκαν ότι οι καρκινοπαθείς γυναίκες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για ανεπαρκή αναλγητική θεραπεία απ'ό,τι οι άνδρες. Έχει επίσης τεκμηριωθεί καλά ότι η διερεύνηση του πόνου στο στήθος στους άνδρες είναι πολύ πιο εκτεταμένη απ'ό,τι στις γυναίκες. Οι ερευνητές αυτή τη στιγμή εξετάζουν τις φυλετικές και πολιτισμικές διαφορές στην αντίδραση στον πόνο και στα οπιοειδή³⁶.

2.11 Ανοχή, σωματική εξάρτηση και εθισμός

Είναι πολύ σημαντικό οι νοσηλευτές και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να μην αναφέρονται στους ασθενείς ως «εξαρτημένους», «πρεζάκηδες» ή άλλα παρόμοια επίθετα. Αυτού του είδους οι ετικέτες προκαλούν διακρίσεις και επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών.

Οι περιγραφές που ακολουθούν για τους όρους ανοχή, σωματική εξάρτηση και ανοχή προέρχονται από ένα έγγραφο συμφωνίας (2001) της Αμερικανικής Ακαδημίας Ιατρικής του Πόνου, Αμερικανικής Εταιρίας Πόνου και της Αμερικανικής Εταιρείας Ιατρικής του Εθισμού³⁷.

Ανοχή είναι η κατάσταση προσαρμογής, κατά την οποία η έκθεση σε κάποιο φάρμακο προκαλεί αλλαγές που έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση μίας ή περισσότερων επιδράσεων του φαρμάκου με την πάροδο του χρόνου, σωματική εξάρτηση αποδεικνύεται με την εκδήλωση στερητικού συνδρόμου ειδικού για συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων. Μπορεί να εκδηλωθεί μετά από απότομη διακοπή, ελάττωση των επιπέδων φαρμάκου στο αίμα και/ ή χορήγηση μιας ανταγωνιστικής ουσίας^{9,21}.

Σωματική εξάρτηση παρατηρείται σε οποιονδήποτε λαμβάνει οπιοειδή για κάποια χρονική περίοδο. Είναι πολύ σημαντικό να αποτρέψει κανείς τη σωματική εξάρτηση. Τα αποκαλούμενα συμπτώματα στέρησης εμφανίζονται όταν ένας ασθενής με σωματική εξάρτηση στα οπιοειδή διακόπτει απότομα τη χρήση τους. Τα συμπτώματα αυτά προέρχονται από αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος και περιλαμβάνουν ναυτία και εμέτους, κοιλιακές κράμπες, μυϊκούς σπασμούς, έντονη εφίδρωση, παραλήρημα και επιληπτικές κρίσεις^{9,21,37}.

Όταν είναι αναγκαίο να διακοπεί η αποσιωπητική αναλγησία σε κάποιον ασθενή που είναι εξαρτημένος στα οπιοειδή, μια σταδιακή ελάττωση της φαρμακολογικής δόσης ελαττώνει ή αποτρέπει την εμφάνιση των συμπτωμάτων της σωματικής στέρησης.

Αντίθετα, ο **εθισμός** είναι μια πρωτογενής, χρόνια νευροβιολογική νόσος, της οποίας η εξέλιξη και οι εκδηλώσεις επηρεάζονται από γενετικούς, ψυχοκοινωνικούς, και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: ελλιπή έλεγχο στη χρήση κάποιου φαρμάκου, παρορμητική χρήση, συνεχιζόμενη χρήση παρά τις βλάβες που προκαλεί και έντονη επιθυμία. Ο εθισμός εγκαθίσταται σταδιακά και όχι μετά από μία και μόνο περίοδο νοσηλείας. Το stress από τον ανυποχώρητο πόνο μπορεί να προκαλέσει υποτροπή σε έναν ασθενή υπό ανάρρωση ή σε αύξηση της χρήσης φαρμάκων από άτομο που κάνει ενεργό χρήση ουσιών³⁷.

Ο **ψευδοεθισμός** είναι ένα ιατρογενές σύνδρομο που προκαλείται από την ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου. Χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές του ασθενούς όπως θυμό και ολοένα περισσότερες απαιτήσεις για μεγαλύτερες δόσεις ή για διαφορετικά φάρμακα και έχει ως αποτέλεσμα την καχυποψία και την αποφυγή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ψευδοεθισμός μπορεί να διακριθεί από τον πραγματικό εθισμό από το ότι οι συμπεριφορές αυτές υποχωρούν όταν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ο πόνος³⁷.

Η ανοχή, η σωματική εξάρτηση και ο εθισμός είναι διαφορετικές οντότητες, αλλά μπορεί και να συνυπάρχουν. Εντούτοις, είναι πολύ σημαντικό να διαχωρίζει κανείς την ανοχή και τη σωματική εξάρτηση από τον εθισμό.

Ο κίνδυνος εθισμού σε αναλγητικά φάρμακα έχει υπερτονιστεί. Αν και τα διαθέσιμα στοιχεία στον εθισμό δείχνουν ότι προκαλείται σπάνια μετά από αναλγητική φαρμακοθεραπεία, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ακόμα υπερβολικούς φόβους. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους επίσης διακατέχονται από φόβους σε σχέση με τον εθισμό. Θα πρέπει να δίνονται προσεκτικές εξηγήσεις σχετικά με τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ της σωματικής εξάρτησης και του εθισμού κάθε φορά που κάποιος ασθενής ξεκινά αγωγή με οπιοειδή.

Ασθενείς που είναι χρήστες ναρκωτικών έχουν συχνά και αυτοί τραυματισμούς ή ασθένειες που προκαλούν πόνο. Είναι πολύ σημαντικό για τους νοσηλευτές να ξεχωρίζουν τους ασθενείς που είναι χρήστες ναρκωτικών, κυρίως αυτούς που κάνουν χρήση οπιοειδών, καθότι είναι συνήθως ανθεκτικοί στις αναλγητικές ιδιότητες των οπιοειδών και απαιτούν γενικά μεγαλύτερες δόσεις.

Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος απότομης φυσιολογικής στέρησης όταν χορηγούνται στους χρήστες συνδυασμοί αγωνιστών- ανταγωνιστών ή μερικών αγωνιστών των οπιοειδών^{9,21,37}.

2.12 Εικονικά φάρμακα (Placebo)

Η κλινική χρήση εικονικών φαρμάκων σε μη ερευνητικές θεραπείες δει έχει δείξει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου. Ο ορισμός της McCaffery για το placebo είναι «οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία (φαρμακολογική ή διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής επεμβάσεις) ή νοσηλευτική παρέμβαση η οποία έχει κάποιου είδους επίδραση σε έναν ασθενή λόγω της σαφούς ή υπονοούμενης νοσηλευτικής θεραπευτικής πρόθεσης και όχι λόγω της ίδιας της φύσης της θεραπείας (φυσικές ή χημικές ιδιότητες)»¹⁹.

Τα placebo είναι ουσίες ή παρεμβάσεις που προκαλούν κάποια επίδραση ανεξάρτητα από τη γνωστή ενδογενή τους αξία. Η θετική αντίδραση ασθενούς σε placebo είναι γνωστή ως φαινόμενο placebo. Τα placebo δεν αποδεικνύουν κατά

πόσο ο ασθενής αισθάνεται πραγματικά πόνο ή όχι. Λόγω της εξαπάτησης και της ανάγκης εγγραφής συγκατάθεσης, δε χορηγούμε ποτέ placebo στους ασθενείς μας.

Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να αναπτύξουν εκπαιδευτικά προγράμματα για την πληροφόρηση των επαγγελματιών γύρω από την αντιμετώπιση του πόνου, συμπεριλαμβανομένης της ακατάλληλης χρήσης των placebo. Θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τις επιτροπές δεοντολογίας για βοήθεια στην ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικής και διαδικασιών σχετικά με τη χρήση των placebo. Βάσει της απόφασης της Επιτροπής Δεοντολογίας για αποτελεσματική αντιμετώπιση και έλεγχο του πόνου, συνίσταται γενικά η αποφυγή χρήσης placebo σε όλα τα διαπιστευμένα ινστιτούτα και υπηρεσίες³⁸.

Κεφάλαιο 3^ο

Αναγνώριση και εκτίμηση του πόνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Μέθοδοι εκτίμησης – αξιολόγησης

Ο πόνος είναι η πιο συνηθισμένη αιτία που ο ασθενής θα αναζητήσει το γιατρό. Είναι ένα σύμπτωμα σύνθετο, πολυδιάστατο που καθορίζεται όχι μόνο από την κάκωση του ιστού και την αλγαισθησία, αλλά και από τα προσωπικά πιστεύω, την προηγούμενη εμπειρία πόνου, την ψυχή, το συναίσθημα, τα κίνητρα, το περιβάλλον και την προσφυγή στο δικαστήριο που εκκρεμεί. Δεν υπάρχει αντικειμενική μέτρηση του πόνου²⁶. Αυτό αποτελεί ένα πρόβλημα τόσο για τον ασθενή όσο και για το γιατρό. Πώς αισθάνεται ο ασθενής όταν ο πόνος του δεν μπορεί να γίνει αντιληπτός ούτε μπορεί να τον καθορίσει ή να τον αισθανθεί ο γιατρός; Πώς περιγράφεται η πραγματική ποιότητα και η ένταση του πόνου;

Συχνά καλείται ο κλινικός να εξετάσει έναν ασθενή που η διάγνωση του ήταν ακαθόριστη και το ιστορικό του πιθανόν διφορούμενο. Η παθολογία ίσως δεν μπορεί να εξακριβωθεί χρησιμοποιώντας σύγχρονες μεθόδους. Οι ασθενείς αυτοί ενδεχομένως να υποβλήθηκαν σε εκτεταμένες ακτινολογικές εξετάσεις και σε χειρουργικές ακόμη επεμβάσεις. Τα κίνητρα του αρρώστου ή η προσπάθεια του είναι αμφισβητούμενα. Οι αναφορές του πόνου δεν ανταποκρίνονται στο βαθμό της ανικανότητας ή στα ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση. Οι ασθενείς μας και οι οικογένειές τους δεν μπορούν συνήθως να διαχωρίσουν τη δυστυχία, την ταλαιπωρία και τη συμπεριφορά πόνου από τον ίδιο πόνο. Ο πόνος αποτελεί συχνά πρόβλημα μόνον όταν συνυπάρχει με την απελπισία³⁹.

Ο έλεγχος του πόνου απαιτεί πλήρες ιστορικό και εκτεταμένη φυσική εξέταση. Σημαντικές ερωτήσεις για τη σύνταξη του ιστορικού του πόνου αφορούν την εκτόπιση, την ένταση, το χρονικό προσδιορισμό και την ποιότητα του πόνου, καθώς και καταστάσεις που τον βελτιώνουν και τον επιδεινώνουν.

Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας του πόνου οδηγεί στη λογική και κατάλληλη θεραπεία. Απαραίτητος είναι ο συνεχής έλεγχος για την παρακολούθηση της προόδου του ασθενούς και της αλλαγής της θεραπείας. Έχει σημασία να χρησιμοποιείται μια συστηματική προσέγγιση για τον έλεγχο του αρρώστου που παραπονείται ότι πονάει^{39,40}.

3.2 Ιστορικό του πόνου

Το πλήρες και λεπτομερές ιστορικό του πόνου περιλαμβάνει τρία κύρια θέματα: Ένταση, εντόπιση και παθοφυσιολογία που πρέπει να διασαφηνιστούν⁴⁰. Οι ακόλουθες ερωτήσεις βοηθούν στον καθορισμό τους:

1. Ποια είναι η διάρκεια του πόνου;
2. Που είναι ο πόνος;
3. Πόσοι είναι οι πιθανοί μηχανισμοί του πόνου;
4. Ποια είναι η ένταση του πόνου;
5. Ποιοι παράγοντες ανακουφίζουν ή επιδεινώνουν τον πόνο;

3.2.1 Ένταση του πόνου

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω ο πόνος δεν μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες δοκιμασίες και κλίμακες ή βαθμολογίες για να βοηθήσουν στη μέτρηση του πόνου. Η εκτίμηση μιας μόνο διάστασης όπως η ένταση, ωστόσο δεν θα μπορέσει μοιραία να συλλάβει τα πολλά χαρακτηριστικά του πόνου

και της εμπειρίας του. Υπάρχουν πολλά ανταγωνιστικά εργαλεία και κλίμακες για τη μέτρηση του πόνου. Ακολουθούν μερικές από τις πιο συνηθισμένες μεθόδους που χρησιμοποιούνται⁴¹.

3.3 Μονοδιάστατες κλίμακες αυτό-αξιολόγησης.

Γενικά οι κλίμακες αυτό-αξιολόγησης είναι πολύ απλές, χρήσιμες και ασφαλείς μέθοδοι για την εκτίμηση και την παρακολούθηση της επώδυνης κατάστασης του αρρώστου⁴².

3.3.1 Λεκτική περιγραφική κλίμακα

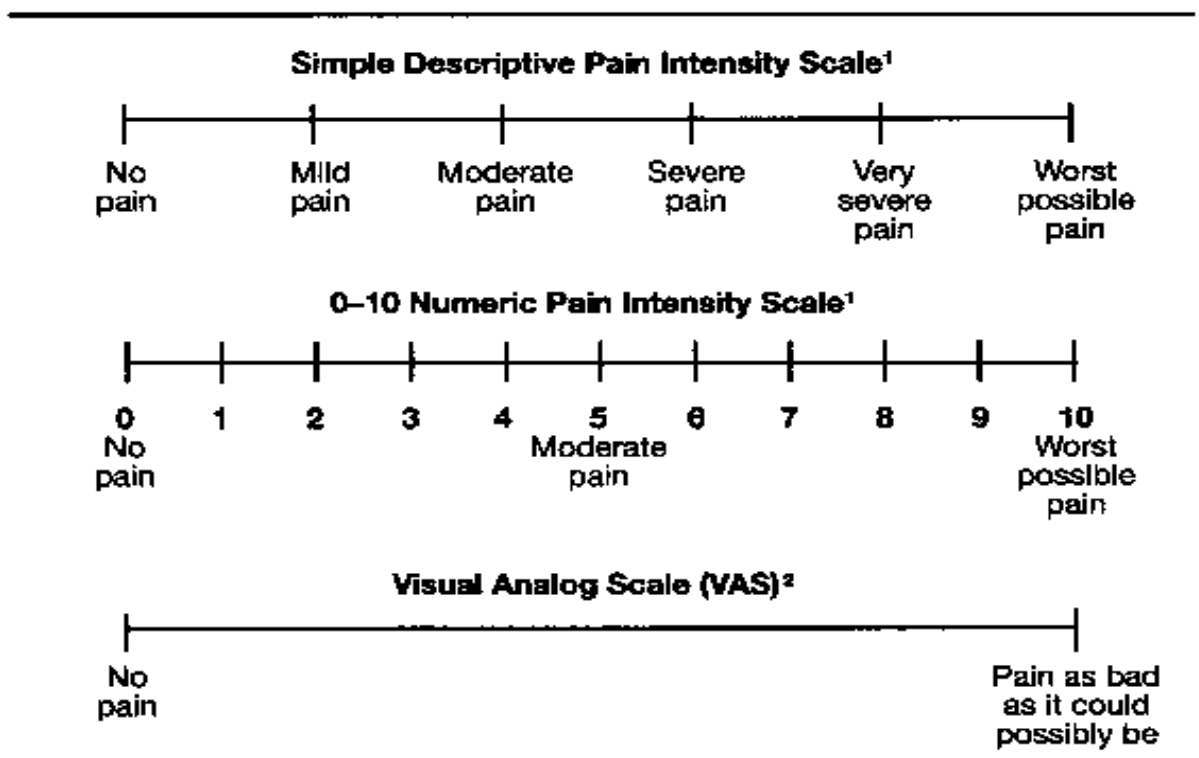
Ο άρρωστος περιγράφει μόνος του τον πόνο επιλέγοντας από έναν κατάλογο επιθέτων σχετικών με τη διαβάθμιση της έντασης του πόνου. Η κλίμακα αποτελείται από πέντε λέξεις που περιγράφουν τον πόνο: λίγος, ενοχλητικός, ανησυχητικός, τρομερός και βασανιστικός. Τα μειονεκτήματα της κλίμακας αυτής είναι η περιορισμένη επιλογή και το γεγονός ότι οι άρρωστοι τείνουν να επιλέγουν πιο μετριοπαθείς περιγραφές αντί των ακραίων⁴³.

3.3.2 Κλίμακα αριθμητικής βαθμολόγησης Numeric Rating Scale

Είναι η πιο απλή κλίμακα αξιολόγησης του πόνου που χρησιμοποιείται συχνότερα. Σε μια κλίμακά από το 0 μέχρι το 10, με το 0 να αντιστοιχεί στην «απουσία πόνου» και το 10 στο «ο χειρότερος πόνος», ο ασθενής επιλέγει έναν αριθμό για να περιγράψει τον πόνο. Τα πλεονεκτήματα της κλίμακας αυτής είναι η απλότητα, η ικανότητα απόδοσης και το γεγονός ότι γίνεται εύκολα αντιληπτή από τον άρρωστο και επισημαίνονται μικρές μεταβολές του πόνου. Το κύριο μειονέκτημα είναι ότι δεν αντανακλά ούτε την ψυχολογία ούτε τη σωματική αποδιοργάνωση που δημιουργήθηκε από μια ειδική διαταραχή⁴³.

3.3.3 Οπτική Αναλογική Κλίμακα Visual Analog Scale

Η κλίμακα αυτή μοιάζει με την παραπάνω, με τη διαφορά ότι ο ασθενής σημειώνει το σημείο που αντιστοιχεί στον πόνο σε μια γραμμή 10cm, της οποίας η μια άκρη χαρακτηρίζεται ως «απουσία πόνου» και η άλλη ως «ο χειρότερος πόνος». Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα είναι τα ίδια με της κλίμακας αριθμητικής βαθμονόμησης^{43,44}.



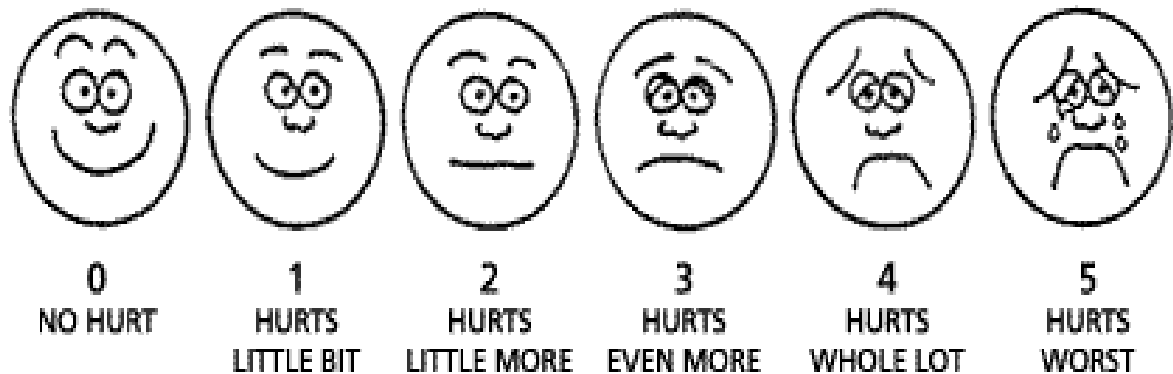
¹If used as a graphic rating scale, a 10 cm baseline is recommended.

²A 10-cm baseline is recommended for VAS scales.

Εικόνα 3.1

3.3.4 Κλίμακα βαθμολόγησης του πόνου με προσωπεία

Η αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά μπορεί να είναι πολύ δύσκολη, γιατί δεν είναι σε θέση να περιγράψουν στον πόνο ή να καταλάβουν τα έντυπα εκτίμησης του πόνου. Η κλίμακα αυτή απεικονίζει έξι πρόσωπα, με χαρακτηριστικά προσώπου που το κάθε ένα έχει μια αριθμητική αξία και κυμαίνεται από ευτυχισμένο μέχρι και δακρυσμένο πρόσωπο. Η κλίμακα αυτή μπορεί να είναι ευεργετική για τους διανοητικά καθυστερημένους ασθενείς^{43,44}.



Εικόνα 3.2

3.4 Πολυδιάστατα εργαλεία

Τα εργαλεία αυτά παρέχουν περισσότερες πληροφορίες για τον πόνο του ασθενούς από την ένταση μόνο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για αιτιάσεις σύνθετου πόνου. Γι' αυτό είναι πιο δύσκολα και χρονοβόρα και προορίζονται για το εξωτερικό ιατρείο και την έρευνα⁴¹.

3.4.1 Ερωτηματολόγιο πόνου του Mc Gill

Είναι μια πολυδιάστατη δοκιμασία που χρησιμοποιείται συχνότερα. Περιγραφικές λέξεις από τις τρεις μείζονες διαστάσεις του πόνου (αισθητική, συναισθηματική και αξιολόγησης) υποδιαιρούνται σε 20 υποκατηγορίες που η καθεμιά τους περιέχει λέξεις διαφορετικών βαθμών. Λαμβάνονται τρεις βαθμολογίες, μία για κάθε διάσταση, καθώς και η συνολική βαθμολογία. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την κλινική έρευνα⁴³.

3.4.2 Βραχεία καταγραφή του πόνου Brief Pain inventory

Στην καταγραφή αυτή οι ασθενείς χαρακτηρίζουν την ένταση του πόνου τους ως « χειρότερος » , « ελάχιστος » , ή « μέτριος » , κατά τον χρόνο που γίνεται η βαθμονόμηση. Επίσης, δείχνουν την εντόπιση του πόνου τους σε ένα σχηματικό διάγραμμα του σώματος. Η μέθοδος αυτή συσχετίζεται με τη βαθμολογία της δραστηριότητας, του ύπνου και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Είναι μια διασταυρωμένη πολιτισμική και χρήσιμη μέθοδος για την εκπόνηση εργασιών⁴³.

Βραχεία καταγραφή του πόνου (university of Wisconsin – Madison, Department of Neurology, Pain Research Group).

Μελέτη _____ Νοσοκομείο _____

Βραχεία καταγραφή του πόνου (μικρό διάγραμμα).

Ημερομηνία:

Ωρα:

Ονοματεπώνυμο:

1. Κατά την διάρκεια της ζωής μας οι περισσότεροι από εμάς είχαν κάποιο πόνο κατά διαστήματα (όπως ελαφρό πονοκέφαλο, πονόδοντο κ.τ.λ.). Έχεις σήμερα πόνο διαφορετικό από αυτά τα είδη πόνου;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Σκίασε στο διάγραμμα τις περιοχές που αισθάνεσαι πόνο. Βάλε X στην περιοχή που πονάς περισσότερο.

3. Παρακαλώ βαθμολόγησε τον πόνο σου βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τον πόνο σου ως χειρότερο το τελευταίο 24ωρο.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(απουσία πόνου)

(ο χειρότερος πόνος που
μπορείς να φανταστείς)

4. Παρακαλώ βαθμολόγησε τον πόνο σου βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τον πόνο σου ως ελάχιστο το τελευταίο 24ωρο.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(απουσία πόνου)

(ο χειρότερος πόνος που
μπορείς να φανταστείς)

5. Παρακαλώ βαθμολόγησε τον πόνο σου βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τον πόνο σου ως μέτριο το τελευταίο 24ωρο.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(απουσία πόνου)

**(ο χειρότερος πόνος που
μπορείς να φανταστείς)**

6. Παρακαλώ βαθμολόγησε τον πόνο σου βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο πονάς αυτή τη στιγμή.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(απουσία πόνου)

**(ο χειρότερος πόνος που
μπορείς να φανταστείς)**

7. Τι θεραπεία ή φάρμακα παίρνεις για τον πόνο σου;

8. Το τελευταίο 24ωρο, πόση ανακούφιση είχες με τη θεραπεία ή τα φάρμακα που πήρες; Παρακαλώ βάλε σε κύκλο τα ποσοστά που ανταποκρίνονται στην ανακούφιση που είχες;

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

(καμία ανακούφιση)

(πλήρης ανακούφιση)

9. Βάλε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει πως επηρέασε ο πόνος σου κατά το τελευταίο 24ωρο τα εξής:

A) Γενική δραστηριότητα

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Δεν επηρεάζει)

(Επηρεάζει απόλυτα)

B) Διάθεση

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Δεν επηρεάζει)

(Επηρεάζει απόλυτα)

Γ) Ικανότητα βαδίσματος

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Δεν επηρεάζει)

(Επηρεάζει απόλυτα)

Δ) Συνήθης εργασία (περιλαμβάνει την εργασία έξω από το σπίτι και οικιακή εργασία):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Δεν επηρεάζει)

(Επηρεάζει απόλυτα)

Ε) Σχέσεις με άλλα πρόσωπα:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Δεν επηρεάζει)

(Επηρεάζει απόλυτα)

ΣΤ) Ύπνο

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Δεν επηρεάζει)

(Επηρεάζει απόλυτα)

Z) Ψυχαγωγία

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Δεν επηρεάζει)

(Επηρεάζει απόλυτα)

(Ομάδα έρευνας πόνου – Τμήμα Νευρολογίας Πανεπιστημίου)

3.5 Εντοπισμός πόνου

Η εντόπιση και η κατανομή του πόνου αποτελούν πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στην κατανόηση της ταλαιπωρίας από τον πόνο. Τα σχεδιαγράμματα του σώματος που υπάρχουν σε ορισμένα από τα εργαλεία εκτίμησης, πιθανώς να αποδειχτούν πολύ χρήσιμα. Ο γιατρός μπορεί όχι μόνο να κρίνει την αντίληψη της τοπογραφικής περιοχής του πόνου από τον ασθενή, αλλά αποφεύγει και τη δυσφορία του αρρώστου σε περίπτωση ανεπαρκούς εντόπισης ή μεγαλοποίησης του πόνου σε άλλες περιοχές του σώματος⁴⁵.

3.5.1 Διαφορές μεταξύ εντοπισμένου και συμβαλλόμενου πόνου

Ο εντοπισμένος πόνος είναι αυτός που περιορίζεται στον τόπο της προέλευσης του χωρίς να ακτινοβολεί ή να μεταναστεύει. Ο προβαλλόμενος πόνος προέρχεται συνήθως από τα σπλάχνα ή βαθύτερες δομές και αντανακλά σε άλλες περιοχές του σώματος. Ένα κλασικό παράδειγμα προβαλλόμενου πόνου είναι ο πόνος του ώμου από ερεθισμό του φρενικού νεύρου, όπως μετά από μετάσταση καρκίνου του παγκρέατος στο ήπαρ⁴⁴.

3.6 Επιπολής, περιφερικός και σπλαχνικός πόνος

Ο επιφανειακός πόνος που προέρχεται από ιστούς πλούσιους σε αλγούποδοχείς όπως το δέρμα, τα δόντια και οι βλεννογόνοι, εύκολα εντοπίζεται και περιορίζεται στο μέρος του σώματος που νεκρώνεται από το νεύρο. Ο σπλαχνικός πόνος προέρχεται από τα σπλάχνα, που περιέχουν σχετικά λιγότερους αλγούποδοχείς. Ο πόνος είναι διάχυτος και συχνά δεν εντοπίζεται ικανοποιητικά. Επιπλέον, περιέχει ένα σημαντικό στοιχείο του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Παίρνοντας ένα πλήρες ιστορικό και απαντώντας στις παραπάνω δύο ερωτήσεις ο γιατρός μπορεί να αρχίσει να διατυπώνει την αιτιολογία του πόνου. Μετά από αυτό θα κατευθυνθεί το υπόλοιπο ιστορικό καθώς και τη φυσική εξέταση στη συστηματική διερεύνηση των συμπτωμάτων και των σημείων που είναι συνήθη σε αυτό τον ειδικό πόνο²⁵.

3.7 Εξέταση του ασθενούς

Χρειάζεται πλήρης έλεγχος που περιλαμβάνει τη γενική φυσική εξέταση και ακολουθεί η νευρολογική, η μυοσκελετική και η εκτίμηση της διανοητικής κατάστασης του ασθενούς. Έχει μεγάλη σημασία να μην περιορίζεται η εξέταση μόνο στην επώδυνη εντόπιση και στους περιβάλλοντες ιστούς και δομές^{25,26}.

3.7.1 Γενική φυσική εξέταση

Είναι η τυπική φυσική (κλινική) εξέταση από το κεφάλι μέχρι τα δάκτυλα των ποδιών που περιγράφεται λεπτομερώς σε πολλά ιατρικά συγγράμματα. Σημειώνεται τα ακόλουθα σημαντικά σημεία.

1. Εμφάνιση – παχύς, αδύνατος, καταπονημένος, επίπεδο συναίσθημα.
2. Στάση – έχει νάρθηκα, σκολίωση, κύφωση.
3. Βάδισμα – χωλότητα, χρήση αντιαναλγητικών ή βοηθητικών μέσων.
4. Έκφραση – πόνος, ένταση, εφίδρωση, αγωνία.
5. Ζωτικά σημεία – υπερδραστηριότητα συμπαθητικού (ταχυκαρδία, υπέρταση), διαφορές θερμοκρασίας (θερμές ή ψυχρές περιοχές).

Έχει σημασία η παρακολούθηση του τρόπου που γδύνεται ο ασθενής. Θα εκτιμηθεί αν κατά τη διαδικασία αυτή, ο ασθενής προτιμά ένα άκρο ή προφυλάσσει ένα μέρος του σώματος του, κάτι που παραβλέπεται συστηματικά από το γιατρό, ίσως για να μη χαρακτηριστεί αδιάκριτος^{25,26,35}.

3.8 Αξιολόγηση του πόνου

Μετά από τη γενική εξέταση ο γιατρός αξιολογεί την ή τις επώδυνες περιοχές του σώματος. Έχει σημασία η αναζήτηση ευρημάτων που συσχετίζουν την κλινική εξέταση με το ιστορικό. Η επισκόπηση της επιφάνειας του δέρματος μπορεί να αποκαλύψει μεταβολές του χρώματος, ερυθρίαση, οίδημα, απώλεια τριχών, παρουσία ή απουσία ιδρώτα κτλ^{35,39}.

Η επισκόπηση των νυχιών ενδεχομένως να αποκαλύψει αλλοιώσεις που υπάρχουν συνήθως στον πόνο συμπαθητικής προέλευσης/ αντανεκλαστικής συμπαθητικής δυστροφίας. Μια κάκωση ρίζας νεύρου μπορεί να συνδυάζεται με δέρμα χήνας (cutis anserina) στο δερματόμιο.

Η ψηλάφηση επιτρέπει τη χαρτογράφηση της επώδυνης περιοχής και την αναζήτηση κάποιας αλλαγής της έντασης του πόνου μέσα στην περιοχή, καθώς και κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Ακόμη αποκαλύπτει την παρουσία ή απουσία μερικών από τους προαναφερθέντες ορισμούς και κάθε σημείο πυροδότησης.

Έχει σημασία ο τρόπος της λεκτικής και μη λεκτικής απάντησης του αρρώστου. Αντιστοιχεί η απάντηση στο επίπεδο του πόνου; Μήπως ο ασθενής αντιδρά υπερβολικά; Συσχετίζεται με τη συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου; Ερευνώνται επίσης παράγοντες που αναπαράγουν, επιδεινώνουν ή βελτιώνουν τον πόνο³⁹.

3.8.1 Νευρολογική εξέταση

Πιο ειδικά ευρήματα συνήθως αποκαλύπτονται κατά τη διάρκεια της νευρολογικής εξέτασης. Είναι επιτακτική η ανάγκη να μην παραβλέπεται η εξέταση αυτή, που μπορεί να γίνει μέσα σε 5 έως 10 λεπτά.

Η διανοητική λειτουργία ελέγχεται με την αξιολόγηση του προσανατολισμού του αρρώστου στα πρόσωπα, στο χώρο και στο χρόνο, την πρόσφατη και παλαιά μνήμη, την επιλογή λέξεων που χρησιμοποιεί για την περιγραφή των συμπτωμάτων και τον τρόπο που απαντάει στις ερωτήσεις καθώς και το μορφωτικό του υπόβαθρο.

Η αξιολόγηση των εγκεφαλικών νεύρων είναι απολύτως αναγκαία, ιδίως στους αρρώστους που παραπονούνται για συμπτώματα πόνου στο κεφάλι, στο λαιμό και στον ώμο²⁴.

Η αξιολόγηση των νωτιαίων νεύρων μπορεί επίσης να γίνει γρήγορα. Η αισθητικότητα των νωτιαίων νεύρων καθορίζεται χρησιμοποιώντας βαμβάκι ή λεπτό χαρτί για την ελαφρά αφή και τρύπημα με καρφίτσα για την ιδιοδεκτική και την εν τω βάθει αισθητικότητα. Στο νευροπαθητικό πόνο υπάρχει πάντα αισθητική ανωμαλία. Η διαφορική διάγνωση των περιφερικών νεύρων καθορίζεται από τα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά, την παρουσία ή απουσία του αντανακλαστικού Babinski και από δοκιμασίες της μυϊκής ισχύος.

Ο συντονισμός αξιολογείται με τον έλεγχο της ισορροπίας, τη γρήγορη κίνηση του χεριού, την κίνηση του δακτύλου προς τη μύτη, την κίνηση του δακτύλου του ποδιού προς την πτέρνα, το βάδισμα και τη δοκιμασία Romberg. Με τις δοκιμασίες αυτές συχνά εντοπίζεται δυσλειτουργία της παρεγκεφαλίδας.

Τα συμπτώματα του ασθενούς με ψυχογενή πόνο συνήθως δεν ανταποκρίνονται στα τυπικά ευρήματα της οργανικής παθολογίας. Υπάρχει συχνά ανώμαλη κατανομή του πόνου, όπως σχήμα κάλτσας ή γαντιού^{23,24}.

3.8.2 Διαγνωστικές εξετάσεις

Η διάγνωση και η κατανόηση του πόνου για τον οποίο παραπονείται ο άρρωστος γίνεται μετά τη λήψη πλήρους ιστορικού και τη λεπτομερή φυσική εξέταση. Οι διαγνωστικές εξετάσεις χρησιμοποιούνται για να επιβεβαιώσουν τις υποψίες του γιατρού, αλλά και να βοηθήσουν στη διάγνωση. Παρακάτω περιγράφονται μερικές από τις πιο συνηθισμένες εξετάσεις που χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση του πόνου³⁹.

Η απλή ακτινογραφία χρησιμοποιείται για τη διάγνωση οστικών ανωμαλιών, όπως παθολογικά κατάγματα μετά από μεταστάσεις στα οστά, παθολογικών καταστάσεων της σπονδυλικής στήλης, όπως σπονδυλολίση και σχηματισμό οστεοφύτων και όγκων των οστών.

Μπορεί ακόμη να αποκαλυφθούν όγκοι των μαλακών μορίων και ανωμαλίες του εντέρου. Οι ακτινογραφίες της επώδυνης περιοχής, συνήθως έχουν ζητηθεί από το γιατρό που παραπέμπει τον ασθενή⁴¹.

Η υπολογιστική τομογραφία (ct) χρησιμοποιείται συχνότερα για τον καθορισμό ανωμαλιών και η μαγνητική συντονιστική απεικόνιση (MR) για παθολογικές καταστάσεις των μαλακών μορίων. Βοηθούν στη διάγνωση στένωσης του σπονδυλικού σωλήνα, κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου ή πρόπτωσης, συμπίεσης ρίζας νεύρου και όγκων σε όλους τους ιστούς, καθώς και ορισμένων αιτιών κεντρικού πόνου, όπως έμφρακτα του ΚΝΣ⁴¹.

Η θερμογραφία είναι ένας μη επεμβατικός τρόπος ελέγχου των θερμικών περιγραμμάτων. Το φυσιολογικό θερμικό περίγραμμα είναι συμμετρικό από τη μία πλευρά του σώματος στην άλλη. Παθολογικές καταστάσεις των ιστών που έχουν σχέση με χημικές και μεταβολικές μεταβολές δημιουργούν ανώμαλα θερμικά περιγράμματα τροποποιώντας την αγγείωση.

Ορισμένα επώδυνα σύνδρομα, όπως νευροπάθειες, μυοσκελετικές, αγγειακές, σπλαγγχνικές διαταραχές και διαταραχές του καρκίνου, έχουν ειδικά θερμικά περιγράμματα και μπορούν με τον τρόπο αυτό να διαγνωστούν θερμογραφικώς. Συμπαθητική δυσλειτουργία, όπως στην αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία,

εύκολα αναγνωρίζεται με τη θερμογραφία, αν και οι συγγραφείς δεν βρήκαν να χρησιμεύει στην αξιολόγηση των αρρώστων που πονούν⁴¹.

Η μυελογραφία επιτυγχάνεται μετά από ένεση σκιερής ουσίας στον υπαραχνοειδή χώρο για να εντοπιστούν ανωμαλίες του νωτιαίου μυελού / σωλήνα ακτινογραφικώς, όπως κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου, πρόσκρουση ρίζας νεύρου και στένωση του σπονδυλικού σωλήνα. Μεγάλα μειονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι η κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληρής μήνιγγος και ο ερεθισμός των μηνίγγων⁴¹.

Ηλεκτρομυογραφία είναι η εξέταση των σκελετικών μυών με βελοειδή ηλεκτρόδια. Η ανώμαλη μυϊκή δραστηριότητα, σε ηρεμία ή με την κίνηση, δείχνει αστάθεια των μυϊκών μεμβρανών, απονεύρωση, μυοπάθεια ή μεταβολές της κινητικής μονάδας⁴¹.

Οι μελέτες ταχύτητας αγωγής του νεύρου αφορούν εξετάσεις αγωγιμότητας των περιφερικών κινητικών και αισθητικών νεύρων μετά από εξωτερικό ερεθισμό. Ελέγχονται συχνότερα οι εμμύελοι νευρικές ίνες, που είναι μεγαλύτερες και έχουν ταχύτερη αγωγιμότητα. Ανωμαλίες της αγωγιμότητας παρατηρούνται σε διαταραχές της μυελίνης, στον τραυματισμό νεύρου, σε νευροπάθειες και σε μεταβολικές διαταραχές⁴¹.

Στο σπινθηρογράφημα οστών χρησιμοποιείται ραδιενεργός ουσία για να αποκαλύψει διάφορες οστικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των νεοπλασματικών, λοιμωδών, αρθρικών τραυματικών, νόσου Paget και αντανακλαστικής συμπαθητικής δυστροφίας. Η ραδιενεργός ουσία συγκεντρώνεται σε περιοχές αυξημένης οστικής ανάπτυξης ή αναπλήρωσης. Είναι μια πολύ ευαίσθητη εξέταση για λεπτές ανωμαλίες οστών, που δεν φαίνονται με τις συνήθεις ακτινογραφίες⁴¹.

Μελέτες μιας μόνο μονάδας νεύρου γίνονται σε λίγα κέντρα, αλλά μπορούν να καθορίσουν ανωμαλίες ειδικών τύπων ινών (πχ τη δραστηριότητα των C ινών που δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί χρησιμοποιώντας τις συνηθισμένες εξετάσεις αγωγιμότητας νεύρου)⁴¹.

Λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και η λειτουργική-μαγνητική συντονιστική απεικόνιση (MR) που βρίσκεται προς το παρόν σε πειραματικό στάδιο, αλλά ίσως αποβεί χρήσιμη στο μέλλον για την αξιολόγηση των αρρώστων που πονούν⁴¹.

Διαγνωστική αποκλεισμοί. Ο διαγνωστικός αποκλεισμός μπορεί να διαχωρίσει το σωματικό από το σπλαχνικό πόνο και να επιβεβαιώσει την ανατομική εντόπιση του πόνου ενός περιφερικού νεύρου. Επιπλέον καθορίζει τις πιθανές θεραπευτικές προσεγγίσεις (π.χ. τη χρήση φαρμάκων για το νευροπαθητικό πόνο ή σηματοθητικολυτικών φαρμάκων)⁴¹.

Έλεγχος θερμικής αίσθησης. Σήμερα υπάρχουν διάφορα μηχανήματα που μπορούν να μετρήσουν την αντίδραση του πόνου στη θερμότητα και το ψύχος και να καθορίσουν την οδό του πόνου των θερμών και ψυχρών ερεθισμάτων. Αν και βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο, οι αναλυτές αυτοί πρέπει να

χρησιμοποιηθούν πιο συχνά στο εγγύς μέλλον σαν πρότυπα εκτίμησης της αντίδρασης των C και A_δ ινών^{23,24}.

Η εκτίμηση του πόνου μπορεί να είναι πολύ δύσκολη, απογοητευτική και χρονοβόρα. Σημασία έχει να αντιμετωπίζεται ο ασθενής σαν σύνολο και όχι μόνο η επώδυνη εντόπιση. Έχει τεράστια σημασία η πίστη στον ασθενή και η δημιουργία επικοινωνίας μαζί του. Η συστηματική προσέγγιση, όπως αντιφέρεται στο κεφάλαιο αυτό, θα βοηθήσει τον κλινικό να καθορίσει την παθοφυσιολογία του αρρώστου που πονάει. Έχοντας αυτές τις γνώσεις, μπορεί να προγραμματιστεί και να αρχίσει μια θεραπευτική αγωγή⁴¹.

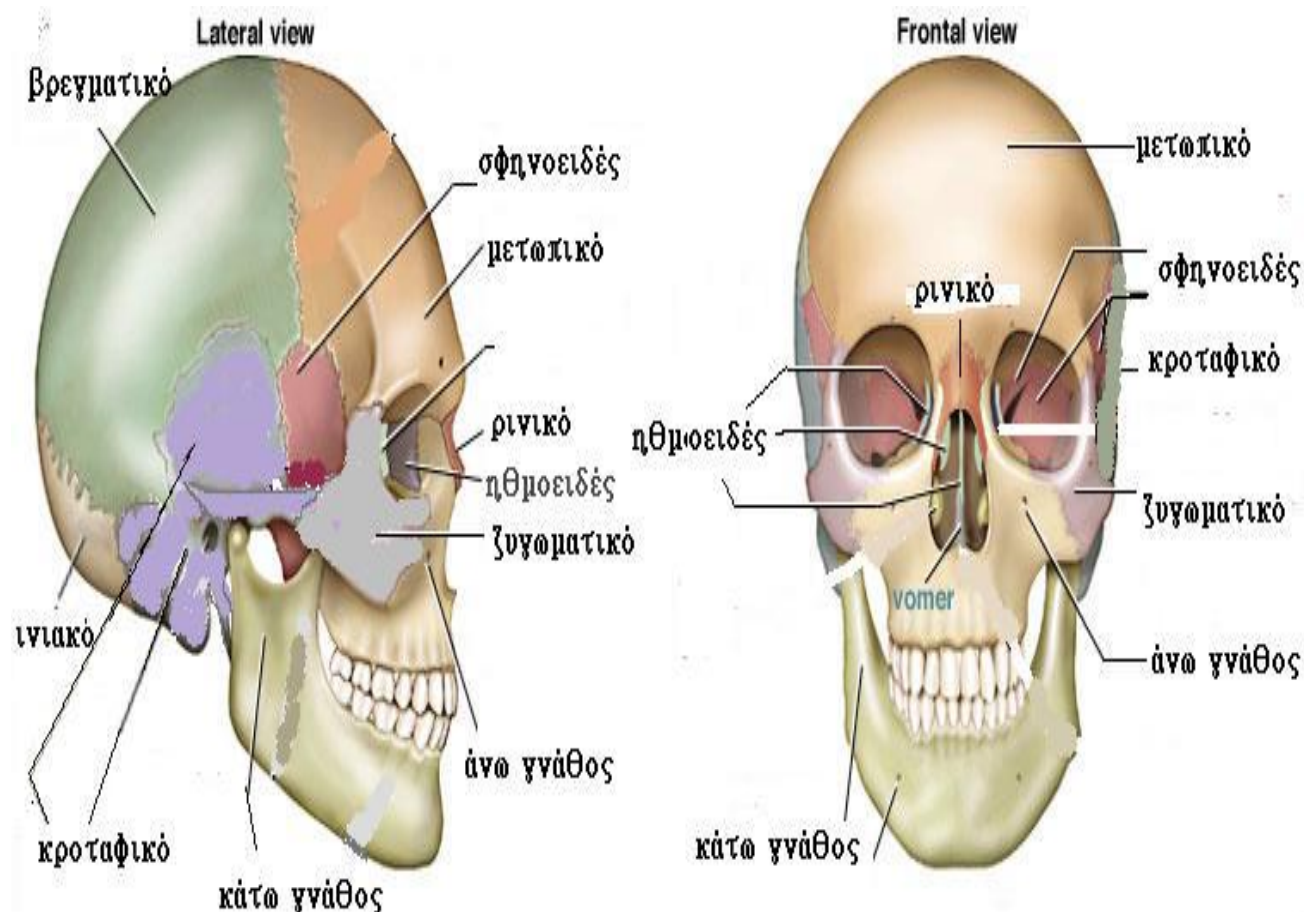
Κεφάλαιο 4^ο

Ανατομική και Φυσιολογική ανασκόπηση κεφαλής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 Ανατομική ανασκόπηση εγκεφαλικού κρανίου

Ο σκελετός της κεφαλής ή κρανίο, διαιρείται στο εγκεφαλικό ή κυρίως κρανίο και στο προσωπικό ή σπλαχνικό κρανίο. Τα οστά του εγκεφαλικού κρανίου είναι οκτώ, το μετωπιαίο, το ινιακό, το σφηνοειδές, το ηθμοειδές και το κροταφικό και βρεγματικό, τα οποία είναι διφυή (ένα αριστερά και ένα δεξιά)⁴⁵.



Εικόνα 4.1

4.1.1 Μετωπιαίο Οστό

Το μετωπιαίο οστό αποτελεί ένα από τα οστά που σχηματίζουν το εγκεφαλικό κρανίο του ανθρώπινου σκελετού. Παριστά το σχήμα του μαλακίου κυδώνι και αποτελείται από δύο μοίρες:

- μια κάθετη, το λέπιο, που αντιστοιχεί στο μέτωπο και
- μια οριζόντια ή κογχική, η οποία συμμετέχει στο σχηματισμό των οφθαλμικών κόγχων και της ρινικής κοιλότητας.

Η εξωτερική επιφάνεια αυτής της μοίρας είναι κυρτή και εμφανίζει στο κατώτερο τμήμα της μέσης γραμμής τα υπολείμματα της μετωπιαίας ραφής, η οποία κατά την παιδική ηλικία διαιρεί το οστό σε δύο τμήματα, κατάσταση η οποία μπορεί

να εμμείνει και εφόρου ζωής. Εκατέρωθεν της ραφής και περίπου 3 εκατοστά πάνω από το υπερκόγχιο χείλος βρίσκονται οι μετωπιαίοι όγκοι, δύο θολωτές διογκώσεις του μετωπιαίου οστού⁴⁶. Το μέγεθός τους ποικίλει μεταξύ διαφορετικών ατόμων, ενώ είναι περισσότερο έντονοι σε νεαρή ηλικία. Η οστέινη επιφάνεια από πάνω τους είναι λεία και καλύπτεται από την επικράνια απονεύρωση.

Κάτω από αυτούς και με τη μεσολάβηση μιας ρηχής αύλακας βρίσκονται τα τοξοειδή υπερόφρυα τόξα, τα οποία προέχουν επί τα εντός και ενώνονται μεταξύ τους στο μεσόφρυο. Έχουν μεγαλύτερο μέγεθος στους άντρες, ενώ σε ένα βαθμό αυτό εξαρτάται από το μέγεθος των υποκείμενων μετωπιαίων κόλπων. Πιο κάτω βρίσκεται σε κάθε πλευρά το καμπύλο και προέχων υπερκόγχιο χείλος, το οποίο αποτελεί το όριο μεταξύ των δύο μοιρών του οστού, αλλά και μεταξύ του εγκεφαλικού και του σπλαγχνικού κρανίου.

Επί τα εκτός το χείλος αυτό είναι οξύ και προέχον, ώστε να παρέχει προστασία στον αντίστοιχο οφθαλμό και καταλήγει στην ισχυρή ζυγωματική απόφυση για την άρθρωση με το ζυγωματικό οστό, ενώ επί τα εντός είναι ομαλότερο. Μεταξύ του έσω και του μέσου τριτημορίου παρατηρείται η υπερκόγχια εντομή, η οποία ενίοτε μετατρέπεται στο ομώνυμο τρήμα, απ'όπου διέρχονται τα υπερκόγχια αγγεία και νεύρα. Προς τα πίσω και επάνω από τη ζυγωματική απόφυση κατευθύνεται η κροταφική γραμμή που διαχωρίζεται σε άνω και κάτω κροταφικές γραμμές, οι οποίες συνεχίζουν στο βρεγματικό οστό και καθορίζουν τον κροταφικό βόθρο, απ'όπου εκφύεται ο κροταφίτης μυς⁴⁵.

Κάτω από το μεσόφρυο βρίσκεται η ρινική μοίρα με την τραχιά ρινική εντομή, όπου αρθρώνονται εκατέρωθεν τα ρινικά οστά, οι μετωπιαίες αποφύσεις των άνω γνάθων και τα δακρυϊκά οστά. Η ρινική απόφυση συνεχίζει προς τα κάτω και εμπρός, κάτω από τα ρινικά οστά και τις μετωπιαίες αποφύσεις των άνω γνάθων, για να καταλήξει στη ρινική άκανθα, η οποία συμμετέχει στο σχηματισμό του ρινικού διαφράγματος. Η εσωτερική επιφάνεια της κάθετης μοίρας είναι κοίλη και παρουσιάζει στη μέση γραμμή και την άνω επιφάνεια την αύλακα για τον άνω οβελιαίο κόλπο, τα χείλη της οποίας ενώνονται προς τα κάτω για να σχηματίσουν τη μετωπιαία ακρολοφία.

Η τελευταία καταλήγει σε μια εντομή, η οποία με την άρθρωση με το ηθμοειδές μετατρέπεται στο τυφλό τρήμα, διαμέσου του οποίου, όταν είναι διαπερατό, διέρχεται μια φλέβα από τη μύτη προς τον άνω οβελιαίο κόλπο. Εκατέρωθεν της μέσης γραμμής παρατηρούνται ανάγλυφα εντυπώματα των ελίκων και των αυλάκων του εγκεφάλου και των προσθίων κλάδων των μέσων μηνιγγικών αγγείων. Επίσης παρατηρούνται τα ασταθή σε αριθμό και βάθος πακχιόνια βοθρία, τα οποία υποδέχονται τα πακχιόνια ή αραχνοειδή σωματία^{45,46}.

Αποτελείται από δύο λεπτές τριγωνικές κογχικές πλάκες που σχηματίζουν τους θόλους των οφθαλμικών κόγχων και διαχωρίζονται από την ηθμοειδή εγκοπή. Η κάτω επιφάνεια κάθε πλάκας είναι λεία και κοίλη και φέρει επί τα εκτός τον βόθρο του δακρυϊκού αδένου και επί τα εντός τον τροχλιακό βόθρο όπου προσφύεται η ινοχόνδρινη τροχιλία του άνω λοξού οφθαλμικού μυός. Η άνω επιφάνεια είναι κυρτή και παρουσιάζει εντυπώματα από τις έλικες του μετωπιαίου λοβού και τους μηνιγγικούς κλάδους των ηθμοειδών αγγείων.

Η τετράπλευρη ηθμοειδής εγκοπή καταλαμβάνεται στο αρθρωμένο κρανίο από το τετρημένο πέταλο του ηθμοειδούς οστού, με το οποίο σχηματίζει τις ηθμοειδείς κυψέλες και δύο τρήματα:

Το πρόσθιο ηθμοειδές, που μεταφέρει το οφθαλμορρινικό νεύρο και τα πρόσθια ηθμοειδή αγγεία το οπίσθιο ηθμοειδές, που μεταφέρει τα οπίσθια ηθμοειδή αγγεία και νεύρο⁴⁶.

Μπροστά από την ηθμοειδή εγκοπή βρίσκονται τα ανοίγματα των μετωπιαίων κόλπων. Αυτοί είναι δύο, συνήθως ανόμοιες σε μέγεθος και ακανόνιστες σε σχήμα αεροφόρες κοιλότητες, που εκτείνονται προς τα πίσω, άνω και έξω μεταξύ των δύο πλακών του κρανίου. Διαχωρίζονται από ένα λεπτό οστέινο διάφραγμα, είναι απόντες στην γέννηση, αλλά διαμορφώνονται αρκετά μέχρι τα 7 ή 8 έτη και παίρνουν το πλήρες τους μέγεθος στην εφηβεία. Είναι μεγαλύτεροι στους άντρες και καλύπτονται εσωτερικά από βλεννογόνο. Επικοινωνούν με τη σύστοιχη ρινική κοιλότητα με τον μετωπορινικό πόρο.

Το χείλος της κάθετης μοίρας είναι παχύ και έντονα οδοντωτό. Στην κορυφή επικαλύπτει τα χείλη των βρεγματικών οστών με τα οποία αρθρώνεται, ενώ πλαγίως επικαλύπτεται από αυτά. Χαμηλότερα το χείλος αυτό γίνεται τραχύ και τριγωνικό και αρθρώνεται με τη μείζονα πτέρυγα του σφηνοειδούς οστού. Τα οπίσθια χείλη των κογχικών πλακών είναι λεπτά και οδοντωτά και αρθρώνονται με τις ελάχισσες πτέρυγες του σφηνοειδούς^{45,46}.

4.1.2 Βρεγματικό οστό

Τα βρεγματικά οστά σχηματίζουν με την άρθρωσή τους τις πλευρές και την οροφή του κρανίου. Κάθε οστό έχει σχήμα ακανόνιστο τετράπλευρο και παρουσιάζει για περιγραφή δύο επιφάνειες, τέσσερα χείλη και τέσσερις γωνίες.

Η έξω επιφάνεια είναι κυρτή και ομαλή. Κοντά στο κέντρο προέχει ο εντονότερος στα παιδιά βρεγματικός όγκος, από όπου αρχίζει η οστεοποίηση του οστού. Τη μέση του οστού διατρέχουν τοξοειδώς από εμπρός προς τα πίσω δύο καμπύλες γραμμές, η άνω και η κάτω κροταφική γραμμή. Στην πρώτη προσφύεται η κροταφική περιτονία, ενώ η δεύτερη δίνει το όριο της πρόσφυσης του κροταφίτη μυ. Πάνω από τις γραμμές αυτές, το οστό καλύπτεται από την επικράνιο απονεύρωση. Από κάτω συμμετέχει στο σχηματισμό του κροταφικού βόθρου. Πίσω και κοντά στο άνω χείλος βρίσκεται το ασταθές βρεγματικό τρήμα, από το οποίο διέρχεται μια φλέβα προς τον άνω οβελιαίο κόλπο και μερικές φορές μικρός κλάδος της ινιακής αρτηρίας^{45,46}.

Η έσω επιφάνεια είναι κοίλη. Παρουσιάζει εντυπώματα αντίστοιχα προς τις έλικες του εγκεφάλου και τις διακλαδώσεις των μέσων μηνιγγικών αγγείων. Κατά μήκος του άνω χείλους βρίσκεται μια ρηχή αύλακα, η οποία όταν ενώνεται με αυτήν του αντίθετου βρεγματικού, σχηματίζει την αύλακα του άνω οβελιαίου κόλπου. Τα χείλη της αύλακας δίνουν πρόσφυση στο δρέπανο του εγκεφάλου. Εκατέρωθεν της αύλακας βρίσκονται τα πακχιόνια βοθρία, που υποδέχονται τα πακχιόνια ή αραχνοειδή σωματία, ενώ εντός αυτής καταλήγει το βρεγματικό τρήμα⁴⁵.

Το άνω χείλος, παχύτερο και μακρύτερο, είναι οδοντωτό και αρθρώνεται με το αντίθετό του, σχηματίζοντας την οβελιαία ραφή. Το λεπιδοειδές χείλος χωρίζεται σε τρία τμήματα:

- 1.το πρόσθιο,
- 2.το λεπτό και
- 3.το αιχμηρό.

Επικαλύπτεται από την κορυφή της μείζονας πτέρυγας του σφηνοειδούς οστού.

Το μέσο, τοξοειδές, επικαλύπτεται από τη λεπιδοειδή μοίρα του κροταφικού οστού. Το πίσω, παχύ και οδοντωτό, αρθρώνεται με τη μαστοειδή μοίρα του κροταφικού οστού. Το μετωπιαίο χείλος είναι βαθιά οδοντωτό, αρθρώνεται με το

μετωπιαίο οστό, επικαλύπτοντάς το πλαγίως και επικαλυπτόμενο από αυτό στην κορυφή. Η ραφή που σχηματίζεται ονομάζεται στεφανιαία. Το ινιακό χείλος είναι επίσης βαθιά οδοντωτό, αρθρώνεται με το ινιακό οστό. Η ραφή που σχηματίζεται ονομάζεται λαμδοειδής⁴⁶.

Η μετωπιαία γωνία είναι σχεδόν ορθή και αντιστοιχεί στο σημείο της συνάντησης της οβελιαίας και της στεφανιαίας ραφής (βρέγμα). Στο έμβρυο και περίπου έως τα 2 έτη της ζωής, η περιοχή αυτή είναι μεμβρανώδης και ονομάζεται πρόσθια πηγή.

Η σφηνοειδής γωνία, λεπτή και οξεία, εισδύει μεταξύ του μετωπιαίου οστού και της της μείζονας πτέρυγας του σφηνοειδούς. Προς τα έσω, εμφανίζει αύλακα για τους πρόσθιους κλάδους της μέσης μηνιγγικής αρτηρίας.

Η ινιακή γωνία είναι στρογγυλεμένη και αντιστοιχεί στο σημείο συνάντησης της οβελιαίας και της λαμδοειδούς ραφής (λάμδα). Στο έμβρυο και περίπου έως τους 2 πρώτους μήνες της ζωής, η περιοχή αυτή είναι μεμβρανώδης και ονομάζεται οπίσθια πηγή.

Η μαστοειδής γωνία είναι περικομμένη και αρθρώνεται με το ινιακό οστό και τη μαστοειδή μοίρα του κροταφικού οστού σε σημείο που ονομάζεται αστέριον. Προς τα έσω, εμφανίζει αύλακα για τμήμα του εγκάρσιου κόλπου^{45,46}.

4.1.3 Ινιακό οστό

Το ινιακό οστό βρίσκεται στην οπίσθια επιφάνεια του κρανίου⁴⁶.

4.1.4 Κροταφικό οστό

Τα δύο κροταφικά οστά βρίσκονται στην πλάγια επιφάνεια του κρανίου. Στο κροταφικό οστό βρίσκεται ο έξω ακουστικός πόρος από όπου ακούμε⁴⁶.

4.1.5 Σφηνοειδές οστό

Το σφηνοειδές οστό βρίσκεται στη βάση του εγκεφαλικού κρανίου⁴⁶.

4.1.6 Ηθμοειδές οστό

Το ηθμοειδές οστό είναι ένα μικρό οστό που βρίσκεται στην οροφή της κοιλότητας της μύτης. Τα οστά του κρανίου συνδέονται μεταξύ τους σε σημεία που ονομάζονται ραφές του κρανίου⁴⁶.

4.1.7 Οβελιαία ραφή

Η οβελιαία ραφή συνδέει τα δύο βρεγματικά οστά μεταξύ τους⁴⁶.

4.1.8 Στεφανιαία ραφή

Η στεφανιαία ραφή συνδέει τα δύο βρεγματικά οστά με το μετωπιαίο οστό⁴⁶.

4.1.9 Λαμδοειδής ραφή

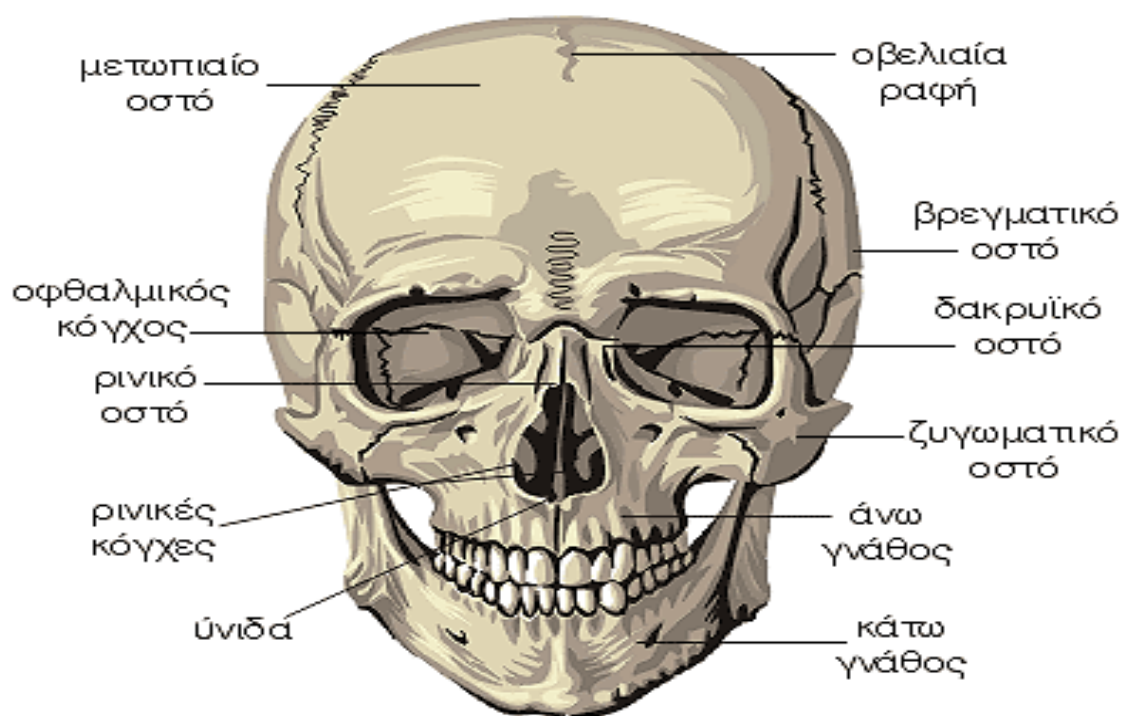
Η λαμδοειδής ραφή συνδέει τα δύο βρεγματικά οστά με το ινιακό οστό⁴⁶.

4.2 Στοιχεία φυσιολογίας εγκεφαλικού κρανίου

Ο κύριος σκοπός των οστών του κρανίου είναι η προστασία του εγκεφάλου από κακώσεις. Τα οστά του κρανίου αποτελούνται από δύο συμπαγείς πλάκες μεταξύ των οποίων υπάρχει μια λεπτή αραιά περιοχή. Σε ορισμένες περιοχές οι δύο πλάκες απομακρύνονται μεταξύ τους και έτσι δημιουργούνται χώροι με αέρα που λέγονται κόλποι. Όταν κάποιο μικρόβιο αναπτυχθεί μέσα στους κόλπους προκύπτουν φλεγμονές με συνηθέστερη την ιγμορίτιδα^{47,48}.

4.3 Ανατομική ανασκόπηση σπλαχνικού κρανίου

Ο σκελετός της κεφαλής ή κρανίο διαιρείται στο εγκεφαλικό ή κυρίως κρανίο και στο προσωπικό ή σπλαχνικό κρανίο. Τα οστά του σπλαχνικού κρανίου είναι δεκατέσσερα, επτά οστά που σχηματίζουν την ρινική κάψα και επτά οστά που σχηματίζουν τις δύο γνάθους (άνω και κάτω). Τα οστά της ρινικής κάψας είναι οι δύο ρινικές κόγχες, τα δύο ρινικά οστά, τα δύο δακρυϊκά οστά και η ύνιδα. Τα οστά των γνάθων είναι οι δύο άνω γνάθοι, τα δύο ζυγωματικά οστά, τα δύο υπερώια οστά και η κάτω γνάθος⁴⁵.



Εικόνα 4.2

4.3.1 Ρινικές κόγχες

Οι ρινικές κόγχες βρίσκονται στο εσωτερικό της ρινικής θαλάμης⁴⁶.

4.3.2 Ρινικό οστό

Τα δύο ρινικά οστά βρίσκονται στη ράχη της μύτης και συνδέονται μεταξύ τους⁴⁶.

4.3.3 Δακρυϊκό οστό

Τα δύο δακρυϊκά οστά βρίσκονται στο εσωτερικό τοίχωμα του οφθαλμικού κόγχου⁴⁶.

4.3.4 Ύνιδα

Η ύνιδα συμμετέχει στο σχηματισμό του ρινικού διαφράγματος⁴⁶.

4.3.5 Γνάθος

Γνάθος είναι οστό του κρανίου, που καταλαμβάνει το μέσο εμπρόσθιο και κατώτερο τμήμα του. Καλύπτεται εν μέρει από δέρμα (εξωτερικά), ενώ εσωτερικά σχηματίζει την κοιλότητα του στόματος και καλύπτεται από βλεννογόνο. Αποτελείται από δυο επιμέρους οστά, την άνω γνάθο, που είναι ακίνητη, και την (κινητή) κάτω γνάθο, η οποία είναι το μόνο κινητό οστό του κρανίου⁴⁵.

Τα δυο αυτά οστά συνδέονται μέσω της κροταφογναθικής άρθρωσης (ΚΓΑ) η οποία σχηματίζεται από την κροταφική γλύνη της άνω γνάθου και τον κόνδυλο της κάτω γνάθου. Στο κυρίως σώμα αμφοτέρων των γνάθων βρίσκονται τα φατνία, κοιλότητες μέσα στις οποίες εδράζονται οι ρίζες των δοντιών.

Η κύρια λειτουργία των γνάθων σχετίζεται με τη μάσηση, στην οποία λαμβάνουν μέρος, με παθητικό τρόπο η άνω και με ενεργητικό η κάτω. Ένα πλήθος μυών, όπως ο μασητήρας μυς, ρυθμίζουν τις κινήσεις της κάτω γνάθου, οι οποίες ελέγχονται από συνδέσμους, όπως λ.χ. ο αγκιστρογναθικός, που με την παρουσία του περιορίζει το άνοιγμα του στόματος σε φυσιολογικά όρια. Σε περίπτωση κατάγματος των γνάθων, λόγω ατυχήματος, εφαρμόζεται η διαγναθική ακινητοποίηση και ο ασθενής τρέφεται δια σωλήνος ο οποίος εισέρχεται στο στόμα από το οπίσθιο πέρασ του οδοντικού φραγμού. Η Κροταφογναθική άρθρωση (ή διάρθρωση) λαμβάνει επίσης μέρος (δευτερευόντως) στη διαδικασία της κατάποσης, της ομιλίας και του γέλωτα^{45,46}.

Στον άνθρωπο το πάχος των γνάθων ποικίλλει ανά ηλικία και φύλο, είναι δε καθοριστικός παράγοντας για την εφαρμογή οδοντικών εμφυτευμάτων, σε περίπτωση νωδότητας. Από την κάτω γνάθο διέρχεται το κάτω φατνιακό νεύρο, που αποτελεί κλάδο του τριδύμου νεύρου. Με την πάροδο του χρόνου, τα οστά των γνάθων απορροφούνται, προς τα έσω αυτό της άνω γνάθου και προς τα έξω το αντίστοιχο της κάτω γνάθου (προγναθισμός). Ωστόσο, ο προγναθισμός μπορεί να ενυπάρχει και σε νεαρά άτομα.

Το οστό των γνάθων είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο σε περιπτώσεις ακτινοθεραπείας η οποία εφαρμόζεται για τον καρκίνο και μπορεί στη συνέχεια να προσβληθεί από οστεοακτινονέκρωση, που είναι μια επικίνδυνη επιπλοκή⁴⁶.

4.3.5.1 Άνω γνάθος

Η άνω γνάθος συνίσταται από ένα σύνολο επιμέρους οστών που ενώνονται μεταξύ τους με ραφές. Τμήματά της αποτελούν τόσο η ρινική κοιλότητα με αιχμή τη ρινική άκανθα, όσο και η οροφή της στοματικής κοιλότητας (υπερώα ή απλούστερα ουρανίσκος, διακρινόμενη σε σκληρή-εμπρός και μαλακή-πίσω), ενώ στα πλάγια του προσώπου καθορίζει την επιφάνεια των παρειών (μάγουλα). Στην υπερώα και συγκεκριμένα στο εμπρόσθιο τμήμα της, ξεχωρίζει το τομικό τρήμα, μια οστική δίοδος μέσω της οποίας αγγειώνεται η περιοχή της.

Μέρος της άνω γνάθου είναι και η ζυγωματική απόφυση, ένα κυρτό τμήμα οστού το οποίο συμβάλλει στη δημιουργία του ζυγωματικού τόξου. Επίσης, στην άνω γνάθο εντοπίζονται, αμφοτερόπλευρα, οι δυο γναθιαίοι κόλποι ή ιγμόρεια άντρα, δυο κοιλότητες μεταξύ της οροφής του στόματος και των ζυγωματικών τόξων^{45,46}.

4.3.5.2 Κάτω γνάθος

Η κάτω γνάθος συνιστά ενιαία οστική οντότητα, αποτελούμενη από τέσσερα μέρη, το σώμα (κεντρικό τμήμα, επί του οποίου εκφύονται τα δόντια), τους δυο κλάδους που ενώνουν το σώμα με τις απολήξεις του οστού, τους δυο κονδύλους (οι οποίοι συμπλέκονται με το κροταφικό οστό της άνω γνάθου για τη δημιουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης) και τις δυο κορωνοειδείς αποφύσεις, οι οποίες βρίσκονται στις δυο άκρες της κάτω γνάθου και χρησιμεύουν για την πρόσφυση των μυών της περιοχής. Στην κάτω γνάθο υπάρχουν και δυο τρήματα, ανοίγματα του οστού της από όπου διέρχονται αγγεία και νεύρα. Πρόκειται για το γενειακό τρήμα και για το γναθιαίο τρήμα^{45,46}.

4.3.6 Ζυγωματικό οστό

Τα δύο ζυγωματικά οστά σχηματίζουν τα μήλα του προσώπου⁴⁶.

4.3.7 Υπερώια οστά

Τα υπερώια οστά βρίσκονται στη οροφή της στοματικής κοιλότητας και συμμετέχουν στο σχηματισμό της ρινικής θάλαμης και της κοιλότητας του στόματος⁴⁶.

4.4 Στοιχεία φυσιολογίας σπλαχνικού κρανίου

Ο κύριος σκοπός των οστών του κρανίου είναι η προστασία του εγκεφάλου από κακώσεις. Τα οστά του κρανίου αποτελούνται από δύο συμπαγείς πλάκες μεταξύ των οποίων υπάρχει μια λεπτή αραιά περιοχή. Σε ορισμένες περιοχές οι δύο πλάκες απομακρύνονται μεταξύ τους και έτσι δημιουργούνται χώροι με αέρα που λέγονται κόλποι. Όταν κάποιο μικρόβιο αναπτυχθεί μέσα στους κόλπους προκύπτουν φλεγμονές με συνηθέστερη την ιγμορίτιδα^{47,48}.

Κεφάλαιο 5^ο

Κεφαλαλγία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Κεφαλαλγία τύπου τάσεως (ΚΤΤ)

Όταν μία κεφαλαλγία με τα χαρακτηριστικά της ΚΤΤ εμφανίζεται σε στενή χρονική συσχέτιση με μια άλλη διαταραχή που είναι γνωστό αίτιο κεφαλαλγίας, ταξινομείται ως δευτεροπαθής κεφαλαλγία που αποδίδεται στην υποκειμενική διαταραχή. Όταν μια προϋπάρχουσα ΚΤΤ παρουσιάζει επιδείνωση σε στενή χρονική συσχέτιση με κάποια άλλη διαταραχή, που είναι γνωστό αίτιο κεφαλαλγίας, υπάρχουν δύο διαγνωστικές δυνατότητες και απαιτείται η κρίση του θεράποντος⁴⁹.

Είναι δυνατόν να τεθεί μόνο η διάγνωση της ΚΤΤ, ή να τεθεί η διάγνωση τόσο της ΚΤΤ, όσο και της δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας που αποδίδεται στην άλλη διαταραχή. Στοιχεία που συνηγορούν υπέρ της διπλής διάγνωσης είναι η στενή χρονική σχέση με τη διαταραχή, μη έκδηλη επιδείνωση της ΚΤΤ, πολύ καλή απόδειξη ότι η διαταραχή δυνατόν να προκαλεί ή να επιβαρύνει την ΚΤΤ και τέλος, βελτίωση ή υποχώρηση της ΚΤΤ μετά την απαλλαγή από τη διαταραχή^{49,50,51}.

Η ΚΤΤ είναι η συχνότερη μορφή πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας. Ο ισόβιος επιπολασμός της στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται στις διάφορες μελέτες από 30 – 78 % . ταυτόχρονα είναι η λιγότερο μελετημένη από τις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες, παρά το γεγονός ότι έχει την μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική επίδραση. Ενώ η ΚΤΤ παλαιότερα είχε χαρακτηριστεί κυρίως ψυχογενής, ένας αριθμός μελετών που παρουσιάστηκαν μετά την πρώτη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Κεφαλαλγιών (International Classification of Headache Disorders – ICHD) υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας νευροβιολογικής βάσης, τουλάχιστον για τις σοβαρότερες υποκατηγορίες της ΚΤΤ⁵².

Ο ακριβής μηχανισμός της ΚΤΤ δεν είναι γνωστός. Είναι περισσότερο πιθανό μηχανισμοί περιφερικού άλγους να παίζουν ρόλο στη συχνή και μη επεισοδιακή ΚΤΤ, ενώ κεντρικοί μηχανισμοί άλγους να έχουν σημαντικότερο ρόλο στη χρόνια ΚΤΤ⁴⁹.

5.1.1 Μη συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τύπου τάσεως

Στην παρούσα κατάσταση υπάρχουν επεισόδια κεφαλαλγίας, διάρκειας λεπτών ως ημερών, που συμβαίνουν όχι συχνά ή σπάνια. Ο πόνος είναι τυπικά αμφοτερόπλευρος, πιεστικός ή συσφιγκτικός ως προς την ποιότητα, ελαφριάς ως μέτριας έντασης και δεν επιδεινώνεται με τη συνήθη φυσική δραστηριότητα. Δεν υπάρχει ναυτία, αλλά είναι δυνατόν να υπάρχει φωτοφοβία ή ηχοφοβία^{49,51}.

Η αυξημένη περικρανιακή ευαισθησία που διαπιστώνεται με την ψηλάφηση με το χέρι είναι το πλέον σημαντικό σημείο σε ασθενείς με ΚΤΤ. Η ευαισθησία αυξάνει με την ένταση και συχνότητα των κεφαλαλγιών και αυξάνει περισσότερο κατά την ενεργό κεφαλαλγία. Η διαγνωστική αξία του ηλεκτρομυογραφήματος και της αλγομετρίας με πίεση είναι περιορισμένη. Η περικρανιακή ευαισθησία καταγράφεται εύκολα με την ψηλάφηση σε μικρές κυκλικές κινήσεις και μια σταθερή πίεση με το δεύτερο και τρίτο δάκτυλο στους

- Μετωπιαίο
- Κροταφίτη
- Μασητήρα
- Πτερυγοειδή

- Στερνοκλειδομαστοειδή
- Σπληνοειδή και
- Τραπεζοειδή μυ.

Μια τοπική καταμέτρηση της ευαισθησία, με βαθμολογία από 0 – 3 σε κάθε μυ, μπορεί αθροιζόμενη να δώσει μια συνολική ευαισθησία για κάθε άτομο. Έχει δειχθεί ότι χρησιμοποιώντας μια συσκευή που προκαλεί ψηλάφηση με ελεγχόμενη πίεση, η κλινική εξέταση γίνεται πιο έγκυρη και αναπαραγώγιμη^{49,50,51}.

5.1.2 Συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τύπου τάσεως

Σε αυτήν την κατάσταση συμβαίνουν επεισόδια κεφαλαλγίας, διάρκειας λεπτών ως ημερών, που συμβαίνουν συχνά. Ο πόνος είναι τυπικά αμφοτερόπλευρος, πιεστικός ή συσφιγγικός ως προς της ποιότητα, ελαφριάς ως μέτριας έντασης και δεν επιδεινώνεται με τη συνήθη φυσική δραστηριότητα. Δεν υπάρχει ναυτία, αλλά είναι δυνατόν να υπάρχει φωτοφοβία ή ηχοφοβία^{49,51}.

Συχνή ΚΤΤ σε πολλές περιπτώσεις συνυπάρχει με ημικρανία χωρίς αύρα. Συνυπάρχουσα ΚΤΤ και ημικρανία, μπορεί να διακριθούν με τη χρήση ενός ημερολογίου κεφαλαλγίας. Η θεραπεία της ημικρανίας διαφέρει σημαντικά από αυτήν της ΚΤΤ και είναι σημαντικό να εκπαιδευτεί ο ασθενείς για να διαφορογιγνώσκει μεταξύ αυτών των τύπων κεφαλαλγίας, με σκοπό να επιλέγει τη σωστή θεραπεία και να προλαμβάνει την κεφαλαλγία από κατάχρηση φαρμάκων⁵¹.

5.1.3 Χρόνια κεφαλαλγία τύπου τάσεως

Διαταραχή εξελισσόμενη από επεισοδιακή ΚΤΤ, χαρακτηριζόμενη από καθημερινά ή πολύ συχνά επεισόδια κεφαλαλγίας. Ο πόνος είναι τυπικά αμφοτερόπλευρος, πιεστικός ή συσφιγγικός ως προς την ποιότητα, ελαφριάς ως μέτριας έντασης και δεν επιδεινώνεται με τη συνήθη φυσική δραστηριότητα. Μπορεί να υπάρχει ήπια ναυτία, φωτοφοβία ή ηχοφοβία⁵³.

5.2 Αθροιστική κεφαλαλγία

Όταν μια κεφαλαλγία με τα χαρακτηριστικά της τριδυμικής κεφαλαλγίας (Trigeminal Autonomic Cephalalgia – TAC) του αυτονόμου εμφανίζεται σε στενή χρονική συσχέτιση με μια άλλη διαταραχή που είναι γνωστό αίτιο κεφαλαλγίας, ταξινομείται ως δευτεροπαθής κεφαλαλγία που αποδίδεται στην υποκείμενη διαταραχή. Όταν μια προϋπάρχουσα TAC παρουσιάζει επιδείνωση σε στενή χρονική συσχέτιση με κάποια άλλη διαταραχή, που είναι γνωστό αίτιο κεφαλαλγίας, υπάρχουν δύο διαγνωστικές δυνατότητες και απαιτείται η κρίση του θεράποντος⁵⁴.

Είναι δυνατόν να τεθεί μόνο η διάγνωση της TAC, ή να τεθεί η διάγνωση τόσο της TAC, όσο και της δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας που αποδίδεται στην άλλη διαταραχή. Στοιχεία που συνηγορούν υπέρ της διπλής διάγνωσης είναι η στενή χρονική σχέση με τη διαταραχή, μια έκδηλη επιδείνωση της TAC, πολύ καλή απόδειξη ότι η διαταραχή είναι δυνατόν να προκαλεί ή να επιβαρύνει την TAC μετά της απαλλαγή από τη διαταραχή.

Στις τριδυμικές κεφαλαλγίες του αυτονόμου (TAC) συνυπάρχουν η κεφαλαλγία με έντονα στοιχεία ενεργοποίησης του παρασυμπαθητικού σκέλους του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η λειτουργική απεικόνιση σε πειραματόζωα και ανθρώπους υποστηρίζει ότι σε αυτά τα σύνδρομα ενεργοποιείται ένα φυσιολογικό στον άνθρωπο

τρίδυμο – παρασυμπαθητικό αντανακλαστικό, με αποτέλεσμα τα κλινικά σημεία της κρανιακής συμπαθητικής δυσλειτουργίας⁵⁵.

Παλαιότεροι χρησιμοποιούμενοι όροι είναι οι εξής: ερυθρομελαλγία της κεφαλής, ερυθροπροσωπαλγία του Bing, αγγειοπαραλυτική ημικρανία, νευραλγικόμορφη χρόνια ημικρανία, ισταμινική κεφαλαλγία, κεφαλαλγία Horton, Νόσος Harris – Horton, ημικρανική νευραλγία (του Harris) , νευραλγία λιθοειδούς (του Gardner) . Η συμπτωματική ή δευτεροπαθής αθροιστική κεφαλαλγία ταξινομείται σύμφωνα με την υποκείμενη αιτιολογική διαταραχή.

Η αθροιστική κεφαλαλγία χαρακτηρίζεται από κρίσεις σοβαρού, αποκλειστικά ετερόπλευρου άλγους, με εντόπιση κογχική, υπερκογχική, κροταφική ή σε οποιοδήποτε συνδυασμό αυτών των περιοχών και διάρκεια 15 – 180 λεπτών, που συμβαίνει από μια φορά κάθε δεύτερη μέρα ως 8 φορές την ημέρα. Οι κρίσεις συνδυάζονται με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα, τα οποία είναι πάντοτε ομόπλευρα στο άλγος: ένεση επιπεφυκότος, δακρύρροια, ρινική συμφόρηση, ρινόρροια, εφίδρωση μετώπου και προσώπου, μύτη, πτώση βλεφάρου, οίδημα βλεφάρου. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ανήσυχοι ή ευερέθιστοι κατά τη διάρκεια της κρίσης^{49,54,55}.

5.2.1 Επεισοδιακή αθροιστική κεφαλαλγία

Στην επεισοδιακή αθροιστική κεφαλαλγία οι κρίσεις της κεφαλαλγίας εμφανίζονται σε περιόδους που διαρκούν από 7 ημέρες ως ένα έτος και που χωρίζονται μεταξύ τους από περιόδους ύφεσης που διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα. Οι αθροιστικές περιόδους συνήθως διαρκούν από 2 εβδομάδες ως 3 μήνες. Η διάρκεια της περιόδου ύφεσης της αθροιστικής κεφαλαλγίας έχει αυξηθεί σε ένα μήνα⁵⁴.

5.2.2 Χρόνια αθροιστική κεφαλαλγία

Στη χρόνια αθροιστική κεφαλαλγία οι κρίσεις της κεφαλαλγίας εμφανίζονται σε περιόδους που διαρκούν για περισσότερο από ένα έτος χωρίς ύφεση ή από περιόδους ύφεσης που διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα.

Η χρόνια αθροιστική κεφαλαλγία μπορεί να αρχίζει εξ αρχής ή εξελίσσεται από την επεισοδιακή υποκατηγορία. Ορισμένοι ασθενείς δυνατόν να μεταπέσουν από τη χρόνια στην επεισοδιακή αθροιστική κεφαλαλγία⁵⁴.

5.2.3 Παροξυσμική κεφαλαλγία

Η παροξυσμική κεφαλαλγία ανήκει στις Τριδυμικές Κεφααλγίες του αυτόνομου. Στην κατάσταση αυτή, κρίσεις με όμοια χαρακτηριστικά άλγους και συνοδά συμπτώματα και σημεία με αυτά της αθροιστικής κεφαλαλγίας, αλλά διαρκούν λιγότερο, είναι πιο συχνά, συμβαίνουν πιο συχνά στις γυναίκες και απαντούν απόλυτα στην ινδομεθακίνη.

Η κεφαλαλγία αυτήν δεν είναι συχνότερη στους άνδρες. Η έναρξη είναι συνήθως στην ενήλικη ζωή, αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις με έναρξη σε παιδική ηλικία. Επαρκής κλινική απόδειξη για την επεισοδιακή υποκατηγορία έχει συσσωρευτεί, ώστε να διακρίνεται με ένα τρόπο ανάλογο με τη διάκριση μεταξύ επεισοδιακής και χρόνιας αθροιστικής κεφαλαλγίας^{49,54}.

5.2.4 Επεισοδιακή παροξυσμική κεφαλαλγία

Στην περίπτωση της επεισοδιακής παροξυσμικής κεφαλαλγίας, οι κρίσεις που συμβαίνουν σε περιόδους διάρκειας 7 ημερών ως 1 έτος διαχωρίζονται από περιόδους ελεύθερες από άλγος διάρκειας 1 μηνός ή και περισσότερο⁵⁴.

5.2.5 Χρόνια παροξυσμική κεφαλαλγία

Η χρόνια παροξυσμική ημικρανία ανήκει στις Τριδυμικές Κεφαλαλγίες του αυτόνομου συστήματος. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από κρίσεις παροξυσμικής κεφαλαλγίας που συμβαίνουν για περισσότερο από 1 έτος χωρίς ύφεση ή με ενδιάμεση περίοδο ύφεσης διάρκειας λιγότερης από ένα μήνα⁵⁴.

5.3 Βραχείας διάρκειας, ετερόπλευρες κρίσεις νευραλγικόμορφης κεφαλαλγίας με ένεση επιπεφυκότα και δακρύρροια (Short- lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and tearing- SUNCT)

Αυτό το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από βραχείας διάρκειας κρίσης ετερόπλευρου άλγους που είναι πολύ συντομότερες και συχνότερες από αυτές που απαντώνται σε άλλες TAC και τις περισσότερες και ερυθρότητα του ομόπλευρου οφθαλμού.

Υπάρχουν ασθενείς μόνο με ένεση επιπεφυκότος ή μόνο με δακρύρροια ή άλλα συμπτώματα συμμετοχής του αυτόνομου όπως η ρινική συμφόρηση, ρινόρροια ή οίδημα βλεφάρου^{49,55}.

5.4 Πιθανή τριδυμική κεφαλαλγία του αυτόνομου

Στην παρούσα φάση, υπάρχουν κρίσεις κεφαλαλγίας για τις οποίες υπάρχει η άποψη ότι είναι υποκατηγορία τριδυμικής κεφαλαλγίας του αυτόνομου.

Ασθενείς που λαμβάνουν τη συγκεκριμένη διάγνωση, είτε έχουν ένα ανεπαρκή αριθμό τυπικών κρίσεων ή αποτυγχάνουν να πληρούν ένα από τα άλλα κριτήρια^{54,55}.

5.5 Αυχογενής κεφαλαλγία

Η αυχογενής κεφαλαλγία (AK) είναι μια σχετικά συχνή και μερικώς αμφισβητούμενη κεφαλαλγία, η οποία ξεκινά από την πλάγια κρανιοαυχενική συμβολή και δεν σχετίζεται με τα γνωστά είδη κεφαλαλγίας^{49,56}.

Η AK είναι κατά κανόνα ετερόπλευρης και σπανιότερα αμφίπλευρης εντόπισης, χωρίς να επεκτείνεται ή να καταλαμβάνει ολόκληρο το κεφάλι. Χαρακτηρίζεται από πιεστικό, μη σφύζοντα, περιοδικό, χρόνιο ή παροξυσμικό πόνο, ο οποίος προκαλείται ή επιτείνεται από παρατεταμένη κακή ή ακραία θέση του αυχένος. Συχνά, συνυπάρχει περιορισμός κινητικότητας του αυχένα, ιδίως των στροφών ή της κάμψης-έκτασης⁵¹.

Εμφανίζει συνήθως τοπική ευαισθησία στην πίεση (χαμηλός ουδός πόνου) με δυνητική παρουσία υπερευαίσθητων σημείων πυροδότησης (trigger point) στην πλάγια ινιοαυχενική περιοχή που αναπαράγουν ή επιτείνουν τα συμπτώματα της νόσου. Η ένταση του πονοκέφαλου είναι ήπια ή μέσης βαρύτητας και συνήθως δεν συνοδεύεται από εμέτους ή ναυτία. Δεν υπάρχει δυσανεξία στο φως (φωτοφοβία) ή στους ήχους (ηχοφοβία), εκτός περιπτώσεων παροξυσμικών μορφών. Ο/η ασθενής συνήθως μπορεί να πραγματοποιήσει τις καθημερινές ασχολίες του^{54,57}.

Η AK μοιάζει με την κεφαλαλγία τάσεως, αλλά δε σχετίζεται αιτιολογικά με ψυχοπιεστικές καταστάσεις (στρες), καθώς και με σύσπαση των περικρανιακών

μυών. Ο πόνος στην κεφαλαλγία τάσεως, συνήθως, προσβάλλει όλο το κεφάλι, αλλά μπορεί να περιορίζεται μπροστά στο μέτωπο, στο θόλο του κρανίου ή πίσω στον αυχένα. Μία τυπική και αξιόπιστη διάγνωση μπορεί να γίνει βασιζόμενη στα κριτήρια που προτάθηκαν το 1988 από την Διεθνή Ομάδα Μελέτης της Αυχενογενούς Κεφαλαλγίας^{57,58}.

Πρακτικό και “ουσιαστικό” διαγνωστικό στοιχείο είναι η ανακούφιση μετά από κατάλληλο αναισθητικό αποκλεισμό του μείζονος ινιακού νεύρου⁵⁹. Η ΑΚ έχει χαρακτηριστική συμπτωματολογία, αλλά χρήζει διαφοροδιάγνωσης από άλλες κοινές μορφές κεφαλαλγίας, ημικρανίας και κεφαλαλγία τάσεως, καθώς και από την «μικτή» κεφαλαλγία βάσει ειδικών δεικτών μυοσκελετικής βλάβης. Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού με κλινικό έλεγχο για θεσιακές βλάβες και κακή ευθυγράμμιση αυχένος, καθώς και άλλες ασυμμετρίες του σώματος, με παράλληλη μυοσκελετική και νευρολογική εξέταση του αρρώστου είναι αναγκαία^{51,55,58,59}.

Κεφάλαιο 6^ο

Πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 Πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία

Την κατάσταση αυτή την χαρακτηρίζουν παροδικοί, εντοπισμένοι και διαξιφιστικοί πόνοι που εδραιώνονται στην περιοχή της κεφαλή και του προσώπου, οι οποίοι συμβαίνουν αυτόματα, κατά την απουσία οργανικής βλάβης των υποκείμενων δομών ή των κρανιακών νεύρων^{49,50}.

Το 80 % των περιπτώσεων διαξιφιστικού άλγους διήρκησε λιγότερο από 3 δευτερόλεπτα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, το άλγος εμφανίζεται επαναλαμβανόμενα για ημέρες. Το άλγος μπορεί να μετακινείται από περιοχή σε περιοχή, είτε στο ίδιο, είτε στο αντίπλευρο ημιμόριο της κεφαλής. Όταν είναι αυστηρά εντοπισμένο σε μια περιοχή, πρέπει να αποκλειστούν δομικές αλλοιώσεις στην περιοχή, καθώς και στην περιοχή κατανομής του σχετικού κρανιακού νεύρου⁵¹.

6.2 Πρωτοπαθής κεφαλαλγία του βήχα

Η συγκεκριμένη κεφαλαλγία, είναι μια υποκατηγορία κεφαλαλγίας όπου προκαλείται από βήχα, σε απουσία ενδοκρανιακής βλάβης. Η πρωτοπαθής κεφαλαλγία του βήχα είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη και προσβάλλει κυρίως άτομα πάνω από 40 ετών. Αν και η ινδομεθακίνη είναι συνήθως αποτελεσματική στη θεραπεία της πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας του βήχα, θετική ανταπόκριση στο φάρμακο έχει επίσης αναφερθεί σε μερικές συμπτωματικές περιπτώσεις⁵¹.

6.3 Πρωτοπαθής κεφαλαλγία προσπάθειας

Η πρωτοπαθής κεφαλαλγία προσπάθειας είναι η κεφαλαλγία που εκλύεται μετά από σωματική άσκηση. Εμφανίζεται συχνότερα σε ζεστό περιβάλλον ή μεγάλο υψόμετρο. Υπάρχουν αναφορές προφύλαξης σε μερικούς ασθενείς με τη λήψη τρυγικής εργοταμίνης. Η ινδομεθακίνη βρέθηκε επίσης αποτελεσματική στην πλειοψηφία των περιπτώσεων⁵⁴.

6.4 Υπνική κεφαλαλγία

Είναι η κεφαλαλγία η οποία προκαλεί επεισόδια βύθιας κεφαλαλγίας που πάντα προκαλούν την αφύπνιση του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να αποκλειστούν ενδοκρανιακές διαταραχές. Είναι απαραίτητη η διαφορική διάγνωση από τις τριδυμικές κεφαλαλγίες του αυτονόμου. Ο συγκεκριμένος πόνος της υπνικής κεφαλαλγίας είναι συνήθως ήπιος έως μέτριος, αλλά σε ποσοστό 20% των ασθενών έχει αναφερθεί σοβαρός πόνος. Στα 2/3 των περιπτώσεων ο πόνος είναι αμφοτερόπλευρος. Η κρίση διαρκεί συνήθως από 15 έως 180 λεπτά, έχουν όμως αναφερθεί και περιπτώσεις μεγαλύτερης διάρκειας. Η καφεΐνη και το λίθιο αποτελούν αποτελεσματική θεραπεία σε πολλές περιπτώσεις^{51,54}.

6.5 Πρωτοπαθής κεραυνοβόλος κεφαλαλγία (Primary thunderclap headache)

Μεγάλης έντασης και οξείας έναρξης κεφαλαλγία, που μιμείται την κεφαλαλγία από την ρήξη εγκεφαλικού ανευρύσματος. Δεν υπάρχει σαφής τεκμηρίωση ότι η κεραυνοβόλος κεφαλαλγία υφίσταται ως πρωτοπαθής οντότητα. Για το λόγο αυτό είναι σκόπιμο πρώτα να αποκλείεται εξονυχιστικά πιθανή υποκειμενική αιτία. Συχνά η κεφαλαλγία αυτή σχετίζεται με σοβαρές αγγειακές ενδικρανιακές διαταραχές, και κυρίως υπαραχνοειδή αιμορραγία, η οποία και πρέπει να αποκλειστεί.

Άλλες καταστάσεις που μπορεί να σχετίζονται με την κεραυνοβόλο κεφαλαλγία είναι η ενδοκρανιακή αιμορραγία, η θρόμβωση εγκεφαλικών φλεβών, η μη ραγείσα αγγειακή δυσπλασία (κυρίως ανεύρισμα) , ο αρτηριακός διαχωρισμός (ενδο - και εξωκρανιακός) , η αγγειίτιδα του ΚΝΣ και το υποφυσιακό έμφρακτο. Άλλες οργανικές αιτίες αποτελούν η κολλοειδής κύστη της τρίτης ηλικίας, η υπόταση ΚΝΣ, και η οξεία παραρρινοκολπίτιδα. Η διάγνωση της πρωτοπαθούς κεραυνοβόλου κεφαλαλγίας μπαίνει μόνο εφόσον αποκλειστούν οι προαναφερόμενες οργανικές αιτίες⁵⁴.

6.6 Συνεχής κεφαλαλγία

Είναι μία μορφή κεφαλαλγίας, η οποία είναι εμμένουσα, αυστηρώς ετερόπλευρη κεφαλαλγία, που απαντά στην ινδομεθακίνη. Η συνεχής κεφαλαλγία είναι συνήθως αδιάλειπτη, αλλά σπάνια είναι δυνατόν να υφίσταται. Μένει ακόμα να διευκρινιστεί αν αυτός ο τύπος κεφαλαλγίας μπορεί να υποδιαιρεθεί με βάση τη διάρκεια του ιστορικού και την επιμονή των συμπτωμάτων⁴⁹.

6.7 Πρόσφατης έναρξης επίμονη καθημερινή κεφαλαλγία (New Daily Persistent Headache, NDPH)

Στην περίπτωση αυτή, η κεφαλαλγία είναι καθημερινή και εμμένουσα για τουλάχιστον 3 ημέρες από την έναρξή της. Ο πόνος είναι τυπικά αμφοτερόπλευρος, συσφιγκτικός και ήπιος έως μέτριας έντασης. Υπάρχει το ενδεχόμενο να συνυπάρχει φωτοφοβία, ηχοφοβία και ήπια ναυτία. Το άλγος στη NDPH μπορεί να συνδέεται με χαρακτηριστικά που υπαινίσσονται ημικρανία ή κεφαλαλγία τύπου τάσης. Δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες, όπως κεφαλαλγίας από χαμηλή πίεση ΕΝΥ ή από κεφαλαλγία από αυξημένη πίεση ΕΝΥ, μετατραυματική κεφαλαλγία και κεφαλαλγία λοιμώδους αιτιολογίας (κυρίως ιογενούς) πρέπει πάντα να αποκλείονται με τον κατάλληλο έλεγχο.

Η συγκεκριμένη κεφαλαλγία μπορεί να έχει δύο υπότυπους: μια αυτοπεριοριζόμενη μορφή που τυπικά υφίσταται χωρίς θεραπεία μέσα σε χρονικό διάστημα μηνών και μορφή που είναι ανθεκτική στη θεραπεία^{49,54}.

Κεφάλαιο 7^ο

Ημικρανία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1 Ημικρανία

Η ημικρανία αποτελεί τον πιο συνηθισμένο περιοδικό τύπο κεφαλαλγίας, που στην πιο τυπική της μορφή έχει ετερόπλευρη εντόπιση. Μπορεί να αρχίσει στην παιδική ηλικία, αλλά συνήθως αρχίζει στην εφηβική. Στους ενήλικες είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες (η σχέση γυναικών ανδρών είναι 3,5- 4/1) . Η ημικρανία είναι χρόνια νόσος με επίπτωση στ 12 % του γενικού πληθυσμού. Παραμένει ένα από τα πλέον υποδιαγνωσμένα και υποθεραπευμένα νευρολογικά συμβάματα με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στις ανεπτυγμένες χώρες⁵².

Θεωρείται πλέον μια νευραγγειακή διαταραχή, διότι η παθολογία της περιλαμβάνει σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ κρανιακών νεύρων και αγγείων . Ο Παγκόσμιο Οργανισμός Υγείας κατατάσσει την ημικρανία ως το 19^ο σημαντικότερο αίτιο πρόκλησης ανικανότητας, μεταξύ όλων των ασθενειών.

Η ημικρανία διαχωρίζεται σε δύο κύριες υποκατηγορίες:

1. Ημικρανία χωρίς αύρα
2. Ημικρανία με αύρα

Ορισμένοι ασθενείς έχουν επίσης την εμπειρία μιας προδρόμου φάσεως, η οποία συμβαίνει ώρες ή και ημέρες πριν την κεφαλαλγία, και μία περίοδο υποχώρησης της κεφαλαλγίας. Τα πρόδρομα και τα συμπτώματα υποχώρησης περιλαμβάνουν υπερενεργητικότητα, υποενεργητικότητα, κατάθλιψη, λαχτάρα για συγκεκριμένη είδη τροφής, αλλεπάλληλα χασμουρητά, καθώς και άλλα συμπτώματα, λιγότερο τυπικά⁶⁰.

7.2 Κλινική εικόνα – ταξινόμηση

Η συχνότητα των ημικρανικών κρίσεων ποικίλλει με μεσοδιαστήματα ημερών, εβδομάδων ή μηνών. Συνήθη εκλυτικά αίτια είναι : ψυχικό στρες, υπερκόπωση, οινοπνευματώδη (κυρίως το κόκκινο κρασί), τυριά πλούσια σε τυραμίνη, έκθεση στον ήλιο, έμμηνος ρύση, ακατάστατα γεύματα κτλ. . τα συμπτώματα έχουν κατά κανόνα γρήγορη, παροξυσμική έναρξη, συχνά με το πρωινό ξύπνημα. Οι προσβολές της ημικρανίας παρουσιάζονται με 4 χαρακτηριστικές φάσεις: α) πρόδρομη φάση, με πρόδρομα συμπτώματα β) φάση αύρας, με σύντομα σε διάρκεια συμπτώματα και σημεία γ) φάση ανάρρωσης, συχνά συνδεδεμένης με ανάπαυση και ύπνο. Μόνο η φάση της κεφαλαλγίας μπορεί να αντιμετωπιστεί^{49,60}.

Στην πρόδρομη φάση (της αγγειοσύσπασης) , που κρατά συνήθως 10- 30 λεπτά, μπορεί να έχουμε φωταψίες και σπινθηροβόλα σκοτώματα ή φαινόμενα οπτικής απώλειας (αμφοτερόπλευρα ή ετερόπλευρα ημιανοπτικά από σύσπαση της οπίσθιας εγκεφαλικής, ή ετερόπλευρα στο πεδίο του ενός οφθαλμού από σύσπαση της οφθαλμικής ή της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς).

Ετερόπλευρη αιμωδία (ή ακόμη και αδυναμία) στο ένα πλάγιο του σώματος, από σύσπαση στην κατανομή της μέσης εγκεφαλικής. Ζάλη και «πέπλο ομίχλης» από σύσπαση στην περιοχή της βασικής αρτηρίας⁶⁰.

7.3 Ημικρανία χωρίς αύρα

Παλαιότερα χρησιμοποιούμενος όρος ήταν «κοινή ημικρανία». Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια κεφαλαλγίας, διάρκειας 4 – 72 ωρών. Τυπικά χαρακτηριστικά της κεφαλαλγίας είναι η ετερόπλευρη εντόπιση, ο σφύζοντας χαρακτήρας, η μέση ή μεγάλη έντασή του και η επιδείνωση μετά από απλή σωματική δραστηριότητα. Επίσης, η συνύπαρξη με ναυτία και / ή φωτοφοβία και ηχοφοβία⁶⁰.

Η ημικρανία χωρίς αύρα έχει στενή σχέση με την έμμηνο ρύση. Έχει μεγαλύτερο μέσο όρο συχνότητας κρίσεων και προκαλεί μεγαλύτερη ανικανότητα σε σχέση με την ημικρανία με αύρα και μπορεί να επιδεινωθεί με την κατάχρηση συμπτωματικής φαρμακευτικής αγωγής. Μελέτες τοπικής εγκεφαλικής ροής έχουν δείξει ότι κατά τη διάρκεια κρίσης ημικρανίας χωρίς αύρα, δεν υπάρχουν μεταβολές συμβατές με τη φλοιώδη μετακινούμενη καταστολή, αν και μεταβολές της αιματικής ροής στο στέλεχος μπορούν να εμφανιστούν.

Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την παθολογική μετακινούμενη φλοιώδη ολιγαϊμία που υπάρχει στην ημικρανία με αύρα. Βέβαια, από την άλλη μεριά τα μόρια – αγγελιοφόροι NO και CGRP εμπλέκονται στην όλη διαδικασία. Παρά το γεγονός ότι μέχρι πρόσφατα η παθολογία της νόσου θεωρούνταν αγγειακή, η σημασία της ευαισθητοποίησης των περιαγγειακών νευρικών απολήξεων και η πιθανότητα ότι τα επεισόδια προέρχονται από το ΚΝΣ, εμφανίζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τις τελευταίες δεκαετίες. Την ίδια στιγμή, πολλές απόψεις σχετικά με τη νευροδιαβίβαση στο συγκεκριμένο σύστημα έχουν διαπιστωθεί. Σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί με την είσοδο των τριπτανών, που είναι αγωνιστές των 5HT 1B/D υποδοχέων^{49,60}.

Αυτά τα φάρμακα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην οξεία φάση, έχουν μεγάλη ειδικότητα στους υποδοχείς και ο μηχανισμός δράσεως τους μας παρέχει νέα δεδομένα στους μηχανισμούς της ημικρανίας. Είναι ξεκάθαρο ότι η ημικρανία χωρίς αύρα είναι μια νευροβιολογική διαταραχή και η κλινική, καθώς και η βασική νευροεπιστήμη έχουν και εξακολουθούν να προσφέρουν αρκετά στην κατανόηση των μηχανισμών της ημικρανίας⁵⁴.

7.4 Ημικρανία με αύρα

Παλαιότεροι χρησιμοποιούμενοι όροι είναι «κλασσική ημικρανία, οφθαλμική, ημιπαραισθητική, ημιπληγική ή αφασική ημικρανία, επιλεγμένη ημικρανία» Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσα διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται με αναστρέψιμα νευρολογικά συμπτώματα, που εμφανίζονται προοδευτικά εντός 5 – 60 λεπτών και διαρκούν για λιγότερο από 60 λεπτά. Κεφαλαλγία με τα χαρακτηριστικά της ημικρανίας χωρίς αύρα συνήθως ακολουθεί τα συμπτώματα της αύρας. Λιγότερο συχνά, η κεφαλαλγία χαρακτηρίζεται από έλλειψη ημικρανικών χαρακτηριστικών, ή είναι εντελώς απύση⁴⁹.

Η αύρα είναι ένα σύμπλεγμα νευρολογικών συμπτωμάτων, τα οποία συμβαίνουν λίγο πριν ή κατά την έναρξη της ημικρανίας. Οι περισσότεροι ασθενείς με ημικρανία έχουν αποκλειστικά επεισόδια χωρίς αύρα. Πολλοί ασθενείς, οι οποίοι έχουν συχνά επεισόδια με αύρα, υπάρχει η πιθανότητα να έχουν και χωρίς αύρα. Προειδοποιητικά συμπτώματα συμβαίνουν από ώρες ως μία ή δύο ημέρες πριν το επεισόδιο της ημικρανίας (με ή χωρίς αύρα). Περιλαμβάνουν πολλούς συνδυασμούς συμπτωμάτων, όπως κούραση, δυσκολία στην συγκέντρωση, αυξημένη ευαισθησία στο φως, στον ήχο, ναυτίες, χασμουρητά, αυχενική δυσκαμψία και ωχρότητα.

Αύρα με παρόμοια χαρακτηριστικά έχει επίσης περιγραφεί σε σχέση με άλλη είδη κεφαλαλγίας, συμπεριλαμβανομένης της θροιστικής κεφαλαλγίας. Η σχέση

ανάμεσα σε αύρα και κεφαλαλγία είναι κάτι που μέχρι στιγμής δεν έχει γίνει κατανοητό πλήρως^{54,60}.

Πριν ή ταυτόχρονα με την έναρξη των συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν την αύρα, η τοπική αιματική ροή στον εγκεφαλικό φλοιό ελαττώνεται, σε περιοχή που αντιστοιχεί με την κλινική εικόνα και συχνά και σε ευρύτερη περιοχή.

Συστηματικές μελέτες έδειξαν ότι πολλοί ασθενείς με οπτική αύρα έχουν, μερικές φορές, και συμπτώματα στα άκρα. Αντίστροφα, ασθενείς με συμπτώματα στα άκρα πάντα υποφέρουν από οπτική αύρα. Μια διάκριση ανάμεσα σε ημικρανία με οπτική αύρα και ημικρανία με αισθητική αύρα θα ήταν πιθανόν τεχνητή, και για αυτό δε γίνεται στην παρούσα ταξινόμηση. Ασθενείς με αύρα που περιλαμβάνει κινητικό έλλειμμα ταξινομούνται ξεχωριστά, εξαιτίας του ότι συχνά αυτή η μορφή κληρονομείται με τον επικρατούντα τύπο κληρονομικότητας. Γενετική σχέση ανάμεσα στην ημικρανία με αύρα και την οικογενή ημιπληγική ημικρανία δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί⁶⁰.

7.4.1 Τυπική αύρα με ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία

Η τυπική αύρα, αποτελούμενη από ένα μεμονωμένο ή μια ποικιλία θετικών και αρνητικών στοιχείων, οπτικών ή και αισθητικών ή και συμπτωμάτων από το λόγο, με προοδευτική εμφάνιση, διάρκειας όχι περισσότερο από μία ώρα, που συνοδεύονται από κεφαλαλγία που πληροί τα κριτήρια για την ημικρανία χωρίς αύρα⁵⁴.

Αποτελεί την πιο κοινή μορφή ημικρανίας που σχετίζεται με αύρα. Η διάγνωση τίθεται συνήθως απλά μετά τη λήψη του ιστορικού, αν και υπάρχουν περιπτώσεις οι οποίες μιμούνται την κλινική εικόνα, όπως, για παράδειγμα, διαχωρισμός της καρωτίδας, αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες και επιληπτική κρίση.

Η οπτική αύρα αποτελεί τον πιο κοινό τύπο αύρας. Παρουσιάζεται συχνά ως τεθλασμένες γραμμές που θυμίζουν οχύρωση μεσαιωνικής πόλης και βρίσκονται αρχικά κοντά στο σημείο της κεντρικής όρασης και μετακινούνται προοδευτικά προς τα πλάγια, αφήνοντας πίσω τους ένα σκότωμα ποικίλου σχήματος. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει σκότωμα χωρίς θετικά φαινόμενα, κάτι που συνήθως γίνεται αντιληπτό ως οξύ επεισόδιο, αλλά στην ουσία μεγαλώνει σταδιακά^{54,60}.

Το επόμενο σε συχνότητα σύμπτωμα είναι αισθητικές διαταραχές, που εμφανίζονται με τη μορφή αιμοδιών ή παραισθήσεων, που ξεκινούν από ένα σημείο και σταδιακά εξαπλώνονται σε ένα μεγαλύτερο ή μικρότερο μέρος του σύστοιχου ημισώματος. Λιγότερο συχνές είναι οι διαταραχές του λόγου, συνήθως δυσφασικού τύπου, αλλά συχνά δύσκολο να κατηγοριοποιηθούν^{49,60}.

Τα συμπτώματα συχνά ακολουθούν το ένα το άλλο διαδοχικά ξεκινώντας με οπτικά, ακολούθως με αισθητικά και, κατόπιν, με δυσφασικά. Οι ασθενείς συχνά δυσκολεύονται να περιγράψουν τα συμπτώματά τους, και σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να τους δοθούν οδηγίες για να τα καταγράψουν. Μετά από μια τέτοια προοδευτική παρατήρηση, η κλινική εικόνα γίνεται πιο ξεκάθαρη. Συχνά λάθη αφορούν περιγραφή μονοφθάλμιων διαταραχών της όρασης, ενώ αυτές είναι ομώνυμες, καθώς και παρερμηνεία της αιμοδίας για αδυναμία. Μετά την πρώτη συνέντευξη, η χρήση προοπτικού ημερολογίου μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση⁶⁰.

7.4.2 Τυπική αύρα με μη ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία

Τυπική αύρα, αποτελούμενη από ένα μεμονωμένο ή μια ποικιλία θετικών και αρνητικών στοιχείων, οπτικών ή και αισθητικών ή και συμπτωμάτων από το λόγο, με προοδευτική εμφάνιση, διάρκεια όχι περισσότερο από μία ώρα, που συνοδεύονται από κεφαλαλγία που δεν πληροί τα κριτήρια για την ημικρανία χωρίς αύρα.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει να γίνει σωστή διερεύνηση της αύρας και διαφοροδιάγνωσή της από παρόμοιες καταστάσεις που προκαλούνται από σοβαρές, παθολογικές καταστάσεις (π.χ. παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο) είναι επιτακτική⁵⁴.

7.4.3 Τυπική αύρα χωρίς κεφαλαλγία

Τυπική αύρα, αποτελούμενη από ένα μεμονωμένο ή μια ποικιλία θετικών και αρνητικών στοιχείων, οπτικών ή και αισθητικών ή και συμπτωμάτων από το λόγο, με προοδευτική εμφάνιση, διάρκεια όχι περισσότερο από μία ώρα, που δε συνοδεύονται από κεφαλαλγία.

Σε ορισμένους ασθενείς μετά από μία τυπική αύρα πάντα ακολουθεί ημικρανία, αλλά πολλοί ασθενείς έχουν, επιπροσθέτως, επεισόδια αύρας χωρίς ημικρανία ή ακόμα και χωρίς κεφαλαλγία. Ένας μικρός αριθμός ασθενών έχουν τυπικά αύρα χωρίς κεφαλαλγία. Συχνότερα, όμως, καθώς οι ασθενείς με τυπική αύρα με ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία γερνούν, η κεφαλαλγία μπορεί να χάσει τα χαρακτηριστικά της ημικρανίας ή και να εξαφανιστεί εντελώς ακόμα, ενώ η αύρα να συνεχίζεται. Ορισμένοι ασθενείς, κυρίως άντρες, έχουν τυπική αύρα χωρίς κεφαλαλγία από την αρχή⁵⁴.

Αν δεν υπάρχει κεφαλαλγία που να πληροί τα κριτήρια για την ημικρανία χωρίς αύρα, η ακριβής διάγνωση της αύρας και η διάκρισή της από καταστάσεις με παρόμοια εικόνα, που πιθανόν να οφείλονται σε σοβαρά νοσήματα (όπως παροδικά ισχαιμικά επεισόδια) είναι πολύ σημαντική. Περαιτέρω έλεγχος ίσως είναι απαραίτητος για τη διαφορετική διάγνωση. Ειδικά όταν η αύρα ξεκινάει σε ηλικία μετά τα 40, όταν κυριαρχούν στην εικόνα αρνητικά συμπτώματα και όταν η αύρα είναι είτε παρατεταμένη, είτε πολύ μικρής διάρκειας, πρέπει να γίνει αποκλεισμός άλλων καταστάσεων^{49,54}.

7.5 Οικογενής ημιπληγική ημικρανία (Familial hemiplegic migraine – FHM)

Η ημικρανία με αύρα, η οποία περιλαμβάνει κινητική αδυναμία και τουλάχιστον ένας πρώτου ή δευτέρου βαθμού συγγενής έχει ημικρανία με αύρα, η οποία περιλαμβάνει κινητική αδυναμία.

Μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ μυϊκής αδυναμίας και διαταραχής της αισθητικότητας. Νέα γενετικά δεδομένα επέτρεψαν έναν πιο ακριβή ορισμό της FHM, από ότι προηγουμένως. Συγκεκριμένες γενετικές υποκατηγορίες της FHM έχουν αναγνωριστεί:

- ⊕ Στην FHM1 υπάρχουν μεταλλάξεις στο γονίδιο CACNA1A, στο χρωμόσωμα 19
- ⊕ Στην FHM2 υπάρχουν μεταλλάξεις στο γονίδιο ATP1A2 στο χρωμόσωμα 1.

Εάν σε κάποιον ασθενή έχει γίνει γενετικός έλεγχος, θα πρέπει στη διάγνωση, μέσα σε παρένθεση, να αναφέρεται και η γενετική υποκατηγορία⁶⁰.

Έχει αποδειχθεί ότι στην FHM1 πολύ συχνά υπάρχουν συμπτώματα ημικρανίας του τύπου της ς αρτηρίας, επιπλέον σε αυτά της τυπικής αύρας, ενώ παράλληλα η κεφαλαλγία είναι σχεδόν πάντα παρούσα. Στα επεισόδια της FHM1 ίσως υπάρχουν διαταραχές της συνείδησης (ορισμένες φορές ακόμα και κώμα) , πυρετός και πλειοκύττωση στο ENY. Επεισόδια FHM1 μπορούν να προκληθούν από ήπιες κακώσεις της κεφαλής. Στο 50 % περίπου των οικογενειών με FHM1 εμφανίζεται προοδευτική παραγκεφαλιδική αταξία, ανεξάρτητα από τα επεισόδια της ημικρανίας.

Η FHM, πολλές φορές λανθασμένα, μπορεί να θεωρηθεί ως κρίση επιληψίας και να αντιμετωπιστεί ως τέτοια^{54,60}.

7.6 Σποραδική ημιπληγική ημικρανία

Ημικρανία με αύρα, είναι μία κατάσταση κατά την οποία υπάρχει κινητική αδυναμία, αλλά κανείς πρώτου ή δευτέρου βαθμού συγγενής δεν έχει ημικρανία με αύρα, η οποία περιλαμβάνει κινητική αδυναμία⁶⁰.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η συχνότητα των σποραδικών περιπτώσεων ημιπληγικής ημικρανίας είναι περίπου η ίδια με αυτήν των οικογενών.

Οι σποραδικές περιπτώσεις πάντα απαιτούν νευροαπεικόνιση και άλλες εξετάσεις για να αποκλειστεί κάποια άλλα αιτιολογία. Η οσφουονωτιαία παρακέντηση είναι επίσης απαραίτητα, ώστε να αποκλειστεί η ψευδοημικρανία με παροδικά νευρολογικά συμπτώματα και λεμφοκυτταρική πλειοκύττωση στο ENY. Αυτή η κατάσταση είναι πιο συχνή στους άνδρες και συχνά συνοδεύεται με παροδική ημιπάρεση και αφασία^{54,60}.

7.7 Ημικρανία του τύπου της βασικής αρτηρίας

Αυτό το είδος ημικρανίας παλαιότερα λεγόταν «βασική ημικρανία» και « ημικρανία της βασικής αρτηρίας». Η ημικρανία με τα συμπτώματα αύρας, τα οποία προέρχονται από το εγκεφαλικό στέλεχος ή και από σύγχρονη προσβολή των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων, αλλά χωρίς κινητική αδυναμία⁴⁹.

7.8 Περιοδικά σύνδρομα της παιδική ηλικίας, τα οποία είναι συχνά πρόδρομα ημικρανίας

7.8.1 Κυκλικοί έμετοι

Επαναλαμβανόμενα επεισόδια εμέτων και έντονης ναυτίας, που εμφανίζονται συνήθως στερεότυπα σε κάθε ασθενή. Τα επεισόδια συνοδεύονται από ωχρότητα και λήθαργο. Μεταξύ των επεισοδίων, ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός⁶⁰.

Οι κυκλικοί έμετοι είναι μία αυτοπεριοριζόμενη επεισοδιακή κατάσταση της παιδική ηλικίας. Τα κλινικά χαρακτηριστικά αυτού του συνδρόμου μοιάζουν με τα συνοδά φαινόμενα των ημικρανικών κεφαλαλγιών στην ημικρανία και πολλαπλές προσπάθειες έρευνας τα τελευταία χρόνια έχουν δείξει ότι ο κυκλικός εμετός είναι μία κατάσταση η οποία σχετίζεται με την ημικρανία^{60,61}.

7.8.2 Κοιλιακή ημικρανία

Πρόκειται για μία ιδιοπαθή, υποτροπιάζουσα διαταραχή, η οποία εμφανίζεται συνήθως στα παιδιά και χαρακτηρίζεται από επεισόδια κοιλιακού πόνου, τα οποία διαρκούν 1 έως 72 ώρες. Μεταξύ των επεισοδίων η κατάσταση του ασθενούς είναι απόλυτα φυσιολογική. Ο πόνος είναι μέσης έως μεγάλης έντασης, εντοπίζεται στη μέση γραμμή και συνοδεύεται με αγγειοκινητικά συμπτώματα, ναυτία και εμέτους⁶¹.

7.9 Αμφιβληστροειδική ημικρανία

Επαναλαμβανόμενα επεισόδια διαταραχής της όρασης του ενός οφθαλμού (που συμπεριλαμβάνει σπινθηροβόλα σκοτώματα, σκοτώματα ή απώλεια όρασης) , που συνοδεύονται με ημικρανικού τύπου κεφαλαλγία.

Ορισμένοι ασθενείς οι οποίοι διαμαρτύρονται για διαταραχές της όρασης στον ένα οφθαλμό, στην πραγματικότητα πάσχουν από ημικρανία. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις χωρίς κεφαλαλγία, αλλά ο « ημικρανικός» τους χαρακτήρας δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί. Άλλες αιτιολογίες παροδικής απώλειας όρασης, όπως οπτική νευροπάθεια ή διαχωρισμός της καρωτίδας, πρέπει να αποκλεισθούν^{49,60}.

7.10 Επιπλοκές της ημικρανίας

Ταξινομείται ξεχωριστά η αρχική ημικρανική διαταραχή και η επιπλοκή της.

7.10.1 Χρόνια ημικρανία

Κεφαλαλγία ημικρανικού τύπου, η οποία συμβαίνει για 15 ή περισσότερες ημέρες το μήνα, για περισσότερο από 3 μήνες, χωρίς να υπάρχει κατάχρηση φαρμάκων⁵⁴.

Οι περισσότερες περιπτώσεις χρόνιας ημικρανίας ξεκινούν ως ημικρανία χωρίς αύρα. Για αυτόν το λόγο, η χρονιότητα μπορεί να θεωρηθεί ως επιπλοκή της επεισοδιακής ημικρανίας. Καθώς το πρόβλημα γίνεται χρόνια, η κεφαλαλγία έχει την τάση να χάνει τον επεισοδιακό της χαρακτήρα, μολονότι δεν έχει αποδειχθεί πλήρως ότι συμβαίνει πάντα αυτό^{49,54}.

Όταν γίνεται υπερβολική χρήση φαρμακευτικής αγωγής, αυτή είναι η πιο πιθανή αιτία των χρόνιων συμπτωμάτων. Επομένως, ο κανόνας είναι να ταξινομούνται τέτοιοι ασθενείς σύμφωνα με την προϋπάρχουσα μορφή ημικρανίας και επιπλέον ως πιθανή κεφαλαλγία από κατάχρηση φαρμάκων. Όταν αυτά τα κριτήρια πληρούνται ακόμη, δύο μήνες μετά τη διακοπή των φαρμάκων, τίθεται η διάγνωση της χρόνιας ημικρανίας, ενώ αποσύρεται αυτή της πιθανής κεφαλαλγίας από κατάχρηση φαρμάκων².

Εάν εντός του διαστήματος αυτού πάντως να πληρούνται τα κριτήρια, διότι έχει εμφανισθεί βελτίωση της κατάστασης, τίθεται η διάγνωση της κεφαλαλγίας από κατάχρηση φαρμάκων, παραμένει αυτή της προϋπάρχουσας μορφής ημικρανίας, ενώ και αποσύρεται η πιθανή χρόνια ημικρανία⁸.

7.11 Ημικρανική κατάσταση (status migrainosus)

Μία κρίση ημικρανίας που διαρκεί περισσότερο από 72 ώρες και εξουθενώνει τον ασθενή.

Δεν λαμβάνεται υπόψιν τυχόν διακοπή του επεισοδίου κατά τη διάρκεια του ύπνου. Παρομοίως, δε λαμβάνεται υπόψιν τυχόν βραχείας διάρκειας ανακούφιση από τον πόνο λόγω λήψης φαρμάκων. Η ημικρανική κατάσταση μπορεί συχνά να είναι το αποτέλεσμα κατάχρησης φαρμάκων και θα πρέπει να ταξινομούνται ανάλογα. Επεισοδιακά ημικρανίας που διαρκούν περισσότερο από 72 ώρες, αλλά δεν είναι εξουθενωτικά για τον ασθενή, ταξινομούνται ως πιθανή ημικρανία χωρίς αύρα^{8,49}.

7.12 Εμμένουσα αύρα χωρίς έμφρακτο

Σε αυτήν την κατάσταση, τα συμπτώματα αύρας, τα οποία επιμένουν για περισσότερο από μία εβδομάδα, χωρίς ακτινολογική απόδειξη ύπαρξης εμφράκτου.

Εμμένοντα συμπτώματα αύρας είναι σπάνια, αλλά έχουν αναφερθεί. Είναι συνήθως αμφοτερόπλευρα και μπορεί να διαρκέσουν για μήνες ή χρόνια. Δεν υπάρχει αξιόπιστη αποτελεσματική θεραπεία. Παρόλα αυτά, η ακεταζολαμίδα και το βαλπροϊκό έχουν βοηθήσει σε ορισμένες περιπτώσεις. Πρέπει να αποκλειστεί, μεταξύ άλλων, και η περίπτωση οπίσθιας λευκοεγκεφαλοπάθειας ή του ημικρανικού εμφράκτου^{2,8}.

7.13 Ημικρανικό έμφρακτο

Ένα ή περισσότερα συμπτώματα αύρας, τα οποία συσχετίζονται με ισχαιμική αλλοίωση σε συμβατή περιοχή του εγκεφάλου, όπως αποδεικνύεται με τη βοήθεια νευροαπεικονιστικού ελέγχου.

Σε ημικρανικό ασθενή, ένα εγκεφαλικό έμφρακτο μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως εγκεφαλικό έμφρακτο άλλης συνυπάρχουσας αιτιολογίας, ως εγκεφαλικό έμφρακτο άλλης αιτιολογίας που παρουσιάζεται με συμπτώματα που μοιάζουν με ημικρανία με αύρα ή, τέλος, ως εγκεφαλικό έμφρακτο που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια μιας τυπικής κρίσης ημικρανίας με αύρα⁸.

Αυξημένος κίνδυνος για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο σε ημικρανικούς ασθενείς έχει αποδειχθεί σε γυναίκες κάτω από 45 ετών σε αρκετές μελέτες. Τα αποδεικτικά στοιχεία για συσχέτιση μεταξύ ημικρανίας και εγκεφαλικού σε μεγαλύτερους ασθενείς, άντρες ή γυναίκες, είναι αντιφατικά^{49,54}.

7.14 Επιληπτική κρίση που εκλύεται από ημικρανία

Σε αυτήν την περίπτωση, λόγω ημικρανίας μπορεί να προκληθεί επιληπτική κρίση. Η ημικρανία και η επιληψία είναι τυπικά παραδείγματα παροξυσμικών εγκεφαλικών διαταραχών. Παρόλο που κεφαλαλγίες του τύπου της ημικρανίας συναντώνται συχνά στη μετακριτική περίοδο, ορισμένες φορές μια επιληπτική κρίση συμβαίνει κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά από ένα ημικρανικό επεισόδιο⁵⁴.

7.15 Θεραπευτική προσέγγιση της ημικρανίας

Η θεραπευτική προσέγγιση της ημικρανίας διακρίνεται σε φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές θεραπείες. Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν την ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη νόσο, τους μηχανισμούς της, τη θεραπευτική προσέγγιση και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που περιλαμβάνουν την αποφυγή των εκλυτικών παραγόντων της ημικρανίας. Τακτικός ύπνος, τακτικά γεύματα, άσκηση, αποφυγή υπερβολικού στρες και ελλιπούς ανάπαυσης και αποφυγή διαιτητικών εκλυτικών παραγόντων μπορεί να ωφελήσουν. Το κεντρικό μήνυμα είναι ότι ο ασθενής θα πρέπει να επιδιώκει τακτικές συνήθειες μάλλον, παρά την αποφυγή μιας σειράς τροφών και δραστηριοτήτων⁶².

Αυτό που δεν μπορεί να είναι γνωστό, βέβαια, είναι η ευαισθησία του εγκεφάλου στους εκλυτικούς παράγοντες κάθε χρονική στιγμή. Η μεταβλητότητα αυτή απογοητεύει τους ασθενείς, υπό την έννοια ότι οι ίδιοι χειρισμοί αντιμετώπισης της ημικρανίας έχουν διαφορετικά αποτελέσματα από μέρα σε μέρα. Η επεξήγηση αυτής της μεταβλητότητας στους ασθενείς μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα.

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της ημικρανίας διακρίνονται σε αυτά που λαμβάνονται καθημερινά ανεξάρτητα από την εμφάνιση ή μη της κεφαλαλγίας, προκειμένου να ελαττώσουν τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των κρίσεων, και σε αυτά που λαμβάνονται για τη θεραπεία των κρίσεων, όταν αυτές εμφανίζονται. Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση των κρίσεων διαιρούνται περαιτέρω σε μη ειδικά και σε ειδικά για την ημικρανία⁶³.

Τα μη ειδικά φάρμακα, όπως η ασπιρίνη, η ακεταμινοφαίνη, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα οπιοειδή και ο συνδυασμός αναλγητικών χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ευρέως φάσματος διαταραχών που συνοδεύονται από πόνο. Τα ειδικά για την ημικρανία φάρμακα (εργοταμίνη, διϋδροεργοταμίνη και τριπτάνες είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της νευροαγγειακής κεφαλαλγίας, όπως η ημικρανίας και η αθροιστική κεφαλαλγία, αλλά όχι στην αντιμετώπιση άλλων τύπων πόνου, όπως η κεφαλαλγία τύπου τάσης και η άτυπη προσωπαλγία^{62,63}.

7.15.1 Προφυλακτική θεραπεία

Ο αντικειμενικός σκοπός της προφυλακτικής θεραπείας είναι να επαναφέρει στον ασθενή σε φυσιολογική λειτουργία ελαττώνοντας την κεφαλαλγία και τα συνοδά συμπτώματα της ναυτίας, του εμέτου και των αισθητηριακών φοβιών (φωτοφοβία) χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες και υποτροπή της κρίσης εντός 24 ωρών^{49,54}.

Η απόφαση έναρξης προφυλακτικής θεραπείας για την ημικρανία καλό είναι να λαμβάνεται σε συνεργασία με τον ασθενή. Η επιλογή θεραπείας γίνεται με βάση τη συχνότητα, διάρκεια, σοβαρότητα και τη δυνατότητα αντιμετώπισης, καθώς και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Υποψήφιοι για προφυλακτική αγωγή είναι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στα φάρμακα αντιμετώπισης των κρίσεων και που οι κρίσεις τους προκαλούν σημαντική ανικανότητα.

Αν οι προσβολές της ημικρανίας συμβαίνουν τουλάχιστον δύο φορές το μήνα, αν υπάρχει κίνδυνος επαναλαμβανόμενης κεφαλαλγίας ή αν το ημερολόγιο ημικρανίας που τηρεί ο ασθενής δείχνει τάση αύξησης της συχνότητας των προσβολών, τότε η πρόληψη είναι προτιμότερη. Η προληπτική θεραπεία φαίνεται να τροποποιεί την ευαισθησία του εγκεφάλου η οποία αποτελεί την αιτία της ημικρανίας⁶³.

7.15.2 Θεραπεία κρίσεων ημικρανίας

Σε πολλούς ασθενείς η ημικρανία ανταποκρίνεται καλά σε μια απλή θεραπεία την ώρα της κρίσης. Υπάρχουν πολλά σημεία – κλειδιά στη χρήση μιας τέτοιας θεραπείας:

- ◆ Το φάρμακο θα πρέπει να λαμβάνεται αμέσως μόλις γίνεται αντιληπτή η κεφαλαλγία.
- ◆ Η δόση του φαρμάκου θα πρέπει να είναι επαρκής
- ◆ Η χορήγηση αντιεμετικών ή φαρμάκων που αυξάνουν τη γαστρική κινητικότητα είναι πιθανό να διευκολύνει την απορρόφηση του κυρίως φαρμάκου και επιπλέον να βελτιώνει την κρίση.

Κατάχρηση αυτών των φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται. Η λήψη τους πρέπει να περιορίζεται σε 2-3 μέρες την εβδομάδα. Το ημερολόγιο των προσβολών ημικρανίας θα πρέπει να τηρείται και να καταγράφεται κάθε ραγδαία αύξηση λήψης ενός φαρμάκου. Είναι σημαντικό αν θυμόμαστε ότι η σοβαρότητα των ημικρανικών προσβολών, καθώς και ανταπόκρισή τους στη θεραπεία μπορεί να ποικίλλει⁶³.

Ως κανόνα, θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση οπιοειδών. Τα φάρμακα αυτά καλύπτουν τον πόνο, χωρίς να καταστέλλουν τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της προσβολής, συχνά ελαττώνοντας το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς. Η χρήση τους μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση⁶².

7.15.3 Παράγωγα εργοταμίνης

Σε περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στα συνήθη αναλγητικά χορηγείται η εργοταμίνη, η οποία δρα στο μηχανισμό της ημικρανικής κρίσης, προκαλώντας αγγειοσύσπαση και αποτρέπει έτσι τον πόνο. Τα πρόδρομα όμως συμπτώματα της αντιεμετικό φάρμακο. Η εργοταμίνη είναι αποτελεσματική όταν χορηγείται στη φάση των πρόδρομων συμπτωμάτων ή το αργότερο κατά την έναρξη του πόνου. Η εργοταμίνη δεν πρέπει να χορηγείται περισσότερο από δύο φορές την εβδομάδα και δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται για την προφυλακτική αντιμετώπιση της ημικρανίας⁶².

Τα κύρια πλεονεκτήματα των παραγώγων εργοταμίνης και διϋδροεργοταμίνης είναι το χαμηλό κόστος τους και η μακρά εμπειρία χρήσης τους. Τα κύρια μειονεκτήματα τους είναι η ασυνήθιστη φαρμακοκινητική τους, η έλλειψη στοιχείων σχετικά με το ποια είναι η επαρκής δόση τους, η ισχυρή και παρατεταμένη γενικευμένη αγγειοσυσπαστική τους δράση, που συνδέονται με αγγειακά επεισόδια και υψηλό κίνδυνο κατάχρησης και επαναλαμβανόμενης κεφαλαλγίας^{49,54}.

7.15.4 Οι τριπτάνες

Σε σύγκριση με τα παράγωγα της εργοταμίνης οι τριπτάνες παρουσιάζουν ξεκάθαρα πλεονεκτήματα: επιλεκτική δράση, απλή και σταθερή φαρμακοκινητική, evidence – based οδηγίες συνταγογράφησης, δεδομένη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια. Τα σημαντικότερα μειονεκτήματα των τριπτανών είναι το υψηλό τους κόστος και οι περιορισμοί στη χρήση τους, εάν συνυπάρχει καρδιαγγειακή νόσος.

Οι τριπτάνες είναι αγωνιστές των 5 – HT_{1B/1D} υποδοχέων της σεροτονίνης. Οι υποδοχείς αυτοί είναι γνωστοί και ως G – πρωτεϊνικοί υποδοχείς. Η ενεργοποίηση αυτών των υποδοχέων μπορεί να κλείσει τις αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις του κρανίου. Η κατανομή αυτών των υποδοχέων είναι περιορισμένη σε έκταση in vivo.

Επτά κύριες υποτάξεις των 5 – HT υποδοχέων είναι σήμερα γνωστές. Οι τριπτάνες ενεργοποιούν τους 5 – HT_{1B/1D} και, σε μικρότερο βαθμό, τους 5 – HT_{1A} ή τους 5 – HT_{1F} υποδοχείς. Φαίνεται ότι η δράση τους επί των 5 – HT_{1B/1D} υποδοχέων είναι ο βασικός μηχανισμός της θεραπευτικής τους δράσης^{54,63}.

Οι τριπτάνες έχουν τρεις δυνατούς μηχανισμούς δράσης: αγγειοσυσπασση των κρανιακών νεύρων, περιφερική νευρική αναστολή και αναστολή της μετάδοσης μέσω των νευρώνων δεύτερης τάξης του τριδύμο – αυχενικού συμπλέγματος. Ποιος από τους τρεις μηχανισμούς είναι σημαντικότερος, δεν είναι ακόμη σαφές. Η αύξηση του ενδοκυττάριου ασβεστίου από τη δράση του 5 – HT₁ υποδοχέα σχετίζεται με ενεργοποίηση του G_i / G_o πρωτεϊνικού μονοπατιού και τροποποίηση των διαύλων Ca⁺² υψηλού δυναμικού. Όλα αυτά δείχνουν ότι αυτοί οι διάυλοι Ca⁺² μπορεί να ενέχονται στη θεραπευτική δράση των τριπτανών επί της ημικρανίας, ενισχύοντας την άποψη ότι οι τριπτάνες αναστέλλουν την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών από το κεντρικό ή το περιφερικό προσυναπτικό άκρο διαμέσω των διαύλων αυτών^{54,62,63}.

Στην καθημερινή κλινική πράξη χρησιμοποιούνται 5 τριπτάνες: η σουματριπτάνη, η ναρατριπτάνη, η ριζατριπτάνη, η ζολμιτριπτάνη και η αλμοτριπτάνη. Η ελετριπτάνη εγκρίθηκε πρόσφατα στην Ευρώπη, η φροβατριπτάνη περιμένει έγκριση και η δονιτριπτάνη βρίσκεται σε προκλινικό στάδιο. Κατά τη διάρκεια της κρίσης η απορρόφηση πολλών λαμβανόμενων από το στόμα φαρμάκων καθυστερεί. Μπορεί γι αυτό να πλεονεκτούν παρεντερικές μέθοδοι λήψης όπως ρινικά σπρέι, νεφελοποιητές, υπόθετα ή ενέσεις. Το 80% των τριπτανών απαντάται από του στόματος μορφή. Η σουματριπτάνη διατίθεται επίσης σε υποδόρια, από το ορθό και ενδοκρινικά χορηγούμενη μορφή^{62,63}.

7.15.5 Θεραπεία κρίσεων ημικρανίας: καταργώντας το στερεότυπο της μονοθεραπείας

Λόγοι αλλαγής θεραπευτικής προσέγγισης:

-Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν άμεση έναρξη της ανακούφισης από τον πόνο, που δεν μπορεί να επιτευχθεί από τις περισσότερες μεμονωμένες θεραπευτικές επιλογές.

-Η μονοθεραπεία με εκλεκτικούς 5 – HT_{1B/1D} αγωνιστές, ιδίως από του στόματος, δεν έχει ως αποτέλεσμα άμεση, μόνιμη και πλήρη ανακούφιση από την ημικρανία σε όλους τους ασθενείς. Η φάση της αύρας στους ασθενείς με ημικρανία με αύρα δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί, ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να εμφανιστούν στο 89% των ασθενών και έως και 31% αυτών που παίρνουν σουματριπτάνη διακόπτουν τη λήψη της εξαιτίας της έλλειψης αποτελεσματικότητας της υποτροπής της κεφαλαλγίας του κόστους και/ ή των ανεπιθύμητων ενεργειών^{64,65}.

Η υποδόρια χορήγηση της σουματριπτάνης, που θεωρείται ακόμη η πλέον αποτελεσματική θεραπεία των ημικρανικών προσβολών, ανεβάζει το θεραπευτικό όφελος της θεραπείας της κεφαλαλγίας στο 51 – 52%. Οι υπόλοιπες τριπτάνες κυμαίνονται από 10 – 47 % αναφορικά με το θεραπευτικό όφελος.

Τα παράγωγα της εργοταμίνης χρησιμοποιούνται εδώ και 40 χρόνια, αλλά λίγα στοιχεία υπάρχουν ότι είναι σημαντικά πιο αποτελεσματικά σε σχέση με σκευάσματα placebo. Η φαρμακευτική τους είναι απρόβλεπτη και η βιοδιαθεσιμότητά τους μικρότερη από 5%, κάτι που δεν παρέχει σταθερό αποτέλεσμα επί των προσβολών στον ίδιο ασθενή^{54,65,65}.

Η μετοκλοπραμίδη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ποικίλλουν ως προς τα χαρακτηριστικά τους, αλλά ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα παρουσιάζουν παρόμοιο αποτέλεσμα με αυτό 100 mg σουματριπτάνης (περίπου 29 – 31 %).

Η υποτροπή της κεφαλαλγίας εντός 24 ωρών από τη στιγμή που αυτή εξαλείφεται ή γίνεται ήπια συμβαίνει τόσο με τις τριπτάνες, όσο και με τις άλλες θεραπείες της οξείας ημικρανικής προσβολής.

Επιπλέον, η ημικρανία φαίνεται να εμπλέκει διαφορετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς (χαμηλή σεροτονίνη, νευρογενής φλεγμονή και ντοπαμινεργική υπερευαισθησία) , κάτι που φανερώνει ότι αντιμετωπίζοντας έναν από τους εμπλεκόμενους μηχανισμούς, το αποτέλεσμα θα υπολείπεται πάντοτε του ιδανικού⁵⁴.

7.15.6 Στοιχεία αποτελεσματικότερης θεραπείας της ημικρανίας

Το περιοδικό “ Lance ” πρότεινε τη χορήγηση μετοκλοπραμίδης πριν από τη χορήγηση ενός παραγώγου εργοταμίνης για την επίτευξη ταχύτερης γαστρικής απορρόφησης.

Ο Wilkinson ανέφερε ότι 61% των ασθενών του είχαν πλήρη ή σημαντική ανακούφιση από την ημικρανία ακολουθώντας ένα σχήμα που περιελάμβανε έναν ανταγωνιστή της ντοπαμίνης, ένα απλό αναλγητικό και μια προσπάθεια για ύπνο από τον ασθενή. Στους υπόλοιπους ασθενείς η προσθήκη ενός παραγώγου εργοταμίνης στο σχήμα ανέβασε το ποσοστό αποτελεσματικότητας στο 91%.

Ο συνδυασμός της διϋδροεργοταμίνης με προχλωπεραζίνη σε ενδοφλέβια χορήγηση αποδείχθηκε ένα πολύ αποτελεσματικό σχήμα για εφαρμογή στο Τμήμα Επειγόντων^{54,66}.

Ο συνδυασμός σουματριπτάνης μαζί με ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες όπως το τολφαιναμικό οξύ ή η νατριούχος ναπροξένη ελαττώνει την υποτροπή στην κλινική πράξη.

Η χρήση 100 mg σουματριπτάνης και 550 mg νατριούχου ναπροξένης ελάττωσε το ποσοστό της υποτροπής από 59% σε 25,5% ($p < 0.0003$) σε σύγκριση με τη χρήση σουματριπτάνης μαζί με placebo.

Η γρήγορα δρώσα ριζατριπτάνη σε συνδυασμό με ένα COX-2 αναστολέα με μακρύ χρόνο ημιζωής στο πλάσμα όπως η ροφεκοξίμη ελάττωσε την υποτροπή, πέτυχε καλύτερα ποσοστά διατήρησης χρόνου ελεύθερου από πόνο και παρουσίασε καλύτερα ποσοστά αποτελεσματικότητας αναφορικά με την ανακούφιση από την κεφαλαλγία και τη ναυτία σε σχέση με τη μεμονωμένη χρήση της ριζατριπτάνης^{64,66}.

Πρόσφατα αποδείχθηκε ότι 10 mg ριζατριπτάνης σε συνδυασμό με 50 mg ροφεκοξίμης ήταν πιο αποτελεσματικό σχήμα σε σχέση με την ριζατριπτάνη μόνη της και το συνδυασμό της ριζατριπτάνης μαζί με 200 mg τολφαιναμικού οξέος, ως προς το ποσοστό των ασθενών ελεύθερων πόνου στις 2 ώρες και ως προς την εκδήλωση φωτοφοβίας στις 2 και στις 4 ώρες μετά την έναρξη της κρίσης⁶⁶.

7.15.7 Νεότερες θεραπείες της ημικρανίας

Μια καινούργια, αλλά όχι πραγματικά νέα θεραπεία είναι η χορήγηση νιασίνης (νικοτινικού οξέος) ενδοφλεβίως ή/ και από του στόματος. Η νιασίνη είναι γνωστό διαιτητικό συμπλήρωμα, χρησιμοποιούμενο κυρίως για την ικανότητά της να επηρεάζει θετικά τα επίπεδα χοληστερίνης. Πρόσφατα εμφανίστηκαν προσωπικές τοποθετήσεις που υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της νιασίνης στην εξάλειψη των οξέων προσβολών ημικρανίας και στην πρόληψη της κεφαλαλγίας της ημικρανίας.

Η συστηματική ανασκόπηση αυτών των άρθρων δείχνει ότι η νιασίνη πιθανώς να έχει κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα στην κεφαλαλγία της ημικρανίας, την κεφαλαλγία τάσης και κεφαλαλγίες άλλης αιτιολογίας. Η ποιότητα των στοιχείων είναι τέτοια, που να επαρκεί μόνο για τη διατύπωση υποθέσεων. Είναι απαραίτητες οι τυχαιοποιημένες μελέτες για τον καθορισμό των κλινικών ενδείξεων αυτής της θεραπείας⁶⁴.

Τα αίτια της αποτελεσματικότητας της νιασίνης μπορούμε να τα προσεγγίσουμε μόνο υποθετικά. Όταν λαμβάνεται ενδοφλεβίως ή από το στόμα η νιασίνη προκαλεί ερυθρίαση του δέρματος, κάτι που μπορεί να εξαλείφει τα οξέα συμπτώματα της ημικρανίας προκαλώντας διαστολή των κρανιακών αγγείων και κατ' επέκταση προλαμβάνοντας την αγγειοσύσπαση των εξωκρανιακών αγγείων.

Το γεγονός αυτό αποτελεί στοιχείο ότι η νιασίνη είναι αποτελεσματικός περιφερειακός αγγειοδιαστολέας, αλλά η ικανότητα του να επηρεάζει κεντρικούς μηχανισμούς (π.χ. αιματική ροή των ημισφαιρίων, και αιμοδυναμική του κρανίου) που ενέχονται στην κεφαλαλγία της ημικρανίας δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Η νιασίνη προκαλεί περιφερική αγγειοδιαστολή και ερυθρίαση επάγοντας την παραγωγή της προσταγλανδίνης D₂ (PGD₂) στο δέρμα, οδηγώντας σε μια αξιοσημείωτη αύξηση του μεταβολίτη της 9^α, 11β-PGF₂ στο πλάσμα^{54,64}.

Όταν η νιασίνη χορηγείται σε δόση 500 mg από το στόμα ή τοπικά σε μορφή αυτοκόλλητου με υδατικό διάλυμα 10-1 methylnicotinate στην ωλένη, η PGD₂ απελευθερώνεται σε μεγάλο βαθμό στο δέρμα και ο μεταβολίτης της εμφανίζεται σε υψηλές συγκεντρώσεις στο πλάσμα. Δεν είναι γνωστό αν η PGD₂ προκαλεί αγγειοδιαστολή στις κρανιακές αρτηρίες, αλλά η ικανότητα της νιασίνης να εξαλείφει την οξεία κεφαλαλγία της ημικρανίας δείχνει ότι κάτι τέτοιο είναι αυτό που πιθανώς συμβαίνει^{62,64}.

Παλιές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν από τους Bicknell και Prescott αποδεικνύουν ότι η νιασίνη πράγματι προκαλεί αγγειοδιαστολή των εγκεφαλικών και σπονδυλικών αγγείων, και η ενδοφλέβια χορήγησή της αυξάνει την ενδοκράνια αιματική ροή στους ανθρώπους για 20- 60 λεπτά, χωρίς να μεταβάλλεται σημαντικά η αρτηριακή πίεση. Δυστυχώς δεν υπάρχουν πιο πρόσφατες αναφορές που να εξετάζουν τη δράση της νιασίνης επί της αιματικής ροής στον εγκέφαλο του ανθρώπου⁶⁴.

7.15.7.1 Αναγωνιστές των CGRP υποδοχέων

Οι σημερινές θεωρίες προτείνουν ότι τα ειδικά ερεθίσματα που πυροδοτούν την ημικρανία, προκαλούν την πρωτοπαθή εγκεφαλική δυσλειτουργία, η οποία ξεκινά αλλαγές στη διαστολή των μηνιγγικών αγγείων και την ενεργοποίηση των περιαγγειακών κλάδων του τριδύμου. Τα νεύρα αυτά προσάγουν αισθητηριακά ερεθίσματα από τα μεγάλα αιμοφόρα αγγεία που είναι υπεύθυνα για τη ρύθμιση της εγκεφαλικής αιματικής ροής, και από μικρότερα αγγεία που βρίσκονται στις ευαίσθητες στον πόνο μήνιγγες^{8,54}.

Οι απολήξεις του ενεργοποιημένου τριδύμου απελευθερώνουν αγγειοδραστικά νευροπεπτίδια μέσα στις μήνιγγες, τα οποία μεσολαβούν στην νευρογενή φλεγμονή, η οποία χαρακτηρίζεται από αγγειοδιαστολή, αγγειακή διαφυγή και χαρακτηρίζεται από αγγειοδιαστολή, αγγειακή διαφυγή και αποκκοκίωση των ιστιοκυττάρων. Επιπρόσθετα, τα νευροπεπτίδια αναμεταδίδουν διεγέρσεις προς το κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλώντας έτσι σοβαρό πόνο, κεντρική διέγερση που ελαττώνει τον ουδό ανταπόκρισης του πόνου, και αλλοδυνία που μετατρέπει ανώδυνα ερεθίσματα, όπως το δέσιμο των μαλλιών σε κότσο ή τον πταρμό σε επώδυνα^{2,8}.

Η απελευθέρωση του νευροπεπτιδίου CGRP (πεπτίδιο εξαρτώμενο από το γονίδιο της καλσιτονίνης) από το τρίδυμο πιστεύεται ότι παίζει κεντρικό ρόλο στη βασική παθοφυσιολογία της ημικρανίας. Τα επίπεδα στον ορό του CGRP στην έξω σφαγίτιδα φλέβα είναι αυξημένα σε ασθενείς κατά τη διάρκεια κάθε είδους αγγειακής κεφαλαλγίας, συμπεριλαμβανόμενης και της ημικρανίας (με ή χωρίς αύρα). Το CGRP πρόσφατα αποδείχτηκε ότι έχει αιτιολογικό ρόλο στην ημικρανία, όπου η έγχυσή του επήγαγε την εμφάνιση ημικρανιών και κεφαλαλγίας σε επιρρεπή άτομα^{54,64}.

Το CGRP εντοπίζεται στο μηνοειδές γάγγλιο και απελευθερώνεται μετά από νευρική διέγερση. Φυσιολογικές μελέτες απέδειξαν ότι το CGRP είναι από νευρική διέγερση. Φυσιολογικές μελέτες απέδειξαν ότι το CGRP είναι ισχυρός αγγειοδιαστολέας των εγκεφαλικών και μηνιγγικών αγγείων και ως εκ τούτου παίζει σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση της αιματικής ροής στον εγκέφαλο και στις ευαίσθητες στον πόνο μήνιγγες. Το CGRP επίσης μπορεί να προκαλέσει αποκοκκίωση και απελευθέρωση παραγόντων φλεγμονής από τα μηνιγγικά ιστιοκύτταρα. Επιπρόσθετα το CGRP ενέχεται στη μεταβίβαση επώδυνων ερεθισμάτων από ενδοκρανιακά αγγεία προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ανταγωνιστές των υποδοχέων του CGRP μπορεί να είναι αποτελεσματικοί στη θεραπεία της ημικρανίας⁶⁴.

Οι πρώτοι ανταγωνιστές των υποδοχέων του CGRP ήταν βραχύτερα κλάσματα του CGRP. Το CGRP , που περιλαμβάνει μόνο τα 7 πρώτα πεπτίδια του CGRP λειτουργεί ως ισχυρός ανταγωνιστής του υποδοχέα μπλοκάροντας τη σύνδεση του ενδογενούς CGRP. Παρόλο που το CGRP αναστέλλει επιτυχώς την αγγειοδιαστολή και τη νευρογενή φλεγμονή, έχει βραχύ χρόνο ημιζωής και δεν είναι κλινικά αποτελεσματικό.

Πρόσφατα αναπτύχθηκε ένας μη πεπτιδικός ανταγωνιστής , ο BIBN 4096 BS, ο οποίος επιδεικνύει υψηλή συγγένεια για τους ανθρώπινους υποδοχείς CGRP. Ο BIBN 4096 BS αποδείχθηκε ότι είναι τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματική και καλά ανεκτή θεραπεία της ημικρανίας. Αναφέρουν ποσοστό ανταπόκρισης 60% 2 ώρες μετά τη θεραπεία, που είναι παρόμοιο με το ποσοστό αποτελεσματικότητας των τριπτανών^{54,64}.

Επιπλέον, σε αυτήν τη μελέτη ο BIBN 4096 BS ήταν αποτελεσματικός στη θεραπεία προσβολών ημικρανίας που κατατάχτηκαν ως μέτριες έως σοβαρές και δεν είχαν υποχωρήσει 6 ώρες μετά την έναρξη της προσβολής. Όπως σημειώνουν οι ο Olesen και συνεργάτες παρουσιάζει ενδιαφέρον να καθοριστεί αν οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στις τριπτάνες θα μπορούσαν να θεραπευτούν αποτελεσματικά με τον BIBN 4096 BS.

Βελτιωμένη ανταπόκριση φαίνεται απίθανη, αν η δράση των τριπτανών επί της ημικρανίας επιτυγχάνεται πρωτίστως διαμέσω της αναστολής έκκρισης του CGRP. Η ικανότητα τόσο των τριπτάνων, όσο και των ανταγωνιστών των υποδοχέων του CGRP να ελαττώνουν τον πόνο της ημικρανίας μπορεί να επιτυγχάνονται από τους ίδιους μοριακούς στόχους, δηλαδή από μοριακά μονοπάτια που ενεργοποιούνται ακολούθως προς την ενεργοποίηση των υποδοχέων του CGRP.

Ο BIBN 4096 BS είναι ο πρώτος ανταγωνιστής των υποδοχέων του CGRP για τον οποίο αναφέρεται σημαντική αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της ημικρανίας. Με δεδομένη την απόλυτη απουσία αγγειοσυσπαστικής δράσης αυτού του παράγοντα, ο BIBN 4096 BS και πιθανώς και άλλοι ανταγωνιστές των υποδοχέων του CGRP μπορεί να αποτελούν μια εναλλακτική λύση για τη θεραπεία της ημικρανίας που ανταγωνίζεται τις τριπτάνες, παρόλο που πρέπει πρώτα να αναπτυχθεί ένα σκεύασμα που να χορηγείται τόσο εύκολα όσο οι τριπτάνες^{8,54,64}.

Κεφάλαιο 8^ο

Πόνος – Κεφαλαλγία : Θεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

8.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Γενικά, η φαρμακευτική αγωγή είναι η βάση της θεραπείας για την αντιμετώπιση του οξέως πόνου αλλά και του χρόνιου πόνου. Οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τα αναλγητικά φάρμακα συμβάλλουν ουσιαστικά στην αποτελεσματική χρήση τους. Όμως συχνά, αυτές οι γνώσεις είναι περιορισμένες.

Για την αντιμετώπιση του πόνου χρησιμοποιούνται τέσσερις κατηγορίες αναλγητικών φαρμάκων⁶⁷:

1. Τα μη οπιοειδή αναλγητικά, όπως η ασπιρίνη και γενικά τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα – ΜΣΑΦ
2. Τα οπιοειδή αναλγητικά
3. Τα επικουρικά αναλγητικά και τέλος
4. Τα τοπικά αναισθητικά

8.1.1 Μη οπιοειδή αναλγητικά

Τα μη οπιοειδή αναλγητικά (παλαιότερα ονομάζονταν μη ναρκωτικά) αποτελούν την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης ελαφρού έως μέτριου πόνου. Τα δύο συνηθέστερα μη οπιοειδή είναι το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (Apo – ASA, ασπιρίνη) είναι η ακετυνοφαίνη (ΣτΜ: γνωστή και ως παρακεταμόλη) (Tylenol, Atasol) . Μελέτες έχουν δείξει ότι οι αναλγητικές και αντιπυρετικές τους δράσεις είναι παρόμοιες σε συγκρίσιμες δόσεις. Η βέλτιστη δόση ασπιρίνης ή ακεταμινοφαίνης είναι 650 – 1000 mg.

Υπάρχει ένα ανώτερο όριο στην αναλγητική επίδραση αυτών των μη οπιοειδών. Με άλλα λόγια, εάν η δόση τους είναι μεγαλύτερη των 1000 mg, δεν παρατηρείται επιπλέον αναλγητική δράση παρά μόνο ανεπιθύμητες ενέργειες. Η ασπιρίνη μπορεί να προκαλέσει αιμορραγίες και η ακεταμινοφαίνη ηπατοτοξικότητα.

Πολλοί προτιμούν την αποτελεσματικότητα των μη οπιοειδών αναλγητικών, το οποία αναφέρονται επίσης και ως περιφερικά δρώντα αναλγητικά. Για ελαφρύ πόνο, τα 650 mg ασπιρίνης ή ακεταμινοφαίνης προσφέρουν ανακούφιση συγκρίσιμη με 32 mg per os κωδεΐνης ή 50 mg μεπεριδίνης. Τα περισσότερα μη οπιοειδή (εκτός της ακεταμινοφαίνης) είναι ισχυρά αντιφλεγμονώδη και ονομάζονται μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)^{65,67} .

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Η ασπιρίνη και άλλα ΜΣΑΦ είναι πολύ αποτελεσματικά για φλεγμονώδους τύπου πόνο, όπως της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, του μετεγχειρητικού πόνου, του οδοντικού πόνου, των πόνων της περιόδου, της οσφυαλγίας, των ηλιακών εγκαυμάτων και των οστικών πόνων. Οι παράγοντες αυτοί δρουν αναστέλλοντας τη σύνθεση των προσταγλανδινών, που είναι λιπαρά οξέα τα οποία βρίσκονται σε όλο το σώμα. Η απελευθέρωση προσταγλανδινών στους ιστούς προκαλεί πόνο, οίδημα και φλεγμονή.

Αναστέλλοντας τη σύνθεση των προσταγλανδινών, τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα περιορίζουν τη φλεγμονή και τον πόνο. Τα ΜΣΑΦ είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για την αντιμετώπιση της οξείας φλεγμονής, όπως εκείνης που προκαλεί του μετεγχειρητικούς πόνους. Το ketorolac (Toradol) είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα ΜΣΑΦ που συνταγογραφούνται για βραχυχρόνια χρήση σε περιπτώσεις οξέως πόνου, καθότι μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα, ενδομυϊκά ή και ενδοφλέβια. Ένα νεότερο

COX – 2 ΜΣΑΦ, το peracoxib (Dynastat), είναι σύντομα διαθέσιμο για ενδομυϊκή ή ενδοφλέβια χορήγηση⁶⁷.

Η ασπιρίνη και άλλα ΜΣΑΦ μπορεί να προκαλέσουν γαστρεντερικές διαταραχές, ενώ αναστέλλουν τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων, γεγονός που προκαλεί αιμορραγική τάση. Γιαυτόν το λόγο, παρατηρούμε προσεκτικά τον ασθενή για γαστρεντερικές ενοχλήσεις ή εμέτους, καθώς και για αιμορραγίες ή μώλωπες. Αναφέρουμε τέτοιου είδους προβλήματα αμέσως στο θεράποντα ιατρό⁶⁸.

Όταν παίρνουμε το ιστορικό ενός ασθενούς ρωτάμε για τη χρήση ΜΣΑΦ, έχοντας πάντα στο νου μας ότι κάποιες ονομασίες του εμπορίου μπορεί να μην εκληφθούν ως ΜΣΑΦ. Ρωτάμε τον ασθενή ή την οικογένειά του να μας πουν τα ονόματα όλων των φαρμάκων που παίρνουν καθώς και την καθημερινή δοσολογία. Μερικοί ασθενείς μπορεί να παίρνουν χωρίς να το αντιλαμβάνονται αρκετούς τύπους ΜΣΑΦ ταυτοχρόνως, θέτοντας τους εαυτούς τους σε ιδιαίτερο κίνδυνο για ανεπιθύμητες ενέργειες.

Ακεταμινοφαίνη: αντίθετα με τα υπόλοιπα μη οπιοειδή αναλγητικά, η ακεταμινοφαίνη (Tylenol) έχει μικρή αντιφλεγμονώδη δράση. Η ακεταμινοφαίνη έχει κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με την ασπιρίνη, κυρίως στ ότι διατίθεται σε υγρή μορφή (ο καλύτερος τρόπος για λήψη από το στόμα) και επειδή μπορεί να ληφθεί με άδειο στομάχι. Η ακεταμινοφαίνη δεν προκαλεί γαστρεντερικές διαταραχές και έτσι προτιμάται για τους ασθενείς με ιστορικό έλκους. Επίσης, δεν επιδρά στη συγκόλληση των αιμοπεταλίων όπως τα περισσότερα άλλα μη οπιοειδή αναλγητικά, και έτσι προτιμάται για ασθενείς με πιθανότητα αιμορραγίας, όπως περι- ή μετεγχειρητικά. Η ακεταμινοφαίνη βέβαια δεν στερείται και αυτή σοβαρών παρενεργειών. Οι κύριες ανεπιθύμητες δράσεις της είναι ηπατοτοξικότητα και νεφροτοξικότητα σε μακροχρόνια χρήση⁶⁷.

Οι περισσότεροι γιατροί συνταγογραφούν συνήθως ακεταμινοφαίνη για τον πόνο. Η ακεταμινοφαίνη επιδρά αναλγητικά αναστέλλοντας τους περιφερικούς υποδοχείς του πόνου αυξάνοντας έτσι τον ουδό ερεθισμού τους από επώδυνα ερεθίσματα. Οι αναφορές για ηπατοτοξικότητα σχετίζονται με υψηλές δόσεις του φαρμάκου (1000mg) όταν λαμβάνονται συχνότερα από κάθε 4 ώρες για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Οι συστάσεις σήμερα περιορίζουν τη συνολική ημερήσια δόση ακεταμινοφαίνης και όχι πάνω από 4000 mg (4 g). Για μακροχρόνια χρήση η ημερήσια δόση δε θα πρέπει να ξεπερνά τα 3600 mg, ενώ στους ηλικιωμένους η δόση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 2400 mg ημερησίως. Διδάσκουμε τους ασθενείς ώστε να γνωρίζουν την περιεκτικότητα ακεταμινοφαίνης σε προϊόντα όπως τα Vicodin και Darvocet. Η ακεταμινοφαίνη που περιέχουν αυτά τα σκευάσματα περιορίζει τη μακροχρόνια χρήση τους^{67,69}.

Αιματολογικές δράσεις ΜΣΑΦ:

Όλα τα ΜΣΑΦ αναστέλλουν τη συσσώρευση αιμοπεταλίων. Σε αντίθεση με την ασπιρίνη, η οποία έχει παρατεταμένη δράση στα αιμοπετάλια , η αναστολή της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων από τα ΜΣΑΦ διαρκεί μόνο όσο υπάρχει μια δραστική συγκέντρωση του φαρμάκου στον ορό⁶⁷

Γαστρεντερικές δράσεις ΜΣΑΦ:

Τα ΜΣΑΦ μπορούν να προκαλέσουν ανεπιθύμητες γαστρεντερικές διαταραχές στον άνθρωπο. Οι ασθενείς με προηγούμενα έλκη, εξουθενωτικές ασθένειες ή προχωρημένη ηλικία φαίνεται να παρατηρηθούν νωρίς στη θεραπεία. Σοβαρές

επιπλοκές όπως εξελκώσεις, αιμορραγία ή διάτρηση μπορούν να συμβούν οποτεδήποτε με ή χωρίς προειδοποιητικά συμπτώματα. Το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ πρέπει να περιορίζονται⁶⁷

8.1.2 Οπιοειδή αναλγητικά

Τα οπιοειδή αναλγητικά αποτελούν το υπόβαθρο της αντιμετώπισης όλων των τύπων πόνου. Τα οπιοειδή (παλαιότερα αναφερόμενα ως ναρκωτικά) αποτελούν κεντρικώς δρώντα αναλγητικά, που ενεργούν αναστέλλοντας την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών από το νωτιαίο μυελό. Τα οπιοειδή διακρίνονται σε ολικούς ανταγωνιστές (τύπου μορφίνης), σε μερικούς αγωνιστές ή σε σύνθετους αγωνιστές – ανταγωνιστές.

Δεν υπάρχουν πλεονεκτήματα στις κατηγορίες των μερικώς ή σύνθετων τύπων και μπορούν επίσης να προκαλέσουν στέρηση όταν δίδονται σε ασθενείς που ελάμβαναν πριν έναν ανταγωνιστή τύπου μορφίνης⁷⁰

Ολικοί αγωνιστές: τα οπιοειδή της κατηγορίας των ολικών αγωνιστών συνδέονται με τους υποδοχείς mu και αναστέλλουν την ουσία P, εμποδίζοντας έτσι τη μετάδοση του πόνου. Οι ολικοί αγωνιστές είναι τα πιο αποτελεσματικά αναλγητικά φάρμακα.

Οι περισσότεροι οπιοειδείς αγωνιστές έχουν παρόμοιες φαρμακολογικές δράσεις και γι' αυτό ο ασθενής δε χρειάζεται περισσότερους από έναν. Αν και η προτιμητέα γενικά οδός χορήγησης είναι από το στόμα, τα περισσότερα οπιοειδή μπορούν να ληφθούν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους.

Δεν υπάρχει ανώτατη δόση για ένα καθαρό οπιοειδές της κατηγορίας των αγωνιστών. Η χρησιμοποίηση ενός διαγράμματος ισοαναλγησίας, όμως, είναι απαραίτητη όταν αλλάζουμε μεταξύ οπιοειδών, καθότι τα φάρμακα αυτά διαφέρουν ως προς τις εντερικές και παρεντερικές δοσολογίες τους^{67,70}.

Ισοαναλγητικό διάγραμμα. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τα συγκριτικά διαγράμματα των ισοαναλγητικών δόσεων των οπιοειδών. Τα διαγράμματα αυτά είναι χρήσιμα όταν κανείς αλλάζει οπιοειδή ή τρόπους χορήγησης οπιοειδών και επιτρέπουν στους νοσηλευτές να γνωρίζουν τις δοσολογίες των αναλγητικών φαρμάκων.

Ο όρος ισοαναλγησία αναφέρεται στη δόση και στον τρόπο χορήγησης ενός φαρμάκου το οποίο επιφέρει περίπου ίδιου βαθμού αναλγησία με κάποια συγκεκριμένη δόση και οδό χορήγησης ενός άλλου φαρμάκου. Ο οδηγός ισοαναλγησίας οπιοειδών παρέχει μόνο τις συγκριτικές αναλγητικές ιδιότητες των φαρμάκων αυτών. Τροποποιήσεις της δόσης μπορεί να είναι απαραίτητες ανάλογα με τις αντιδράσεις του κάθε ασθενούς, ενώ για τους ηλικιωμένους θα πρέπει, όπως πάντα, να «αρχίζουμε χαμηλές δόσεις και να αυξάνουμε σταδιακά» τη δοσολογία^{69,70}.

Κοινά οπιοειδή. Η κωδεϊνή αποτελεί ένα ασθενές οπιοειδές βραχείας δράσης. Θεωρείται προφάρμακο, καθότι χρειάζεται κάποιο ένζυμο για να το διασπάσει και να το κάνει αποτελεσματικό. Υπολογίζεται ότι 5 – 10 % του πληθυσμού έχει έλλειψη αυτού του ενζύμου, γεγονός στο οποίο μάλλον οφείλεται η έλλειψη αποτελεσματικότητας της κωδεΐνης σε κάποια άτομα. Η κωδεΐνη έχει περιορισμένη αξία στους ισχυρούς πόνους και θα πρέπει να αποφεύγεται στους ηλικιωμένους λόγω της πιθανής συσσώρευσης ενός τοξικού μεταβολίτη της, καθώς και λόγω πρόκλησης δυσκοιλιότητας⁷⁰.

Η υδροκωδεΐνη είναι διαθέσιμη σε συνδυασμό με ακεταμινοφαΐνη (Lortab, Vicodin) και ιβουπροφαΐνη (Vicoprofen) και γι αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται

αυξανόμενες δόσεις λόγω της τοξικότητας των μη οπιοειδών. Γι αυτόν το λόγο η υδροκωδεΐνη έχει περιορισμένη χρησιμότητα στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Η οξυκωδεΐνη προσφέρεται σε σκευάσματα βραχείας και μακράς δράσης (OxyContin). Υπάρχει επίσης διαθέσιμη σε συνδυασμό με ασπιρίνη (Percocet, Oxycocet) ή ακεταμινοφαΐνη (Percocet, Tylox, Roxicet, Oxycocet). Η οξυκωδεΐνη συνίσταται για οξύ και χρόνια πόνο^{64,70}.

Η μορφίνη (Duramorph, Roxanol, Avinza, Kadian, Morphitec) αποτελεί το χρυσό κανόνα χρήσης οπιοειδών για οξείς και χρόνιους πόνους. Είναι φθηνή, διαθέσιμη σε πολλά δοσολογικά σχήματα (βραχείας και μακράς δράσης) και μπορεί να χορηγηθεί με όλους τους πιθανούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της πρωκτικής οδού. Παραδείγματα μορφών βραχείας και παρατεταμένης δράσης του φαρμάκου αποτελούν τα MS Contin, Aviza και Kadian. Τα 10 mg μορφίνης ενδομυϊκά ισοδυναμούν με 30 mg από το στόμα.

Η υδρομορφίνη (Dilaudid) είναι οκτώ φορές πιο δραστική από τη μορφίνη και σήμερα είναι διαθέσιμη μόνο σε μορφή βραχείας δράσης. Όπως και η μορφίνη, είναι χρήσιμη σε όλους τους τύπους μέτριου έως σοβαρού πόνου⁷⁰.

Η φεντανύλη (Sublimaze) είναι ένα δραστικό οπιοειδές διαθέσιμο σε δύο ειδικές μορφές, στο αυτικόλλητο δράσης 72 ωρών με το όνομα Duragesic, το οποίο είναι χρήσιμο για χρόνιους πόνους, και στις παστίλιες για λήψη από το στόμα (Actiq) ενδείκνυται για αιφνίδιους, σοβαρούς καρκινικούς πόνους και δε θα πρέπει να χορηγούνται σε άτομα που δεν έχουν ξαναπάρει ποτέ οπιοειδή. Οι αιφνίδιοι, σοβαροί πόνοι εμφανίζονται κυρίως σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου. Οι ασθενείς αισθάνονται πόνους μεταξύ των προγραμματισμένων δόσεων των αναλγητικών. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και άλλα φάρμακα για το σκοπό αυτό, αλλά οι παστίλιες είναι λιγότερο επεμβατικές για τους ασθενείς. Το Actiq χρησιμοποιείται επίσης σήμερα (χωρίς έγκριση από το FDA) για επεμβατικού τύπου πόνους^{64,67,70}.

Η μεθαδόνη (Dolophine) είναι το μόνο οπιοειδές τύπου αγωνιστή με διπλό μηχανισμό δράσης. Δρα στους υποδοχείς mu, αλλά και στους υποδοχείς NMDA. Λόγω του παρατεταμένου χρόνου ημίσειας ζωής (24 – 36 ώρες) πρέπει πάντοτε να ελέγχουμε για φαινόμενα νάρκωσης (ειδικά στη 2^η - 3^η ημέρα) και να τη χρησιμοποιούμε προσεκτικά στους ηλικιωμένους. Όταν φροντίζουμε έναν ασθενή για πόνους, ο οποίος βρίσκεται σε πρόγραμμα μεθαδόνης λόγω κατάχρησης ουσιών, θα πρέπει να αυξάνουμε τη δόση της μεθαδόνης για αναλγησία ή να προσθέτουμε ένα δεύτερο οπιοειδές^{51,70}.

Το Tramadol (Ultram) είναι κατοχυρωμένο ως μη τυπικό οπιοειδές. Συνδέεται ελαφρά με τους υποδοχείς mu στο κεντρικό νευρικό σύστημα και αναστέλλει την επαναπρόσληψη νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Το Tramadol μπορεί να χρησιμοποιηθεί για οξείς και χρόνιους νευροπαθητικούς πόνους. Δε θα πρέπει να χορηγείται σε δόσεις μεγαλύτερες των 400 mg ημερησίως, καθ'τι μπορεί να προκαλέσει επιληψία. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στους ασθενείς που παίρνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα⁷⁰.

Η μεπεριδίνη (Demerol) χορηγείται σε επίπεδο ρουτίνας από τους ιατρούς σε κλινικές επείγουσες φροντίδας. Οι περισσότερες υπηρεσίες υγείας έχουν σήμερα εφαρμόσει πολιτικές περιορισμού της χρήσης της σε λιγότερο από 48 ώρες ή σε λιγότερο από 600 mg σε 24 ώρες. Πολλές επίσης υπηρεσίες έχουν διακόψει τελείως τη χρήση της στους ηλικιωμένους λόγω της τοξικότητας που προκαλεί. Η συσσώρευση του τοξικού της μεταβολίτη (νορμεπεριδίνη), μπορεί να προκαλέσει τοξικά φαινόμενα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Επαναλαμβανόμενες δόσεις μεπεριδίνης, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα ή σε άτομα με επηρεασμένη νευρική λειτουργία, μπορεί να προκαλέσουν μούδιασμα, σπασμούς, σύγχυση και

επιληπτικές κρίσεις. Δεν είναι ποτέ καλό να χορηγείται μεπεριδίνη από το στόμα λόγω της μικρής βιοδιαθεσιμότητας της – 75 mg ενδομυϊκά ισοδυναμούν με 300 mg από το στόμα. Η χρήση της μεπεριδίνης θεωρείται ξεπερασμένος τρόπος αντιμετώπισης του πόνου^{19,70}.

Αγωνιστές – Ανταγωνιστές. Τα φάρμακα του τύπου αυτού είναι οπιοειδή (αγωνιστές) τα οποία ανταγωνίζονται τους καθαρούς αγωνιστές (εξουδετερώνουν τη δράση των οπιοειδών). Στα φάρμακα αυτά περιλαμβάνονται σύνθετοι αγωνιστές { pentazocine (talwin), nalbuphine (Nubain), butorphanol (Stadol) } και μερικοί αγωνιστές { buprenorphine (Buprenex) }⁶⁴.

Λόγω των ανταγωνιστικών με τα οπιοειδή ιδιοτήτων τους, η χορήγησή τους σε ασθενείς οι οποίοι προηγουμένως ελάμβαναν οπιοειδή μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα στέρησης. Εάν του τύπου αγωνιστή – ανταγωνιστή αναλγητικά χορηγούνται μαζί με κάποιο οπιοειδές, τελικά ανταγωνίζονται τη αναλγητική δράση του και έτσι ο ασθενής δεν λαμβάνει επαρκή αναλγητική αγωγή.

Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών των φαρμάκων είναι ζαλάδες, περιστασιακά ναυτία και ψυχοκινητικά φαινόμενα, όπως παραισθήσεις και ευφορία. Τα φάρμακα αυτού του τύπου δεν είναι κατάλληλα για την αντιμετώπιση του πόνου, ιδιαίτερα του χρόνιου πόνου, ενώ δεν προσφέρουν ουσιαστικά πλεονεκτήματα έναντι των αγωνιστών τύπου μορφίνης^{70,71}.

8.1.2.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών

Οι κυριότεροι υποδοχείς των οπιοειδών είναι οι υποδοχείς mu. Τα οπιοειδή mu προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες που περιλαμβάνουν δυσκοιλιότητα, ναυτία και εμέτους, κατακράτηση ούρων, κνησμό, υπνηλία και αναπνευστική καταστολή. Οι παρενέργειες αυτές πολλές φορές εκλαμβάνονται λανθασμένα ως αλλεργίες, αλλά είναι σπάνιο να είναι κανείς αλλεργικός σε φάρμακα τύπου μορφίνης. Οι παρενέργειες αυτές (εκτός της δυσκοιλιότητας) περιορίζονται με την πάροδο του χρόνου και αντιμετωπίζονται εύκολα.

Ναυτία και έμετοι: η ναυτία και οι έμετοι εκλαμβάνονται συχνά λανθασμένα ως αλλεργικές αντιδράσεις και μπορεί να στερηθούν λόγω αυτών κάποιοι ασθενείς τα οπιοειδή⁷⁰. Τα συμπτώματα αυτά ποικίλλουν στους διάφορους ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή και ανάλογα με το συγκεκριμένο σκεύασμα. Εάν κάποιος ασθενής παρουσιάζει ναυτία μετά τη λήψη ενός οπιοειδούς, θα πρέπει ν' αναγνωρίσουμε την αιτία και να την αντιμετωπίσουμε κατάλληλα.

Η ναυτία και οι έμετοι μπορεί να εμφανιστούν αρχικά ως ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή για αναλγητικούς σκοπούς. Συνήθως βοηθά πολύ η αντιμετώπιση τους με κάποιο αντιεμετικό σκεύασμα. Επιπλέον, εάν ο ασθενής χρειάζεται να συνεχίσει τη θεραπεία με οπιοειδή περισσότερο από μία εβδομάδα, το πρόβλημα συνήθως περιορίζεται από μόνο του.

Δυσκοιλιότητα, αν και η δυσκοιλιότητα μπορεί να φαίνεται δευτερεύον πρόβλημα, δεν είναι το ίδιο και για τον ασθενή, ιδιαίτερα τον ηλικιωμένο. Συχνά η δυσφορία από τη δυσκοιλιότητα είναι χειρότερη για τον ασθενή από τον ίδιο τον πόνο⁷¹.

Τα οπιοειδή εμποδίζουν την περίσταση στο γαστρεντερικό σωλήνα. Οι ασθενείς που λαμβάνουν κανονικές δόσεις οπιοειδών σχεδόν πάντα γίνονται δυσκοίλιοι. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς που υποφέρουν από πόνους δε γυμνάζονται κανονικά και διατρέφονται ανεπαρκώς, γεγονότα που κάνουν χειρότερο το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας.

Όποτε κάποιος ασθενής τίθεται σε κανονικό πρόγραμμα λήψης οπιοειδών είναι απαραίτητο να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα για το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας.

Υπνηλία. Επειδή τα οπιοειδή διαθέτουν κατασταλτικές ιδιότητες στο κεντρικό νευρικό σύστημα, κάποιες ζαλάδες πρέπει να αναμένονται. Εντούτοις, η υπνηλία δεν προέρχεται πάντα από τα οπιοειδή. Εάν ο ασθενής υποφέρει ακόμα από πόνους, θα πρέπει πρώτα να αποκλειστούν άλλες αιτίες υπνηλίας προτού ελαττώσουμε τη δόση των οπιοειδών ή αλλάξουμε το σχήμα { διαζεπάμη (Valium), αλπραζολάμη (Xanax) ή προμεθαζίνη (Phenergan) } μπορεί να προκαλούν το πρόβλημα της υπνηλίας^{70,72}.

Συνήθως, η διακοπή των κατασταλτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος ουσιών λύνει το πρόβλημα της υπνηλίας.

Το πρόβλημα της υπνηλίας εμφανίζεται πριν από την πιθανή αναπνευστική καταστολή λόγω των οπιοειδών και γιαυτό συστήνεται να παρακολουθούνται τα επίπεδα νάρκωσης από τους νοσηλευτές με τη χρήση κάποιας βαθμολογίας για ασθενείς που δεν έχουν ξαναδεχθεί οπιοειδή νάρκωσης από τους νοσηλευτές με τη χρήση κάποιας βαθμολογίας για ασθενείς που δεν έχουν ξαναδεχθεί οπιοειδή ή για ασθενείς υπό ενδοφλέβια ή επισκληρίδια οπιοειδή θεραπεία. Το κλειδί στην αξιολόγηση του επιπέδου νάρκωσης είναι το πόσο εύκολα ξυπνάει ο ασθενής.

Αξιολογούμε την προσωπική αντίδραση του κάθε ασθενούς στην πρώτη δόση ενός οπιοειδούς, λαμβάνοντας οπωσδήποτε υπόψη μας το επίπεδο συνείδησής του. Ελέγχουμε το ρυθμό και το βάθος της αναπνευστικής λειτουργίας, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής κοιμάται.

Αναπνευστική καταστολή. Ένας από τους βασικούς λόγους ανεπαρκούς ελέγχου του πόνου είναι ο υπερβολικός φόβος αναπνευστικής καταστολής. Εντούτοις, το πρόβλημα αυτό συμβαίνει σπάνια, ιδιαίτερα σε ασθενείς που παίρνουν οπιοειδή για χρόνιους, παρατεταμένης διάρκειας πόνους^{70,71}.

8.1.3 Επικουρικά αναλγητικά

Η επιλογή του κατάλληλου επικουρικού αναλγητικού φαρμάκου εξαρτάται από πληθώρα παραγόντων όπως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς, το είδος του πόνου, τα συνοδά συμπτώματα, κ.α⁷¹.

8.1.3.1 Κατηγορίες επικουρικών αναλγητικών

A. Αντικαταθλιπτικά

1. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην αντιμετώπιση του πόνου μη νεοπλασματικής αιτιολογίας. Αναφορικά με την εφαρμογή τους στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου ο αριθμός των κλινικών μελετών είναι περιορισμένος, αλλά η κλινική εμπειρία τα κατατάσσει ανάμεσα στα φάρμακα με σημαντική αναλγητική δράση. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι ουσίες αμιτριπτιλίνη, ιμιπραμίνη, δοξεπίνη, κλομιπραμίνη καθώς και οι νεώτερες νορτριπτιλίνη και δεσιπραμίνη.

Η χρήση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών σε ογκολογικούς ασθενείς με συνοδά παθολογικά προβλήματα καθώς και σε ηλικιωμένους περιορίζεται λόγω των συχνά εμφανιζομένων παρενεργειών. Σε αυτές περιλαμβάνονται η καρδιοτοξικότητα, η ορθοστατική υπόταση και το γλαύκωμα^{71,72}.

Τα νεότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, δηλαδή η δεσιπραμίνη και η νορτριπυλίνη εμφανίζουν ασθενέστερη αντιχολινεργική δράση και είναι καλύτερα ανεκτές. Το μέγιστο αναλγητικό αποτέλεσμα τους εμφανίζεται μία εβδομάδα περίπου μετά την χορήγηση την κατάλληλης δοσολογίας του φαρμάκου, η οποία εμφανίζει μεγάλη διακύμανση ανά άτομο και για τον λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμη η παρακολούθηση των επιπέδων του φαρμάκου στο πλάσμα^{54,71}.

2. Μη τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

A. Αντικαταθλιπτικά

Φαρμακεύτηκες ουσίες, οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία, εμφανίζουν αναλγητικό αποτέλεσμα, αν και ο αριθμός των μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους στους νεοπλασματικούς ασθενείς είναι περιορισμένος.

Χρησιμοποιούνται κυρίως σε ασθενείς, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, υπάρχει αντένδειξη χορήγησής τους ή εμφάνιση παρενεργειών μετά τη χρήση τους.

Η venlafaxine με δράση μεικτού αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, εμφανίζεται δραστική έναντι των επώδυνων πολυνευροπαθειών και του νευροπαθητικού άλγους που εμφανίζονται μετά τη θεραπεία του καρκίνου στον μαστό. Ανάλογα αποτελέσματα εμφανίζει και η duloxetine^{70,72}.

Το κύριο πλεονέκτημα των φαρμάκων της κατηγορίας αποτελεί η περιορισμένη εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Επίσης σημαντική είναι η συμβολή της αντικαταθλιπτικής δράσης τους στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών⁷².

B. Αντιεπιληπτικά

Τα φάρμακα της κατηγορίας των αντιεπιληπτικών χρησιμοποιούνται για αρκετό διάστημα στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Ο μηχανισμός δράσης της καρβαμαζεπίνης, φαινυντοΐνης και του βαλπροϊκού οξέως συσχετίζεται με τον αποκλεισμό των διαύλων νατρίου και την αύξηση της σταθερότητας της κυτταρικής μεμβράνης⁷³.

Η κλοναζεπάμη αυξάνει τα επίπεδα του γ – αμινοβουτυρικού οξέως, επίσης ενεργοποιεί τον υποδοχέα των βενζοδιαζεπίνων, γεγονός το οποίο οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων των ιόντων χλωρίου και αναστολή της νευρωνικής διέγερσης.

Η γκαμπαπεντίνη είναι ανάλογο του γ – αμινοβουτυρικού οξέως αλλά ο αληθής μηχανισμός δράσης της παραμένει αδιευκρίνιστος. Στις συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων της κατηγορίας περιλαμβάνονται τα εξής: σύγχυση, αταξία και λήθαργος. Επιπλέον, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή κατά της χορήγηση καρβαμαζεπίνης, φαινυντοΐνης ή βαλπροϊκού οξέως, λόγω της πιθανότητας καταστολής του μυελού των οστών και της ηπατοτοξικής δράσης τους^{70,72}.

Η γκαμπαπεντίνη είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο φάρμακο της κατηγορίας στην κλινική πράξη για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού άλγους. Η θεραπεία ξεκινά με χορήγηση 100 – 300 mg και προοδευτικά αυξάνεται μέχρι κλινικής ανταπόκρισης έως 3.600 mg.

Η λεβητιρακετάμη και η πρικαμπαλίνη, ουσίες ανάλογες της γκαμπαπεντίνης, εμφανίζονται δραστικές κατά του νευροπαθητικού άλγους. Σε πρόσφατη μελέτη αναφέρεται κατά 70 % μείωση στην απαιτούμενη χορήγηση οπιοειδών και αυξημένο θεραπευτικό αποτέλεσμα μετά τη χορήγηση λεβητιρακετάμης, σε ασθενείς με

νεοπλασματική διήθηση νευρικών πλεγμάτων προηγούμενα ανθεκτικών στην αναλγητική αγωγή^{70,72}.

Γ. Κορτικοστεροειδή

Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται ως επικουρική αγωγή στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού άλγους νεοπλασματικής αιτιολογίας, ιδιαίτερα στην μεταστατική συμπίεση του νωτιαίου σωλήνα και τη διήθηση μαλακών μορίων και σπλάγγων.

Στους μηχανισμούς δράσης συμπεριλαμβάνονται:

- ◆ Αναστολή παραγωγής προσταγλανδινών και περιορισμός της φλεγμονώδους αντίδρασης.
- ◆ Μείωση του οιδήματος στην περιοχή του όγκου.
- ◆ Άμεση δράση στη σταθερότητα της κυτταρικής μεμβράνης, με αποτέλεσμα την μείωση της νευρωνικής διέγερσης.

Χορηγούμενα τα φάρμακα της κατηγορίας μπορεί να προκαλέσουν αρτηριακή υπέρταση, υπεργλυκαιμία, ανοσοκαταστολή, βλάβες στον βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα και ψυχιατρικές διαταραχές.

Η δεξαμεθαζόνη αποτελεί το φάρμακο εκλογής στην αντιμετώπιση της συμπίεσης του νωτιαίου σωλήνα σε δόση 10 – 20 mg IV ανά 6 ώρες, λόγω της μειωμένης κατακράτησης νατρίου και υγρών που εμφανίζει.

Τέλος, τα κορτικοστεροειδή χορηγούμενα βελτιώνουν της όρεξη, περιορίζουν της ναυτία και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του ογκολογικού ασθενούς^{72,73,74}.

Δ. α2 Αδρενεργικοί αγωνιστές

Οι ουσίες κλονιδίνη και τιζανιδίνη ανήκουν στην κατηγορία των α2 - αδρενεργικών αγωνιστών, εμφανίζουν μη ειδικού τύπου επικουρική αναλγητική δράση, αλλά λόγω των σημαντικών παρενεργειών τους (υπόταση) , χρησιμοποιούνται περιορισμένα.

Η κλονιδίνη χορηγείται από το στόμα, διαδερμικά ή ενδορραχιαία στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου καρκινικής αιτιολογίας με μη ικανοποιητική ανταπόκριση στα οπιοειδή. Ανάλογη είναι και η χρήση της τιζανιδίνης, με τη διαφορά ότι εμφανίζει εκλεκτικότερη α2 αδρενεργική δράση με αποτέλεσμα τη μείωση των υποτασικών φαινομένων⁷⁴.

Ε. Νευροληπτικά

Η olanzapine ανοίξει στην κατηγορία των νευροληπτικών δεύτερης γενιάς και εμφανίζει αναλγητική δράση, βελτιώνει την δυσκοιλιότητα μετά τη χορήγηση των οπιοειδών.

Στις ανεπιθύμητες δράσεις περιλαμβάνονται αϋπνία, ανορεξία, νευρικότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία και κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο. Θα πρέπει να χορηγείται με ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, υπερθυρεοειδισμό και επιληψία.

Συνολικά η χρήση των νευροληπτικών περιορίζεται σε περιπτώσεις ογκολογικών ασθενών με έντονη διέγερση, όπου η κατασταλτική δράση τους είναι χρήσιμη στην θεραπευτική τους αντιμετώπιση^{72,75}.

ΣΤ. Nmda (N- Methyl – D – Aspartate) Αναστολείς

Η ενεργοποίηση του NMDA υποδοχέα προκαλεί αλλαγές στο ΚΝΣ οι οποίες συντηρούν τον χρόνιο καρκινικό πόνο και συμμετέχουν στην ανάπτυξη ανοχής στα οπιοειδή αναλγητικά. Οι ανταγωνιστές του υποδοχέα προσφέρουν μία εναλλακτική λύση στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού καρκινικού πόνου. Στα διαθέσιμα φάρμακα με ανταγωνιστική δράση έναντι του NMDA υποδοχέα περιλαμβάνονται η δεξτρομεθορφάνη, το αναισθητικό κεταμίνη, το αντικό αμανταδίνη και η μεμαντίνη με έγκριση για τη θεραπεία της νόσου Alzheimer.

Η κεταμίνη χορηγείται per os, sc ή iv. Ελαττώνει τον καρκινικό πόνο και μειώνει τις ανάγκες σε οπιοειδή αναλγητικά. Σε ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή και πάντα να προηγείται διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος και συνεχής παρακολούθηση⁷⁶.

Σε περιπτώσεις όπου η λιδοκαΐνη εμφανίζεται επαρκή αναλγητική δράση αλλά με βραχεία διάρκεια, μπορεί να χρησιμοποιηθεί per os η μελιζετίνη με παρατεταμένη δράση. Εναλλακτική λύση αποτελεί η συνεχής υποδόρια έγχυση λιδοκαΐνης. Επίσης τα φάρμακα της κατηγορίας χρησιμοποιούνται και τοπικά με τη μορφή αλοιφών (πριλοκαΐνη, λιδοκαΐνη) ή αυτοκόλλητων (λιδοκαΐνη).

Στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων της κατηγορίας περιλαμβάνονται η υπόταση, ο λήθαργος οι αρρυθμίες και ο τρόμος^{72,76}.

Ζ. Άλλα φάρμακα

Η βακλοφένη, αγωνιστής του υποδοχέα GABA τύπου B, έχει χρησιμοποιηθεί πειραματικά στην αντιμετώπιση του καρκινικού νευροπαθητικού πόνου. Τα κανναβινοειδή επίσης έχουν εμφανίσει ικανοποιητικό αναλγητικό αποτέλεσμα, αλλά χρειάζεται περαιτέρω συλλογή κλινικών δεδομένων. Οι βενζοδιαζεπίνες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου, ιδιαίτερα στην συνύπαρξη αγχώδους συνδρομής. Επίσης ως επικουρικά αναλγητικά έχουν χρησιμοποιηθεί σε κλινικές μελέτες οι ψυχοτρόπες ουσίες δεξτροαμφεταμίνη, μεθυλφενιδάτη και καφεΐνη^{72,76}.

8.1.4 Τοπικά αναισθητικά

Τα τοπικά αναισθητικά είναι ουσίες που προκαλούν αναστρέψιμο αποκλεισμό της μετάδοσης των ώσεων κατά μήκος των κεντρικών και περιφερικών νευρικών οδών.

Τοπική αναισθησία είναι η κατάσταση κατά την οποία με φαρμακευτικά ή άλλα μέσα προκαλείται:

- διακοπή της μετάδοσης του ερεθίσματος από την περιφέρεια προς το κέντρο,
- η κατάσταση είναι αναστρέψιμη,
- διατηρείται η συνείδηση του ασθενούς.

Η τοπική αναισθησία αποτελεί εξαίρετη μέθοδο αναλγησίας. Πλεονέκτημα αποτελεί η διατήρηση της συνείδησης, οι ελάχιστες επιπτώσεις και η χρήση

ελάχιστων φαρμάκων, ενώ μειονέκτημα αποτελεί η βραχεία διάρκεια, οι αντιδράσεις που οφείλονται σε υπερδοσολογία και η πιθανότητα αλλεργικής αντίδρασης⁷⁷.

Η χρήση της τοπικής αναισθησίας και η επίτευξη πλήρους αναλγησίας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτέλεση μιας δερματοχειρουργικής πράξης. Ασθενής ο οποίος πονά κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας πράξης είναι σίγουρα ένας αγχωμένος, μη ικανοποιημένος ασθενής και ίσως αυτό αποτελεί αιτία δημιουργίας ανεπιθύμητων ενεργειών. Ο ιατρός, μπροστά σε μια τέτοια κατάσταση, είναι επίσης αγχωμένος, βιαστικός και μάλλον δεν αποδίδει τα μέγιστα^{77,78}.

8.1.4.1 Εστέρες

Εδώ υπάγονται η κοκαΐνη, η προκαΐνη (νοβοκαΐνη), η 2-χλωροπροκαΐνη (νεσακαΐνη), η τετρακαΐνη, η βενζοκαΐνη. Συνήθως ο δερματολόγος δεν ασχολείται με τις ουσίες αυτές, πλην της προκαΐνης που χρησιμοποιείται στα κοκτέιλ μεσοθεραπείας και μάλιστα του τριχωτού της κεφαλής. Η προκαΐνη μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις.

Εδώ υπάγονται η λιδοκαΐνη (ξυλοκαΐνη, λινοκαΐνη), η ετιδοκαΐνη (duranest), η μεπιβακαΐνη (καρβοκαΐνη), η πριλοκαΐνη (citanest, προπιτοκαΐνη), η ροπιβακαΐνη. Ο δερματολόγος χρησιμοποιεί κατά κόρον και σχεδόν αποκλειστικά την ξυλοκαΐνη^{79,80}.

8.1.4.2 Ξυλοκαΐνη

Έχει ταχεία έναρξη, ισχυρή δράση, μέτρια διάρκεια. Χρησιμοποιείται για όλους τους τύπους των αναισθησιών, από την τοπική διήθηση έως την επισκληρίδιο αναισθησία. Η συνιστώμενη μέγιστη εφάπαξ δόση είναι 300mg, ενώ με επινεφρίνη 500mg. Χρησιμοποιείται από το 1948 έως σήμερα ευρέως. Δίνεται και ενδοφλεβίως, οπότε δρα ως συστηματικό αναισθητικό «αμβλύνοντας την απάντηση στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση στο χειρουργείο».

Η δράση της διαρκεί 1-3 ώρες, η δε προσθήκη αδρεναλίνης αυξάνει την έναρξη και τη διάρκεια δράσης, ενώ μειώνοντας τα μέγιστα επίπεδα στον ορό, μειώνει την τοξικότητα της ξυλοκαΐνης. Μεταβολίζεται στο ήπαρ, αλλά μικρό ποσοστό αποβάλλεται αμετάβλητο στα ούρα⁸¹.

Το pKa ανέρχεται στο 7,7, το pH των διαλυμάτων μεταξύ 5 και 6, ενώ με αδρεναλίνη το pH είναι μεταξύ 2 και 3. Η μέγιστη δόση για ενήλικες είναι 4,5mg/kg, ενώ με αδρεναλίνη 7mg/kg. Στο σημείο έγχυσης προκαλεί αγγειοδιαστολή, που οδηγεί σε αυξημένη απορρόφησή της. Η ενδαγγειακή ποσότητά της δεσμεύεται ταχέως σε ποσοστό 60-80% από τους πνεύμονες. Δηλαδή μικρές ποσότητές της σε ενδαγγειακή χορήγηση κυκλοφορούν συστηματικά. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και μετά την υδρόλυσή της σε γλυκίνη-ξυλιδίνη απεκκρίνεται κατά 75% από τα ούρα. Για τη διήθηση των ιστών χρησιμοποιείται σε συγκέντρωση 1-4%, συνήθως 2%. Στους περιφερικούς αποκλεισμούς χρησιμοποιείται σε συγκέντρωση 1-1,5% με διάρκεια έως 3 ώρες^{81,82,83,84}.

8.2 Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

8.2.1 Βελονισμός

Βελονισμός (acupuncture) ονομάζεται μια μέθοδος εναλλακτικής ιατρικής. Πρόκειται για μία πανάρχαια θεραπευτική μεθοδολογία, η οποία χρησιμοποιείται και σήμερα, έχοντας υποστεί με την πάροδο των αιώνων πολλές τροποποιήσεις και βελτιώσεις. Έχει τις ρίζες της στην αρχαία Κίνα και στηρίζεται στην παρατήρηση ότι στη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος σημαντικό ρόλο παίζουν μερικοί ενεργειακοί δρόμοι που σχετίζονται με τις διαδρομές βασικών νεύρων ή ομάδων νευρώνων που στο βελονισμό ονομάζονται «μεσημβρινοί». Στη διαδρομή τους υπάρχουν μερικά σημεία στα οποία, επεμβαίνοντας με μηχανικό ερεθισμό (στην περίπτωση του βελονισμού εισάγοντας βελόνες από το δέρμα σε άλλοτε άλλο βάθος) βελτιώνουμε τη διαταραγμένη ροή της ενέργειας με θεραπευτικό αποτέλεσμα⁸⁵.

Στην Κίνα ο βελονισμός χρησιμοποιείται για θεραπεία μιας μεγάλης γκάμας ασθενειών και συμπτωμάτων τους. Το κείμενο δεν δηλώνει ότι όλες οι αναφερόμενες στον κατάλογο καταστάσεις μπορούν να θεραπευτούν. Μερικές μπορούν μόνο να βελτιωθούν ή να υπάρξει συμπτωματική θεραπεία. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες ασθένειες οι οποίες περιλαμβάνονται στο Κείμενο του Πανεπιστημίου της Σαγκάης της Παραδοσιακής κινεζικής Ιατρικής: χρόνια ηγμορίτιδα, κώφωση, γλαύκωμα, μυωπία, ρινίτιδα, πονόδοντος, κοινό κρυολόγημα, σχιστοσωμίαση, βρογχικό άσθμα, ακράτεια, αιματουρία, αμηνόρροια, δυσμηνόρροια, αιμορροΐδες, έκζεμα, πρόπτωση μήτρας, κλπ.

Η τέχνη του βελονισμού βασίζεται στον συνδυασμό των πέντε στοιχείων (five elements) και αυτά είναι το ξύλο, η φωτιά, η γη, το μέταλλο και το νερό. Οι βασικοί μεσημβρινοί είναι οι εξής 12: (LU) πνευμόνι, (LV) συκώτι, (GB) χοληδόχος κύστη, (LI) παχύ έντερο, (ST)στομάχι, (SP) σπλήνα,(H) καρδιά, (SI) λεπτό έντερο, (BL) ουροδόχος κύστη, (KD) νεφρά, (P) Περικάρδιο, (TW) Τριπλός Θερμαστής καθώς και οι δύο έξτρα μεσημβρινοί (GV) Governing Vessel, (CV) Control Vessel. Μεγάλη συμβολή στον συνδυασμό των σημείων του βελονισμού έπαιξε ο θεραπευτής Hua Tuo ο οποίος γεννήθηκε στην Κίνα το 110 της Κοινής μας χρονολογίας. Από αυτόν ονομάστηκε και ο μεσημβρινός Hua tuo ή jia ji που στην αγγλική μεταφράζεται lining spine. Σε πολλές χώρες του Κόσμου, ο βελονισμός συνδυάζεται αρμονικά με την κλασσική ιατρική. Στον βελονισμό η μέτρηση των αποστάσεων μεταξύ των σημείων του βελονισμού γίνεται με τον όρο cun (τσουν) όπου ένα cun ισούται με το μέγεθος του νυχιού του αντίχειρά μας^{85,86}.

8.2.2 Λεμφική παροχέτευση

Είναι ένα πολύ σημαντικό σύστημα, παρόλο που δεν του έχει δοθεί η ανάλογη σημασία. Ο ρόλος του είναι πολλαπλός, μαζεύει, φιλτράρει και τελικά, αποβάλλει τα νεκρά κύτταρα, (τελικό προϊόν του μεταβολισμού), βακτήρια, ιούς, ανόργανες ουσίες, νερό και λιπίδια. Επίσης οι λεμφαδένες παράγουν τα λεμφοκύτταρα "T" που είναι η πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού μας.

Το λεμφικό σύστημα αποτελείται από ένα δίκτυο αγγείων, παράλληλο με το φλεβικό και το αρτηριακό. Τα λεμφικά αγγεία δημιουργούν ένα μοναδικό δίκτυο που καλύπτει κάθε εκατοστό του δέρματος και περιβάλλει κάθε όργανο του σώματος. Το δίκτυο αυτό ξεκινά κατά το 70% μέσα και ακριβώς κάτω από το δέρμα.

Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται από τον συνδετικό ιστό, από νημάτια ελαστικής και κολλαγόνου. Όταν αυξάνεται η πίεση μέσα στον μεσοκυττάριο χώρο λόγω

συσσώρευσης υγρών, ή όταν ασκηθεί κάποια πίεση στο δέρμα, τα νημάτια ανοίγουν το τοίχωμα του λεμφικού μικροδικτύου. Τότε το μεσοκυττάριο υγρό εισέρχεται στο λεμφικό αγγείο και αρχίζει να ρέει κατά το μήκος του. Σε αυτό το σημείο χαρακτηρίζεται λέμφο⁸⁶.

Καθημερινά, 2-3 λίτρα λεμφικού υγρού συλλέγονται και φιλτράρονται από το λεμφικό σύστημα και αυτό είναι ζωτικής σημασίας, διότι έτσι απομακρύνονται οι πρωτεΐνες που είναι υπερβολικά μεγάλες για να εισέλθουν στα τοιχώματα των τριχοειδών αγγείων. Τα σημεία εισόδου στα λεμφικά αγγεία είναι 4-6 φορές μεγαλύτερα από αυτά των τριχοειδών. Η απομάκρυνση των πρωτεϊνών είναι απαραίτητη διότι αυτές έλκουν νερό, οπότε υπερβολική πρωτεΐνη στο μεσοκυττάριο υγρό προκαλεί πρήξιμο ή οίδημα.

Κάνοντας σωστό λεμφικό μασάζ, ενεργοποιείται η διάνοιξη των λεμφικών αγωγών και να αυξάνεται ο όγκος της λεμφικής ροής.

Υπάρχουν βαλβίδες κάθε 6 με 20 χιλιοστά, που επιτρέπουν στη λέμφο να κινείται μόνο προς μία κατεύθυνση. Αυτή η ασφαλιστική δικλίδα αποτρέπει τη μη φυσιολογική κίνηση της λέμφου.

Φυσιολογικά, η κίνηση της λέμφου, λόγω του ότι το λεμφικό σύστημα στερείται αντλίας υγρών, όπως είναι για παράδειγμα η καρδιά στο καρδιακό σύστημα, γίνεται έμμεσα με τους σκελετικούς μυς, την αναπνοή, τη ρυθμική κίνηση των αρτηριών και άμεσα, με τη σύσπαση των λεμφαγγείων^{85,86}.

Τελικά, όλοι οι λεμφικοί αγωγοί οδηγούν σε λεμφικά οζίδια, (λεμφαδένες), με μέγεθος καρφίτσας έως κερασιού. Υπάρχουν 500 με 700 λεμφικά οζίδια, με τα μισά να εντοπίζονται στην κοιλιακή χώρα και αρκετά στην εξωτερική πλευρά του λαιμού, τη μασχαλαία χώρα και την εσωτερική πλευρά του ποδιού.

Η βασική τους λειτουργία είναι ο καθαρισμός και το φιλτράρισμα της λέμφου. Τα οζίδια αυτά παράγουν τα λεμφοκύτταρα, τα οποία καταστρέφουν τις εν δυνάμει βλαπτικές ουσίες μέσα στο σώμα, ως μέρος του ανοσοποιητικού συστήματος. Επίσης, επαναπορροφούν το 40% του υγρού που περιέχεται στη λέμφο, κάνοντας τη λέμφο πιο παχύρρευστη. Το παχύρρευστο αυτό υγρό μαζί με τη διαδικασία καθαρισμού, πολλές φορές προκαλεί αντίσταση στη λεμφική ροή.

Η λεμφική παροχέτευση μέσω του λεμφικού μασάζ, βοηθάει στο να νικηθεί η αντίσταση αυτή, κάνοντας τη λέμφο να κινείται πιο γρήγορα και πιο ελεύθερα. Αν το λεμφικό σύστημα αδρανοποιηθεί, τραυματιστεί από χειρουργική επέμβαση ή γίνει χειρουργική αφαίρεση των λεμφαδένων, μπορεί να εμφανιστεί αυτό που ονομάζεται λέμφο-στατικό οίδημα. Το λεμφικό μασάζ είναι χρήσιμο στην μείωση αυτού του τύπου οιδήματος⁸⁵.

Ενδείξεις: Η λεμφική παροχέτευση με το μασάζ, είναι μια ήπια, αλλά πολύ αποτελεσματική τεχνική, για τη βοήθεια της αύξησης της λεμφικής ροής. Με την αύξηση της λεμφικής ροής, αυξάνεται η δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος και η παραγωγή των λεμφοκυττάρων.

Λεμφικό μασάζ εφαρμόζεται σε ανθρώπους που έχουν έλλειψη ενέργειας και ένα πεσμένο ανοσοποιητικό σύστημα.

Βοηθάει και ηρεμεί το νευρικό σύστημα. Συμπτώματα όπως ημικρανίες, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, μειώνονται έως και εξαλείφονται. Χρήσιμο είναι και σε αθλητές που υπέστησαν αθλητικές κακώσεις ή που παρουσιάζουν μετατραυματικό οίδημα.

Επίσης, είναι βοηθητικό στην επούλωση των ουλών, σε κατακράτηση υγρών, πρησμένα πόδια ή αστραγάλους, αυξάνοντας την τοπική κυκλοφορία. Οι αισθητικές ενδείξεις είναι επίσης αρκετές και σχετίζονται με τη μείωση της κυτταρίτιδας, την

ποιότητα του δέρματος, την ακμή, την αποτοξίνωση, την αύξηση της αιμάτωσης, την αναζωογόνηση του δέρματος κ.α.

Όταν η λέμφος κινείται, τα κύτταρα δέχονται νέα υγρά και θρεπτικά συστατικά, που κάνουν το δέρμα να φαίνεται λαμπερό και ζωντανό.

Άλλη μια εφαρμογή του λεμφικού μασάζ, είναι στις γυναίκες που λόγο καρκίνου του μαστού, τους έχει αφαιρεθεί μέρος των λεμφικών οζιδίων, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη οιδήματος στα άνω άκρα.

Αντενδείξεις: Το λεμφικό μασάζ είναι γενικά ασφαλές, υπάρχουν όμως συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις που δεν συστήνεται, όπως:

Οξεία φλεγμονή, καοήθειες όγκοι, θρόμβωση και καρδιακά προβλήματα, είναι οι περιπτώσεις οι οποίες καλό είναι να μην περιέχουν στη θεραπευτική αγωγή το λεμφικό μασάζ^{85,86}.

8.2.3 Μασάζ

Το μασάζ χαλαρώνει τους σπασμούς των μυών επαναφέροντας το σκελετικό σύστημα στη σωστή του θέση, ανακουφίζοντας τον ασθενή από πόνους. Μαζί με τη λύση μυοσκελετικών προβλημάτων βοηθάει στο κυκλοφοριακό, το νευρικό σύστημα, στην απομάκρυνση των τοξινών, ενώ η χαλάρωση βελτιώνει την αναπνοή και την καλύτερη οξυγόνωση του οργανισμού, τη διάσπαση του υποδόριου λίπους και την βελτίωση της εμφάνισης της επιδερμίδας. Το σωστό μασάζ βοηθάει την λεμφική κυκλοφορία. Τα αιθέρια έλαια σε συνδυασμό με το μασάζ βοηθούν σε διάφορα προβλήματα υγείας^{86,87}.

8.2.3.1 Ιστορία του Μασάζ

Το μασάζ έχει τις ρίζες του στην αυγή της ανθρωπότητας. Ενστικτωδώς ο άνθρωπος αγγίζει το μέρος που πονά. Η χρησιμοποίηση της αφής σαν θεραπεία είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη φύση αφού μειώνει το στρες και οδηγεί σε ψυχολογική και σωματική χαλάρωση.

Οι αρχαίοι πολιτισμοί των ανθρώπων είχαν τη γνώση πως με τις μαλάξεις μπορούσαν να ανακουφίσουν και να θεραπεύσουν τραύματα και ασθένειες και δημιούργησαν διαφορετικές προσεγγίσεις και τεχνικές μασάζ προσαρμοσμένες στις παραδόσεις και τα έθιμά τους.

Υπάρχουν καταγραφές από όλους τους αρχαίους ανατολικούς και δυτικούς πολιτισμούς, Κίνα, Ινδία, Ιαπωνία, Μεσοποταμία, Αίγυπτο και Ελλάδα στους οποίους το μασάζ είχε κεντρικό ρόλο στις θεραπείες και συχνά οι θεραπείες μέσω του μασάζ θεωρούνταν ιερή. Ο ίδιος ο Ιπποκράτης (πατέρας της ιατρικής) θεωρούσε τις "εντριβές" απαραίτητη γνώση για τον καλό γιατρό και όπως έλεγε "Ο καλός γιατρός πρέπει να γνωρίζει πολλά πράγματα, αλλά σίγουρα πρέπει να ξέρει να κάνει εντριβές, γιατί η εντριβή μπορεί να σφίξει μια πολύ χαλαρή άρθρωση και να χαλαρώσει μια άλλη πολύ σφιχτή" και δίδασκε στους μαθητές του σχετικές τεχνικές⁸⁷.

Η χρήση των βοτάνων και των αιθέριων ελαίων σε συνδυασμό με το μασάζ ήταν γνωστή από τους αρχαίους χρόνους. Οι αθλητές στην αρχαία Ελλάδα χρησιμοποιούσαν βότανα και αιθέρια έλαια σε συνδυασμό με τεχνικές μασάζ (εντριβές) για να αποβάλουν από τους μυς τους τις συγκεντρώσεις τοξινών. Στο Δυτικό Μεσαίωνα το μασάζ απέκτησε κακή φήμη καθώς η κοινωνία κατηγορήσε τις "απολαύσεις της σάρκας" και την ανθρώπινη επαφή. Το μασάζ επανήλθε στη Δύση από τον Σουηδό γιατρό Περ Χενρικ Λινκ δημιουργώντας το γνωστό ως Σουηδικό μασάζ.

Στις μέρες μας το μασάζ είναι πολύ διαδεδομένο στην Ασία και εξαπλώνεται πάλι γρήγορα στη Δύση με την διάδοση της "φυσιοθεραπείας" και των "εναλλακτικών" μορφών θεραπείας^{86,87}.

8.2.3.2 Μέθοδοι Μασάζ

Υπάρχουν πολλές τεχνικές μασάζ και συχνά το όνομά του αναφέρεται στην περιοχή προέλευσης. Οι τεχνικές αποσκοπούν στην βαθιά χαλάρωση του ιστού και στην θεραπεία των μυοσκελετικών τραυμάτων⁸⁶.

Acupressure

Ένα μείγμα από βελονισμό και πίεση. Αποτελεί μια παραδοσιακό Κινέζικη πρακτική παραλλαγή του βελονισμού. Στην acupressure φυσική πίεση εφαρμόζεται στα σημεία του βελονισμού με το χέρι, αγκώνα ή με διάφορα εργαλεία.

Anma

Παραδοσιακό Γιαπωνέζικο μασάζ που περιέχει μαλάξεις και δουλειά βαθιά μέσα στον ιστό.

Ayurvedic μασάζ

Προέρχεται από την Ινδία και χρησιμοποιεί μασάζ, yoga, διαλογισμό και βότανα. Το Ayurvedic μασάζ, είναι επίσης γνωστό και ως Abhyanga, εφαρμόζεται συνήθως από έναν ή δύο θεραπευτές που χρησιμοποιούν ζεστά μείγματα από λάδια βοτάνων.

Balinese μασάζ

Το μασάζ Balinese είναι απαλό και δίνει μια πολύ χαλαρή αίσθηση στον ασθενή. Αυτή η τεχνική περιέχει ρολάρισμα του δέρματος, skin rolling, μαλάξεις, απαλά κτυπήματα, κ.τ.λ. Ο θεραπευτής εφαρμόζει αρωματικά λάδια κατά τη διάρκεια του μασάζ. Λέγεται ότι η ροή του οξυγόνου στο αίμα του ασθενούς αυξάνει σαν αποτέλεσμα της θεραπείας. Εναλλακτικά χρησιμοποιούνται και ζεστές πέτρες^{86,88}.

Barefoot Deep Tissue

Αυτή η τεχνική "Barefoot Deep Tissue" επίσης γνωστή και σαν "Barefoot Compressive Deep Tissue", ή "Barefoot Sports μασάζ", αποτελεί ένα μείγμα από ανατολικές barefoot τεχνικές, όπως το Barefoot Shiatsu μασάζ, σε συνδυασμό με δυτική χειροπρακτική, encompassing Deep Tissue, μυϊκή χαλάρωση, Trigger Point Therapy, transverse friction, compression, tension, shear, PNF, stretching μαζί με parasympathetic response, ενώ ο ασθενής παραμένει ντυμένος και χωρείς τη χρήση λαδιού.

Αυτή η παραλλαγή τυπικά χρησιμοποιεί τη φτέρνα, την καμάρα του ποδιού και/ή ολόκληρη την πατούσα και εφαρμόζεται μεγάλη πίεση ένταση και δύναμη με αγκώνα ή τον αντίχειρα. Είναι ιδανική για μεγάλους μύς όπως το μπούτι. Παραλλαγές της χωρίς ρούχα αποτελούν οι Keralite, Yumeiho, Barefoot Lomi Lomi, Fijian Barefoot, Chavutti Thirummal. Ashiatsu Oriental Bar Therapy, που είναι

φόρμες barefoot, συνδυάζουν δυτική επιστήμη και μοντέρνα Αμερικάνικη καινοτομία για θεραπευτές που εξειδικεύονται σε δουλειά βαθιά στον ιστό και χρησιμοποιούν⁸⁸.

Σουηδικές τεχνικές με την φτέρνα του θεραπευτή.

Bowen therapy

Αυτή η τεχνική χρησιμοποιεί κυλιόμενες κινήσεις πάνω στους μύες, συνδέσσουμε, τένοντες και αρθρώσεις. Δε χρησιμοποιείται βαθεά και παρατεταμένη επαφή με τον ιστό του μυός όπως στα περισσότερα είδη μασάζ, αλλά χαλαρώνει τις εντάσεις του μυ και αποκαθιστά την κανονική λεμφική κυκλοφορία. Βασίζεται σε πρακτικές που αναπτύχθηκαν από τον Αυστραλό Tom Bowen^{86,88}.

Breema μασάζ

Τεχνική που εκτελείται στο πάτωμα με τον ασθενή πλήρως ντυμένο. Αποτελείται από ρυθμικές και απαλές περιστροφές και διατάσεις.

Champissage

Τεχνική που επικεντρώνεται στο κεφάλι, αυχένα και πρόσωπο και πιστεύεται ότι εξισορροπεί τα chakras⁸⁸.

Deep Tissue - Βαθέως ιστού

Deep Tissue μασάζ (μασάζ βαθέως ιστού) είναι σχεδιασμένο για να χαλαρώνει έντονους σπασμούς στους μυς. Αυτό το είδος του μασάζ εντοπίζεται κάτω από την επιφάνεια των επάνω μυών. Το μασάζ βαθέως ιστού συχνά συνιστάται για άτομα που έχουν την εμπειρία χρόνιου πόνου. Εφαρμόζεται σε ασθενείς με βαριά φυσική δραστηριότητα όπως αθλητές ή ασθενείς με χρόνια τραύματα. Είναι επίσης συχνό φαινόμενο για τον λήπτη αυτού του τύπου μασάζ να αισθανθεί πόνο ή ακόμα και μελανιές για τις επόμενες λίγες μέρες, ακόμα και αν δεν νοιώσει πόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας αν ο θεραπευτής λειτουργήσει σωστά⁸⁸.

Esalen μασάζ

Αναπτύχθηκε από την Carlotta Selver και λειτουργεί με απαλές λικνίσεις του σώματος, παθητική γυμναστική στις αρθρώσεις και βαθιά δουλειά στους μυς και τις αρθρώσεις.

Hilot

Το Hilot αποτελεί μια παραδοσιακή θεραπευτική τεχνική από τις Φιλιππίνες η οποία ενσωματώνει τεχνικές μασάζ. Οι τεχνικές μασάζ χαλαρώνουν τους σπασμούς των μυών. Το Hilot για την χαλάρωση των σπασμών χρησιμοποιεί επίσης «διαχείριση συνδέσμων».

Το Hilot περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία τεχνικών πέρα από την θεραπεία του μυ. Το Hilot χρησιμοποιείται για ανάταξη εξαρθρωμένων συνδέσμων, διάγνωση και

θεραπεία πόνου της πλάτης και άλλων μυοσκελετικών παθήσεων, μέχρι και βοήθεια για τη γέννα ή ακόμα για πρόκληση έκτρωσης^{86,88}.

Lomi Lomi και γηγενές μασάζ της Ωκεανίας

Το Lomilomi είναι το παραδοσιακό μασάζ της Χαβάης. Σαν γηγενής πρακτική εμφανίζεται με παραλλαγές στα διάφορα νησιά και στις οικογένειες. Η ονομασία lomilomi χρησιμοποιείται επίσης για το μασάζ στη Σαμόα και στην Ανατολική Φουτούνα. Στη Σαμόα είναι επίσης γνωστό σαν lolomi και milimili. Στην Ανατολική Φουτούνα επίσης ονομάζεται milimili, fakasolosolo, amoamo, lusilusi, kinikini, fai'ua.

Οι Μαοροί το ονομάζουν toromi και mirimiri. Στην Τόνγκα το μασάζ ονομάζεται fotofota, tolotolo, και amoamo. Στην Ταϊτή rumirumi. Στο Νανουμέα στην Τουβαλού το μασάζ είναι γνωστό ως ropo, τεχνικές πίεσης ονομάζονται kukumi, και τεχνικές με θερμότητα ονομάζονται tutu. Το μασάζ επίσης αναφέρεται στην Tikopia στα νησιά του Σολομώντα, στην Rarotonga (νήσοι Κουκ) και στην Pukaruka στη Δυτική Σαμόα⁸⁸.

Θεραπευτικό μασάζ

Το μασάζ αυτό χρησιμοποιείται στην ιατρική και χρησιμοποιεί decongestive θεραπεία για lymphedema που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Το Carotid sinus μασάζ χρησιμοποιείται για διάγνωση συγκοπής στην καρωτιδική κοιλότητα και μερικές φορές είναι χρήσιμο στο διαχωρισμό της supraventricular tachycardia (SVT) από την ventricular tachycardia. Παρόμοια, το valsalva maneuver, αποτελεί θεραπεία για το SVT. Πάντως, είναι λιγότερο αποτελεσματικό από τη διαχείριση του SVT με φαρμακευτική αγωγή^{86,88}.

Ιθαγενές Αμερικάνικο

Στο εσωτερικό της Αμερικής, όπως και σε άλλες περιοχές του κόσμου, έχει αναπτυχθεί μια αυτόχθονα μορφή για μασάζ του μυοσκελετικού συστήματος. Σήμερα αυτή η τέχνη επιβιώνει χάρη σε πολλούς Sobadoras/es και Hueseros/as που έχουν μεταδώσει τις τεχνικές τους μέσα από την προφορική παράδοση⁸⁸.

Myofascial release

Το Myofascial release αναφέρεται σε τεχνικές μασάζ για άπλωμα και χαλάρωμα των δεσμών μεταξύ fascia, integument, και των μυών με σκοπό τον περιορισμό του πόνου, την αύξηση της δυνατότητας κίνησης και αίσθηση της ισορροπίας. Το Myofascial release συνήθως εφαρμόζει διακοπτόμενες πιέσεις ή τανύσματα σε διάφορες κατευθύνσεις, ή ρολάρισμα του δέρματος⁸⁶.

Postural Integration (PI) - Ενοποιημένη στάσης σώματος

Το Postural Integration (PI) αποτελεί μια εργασία πάνω στο σώμα η οποία περιλαμβάνει μασάζ βαθέως ιστού με συγκεκριμένες αναπνοές, κινήσεις του σώματος και συνειδητότητα μαζί με έκφραση συναισθημάτων⁸⁸.

Raynor μασάζ

Το Raynor μασάζ έχει σκοπό να εντοπίσει οποιαδήποτε ένταση στους μυς και οποιοδήποτε μπλοκάρισμα στην ροή του chi με απώτερο σκοπό την απελευθέρωσή του. Συνήθως είναι μασάζ πολύ βαθιά στον ιστό με έμφαση στο βαθύ μασάζ στην κοιλιακή χώρα και στην απελευθέρωση συναισθημάτων⁸⁸.

Ρεφλεξολογία

Η ρεφλεξολογία είναι μια μέθοδος εναλλακτικής θεραπείας, στην οποία ο θεραπευτής, εφαρμόζει ειδικές πιέσεις και μαλάξεις στα πέλματα, στην ράχη των ποδιών, στα χέρια και στα αυτιά.

Στόχος της ρεφλεξολογίας είναι η επίτευξη της ισορροπίας του οργανισμού, πράγμα που κατορθώνεται κυρίως μέσω της χαλάρωσης.

Επειδή στα πέλματα μόνο, καταλήγουν 7.200 νευρικές απολήξεις, αυτές οι εξειδικευμένες πιέσεις προκαλούν ένα "αντανακλαστικό" ερέθισμα, (με τον όρο αντανακλαστικό εννοούμε, μια ακούσια ή ασυνείδητη αντίδραση, σε ένα ερέθισμα) σε διάφορα σημεία και όργανα του σώματος ξεχωριστά, με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση των λειτουργιών, την εξισορρόπηση και τη χαλάρωση του οργανισμού⁸⁹.


Η Ρεφλεξολογία ονομάζεται και ζωνο-θεραπεία, διότι βασίζεται στην αρχή των δέκα αντανακλαστικών ζωνών που διαπερνούν το σώμα μας και απολήγουν στα πέλματα και στις παλάμες, όπου ο ρεφλεξολόγος ασκεί τις τεχνικές του, τη «θεραπεία» με την αρχική έννοια του όρου, που σημαίνει στην αρχαία ελληνική γλώσσα φροντίδα, περιποίηση, υπηρεσία του συνανθρώπου.


Η μέθοδος αυτή αντιμετωπίζει τον άνθρωπο σαν σύνολο. Η ρεφλεξολογία δεν θεραπεύει συγκεκριμένες παθήσεις και δεν κάνει διάγνωση ιατρικών καταστάσεων, αλλά τα ρεφλεξολογικά ευρήματα είναι πολύτιμα στο ρεφλεξολόγο, για την εκτέλεση της δικής του εργασίας. Μπορεί να συνδυαστεί, ως συμπληρωματική μέθοδος, με οποιαδήποτε παραδοσιακή –ή μη- μέθοδο θεραπείας, καθώς είναι τελείως φυσική και ακίνδυνη, όταν εφαρμόζεται από άτομα που έχουν εκπαιδευτεί καταλλήλως⁸⁸.

Η ρεφλεξολογία μπορεί να εφαρμοστεί σε ανθρώπους όλων των ηλικιών και μπορεί να φέρει αποτέλεσμα σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων ακόμα και σε περιπτώσεις έντονες και χρόνιες. Γιατροί σε όλο τον κόσμο σέβονται και αναγνωρίζουν την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου συστήνοντας την ως συμπληρωματική ενίσχυση στους ασθενείς τους. Ήδη στην Μεγάλη Βρετανία έχει ενταχθεί στο εθνικό σύστημα υγείας. Πολλοί είναι εκείνοι που, ενώ έχουν ολοκληρώσει έναν κύκλο συνεδριών, βρίσκουν ευεργετικό να συνεχίσουν τακτικές συνεδρίες για να διατηρήσουν την καλή τους φυσική κατάσταση. Η ρεφλεξολογία βοηθάει να ανταποκριθεί ο οποιοσδήποτε σε πνευματικό, νοητικό και φυσικό επίπεδο και συνεπώς να βελτιώσουμε και να διατηρήσουμε την καλή υγεία σε όλες της εκφάνσεις της ζωής μας^{88,89}.


Η Ρεφλεξολογία είναι μία μέθοδος αυτοθεραπείας. Είναι γνωστό ότι τα περισσότερα προβλήματα δημιουργούνται από άγχος και νευρικές εντάσεις. Το 75% περίπου των αντιμετωπιζόμενων διαταραχών συνδέεται με το στρες⁹⁰.


Με την Ρεφλεξολογία:


 Φεύγει το άγχος, χαλαρώνουν οι εντάσεις και ελευθερώνονται οι θεραπευτικές δυνάμεις του σώματος.

 Όλες οι λειτουργίες του οργανισμού εναρμονίζονται και διευκολύνεται η διαδικασία αυτοθεραπείας του ατόμου.

 Καλύτερεύει η κυκλοφορία.

 Ενισχύεται το ανοσοποιητικό.


 Εξισορροπεί το ορμονικό.


 Λειτουργούν καλύτερα τα απεκκριτικά όργανα.


 Αποτοξινώνεται ο οργανισμός.


Σήμερα, μετά από πολλές έρευνες και παρατηρήσεις υπάρχουν συγκεκριμένοι ρεφλεξολογικοί χάρτες με τα αντανακλαστικά σημεία για τα πέλματα, τα χέρια, τα αυτιά (ωτορεφλεξολογία), για το πρόσωπο (προσωπορεφλεξολογία) ακόμη για τη γλώσσα και τη μύτη^{88,90}.


Ο ρεφλεξολόγος προτιμά να δουλεύει κυρίως στα πέλματα γιατί:


 Είναι πιο εύκολο σημείο του σώματος


 Είναι ο μοναδικός πόλος ενέργειας του ανθρώπου ο οποίος έρχεται σε επαφή με τη ενέργεια της Γης


 Είναι δέκτες – δίοδοι ενέργειας

 Λόγω του βάρους, της πίεσης και της τριβής είναι ευνοϊκές, οι συνθήκες συσσώρευσης τοξικών κρυσταλλικών αποθεμάτων

 Είναι εύκολο να καταλάβουμε, από τους παραστατικούς χάρτες, την ανατομική μας παρουσίαση στα πέλματα.

 Τα αντανακλαστικά μας σημεία είναι πιο ευαίσθητα στο πέλμα, λόγω ότι περιβάλλονται από παπούτσια και κάλτσες γίνονται ευαίσθητα στην αφή, ενώ τα χέρια τα χρησιμοποιούμε πολύ και εύκολα διασπώνται τα κρυσταλλικά αποθέματα.


 Φαίνονται εύκολα οι ευαισθησίες και η σκλήρυνση των ιστών.


 Επειδή τα πέλματα είναι συνέχεια σφιγμένα και πιεσμένα χωρίς να έχουν κινητικότητα και σωστή κυκλοφορία.


Ακολουθούν μερικοί απλοί κανόνες που μπορεί κάποιος να χρησιμοποιήσει για να εξετάσει την κατάσταση των δικών του ποδιών⁹⁰.

Εξέταση των πελμάτων και συμπεράσματα


1. Όψη

 Τα πεσμένα πόδια δείχνουν πρόβλημα στους πνεύμονες και γενική κατάσταση αδυναμίας. Τα πέλματα του ανθρώπου πέφτουν τη στιγμή του θανάτου.






 Τα πόδια που είναι τραβηγμένα προς τα πίσω δείχνουν φόβο και πρόβλημα στο ήπαρ και στη χοληδόχο κύστη.

 Οι πρησμένοι αστράγαλοι και πέλματα, δείχνουν δυσλειτουργία των νεφρών.







 Σπασμένα αιμοφόρα αγγεία επίσης δυσλειτουργία των νεφρών.

 Τα μωβ και κρύα πόδια δείχνουν ψυχρότητα που οφείλεται σε λίμνασμα των ωοθηκών σε γυναίκες.

2. Υφή

-  Ευαισθησία σημαίνει ένταση στο σώμα.
-  Πλαδαρά πόδια δίχως μυϊκό σθένος, πρόβλημα σε όλο το σώμα και έλλειψη δύναμης.
-  Ίδρωμένα σημαίνει ορμονική ανισορροπία.
-  Ξηρά πόδια, κακή κυκλοφορία και ορμονική ανισορροπία.
-  Σκληρό δέρμα, ένδειξη λάθος παπούτσια, κακή στάση σώματος, περπάτημα ξυπόλητοι.

3. Γενικά

-  Θερμοκρασία κρύα - κακό κυκλοφορικό
-  Χρώμα κόκκινο - κακή κυκλοφορία
-  Πλατυποδία - πρόβλημα σπονδυλικής στήλης
-  Μετατόπιση οστών - μπλοκάρισμα ενέργειας
-  Μετατόπιση σφηνοειδούς - πρόβλημα λεπτού εντέρου
-  Νύχια στο δέρμα - πονοκέφαλοι

Ρωσικό μασάζ

Το Ρωσικό μασάζ έχει τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι απαλό, αργό και ήπιο. Το δεύτερο είναι σκληρό βαθύ και γρήγορο. Το τρίτο στάδιο είναι παρόμοιο με το πρώτο το οποίο αργό και απαλό. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί μέλι⁸⁸.

Shiatsu

Στα Γιαπωνέζικα "shi" σημαίνει δάκτυλο και "atsu" σημαίνει πίεση. Αποτελεί μια θεραπεία γεννημένη στην Ασία που χρησιμοποιείται πίεση που εφαρμόζεται με τους αντίχειρες, δάκτυλα και παλάμες στο ίδιο ενεργειακό σημείο που εφαρμόζεται ο βελονισμός και ενσωματώνει stretching. Επίσης χρησιμοποιεί τεχνικές όπως κύλιση, βούρτσισμα, δονήσεις, άρπαγμα και σε μια ιδιαίτερη τεχνική που δημιουργήθηκε από τον Suzuki Yamamoto η πίεση εφαρμόζεται με τα πόδια στην πλάτη του ασθενούς τα πόδια και τα πέλματα (Για το shiatsu με τα πόδια χρειάζεται ιδιαίτερη διευθέτηση)⁸⁸.

Stone μασάζ

Το stone μασάζ χρησιμοποιεί κρύες ή ζεσταμένες με νερό πέτρες για να εφαρμόσει πίεση και θερμότητα στο σώμα. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν από τον θεραπευτή πέτρες αλειμμένες με λάδι για μασάζ. Οι ζεστές πέτρες που χρησιμοποιούνται είναι συνήθως πέτρες ποταμών που με τον καιρό έχουν γίνει πολύ λείες και απαλές. Όπως οι πέτρες τοποθετούνται κατά μήκος της πλάτης του ασθενούς, βοηθούν στην διατήρηση της θερμότητας η οποία διαπερνά βαθειά τον μυ χαλαρώνοντας την ένταση⁸⁸.

Structural Integration

Το Structural Integration σκοπεύει να καλμάρει την ένταση που εδρεύουν στο μυϊκό σύστημα, επαναφέροντας την φυσική του ισορροπία, ευθυγράμμιση και ηρεμία. Αυτό επιτυγχάνεται με βαθύ, αργό, fascial και myofascial διαχείριση, σε συνδυασμό με κινήσεις επανα-μάθησης. Κατηγορίες Structural Integration: Kinesis Myofascial Integration και rolfing⁹⁰.

Σουηδικό μασάζ

Το Σουηδικό μασάζ χρησιμοποιεί πέντε στυλ από μακριά, ρέοντα κτυπήματα. Τα πέντε βασικά κτυπήματα είναι effleurage (ολύσθημα), petrissage (ζήμωμα), tapotement (ελαφρά ρυθμικά κτυπήματα), friction (εντρυβές) και δόνηση/τρεμούλιασμα. Το Σουηδικό μασάζ έχει αποδειχθεί βοηθητικό στον περιορισμό του πόνου, δυσκαμψίας συνδέσμων και στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών με οστεοαρθρίτιδες στα γόνατα μετά από περίοδο οκτώ εβδομάδων⁸⁶.

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει σε άτομα με κακή κυκλοφορία του αίματος. Επινόητης του Σουηδικού μασάζ θεωρείται ο Per Henrik Ling και διαμέσω του Δανού θεραπευτή Johan Georg Mezger υιοθέτησε τα Γαλλικά ονόματα που καθορίζουν τα πέντε είδη κτυπημάτων. Ο όρος Σουηδικό μασάζ δεν είναι γνωστός στη Σουηδία, στην οποία ονομάζεται "Κλασικό μασάζ"⁹⁰.

Ταϊλανδέζο μασάζ

Γνωστό στην Ταϊλάνδη σαν **นวดแผนโบราณ**, που σημαίνει "αρχαίο/παραδοσιακό μασάζ", το Ταϊλανδέζο μασάζ κατάγεται από την Ινδία και βασίζεται στην ayurveda και τη yoga. Η τεχνική συνδυάζει μασάζ με στάσεις yoga κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Το βόρειο στυλ δίνει έμφαση στο stretching ενώ στο νότο δίνεται έμφαση στον βελονισμό^{90,91}.

Παραδοσιακό Κινέζικο μασάζ

Υπάρχουν δυο είδη παραδοσιακού Κινέζικου μασάζ - Tui na (推拿) που εστιάζει στην πίεση, τέντωμα και ζύμωμα του μυ και το Zhi Ya (指壓) το οποίο εστιάζει στο τσίμπημα και πίεση στα σημεία του βελονισμού. Και τα δυο βασίζονται σε αρχές της παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής^{88,90}.

Προσέγγιση Trager

Η Προσέγγιση Trager συνδυάζει κινήσεις, μασάζ και εκπαίδευση.

Trigger point therapy

Μερικές φορές συγχέεται με τη μέθοδο pressure point μασάζ, η μέθοδος αυτή αναμιγνύει απενεργοποιημένα σημεία εναύσματος (trigger points) που μπορεί να προκαλέσουν τοπικό πόνο ή άλλες αισθήσεις όπως πονοκέφαλο σε άλλα μέρη του σώματος. Πίεση με το χέρι, δόνηση, ένεση ή άλλος χειρισμός μπορεί να εφαρμοσθεί σ' αυτά τα σημεία, για τη χαλάρωση του μυϊκού πόνου.

Τα Trigger points ανακαλύφθηκαν για πρώτη φορά και χαρτογραφήθηκαν από τον Janet G. Travell (παθολόγος του πρόεδρου Κένεντη) και τον David Simons. Τα Trigger points έχουν μικροφωτογραφηθεί και μετρηθεί ηλεκτρικά και στο 2007 έχει παρουσιαστεί εργασία που έδειχνε εικόνες από Trigger Points χρησιμοποιώντας MRI. Τα σημεία αυτά σχετίζονται με δυσλειτουργίες στις myoneural συνδέσεις, που επίσης ονομάζονται neuromuscular συνδέσεις (NMJ), στους μυς και συνεπώς αυτή η μορφή θεραπείας διαφέρει από την Ρεφλεξολογία, acupressure και το pressure point μασάζ^{88,90}.

Διαχείριση Visceral

Αποτελεί ένα είδος Mayan κοιλιακό μασάζ που εφαρμόζεται σε πολλές χώρες στη Λατινική Αμερική. Αυτό το είδος του μασάζ αναπτύχθηκε από τον Elijio Pantí στο Belize και ήρθε στις ΗΠΑ από τον Rosita Arvigo. Η τεχνική του Mayan μασάζ χρησιμοποιούνταν ακόμα πριν από τους Ισπανούς κατακτητές και εξασκείται ακόμα και σήμερα από πολλούς Sobadores ή Hueseros⁸⁸.

Watsu

Το Watsu αποτελεί συνδυασμό υδροθεραπείας και shiatsu και επινοήθηκε από τον Harold Dull. Η δουλειά γίνεται με θερμαινόμενο νερό και με τον θεραπευτή και τον ασθενή μέσα στο νερό, συνήθως σε πισίνα βάθους μεταξύ 100 και 120 cm βάθος. Η άσκηση εμπεριέχει πολύ κίνηση στο νερό και οι θεραπευτές πιστεύουν ότι ενσωματώνει τη δράση των ενεργειακών γραμμών του shiatsu⁸⁸.

8.2.3.3 Μασάζ, ανοσοποιητικό και ενδοκρινικό σύστημα

Οι ανεκδοτολογικές ενδείξεις για τη θεραπευτική δράση του μασάζ δείχνουν να επιβεβαιώνονται από πειράματα σε υγιείς εθελοντές: Μία συνεδρία σουηδικού μασάζ, διάρκειας 45 λεπτών, βελτίωσε άμεσα τη λειτουργία του ανοσοποιητικού και του ενδοκρινικού συστήματος, ανακοίνωσαν οι ερευνητές στο γνωστό Ιατρικό Κέντρο «Κέδροι του Σινά» στο Λος Αντζελες.

«Αν και υπήρχαν παλαιότερες, μικρότερες μελέτες για τα οφέλη του μασάζ στην υγεία, η νέα μελέτη πιστεύεται ευρέως ότι είναι η πρώτη συστηματική μελέτη σε μια μεγαλύτερη ομάδα υγιών ενηλίκων».

«Οι άνθρωποι συχνά κάνουν μασάζ στο πλαίσιο ενός υγιεινού τρόπου ζωής, ωστόσο μέχρι σήμερα δεν υπήρχαν πολλές φυσιολογικές αποδείξεις για την αυξημένη ανοσολογική αντίδραση του σώματος μετά το μασάζ» δήλωσε ο Δρ Μαρκ Ράπαπορτ, πρόεδρος του Τμήματος Ψυχιατρικής και Συμπεριφορικών Νευροεπιστημών του Ιατρικού Κέντρου.

Στο πλαίσιο του πειράματος, 29 εθελοντές, υγιείς από σωματική και ψυχική άποψη, υποβλήθηκαν σε 45 λεπτά σουηδικού μασάζ σύμφωνα με αυστηρά πρωτόκολλα για την εφαρμογή του. Για λόγους σύγκρισης, 24 υγιείς εθελοντές υποβλήθηκαν σε μασάζ με ελαφρά αγγίγματα των χεριών^{88,90}.

Πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το μασάζ, οι ερευνητές συνέλεξαν δείγματα αίματος με ενδοφλέβιους καθετήρες που είχαν τοποθετηθεί στους βραχίονες των ζαπλωμένων εθελοντών.

Οι αιματολογικές εξετάσεις έδειξαν οφέλη από το σουηδικό μασάζ:

- i. Πτώση στα επίπεδα κορτιζόλης, της βασικής ορμόνης του στρες.
- ii. Μεγάλη πτώση των επιπέδων της αντιδιουρητικής ορμόνης (AVP), η οποία πιστεύεται ότι συντελεί στην αύξηση της κορτιζόλης και επιπλέον συνδέεται με την επιθετική συμπεριφορά.
- iii. Σημαντικές αλλαγές στον αριθμό των λεμφοκυττάρων, μιας κατηγορίας λευκών αιμοσφαιρίων που παίζει κεντρικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού.
- iv. Αξιοσημείωτη μείωση σε πολλές κυτοκίνες, ουσίες που απελευθερώνονται από κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος και λειτουργούν ως χημικοί «αγγελιοφόροι».
- v. Αγνωστο παραμένει πάντως το χρονικό διάστημα για το οποίο διαρκεί η επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα⁹⁰.

8.2.4 Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (TENS)

TENS είναι τα αρχικά των αγγλικών λέξεων Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός) και είναι η χρήση του ηλεκτρικού ρεύματος που παράγεται από μια συσκευή για να διεγείρει τα νεύρα ακόμα και για θεραπευτικούς σκοπούς. TENS εξ ορισμού καλύπτει το πλήρες φάσμα των διαδερμική εφαρμογή ρευμάτων που χρησιμοποιούνται για την διέγερση των νεύρων, αν και ο όρος χρησιμοποιείται συχνά με μια πιο περιοριστική πρόθεση, δηλαδή για να περιγράψει το είδος των παλμών που παράγονται από φορητές διέγερσης που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του πόνου. Η μονάδα είναι συνήθως συνδεδεμένη με το δέρμα χρησιμοποιώντας δύο ή περισσότερα ηλεκτρόδια^{88,90}.

Ο TENS εφαρμόζεται κυρίως σε περιπτώσεις που το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η αναλγησία. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έχει διερευνηθεί η χρήση του ενάντια στη σπαστικότητα.

Η επίδραση των TENS στη σπαστικότητα βάσει της συχνότητας εφαρμογής του διακρίνεται σε :

- εργασίες εφαρμογής χαμηλής συχνότητας TENS (1 – 2 Hz)
- εργασίες εφαρμογής υψηλής συχνότητας TENS (20 - 100 Hz)

Η χρήση χαμηλής συχνότητας TENS φαίνεται πως δεν έχει καμία επίδραση στη μείωση της σπαστικότητας. Η χρήση υψηλής συχνότητας TENS έχει επίδραση στη μείωση της σπαστικότητας.

Συγκεκριμένα, συχνότητες μεταξύ 20 - 50 Hz έχουν θετική επίδραση στη μείωση της σπαστικότητας. Θετική επίδραση στη σπαστικότητα φαίνεται πως έχει και η χρήση συχνοτήτων 99 - 100 Hz. Ο χρόνος εφαρμογής του ερεθισμού υψηλής συχνότητας

TENS στις παραπάνω εργασίες κυμαίνεται μεταξύ 20 και 45 minutes. Ο συνηθέστερος χρόνος εφαρμογής είναι τα 30 minutes.

Όσον αφορά την τοποθέτηση των ηλεκτροδίων, οι ερευνητές προτείνουν τις παρακάτω πιθανές περιοχές των ηλεκτροδίων:

- Πάνω στους σπαστικούς μυς
- Πάνω στους ανταγωνιστές μυς των σπαστικών μυών
- Πάνω στα νεύρα που τροφοδοτούν τους σπαστικούς μυς, ή τους ανταγωνιστές αυτών.
- Σε σημεία βελονισμού ή σε σημεία πυροδότησης⁸⁸.

Οι μηχανισμοί με τους οποίους ο TENS προκαλεί τη μείωση της σπαστικότητας και επομένως, τη γενικότερη βελτίωση του κινητικού ελέγχου των νευρολογικών ασθενών, παραμένουν αδιευκρίνιστοι. Η πλειοψηφία των μελετών υποστηρίζουν ότι

ο TENS δρα μέσω ενός συνδυασμού πολλών επιμέρους μηχανισμών. Οι μηχανισμοί που ευθύνονται για τη μείωση της σπαστικότητας μετά από εφαρμογή TENS είναι:

-Ο διαθερμικός νευρικός ηλεκτρικός ερεθισμός των ανταγωνιστών μυών των σπαστικών μυών έχει ως αποτέλεσμα την αμοιβαία Ια αναστολή.

-Ο διαθερμικός νευρικός ηλεκτρικός ερεθισμός των σπαστικών μυών έχει ως αποτέλεσμα την κατά Renshaw αναστολή.

Η μείωση της αμοιβής Ια αναστολής και της Renshaw αναστολής είναι κάποιιοι από εκείνους τους μηχανισμούς οι οποίοι ευθύνονται για την εμφάνιση του φαινομένου της σπαστικότητας. Συνεπώς, η αύξηση της αμοιβαίας Ια και της Renshaw αναστολής, λόγω εφαρμογής TENS, έχει ως επακόλουθο τη μείωση της σπαστικότητας. Στο συμπέρασμα ότι οι μηχανισμοί όπως η αυτογενής Ιβ αναστολή, αναστολή Renshaw και η αμοιβαία Ια αναστολή μπορεί να ενέχονται στη μείωση της σπαστικότητας, μετά από εφαρμογή διαδερμικού νευρικού ηλεκτρικού ερεθισμού^{85,88,90}.

Σε άλλη έρευνα αναφέρεται ότι με τον διαδερμικό νευρικό ηλεκτρικό ερεθισμό οι αισθητικές πληροφορίες μεταφέρονται κυρίως μέσω των μεγάλης διαμέτρου προσαγωγών ινών, μεταβιβάζοντας έτσι τις πληροφορίες αυτές από τους μηχανοϋποδοχείς προς το νωτιαίο μυελό. Στην ίδια έρευνα προτείνεται ότι η μείωση της σπαστικότητας μετά από εφαρμογή TENS οφείλεται στον ερεθισμό των προσαγωγών ινών μεγάλης διαμέτρου⁸⁵.

Έτσι, είναι πιθανόν ότι αυτός ο μεγάλης έκτασης και διάχυτος περιφερικός ερεθισμός ενεργοποιεί τις ανενεργές διεγερτικές ανασταλτικές συνάψεις (οι οποίες ευθύνονται για τη μείωση της σπαστικότητας), αλλά δεν έχει καμιά επίδραση στις ενεργές διεγερτικές συνάψεις, των οποίων η δραστηριότητα είναι ήδη στο μέγιστο επίπεδο^{85,90}.

Ο TENS, αλλά και ο εικονικός ερεθισμός, εφαρμόστηκαν στο ομόπλευρο προς τη βλάβη κοινό περονιαίο νεύρο και στο ετερόπλευρο προς τη βλάβη μέσο νεύρο ημιπληγικών ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης ήταν ότι, σε σύγκριση με τον εικονικό ηλεκτρικό ερεθισμό, ο διαδερμικός νευρικός ηλεκτρικός ερεθισμός παρείχε μια σημαντική αύξηση της λανθάνουσας περιόδου του μυοτατικού αντανακλαστικού των σπαστικών μυών^{88,90}.

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε αύξηση της λανθάνουσας περιόδου του μυοτατικού αντανακλαστικού των σπαστικών γαστροκνημίων, αλλά και των σπαστικών καμπτήρων μυών του καρπού. Η αύξηση αυτή της λανθάνουσας περιόδου του μυοτατικού αντανακλαστικού των σπαστικών μυών συνεπάγεται αυτόματα τη μείωση του βαθμού σπαστικότητας των ίδιων μυών⁹⁰.

Κεφάλαιο 9^ο

Η Νοσηλευτική στην αντιμετώπιση του πόνου με ιδιαιτερότητα στην Κεφαλαλγία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

9.1 Η νοσηλευτική συμβολή στον πόνο και στην κεφαλαλγία

Όταν ένας άρρωστος δείχνει ότι πονά εκδηλώνοντας κάποια συμπεριφορά, ο νοσηλευτής κάνει μια ολιστική και αντικειμενική αξιολόγηση της φύσης του πόνου, δηλαδή της έντασης, της ποιότητας, της εντόπισης και της διάρκειας, ή περιοδικότητας του, καθώς και όλων των σωματικών, ψυχολογικών, περιβαλλοντικών και πολιτιστικών παραγόντων που επηρεάζουν την αίσθηση του πόνου και την αντίδραση προς αυτόν. Επιπλέον ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται να γνωρίσει την στάση του αρρώστου προς τον πόνο, πως αισθάνεται, πόσο πονά, πως τον επηρεάζει ο πόνος ως πρόσωπο, πόσο επιδρά ο πόνος στην αυτοεκτίμηση του, στις σχέσεις και στην συμπεριφορά του⁹².

Αυτά διευρύνονται από τον νοσηλευτή με την αναζήτηση απαντήσεων στα παρακάτω ερωτήματα.








- Ο άρρωστος ανησυχεί για το αίσθημα του πόνου καθαυτό ή για τις μελλοντικές επιπτώσεις του πόνου;
- Φοβάται μήπως ο πόνος σημαίνει θανατηφόρο νόσημα ή ότι θα του στερήσει ορισμένες ευχαριστήσεις ή επιτυχίες;
- Ο άρρωστος θέλει να τον ρωτούν για τον πόνο του ή καλύτερα να μην του τον θυμίζουν;
- Θέλει να είναι μόνος από φόβο μήπως εκδηλώσει αντίδραση στον πόνο, π.χ κλάμα ή θέλει να είναι μόνος γιατί έχει ο ίδιος τρόπο να αντιμετωπίσει μόνος του τον πόνο;
- Θέλει επισκέπτες για να του συμπαραστέκονται στον πόνο του ή τους θέλει για να αποσπάται η προσοχή του;
- Περιμένει να ανακουφιστεί αμέσως ο πόνος του ή θα υποφέρει για λίγο;
- Τον ενδιαφέρει κατά πόσο θα έχει ανακούφιση ή θεραπεία του πόνου του;
- Επιθυμεί να μάθει την διάγνωση του ή δεν ενδιαφέρεται ή φοβάται;
- Πιστεύει ότι τα φάρμακα είναι αφύσικα παυσίπονα μέτρα ή μήπως φοβάται τις συνέπειες, αν πάρει ναρκωτικά-ερεθιστικά φάρμακα;
- Το κλάμα του τι σημαίνει ότι θέλει άμεση ανακούφιση του πόνου του, συμπάθεια ή επίδειξη κλινικής δεξιοτεχνίας;

Για την αξιολόγηση του αρρώστου, ο νοσηλευτής τον γνωρίζει ως πρόσωπο και χρησιμοποιεί την παρατήρηση, την κλινική εξέταση, την επικοινωνία με τον ίδιο και το περιβάλλον του, την μελέτη του ιστορικού της υγείας του και των διαγνωστικών ευρημάτων. Ερμηνεύει, συσχετίζει ότι παρατηρεί και διαπιστώνει βάση επιστημονικών γνώσεων και κλινικής πείρας, τις ανάγκες του αρρώστου και καταστρώνει σε συνεργασία με τον άρρωστο ανάλογο σχέδιο ολιστικής, ολόπλευρης και ολότροπης νοσηλευτικής φροντίδας^{92,93,94}.

Οι νοσηλευτική σκοποί της φροντίδας αυτής διατυπώνονται ως εξής:












- ◆ Ελάττωση, ανακούφιση και εξάλειψη του πόνου.
- ◆ Μείωση του άγχους που σχετίζεται με τον πόνο.
- ◆ Αύξηση του ορίου ανοχής του πόνου.
- ◆ Πρόληψη ή εξουδετέρωση δυσμενών παραγόντων που προκαλούν ή εντείνουν τον πόνο⁹⁴.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που απαρτίζουν την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με πόνο είναι:

-  Ελάττωση της ταχύτητας
-  Δεν υπάρχει σπουδαιότερο πράγμα από το να υπάρχει επικοινωνία με τους αρρώστους για τον πόνο
-  Αποφυγή άρνησης πόνου, όταν ο πόνος υπάρχει
-  Αποφυγή κρίσεων, όταν δεν υπάρχει εμπειρία πόνου
-  Αποφυγή αγνόησης και περιφρόνησης των ασθενών
-  Το χάπι ή η ένεση δεν εξαλείφει τον πόνο. Παραγγελία λιγότερων παυσίπονων και έρευνα της αιτίας του πόνου.
-  Επίβλεψη των ασθενών ως πρόσωπα και όχι σαν εικόνες ή κεφάλαια βιβλίων

94

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει επιγραμματικά τις ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις-προληπτικές και ανακουφιστικές- κατά την πρόβλεψη ή την παρουσία του πόνου.

-  Δημιουργία θετικής υποστηρικτικής θέσης με τον άρρωστο.
-  Παρουσία κοντά στον άρρωστο με θερμό ενδιαφέρον και διάθεση χρόνου για ακρόαση με ευαισθησία και κατανόηση των προβλημάτων, φόβων και παραπόνων του.
-  Συζήτηση με τον άρρωστο για την πιθανή αιτία και την φύση του πόνου του, καθώς και για τις δυνατότητες καταπολέμησής του, ώστε να προλαμβάνονται ο φόβος του αγνώστου και οι φαντασιώσεις του αρρώστου.
-  Διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος με επιθυμητούς και ενδιαφερόμενους συνοδούς, με απασχόληση του αρρώστου για απόσπαση της προσοχής, επαρκή φωτισμό, αερισμό και θερμοκρασία, περιορισμό ενοχλητικών ερεθισμάτων, όπως είναι το πολύ έντονο φως, θόρυβοι κακοσμίες, πείνα, δίψα κ.α.
-  Διδασκαλία των επισκεπτών πώς να συμπεριφέρονται στον άρρωστο και πώς να τον ενισχύουν ψυχολογικά.
-  Χορήγηση των παραγγελθέντων αναλγητικών φαρμάκων και προώθηση της ανάπαυσης και σωματικής χαλάρωσης.
-  Χρήση μέτρων που ο άρρωστος θεωρεί αποτελεσματικά από προηγούμενη πείρα του π.χ. εντριβές, λουτρά, ειδικά ροφήματα, αλλαγή θέσεων, βηματισμοί κ.α.
-  Συμμετοχή του αρρώστου στη λήψη αποφάσεων για την ανακούφιση του πόνου του.
-  Εξατομίκευση της νοσηλευτικής φροντίδας. Ετοιμότητα για τροποποίηση του πρωτοκόλλου, ώστε να προβλέπονται οι προσωπικές ανάγκες και να εκπληρώνονται οι προτιμήσεις του αρρώστου.
-  Φροντίδα να μην εγκαταλείπεται μόνος του ο άρρωστος, όταν νιώθει έντονο πόνο.
-  Εκδήλωση αγάπης και αποδοχής του αρρώστου, χωρίς όρους και προϋποθέσεις^{92,94}.

Ο νοσηλευτής έχει προσωπική ευθύνη να εκτιμά τακτικά την αποτελεσματικότητα των πράξεών του για την ανακούφιση και καταστολή του πόνου του αρρώστου βάση ορισμένων κριτηρίων όπως είναι⁹⁵.

•Η χάλαση των σκελετικών μυών του αρρώστου

- Η αύξηση των καθημερινών δραστηριοτήτων και της ικανότητας του για ανάπαυση και ύπνο.
- Περιορισμός των θέσεων και στάσεων του σώματος που μαρτυρούν την αίσθηση του πόνου.
- Ελάττωση των φορτισμένων συναισθηματικά εκφράσεων κατά την περιγραφή του πόνου.
- Προφορική δήλωση του αρρώστου ότι έπαυε να αισθάνεται πόνο.
- Κατάστρωση σχεδίων εργασίας και ζωής με αισιοδοξία.

9.2 Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσεις προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν. Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων^{94,96}.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς με τη διαφορά ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις⁹⁵.

Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Το σύστημα ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή εισαγωγή και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας και όχι νέα στη νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσηλευτών να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου.

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν 5 στάδια, άλλοι 4 και άλλοι 3. Το περιεχόμενο τους όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους. Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες

που ασχολήθηκαν με τη Νοσηλευτική Διεργασία, την διακρίνουν σε 4 στάδια. Τα στάδια της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι ^{96,97}:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας (εκτίμηση και αποτελέσματα).

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με τη Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις.

1. Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου (απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ στα ελληνικά δεδομένα) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν.

2. Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας.

Ο κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί ακόμη σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον κατατεμαχισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. (π.χ. κάποιος αναλαμβάνει τις ενέσεις, άλλος τα φάρμακα κ.λ.π.). Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία.

3. Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιστορικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι κυκλική ενέργεια, συνέχει επαναλαμβανόμενη μέχρι να επιτύχει τον τελικό σκοπό της που είναι η ολοκλήρωση της φροντίδας που χρειάζεται το άτομο.

4. Η αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές καμία αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν οι ίδιοι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, δεν το αποδέχονται, τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με τη γνώση και την επιστημονική τους κατάρτιση. Τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού έργου οπότε και η Νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες Επιστήμες Υγείας^{95,96}.

Νοσηλευτική Αξιολόγηση – Εκτίμηση:

Η νοσηλευτική πράξη αρχίζει με την αξιολόγηση του ατόμου αφενός και της σχέσεως του με το περιβάλλον αφετέρου. Η αξιολόγηση αυτή είναι συνεχής αφού ο άρρωστος υπόκειται συνεχώς σε μεταβολές και αλλαγές στη σχέση του με το περιβάλλον. Η αξιολόγηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών, δεδομένων που περιλαμβάνει⁹⁸:

- Εκτίμηση της κατάστασης υγείας και του επιθυμητού επιπέδου αυτής.
- Αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία.
- Εξακρίβωση των διαταραχών και προβλημάτων της υγείας και της αντίδρασης του αρρώστου προς αυτά, καθώς και προς όλες τις νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις που ήδη εφαρμόστηκαν.

- Επισήμανση των δυνατοτήτων και των συνήθων τρόπων αντιμετώπισης δυσκολιών από τον άρρωστο.
- Αξιολόγηση της οικογένειας των διαθεσίμων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και άλλων σχετικών παραγόντων του περιβάλλοντος οι οποίες πληροφορίες και δεδομένα στην συνέχεια αναλύονται από τον νοσηλευτή με βάση τις γνώσεις και την κρίση του και έτσι διαπιστώνονται οι ιδιαίτερες συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου για νοσηλευτική φροντίδα. Επομένως στο στάδιο αυτό περιλαμβάνονται δύο δραστηριότητες: α) Η συλλογή των πληροφοριών και β) Η ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν. Και οι δύο αυτές δραστηριότητες, απαιτούν από το νοσηλευτή δεξιότητες, ικανότητα και φυσικά επιστημονική γνώση. Η αξιολόγηση αποτελεί την βάση της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Οι τρεις φάσεις ή στάδια που ακολουθούν εξαρτώνται αποκλειστικά από την ποιότητα και την πληρότητα τόσο της αρχικής αξιολόγησης της κατάστασης του ατόμου όσο και της συνεχούς καθημερινής επαναξιολόγησης του, η οποία είναι απαραίτητη, αφού η κατάσταση της υγείας μεταβάλλεται συνεχώς και επομένως οι ανάγκες διαφοροποιούνται. Χρειάζεται να τονιστεί δε ότι όχι μόνο η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται προσεκτικά, αλλά και τα αποτελέσματα της πρέπει να παρουσιάζονται γραπτώς με τρόπο συστηματικό με διαύγεια και σαφήνεια.

Κατά την νοσηλευτική αξιολόγηση ο άρρωστος προσεγγίζεται ως μοναδική ύπαρξη στην ολότητα της και τα δεδομένα συλλέγονται από όλες τις διαστάσεις του, δηλαδή από τη βιολογική, ψυχολογική, αναπτυξιακή (στάδιο ηλικίας), κοινωνική, πολιτιστική, πνευματική και περιβαλλοντική άποψη της λειτουργικότητάς του, το επίπεδο της υγείας, τις θετικές δυνάμεις, τις συνήθειες και συμπεριφορές φροντίδας της υγείας του, τις διαταραχές που παρουσιάζει και τους παράγοντες κινδύνου που τον απειλούν^{98,99}.

Η αξιολόγηση επιτυγχάνεται με διάφορες στρατηγικές συλλογής πληροφοριών. Πηγές από τις οποίες θα γίνει η συλλογή των πληροφοριών είναι:

- Ο άρρωστος ή το άτομο γενικότερα.
- Οι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων.
- Οι νοσηλευτές.
- Τα μέλη της υγειονομικής ομάδος.
- Η οικογένεια και οι φίλοι.
- Διάφορες γραπτές πληροφορίες (διαγνωστικές εξετάσεις)
- Κλινική εξέταση όλων των συστημάτων.
- Παλαιό ιστορικό, εκθέσεις ιατρικές κλπ.

Η αξιολόγηση γίνεται πιο εμπειριστατωμένη όσο οι πηγές που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή πληροφοριών είναι περισσότερες.

Οι κυριότερες στρατηγικές συλλογής είναι η νοσηλευτική συνέντευξη με τον άρρωστο, η παρατήρηση, η κλινική εξέταση, η μελέτη του φακέλου υγείας με το ιατρικό ιστορικό, τα προηγούμενα τυχόν φύλλα νοσηλείας, τα εργαστηριακά και άλλα διαγνωστικά ευρήματα, η επικοινωνία με μέλη της οικογένειας και άλλα σημαντικά πρόσωπα του αρρώστου, η συνεργασία με συναδέλφους νοσηλευτές, με γιατρούς και με άλλους επιστήμονες της θεραπευτικής και ιατρικής βιβλιογραφίας.

Η επικοινωνία παίζει καθοριστικό ρόλο στη συλλογή πληροφοριών καθόλη τη διάρκεια της νοσηλευτικής αξιολόγησης. Η επικοινωνία διακρίνεται σε δύο κυρίως είδη: την λεκτική ή με λόγια και την εκφραστική ή χωρίς λόγια⁹⁸.

Η προφορική επικοινωνία λέγεται και συνέντευξη. Συνέντευξη είναι η πρόσωπο με πρόσωπο συνάντηση με σκοπό τη συζήτηση για συγκέντρωση πληροφοριών. Η συνέντευξη που γίνεται με σκοπό την αξιολόγηση της υγείας του ατόμου είναι τόσο προφορική όσο και γραπτή με την χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου το οποίο περιέχει συγκεκριμένες ερωτήσεις. Για να είναι δε αποτελεσματική συνοδεύεται από την παρατήρηση και από χρησιμοποίηση όλων των αισθήσεων του νοσηλευτή, με σκοπό να συλλάβει και όλα τα μη λεκτικά μηνύματα που θα δώσει το άτομο. Ενώ συνομιλεί με το άτομο ο νοσηλευτής καταγράφει τις πληροφορίες που παίρνει και συγχρόνως παρατηρεί και σημειώνει: εκφράσεις και κινήσεις του προσώπου, θέση και στάση του σώματός του συνομιλητή, ταχύτητα και τόνο φωνής, καθώς και κάθε τι που συλλαμβάνει με τις αισθήσεις του^{98,99}.

Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μιλήσει πως αισθάνεται το πρόβλημα της υγείας του, κατά πόσο ήταν υγιής στο παρελθόν και ποια είναι τα πρόσφατα σημαντικά γεγονότα στη ζωή του (αλλαγή εργασίας, δημιουργία οικογένειας ή οικογενειακές συγκρούσεις ή πένθος για απώλεια αγαπημένου προσώπου). Τα ατομικά στοιχεία του αρρώστου: ηλικία, μόρφωση, επάγγελμα, διεύθυνση κατοικίας, φύλο και τα συναφή χαρακτηριστικά μπορούν να πληροφορήσουν τον νοσηλευτή για τις συνθήκες ζωής, διαπροσωπικά προβλήματα, τύπο διατροφής, υγιεινές συνθήκες και κατά πόσο αυτά δημιούργησαν την ασθένεια ή λόγω της ασθένειας έπαθαν αλλαγές, που δημιουργούν στον άρρωστο δυσφορία⁹⁸.

Γενικές οδηγίες για τη Σωστή Συνέντευξη:

1. Δημιουργία άνετου φυσικού περιβάλλοντος. Είναι απαραίτητο να εξασφαλιστεί κατάλληλος χώρος όπου :

- Θα επικρατεί ησυχία, χωρίς συχνές διακοπές από πρόσωπα, τηλεφωνήματα, επισκέψεις κλπ. Κάθε διακοπή διακόπτει και τη συνέχεια της συνέντευξης.
- Ο χώρος να αερίζεται και κλιματίζεται σωστά, ώστε το άτομο που δίνει τις πληροφορίες να μη πιέζεται από συνθήκες ψύχους, υπερβολικής ζέστης ή υγρασίας, που μειώνουν τη διάθεση του ατόμου για συζήτηση.
- Τα δύο άτομα να κάθονται άνετα και ξεκούραστα και σε θέση που να εξασφαλίζεται προσωπική επαφή μεταξύ τους, χωρίς να καταβάλλουν ιδιαίτερη προσπάθεια.

2. Δημιουργία άνετου ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος. Ο νοσηλευτής για να επιτύχει το σκοπό αυτό:

- Απευθύνεται στο άτομο με το όνομά του.
- Δίδει το δικό του όνομα, την ιδιότητά του και εξηγεί τον σκοπό της συνάντησης και την χρήση των πληροφοριών που συγκεντρώνει.
- Σέβεται την προσωπικότητα και τη γνώμη του ατόμου.
- Τον ακούει προσεκτικά, χωρίς να τον κρίνει ή να προβάλλει την δική του γνώμη και τοποθέτηση σε οποιοδήποτε θέμα ατομικό, κοινωνικό ή οικογενειακό.

3. Δημιουργία κλίμα εμπιστοσύνης, διαβεβαιώνοντας το άτομο

ότι:

- Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται έχουν σκοπό να του εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και

- Είναι απόλυτα εμπιστευτικές.

4. Διατήρηση της συζήτησης στα απαιτούμενα πλαίσια, δίδοντας συγχρόνως στο άτομο την ευκαιρία να μιλήσει ελεύθερα. Σε περίπτωση όμως που ξεφεύγει σε μακρές διηγήσεις τον επαναφορά με ευγένεια και λεπτότητα χωρίς να προσβληθεί.

5. Έναρξη της συνέντευξης με μερικές παρατηρήσεις ή ερωτήσεις που δεν στοιχίζουν. (Μια παρατήρηση για το όμορφο περιβάλλον, για τα ωραία λουλούδια του ανθοδοχείου ή για την όμορφη οικογενειακή φωτογραφία που βλέπετε, βοηθούν το άτομο να αισθανθεί πιο άνετα). Ξεκίνημα με ανοικτές ερωτήσεις, ενισχύοντας το άτομο να περιγράψει.

Οι ερωτήσεις αυτές δίδουν την ευκαιρία στο άτομο να μιλήσει γι' αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο τον ίδιο και αισθάνεται ότι είναι κυρίαρχος της συζήτησης^{98,100}.

Αντίθετα, ερωτήσεις προσωπικές και μονολεκτικές από την αρχή δίδουν την εντύπωση ελέγχου και καταγραφής. Οι κλειστές ερωτήσεις, όπως λέγονται, τον περιορίζουν σε μονολεκτικές απαντήσεις. Τέτοιες ερωτήσεις είναι: η ηλικία, το επάγγελμα, η θρησκεία κλπ. Και αυτές είναι απαραίτητο να γίνουν αλλά σταδιακά, με προσοχή και διάκριση⁹⁶.

6. Ενίσχυση του ατόμου να περιγράψει. Με τον τρόπο αυτό συγκεντρώνονται πολλές και χρήσιμες πληροφορίες για τον ίδιο και την οικογένειά του, τον χαρακτήρα του, τις γνώσεις, το μορφωτικό και βιοτικό του επίπεδο. Σε περίπτωση υπερβολής είναι νοσηλευτικό καθήκον επαναφοράς της συζήτησης στο σωστό δρόμο. Συγχρόνως παρακολούθηση των εκφράσεων που συνοδεύουν τα όσα διηγείται.

7. Διατύπωση των ερωτήσεων με απλά λόγια, με σαφήνεια και ακρίβεια. Οι πολύπλοκες ερωτήσεις προκαλούν σύγχυση στο άτομο και δυσκολεύουν την απάντηση.

8. Μια ερώτηση κάθε φορά και δίνεται χρόνο στο άτομο να απαντήσει πριν ερωτηθεί η επόμενη.

9. Αποφυγή των διπλών ή δισκελών ερωτήσεις διότι: Το άτομο δυσκολεύεται και αισθάνεται πίεση και είναι δυνατόν να παρθεί μια μόνο απάντηση από τις δύο ή τρεις που αναμένεται. Αυτό γιατί δεν μπόρεσε να συλλάβει και τις δύο ή γιατί βρίσκει ευκαιρία να αποφύγει την απάντηση στο ένα σκέλος της ερώτησης που δεν του είναι πολύ ευχάριστο.

10. Χρησιμοποίηση λεξιλογίου κατανοητού και ανάλογου με το μορφωτικό επίπεδο του συνομιλητού σας.

11. Μην επαναλαμβάνονται στο άτομο ερωτήσεις στις οποίες έχει απαντήσει προηγουμένως, εκτός εάν αυτό είναι απαραίτητο για να διαπιστωθεί ή επιβεβαιωθεί κάτι.

Η κλινική-σωματική εξέταση του αρρώστου αποβλέπει στην εκτίμηση της λειτουργίας και ακεραιότητας των μερών του σώματός του. Η μέθοδος αυτή γίνεται με συστηματικό τρόπο χωρίς να ταλαιπωρείται ο ασθενής με άσκοπες αλλαγές

θέσεως. Τα στοιχεία που συλλέγονται συμπληρώνουν, επιβεβαιώνουν ή αναιρούν εκείνα που εξασφαλίστηκαν κατά τη συνέντευξη^{98,100}.

Η συνέντευξη βοηθάει τον νοσηλευτή να προσέξει ιδιαίτερα σημεία στην κλινική εξέταση. Τα δεδομένα από την κλινική εξέταση τον βοηθούν να θέσει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, να προγραμματίσει τη νοσηλευτική φροντίδα του συγκεκριμένου αρρώστου και να αξιολογήσει τα αποτελέσματά της. Απαραίτητη προϋπόθεση για να κάνει κλινική εξέταση ο νοσηλευτής είναι η γνώση της φυσιολογικής δομής και λειτουργίας των μελών, οργάνων και συστημάτων του σώματος καθώς και η δεξιότητα στη χρήση διαγνωστικών οργάνων, π.χ. σφυγμομανομέτρου, στηθοσκοπίου, οφθαλμοσκοπίου, ωτοσκοπίου, ρινοσκοπίου, νευρολογικού σφυριού κ.ά. και στην εφαρμογή των τεχνικών εξέτασης που ακολουθούν⁹⁹.

Επισκόπηση. Είναι η συστηματική παρατήρηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου και της σωματικής διάπλασής του, του χρώματος και τυχόν εξανθημάτων ή ουλών ή ανωμαλιών του δέρματος, της έκφρασης του προσώπου που μπορεί να αντανακλά τη συναισθηματική κατάσταση και γενικά όλων των περιοχών του σώματος.

Ακρόαση. Είναι η διαδικασία ακρόασης των ήχων που παράγονται στο εσωτερικό του σώματος (πνεύμονες, καρδιά, έντερο) . Για την ακρόαση των εσωτερικών οργάνων και κοιλοτήτων χρησιμοποιείται το στηθοσκόπιο.

Επίκρουση. Μ' αυτή διαπιστώνονται συνήθως τα όρια και το σχήμα των εσωτερικών οργάνων, κατά πόσον υπάρχει υγρό, αέρας ή στερεή μάζα σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος.

Ψηλάφηση. Είναι εξέταση με την αφή. Μ' αυτή διαπιστώνονται: η θερμοκρασία του δέρματος, η δόνηση μιας άρθρωσης, η θέση, το μέγεθος και η κινητικότητα οργάνων ή μαζών, η διάταση της ουροδόχου κύστεως, ήπατος, σπληνός, η ύπαρξη και ο αριθμός περιφερικών σφίξεων σε 1', η ευαισθησία ή ο πόνος σε κάποια περιοχή. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τις εκφράσεις και τους μορφασμούς του αρρώστου που μπορεί να εκδηλώνουν δυσφορία ή πόνο^{98,99}.

Κατά την κλινική εξέταση, ο νοσηλευτής καταγράφει τη γενική εντύπωση για την εμφάνιση και την κατάσταση υγείας του αρρώστου.

Προετοιμασία του αρρώστου για την κλινική εξέταση. Οι περισσότεροι άρρωστοι χρειάζονται ενημέρωση για την κλινική εξέταση, η οποία διδάσκεται λεπτομερώς στους νοσηλευτές κατά την εκπαίδευσή τους και επιβάλλεται η άσκησή τους με επίβλεψη, ώστε να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και τη δεξιότητα.

Ένας οδηγός για τη νοσηλευτική εκτίμηση με σχετική ευρύτητα, ώστε να διερευνά όλες τις διαστάσεις του αρρώστου, μπορεί να περιλαμβάνει τις παρακάτω λειτουργικές περιοχές της υγείας^{98,101}.

1. Αντίληψη της ατομικής κατάστασης υγείας – Πρακτικές φροντίδας της υγείας.
Σκοπός είναι η εξακρίβωση προηγούμενων και σημερινών συμπεριφορών φροντίδας υγείας, της συμμόρφωσης με νοσηλευτικές και ιατρικές συστάσεις, διαθεσίμων υπηρεσιών διατήρησής της, πρακτικών που προλαμβάνουν ατυχήματα και βλάβες και κατά πόσο και πώς ο άρρωστος επιδιώκει ένα καλύτερο επίπεδο υγείας.

2. Διατροφή και μεταβολική λειτουργία.
Σκοπός είναι η διαπίστωση των λειτουργικών ή μή συνηθειών λήψεως τροφής και υγρών σε σχέση με βιοψυχοκοινωνικές ειδικές καταστάσεις, της κατάστασης του

δέρματος ενδεικτικής της διατροφής και των μεταβολικών προβλημάτων στη θερμορύθμιση. Εξετάζονται το βάρος του σώματος, η θερμοκρασία, η διαίτα, η πρόσληψη υγρών και η ακεραιότητα του δέρματος.

3. Αποβολή αχρήστων ουσιών

Σκοπός η εξακρίβωση της επαρκούς λειτουργίας της κύστεως και του εντέρου καθώς και των σχετικών συνηθειών και πρακτικών.

4. Δραστηριότητα - Άσκηση

Σκοπός είναι η εκτίμηση της διάθεσης της επιλογής και απασχόλησης με εργασία, αυτοπεριποίηση, άσκηση και ανάπαυση. Επίσης εξετάζονται τυχόν προβλήματα που μπορεί να επηρεάζουν τη δραστηριότητα του ατόμου, δηλαδή η καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία.

5. Ύπνος - Ανάπαυση

Εκτιμάται η ποιότητα του ύπνου και της ανάπαυσης καθώς και οι συνήθειες και οι τρόποι του αρρώστου για να εξασφαλίζει όση ξεκούραση και όσο ύπνο χρειάζεται.

6. Σκέψη - Αντίληψη

Εξέταση της λειτουργίας των πέντε αισθήσεων και της τυχόν χρησιμοποίησης προσθετικών μέσων (π.χ. ακουστικών), του βαθμού δυσφορίας ή πόνου, διαταραχών της αντίληψης και της ικανότητας του αρρώστου να κατανοεί τις πληροφορίες για την υγεία και τις πρακτικές φροντίδας της υγείας, να παίρνει αποφάσεις και να κρίνει λογικά.

7. Αυτοκατανόηση - Αυτοεκτίμηση

Διερευνώνται οι στάσεις και πεποιθήσεις του αρρώστου για τις προσωπικές του ικανότητες, την αξία του και την εικόνα του σώματός του καθώς και η συναισθηματική του κατάσταση, δηλαδή κατά πόσο δοκιμάζει λύπη, άγχος, απελπισία ή αδυναμία.

8. Διαπροσωπικές σχέσεις - Εκπλήρωση ρόλων

Εξακριβώνονται οι ρόλοι και οι ευθύνες του αρρώστου στην οικογένεια, την εργασία ή την κοινωνική ζωή, όπως και οι τρόποι και δεξιότητες επικοινωνίας του, εάν είναι επαρκείς ή δοκιμάζει δυσκολίες κι αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία ή επιθετικότητα.

9. Οικογενειακή ζωή

Εξετάζονται η ικανοποίηση ή μή του αρρώστου από την προσωπική και οικογενειακή του ζωή και σχετικά προβλήματα ή ανησυχίες.

10. Αντιμετώπιση προβλημάτων - Ανοχή του στρες . Διαπιστώνονται η φύση και ο βαθμός των εντασιογόνων (στρεσογόνων) παραγόντων όπως είναι τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής, η αντίληψη του στρες, οι μηχανισμοί αντιμετώπισής του και η διαθέσιμη υποστήριξη για τον άρρωστο και την οικογένεια.

11. Προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις

Διερευνώνται οι αξίες και πεποιθήσεις - θρησκευτικές, φιλοσοφικές, κοινωνικές - του αρρώστου, που τον οδηγούν στις επιλογές και τον τρόπο της ζωής του, π.χ. διατροφή, πρακτικές διατήρησης της υγείας, συμμόρφωση ή όχι με τη θεραπευτική αγωγή κ.ά.

ΟΔΗΓΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Γενικές πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο

Ηλικία

Διεύθυνση









Τηλέφωνο

Αλλεργίες










Λειτουργική εκτίμηση

Εκτίμηση όχι μόνο των προβλημάτων αλλά και των πρακτικών ανακούφισης τους, θετικών συμπεριφορών υγείας και αντιμετώπισης δυσκολιών⁹⁸.



1. Αντίληψη και φροντίδα της υγείας

-  Αντιλήψεις για την υγεία. Κύριο πρόβλημα.
-  Προηγούμενες αρρώστιες ή εγχειρήσεις
-  Προηγούμενες και πρόσφατες συμπεριφορές φροντίδας της προσωπικής υγείας
-  Πόροι (ανθρώπινοι και υλικοί) για διατήρηση της υγείας. Τρέχουσες θεραπείες.
-  Δ Λαμβανόμενα φάρμακα
-  Συμμόρφωση σε συστάσεις θεραπείας
-  Υπαρκτοί παράγοντες κινδύνου για βλάβη της υγείας
-  Πρακτικές πρόληψης ασθενειών



2. Διατροφή και μεταβολισμός

-  Απώλεια ή αύξηση βάρους σώματος
-  Κατάσταση θρέψεως. Δίαιτα
-  Λήψη υγρών
-  Χρήση φαρμάκων, αλκοόλ
-  Ικανότητα κατάποσης
-  Θηλασμός, (σε περίπτωση μητέρας βρέφους)
-  Ακεραιότητα δέρματος ή βλεννογόνων (ιδιαίτερα στοματικής κοιλότητας)
-  Τεχνητές οδοντοστοιχίες
-  Θερμοκρασία σώματος

3. Αποβολή αχρήστων ουσιών

-  Λειτουργία εντέρου
-  Ούρηση

4. Δραστηριότητα - Άσκηση

-  Σωματική κινητικότητα Επίπεδο κόπωσης
-  Ικανότητα αυτοφροντίδας

- ✚ Ανάπτυξη (ανάλογα με τα φυσιολογικά επίπεδα της ηλικίας)
- ✚ Δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο και Ψυχαγωγία
- ✚ Οικιακές εργασίες
- ✚ Αναπνοές και τύπος
- ✚ Βήχας
- ✚ Κυάνωση
- ✚ Σφυγμός (ρυθμός, σφύξεις ανά λεπτό, περιφερικές σφύξεις)
- ✚ Αρτηριακή πίεση
- ✚ Οίδημα
- ✚ Άκρα (ψυχρά, κυανωτικά)
- ✚ Αλλαγές στην ψυχική κατάσταση

5. Ύπνος- Ανάπαυση

- ✚ Συνήθειες ύπνου
- ✚ Συνήθειες ανάπαυσης
- ✚ Μέθοδοι επιτυχίας καλού ύπνου και χαλάρωσης

6. Σκέψη - Αντίληψη

- ✚ Ικανότητα οπτική, αισθητική, γευστική, απτική και οσφρητική
- ✚ Ειδικά προσθετικά μέσα (π.χ. ακουστικά)
- ✚ Πόνος, δυσφορία. Πώς αντιμετωπίζονται
- ✚ Παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις
- ✚ Γνώσεις για τη φροντίδα της προσωπικής υγείας
- ✚ Μνήμη
- ✚ Κρίση
- ✚ Ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής
- ✚ Ικανότητα λήψεως αποφάσεων
- ✚ Επίπεδο εκπαίδευσης

7. Αυτοκατανόηση - Αυτοεκτίμηση

- ✚ Αίσθημα τυχόν απειλής ή κινδύνου
- ✚ Φόβος. Ψυχική ένταση
- ✚ Ανησυχία (υπερκινητικότητα)
- ✚ Αλλαγές διάθεσης, κατάθλιψη, άγχος
- ✚ Ικανότητα ενεργοποίησής του. Απάθεια
- ✚ Έλεγχος των περιστάσεων
- ✚ Αντίληψη εαυτού και συναισθήματα περί εαυτού. Αίσθημα προσωπικής αξίας
- ✚ Ιδεατή εικόνα σώματος. Προσωπική ταυτότητα

8. Διαπροσωπικές σχέσεις. Εκπλήρωση ρόλων

- ✚ Σημαντικές απώλειες (προσώπων, εργασίας, παρουσίας, υγείας). Πένθος
- ✚ Ικανότητα εκπλήρωσης ρόλων. Επάγγελμα
- ✚ Διαπροσωπικές σχέσεις
- ✚ Σημαντικά πρόσωπα τυχόν διαπροσωπικές δυσκολίες
- ✚ Στάση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων προς την αρρώστια
- ✚ Πρακτική εκπλήρωση του γονεϊκού ρόλου. Προβλήματα
- ✚ Ικανότητες επικοινωνίας
- ✚ Κίνδυνος για αυτοκτονία
- ✚ Κίνδυνος πρόκλησης βλάβης σε άλλους

9. Οικογενειακή ζωή Αρμονική οικογενειακή ζωή. Συγκρούσεις. Προβλήματα

10. Αντιμέτωπιση προβλημάτων. Ανοχή του στρες

- ✚ Υπαρκτοί στρεσογόνοι παράγοντες. Προβλήματα ζωής
- ✚ Πρόσφατες μεγάλες αλλαγές ζωής
- ✚ Αντίδραση και προσαρμογή σε τραυματική εμπειρία
- ✚ Μέθοδοι αντιμετώπισης εντασιογόνων ερεθισμάτων
- ✚ Βαθμός και ποιότητα της διαθέσιμης οικογενειακής υποστήριξης
- ✚ Δυνατότητα αναπτυξιακής προόδου της οικογένειας κατά τη περίοδο του στρες

11. Προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις

- ✚ Αξίες και πεποιθήσεις κοινωνικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές, για τη ζωή
- ✚ Η αρχική γενική νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου μπορεί να εντοπίσει ορισμένα προβλήματα και διαταραχές σε μια ειδική λειτουργική περιοχή του αρρώστου οπότε ακολουθεί μια άλλη εκτίμηση πιο λεπτομερειακή, επικεντρωμένη
- ✚ στο συγκεκριμένο πρόβλημα.

Όλες οι πληροφορίες που εξασφαλίζονται κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση ταξινομούνται, αναλύονται, συσχετίζονται και έτσι αποτελούν τη βάση για τη νοσηλευτική διάγνωση^{98,102}.

Η Νοσηλευτική αξιολόγηση περιλαμβάνει:

1. Γενικές πληροφορίες για τον άρρωστο και την οικογένειά του:

Όνομα – φύλο – ηλικία – βάρος – τόπος γέννησης – τόπος κατοικίας – οικογενειακή κατάσταση: παντρεμένος / ανύπαντρος / διαζευμένος / χήρος – α – θρήσκευμα – επάγγελμα – ημερομηνία εισόδου^{99,101}.

2. Ιστορικό υγείας και παρούσα κατάσταση υγείας:

- Αρρώστιες – επεμβάσεις στο παρελθόν
- Αλλεργίες – φάρμακα
- Παρούσα κατάσταση υγείας

3. Αρχική – κύρια αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας

4. Κατανόηση των προβλημάτων υγείας από μέρος του ατόμου / αρρώστου:

- Γνωρίζει τα φάρμακα που παίρνει – γιατί τα παίρνει;
- Καταλαβαίνει πότε χρειάζεται βοήθεια;
- Παραπονιέται – δέχεται τους περιορισμούς που προκύπτουν από την αρρώστια, θυμώνει / νευριάζει;

5. Κατανόηση της εξέλιξης της κατάστασης του στο άμεσο μέλλον και μακροπρόθεσμα σχέδια με τη φροντίδα του:

- Βλέπει επιδείνωση – ελπίζει βελτίωση – κάνει σχέδια για την φροντίδα του στο μέλλον;

6. Κατανόηση από μέρους του αρρώστου για τον ρόλο της οικογένειας του στην παρούσα εισαγωγή του στο νοσοκομείο:

- Τον επισκέπτονται – τους περιμένει – ενδείξεις όπως: κάρτες, λουλούδια, τηλεφωνήματα, καθαρός ιματισμός.

7. Καθημερινές δραστηριότητες:

- Πρωινό – ατομική υγιεινή;
- Περνάει την ημέρα: Στο κρεβάτι / πολυθρόνα; Διαβάζει εφημερίδα / περιοδικό, έχει εργόχειρο, ακούει ραδιόφωνο, τηλεόραση, τηλεφωνεί;

8. Επίπεδα λειτουργικότητας:

- Δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθεί;
- Εργάζεται – είναι συνταξιούχος – έχει οικονομικά προβλήματα; - Επικοινωνεί – είναι συγχητικός – έχει αμνησία;
- Αντιδρά: παραπονιέται κλαίει, θυμώνει;

9. Αξιολόγηση Συστημάτων:

Αξιολόγηση καρδιαγγειακού, αναπνευστικού, απεκκριτικού, μυοσκελετικού συστήματος, δέρματος και εξαρτημάτων, ανάπαυσης και ύπνου, διατροφής και φαρμακευτικής αγωγής.

A. Καρδιαγγειακό - Αναπνευστικό σύστημα:

- Αρτηριακή πίεση (Φ.Τ) Σφύξεις (Φ.Τ)
- Αναπνοές (Φ.Τ) Θερμοκρασία (Φ.Τ)
- Πόσες φορές την ημέρα μετρούνται;
-Παρεκκλίσεις που παρατηρήθηκαν: Αρρυθμία, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπέρταση, υπόταση, βήχας, κυάνωση, περιφερικός σφυγμός, ψυχρά / θερμά άκρα;

B. Απεκκριτικό σύστημα:

- Ουροποιητικό σύστημα: Ούρηση/παρεκκλίσεις;
- Εκκένωση εντέρου: Κανονική/παρεκκλίσεις;

Γ. Μυοσκελετικό σύστημα:

- Βάδισμα: Σταθερότητα/ρυθμός/βοηθητικά μέσα;
- Κεφαλή - Αυχένος: Κινήσεις;
- Ανω άκρα: Αδυναμία, τρόμος, αρθρώσεις;
- Κάτω άκρα: Σταθερό βάδισμα, γόνατα, αστάθεια;
- Σπονδυλική στήλη - στάση: Ορθία στάση, επίκυψη;

Δ. Δέρμα και Εξαρτήματα:

- Μαλλιά: Χρώμα, υφή, ποσότητα, υγιεινή των μαλλιών.
- Δέρμα: Πρόσωπο: Χρώμα, υφή, ρυτίδες, υγιεινή προσώπου;
- Χέρια: Χρώμα, ευδιάκριτες φλέβες, υφή, ρυτίδες, υγιεινή χεριών;
- Πλάτη: Υφή δέρματος, κοκκινίλες, ερεθισμός, λύσεις της συνεχείας του δέρματος, θερμοκρασία;
- Γλουτοί: Κοκκινίλες, ερεθισμός, λύσεις της συνεχείας του δέρματος;
- Πόδια: Δέρμα ξηρό, ψυχρά, κυανωτικά, κάλλοι, κηροί;
- Νύχια: Χρώμα, παρανυχίδες, λύσεις της συνεχείας των νυχιών , καθαριότητα, υγιεινή φροντίδα;
- Οφθαλμοί: Γυαλιά, εκκρίσεις, εμφανή σημεία φλεγμονής;
- Μύτη: Εκκρίσεις, σημεία φλεγμονής, ρινορραγίες;
- Στόμα: Σημεία φλεγμονής, ουλορραγίες;

- Χείλη: Χρώμα, υφή (ξηρά, σκασμένα), χρήση βαζελίνης;
- Δόντια: Οδοντοστοιχίες, γέφυρες, σφραγίσματα, δυσσομία, υγιεινή στοματικής κοιλότητας: βούρτσισμα, γαργάρες με αντισηπτικά, χρήση νήματος

Η αξιολόγηση των παραπάνω συστημάτων-οργάνων και λειτουργιών γίνεται με συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρατήρηση και φυσική εξέταση^{98,99,101}.

Ο νοσηλευτής μελετά της πληροφορίες που συγκέντρωσε από την επικοινωνία με το άτομο και την οικογένειά του, την κλινική εξέταση, την επιστημονική παρατήρηση και προχωρά στην ανάλυση όλων αυτών των στοιχείων και πληροφοριών. Ας, δούμε, λοιπόν, στην συνέχεια πως γίνεται αυτή. Ανάλυση των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών που προέκυψαν από την αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του αρρώστου¹⁰².

Η ανάλυση των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών γίνεται⁹⁸:

1. Χρησιμοποιώντας τις έννοιες της βιο-ψυχο-κοινωνικής οντότητας του ανθρώπου για να υπογραμμιστούν τυχόν κενά στα δεδομένα στοιχεία και πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν.
2. Συγκρίνοντας τα δεδομένα στοιχεία και τις πληροφορίες με τα φυσιολογικά STANDARDS για την ηλικία του αρρώστου και με τα STADARDS που είναι «φυσιολογικά» για τον κάθε άρρωστο ξεχωριστά.
3. Ψάχνοντας για ιδιαιτερότητες / ομοιότητες στα δεδομένα στοιχεία και τις πληροφορίες
4. Εξασφαλίζοντας την εγκυρότητα των δεδομένων στοιχείων και πληροφοριών με την συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου.
5. Υπογραμμίζοντας όχι μόνο τις δυνατότητες του αρρώστου αλλά και τα προβλήματα και τους περιορισμούς που αντιμετωπίζει.

Αφού ολοκληρωθεί η ανάλυση των πληροφοριών ο νοσηλευτής καταρτίζει κατάλογο των προβλημάτων του αρρώστου και τα τοποθετεί αρχικά κατά σειρά προτεραιότητας, οδηγούμενος έτσι το Β' στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, τον Προγραμματισμό της Φροντίδας¹⁰².

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδος

Μετά τη νοσηλευτική αξιολόγηση, στην οποία έγινε αναγνώριση και εντόπιση των υπαρκτών και επικειμένων προβλημάτων του αρρώστου και τη διατύπωση της σχετικής νοσηλευτικής διάγνωσης, ακολουθεί ο προγραμματισμός που περιλαμβάνει:

- Ιεράρχηση των αναγκών / προβλημάτων του αρρώστου.
- Διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών για πρόληψη, μείωση ή εξάλειψη των προβλημάτων που εξακριβώθηκαν και καταγραφή αντικειμενικών σκοπών.
- Προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων προς την εκπλήρωση των τεθέντων σκοπών.
- Καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης και αποτελεσμάτων.
- Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του ανάλογα με την ετοιμότητα και την ικανότητά τους για συμμετοχή στον προγραμματισμό.

Το πρόγραμμα νοσηλείας πρέπει να είναι εξατομικευμένο^{98,99}. Η Ιεράρχηση αναγκών και προβλημάτων μπορεί να γίνει με μία απλή μέθοδο, δηλαδή με την κατανομή των προβλημάτων σε τρεις κατηγορίες: Υψηλής, μέσης και χαμηλής προτεραιότητας.

Υψηλής προτεραιότητας θεωρούνται τα προβλήματα που απειλούν τη ζωή και επομένως χρειάζονται άμεση νοσηλευτική αντιμετώπιση. Π.χ. απόφραξη της αεροφάγου οδού, σοβαρή αιμορραγία, καταπληξία(shock), απόπειρα ή κίνδυνος αυτοκτονίας και καρδιακή ανακοπή. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση, αντιμετωπίζεται αμέσως με έκτακτα νοσηλευτικά μέσα. Και μόνο όταν αποκατασταθεί η αναπνοή και η κυκλοφορία, γίνεται ευρύτερη και πληρέστερη εκτίμηση όλων των αναγκών.

Μέσης προτεραιότητας προβλήματα χαρακτηρίζονται εκείνα που δεν απειλούν την ζωή του αρρώστου, αν και μπορούν να προκαλέσουν ανθυγιεινές ή και καταστρεπτικές σωματικές ή ψυχολογικές αλλαγές π.χ. η ακινησία μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές επιπλοκές αλλά όχι άμεσα απειλητικές για την ζωή, είτε κατακλίσεις, παραμορφώσεις μελών, νεφρολιθίαση, μελαγχολία κ.α.

Χαμηλής προτεραιότητας προβλήματα κρίνονται όσα μπορεί να αντιμετωπίσει ο ίδιος ο άρρωστος με ελάχιστη βοήθεια και καθοδήγηση από τον νοσηλευτή.

Οι προτεραιότητες δεν είναι σταθερές. Μπορούν να αλλάζουν καθημερινά, καθώς η κατάσταση του αρρώστου μεταβάλλεται, χειροτερεύει ή βελτιώνεται^{98,101}.

Ανάγκες - Κλίμακα Maslow

Επειδή ο προγραμματισμός της φροντίδος αρχίζει με τη διαπίστωση και καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, θεωρείται απαραίτητη η σύντομη αναφορά στην κλίμακα αναγκών του Maslow, η οποία πολύ συχνά, χρησιμοποιείται τόσο για τον προγραμματισμό του ερωτηματολογίου όσο και για τη διαδικασία της αξιολόγησης και ιδιαίτερα της Ιεράρχησης των αναγκών υγείας.

Προκειμένου να προγραμματιστεί η φροντίδα διερωτόμεθα: Πώς μπορούμε να αποφασίσουμε ποιες ανάγκες είναι πιο επείγουσες; Με ποια κριτήρια και ποια σειρά θα ακολουθήσουμε για να ιεραρχήσουμε τις ανάγκες ή τα προβλήματα του ατόμου^{103,104};

Σημαντική βοήθεια σ' αυτό μας δίνει ο Maslow

Ο Maslow περιέγραφε τις ανθρώπινες ανάγκες κατά σειράν προτεραιότητας πολύ παραστατικά σε μια κλίμακα με βάση τις φυσιολογικές, οργανικές ή βασικές ανάγκες, και κορυφή της κλίμακας την ανάγκη του ατόμου για προσωπική ικανοποίηση και επιτυχία .

Στις Βιολογικές ή Βασικές Ανάγκες περιλαμβάνονται όλες οι ανάγκες, που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Μερικές από τις ανάγκες αυτές είναι: Η αναπνοή, η κυκλοφορία, η οξεοβασική ισορροπία, η αποβολή αχρήστων, η φυσιολογική θερμοκρασία, το φαγητό, ο ύπνος, το νερό, η καθαριότητα και γενικά ό,τι είναι απαραίτητο για τη διατήρηση του ατόμου στη ζωή.

Εάν οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιηθούν, το άτομο ελάχιστα ενδιαφέρεται για άλλες ανάγκες που βρίσκονται πιο ψηλά στην κλίμακα. Χρειάζεται να τονιστεί όμως ότι και μεταξύ των βασικών ή φυσιολογικών αναγκών πάντοτε κάποια προέχει και ζητεί άμεση προτεραιότητα στην ικανοποίησή της από την άλλη¹⁰⁴.

Ο άρρωστος που αισθάνεται τον οξύ προκάρδιο πόνο του εμφράγματος δεν έχει διάθεση για φαγητό και όταν ακόμη το έχει στερηθεί για μέρες. Τούτο συμβαίνει παρά το γεγονός ότι και οι δύο ανάγκες, τόσο η ανάγκη απαλλαγής από τον πόνο όσο και η ανάγκη για φαγητό, είναι βασικές. Μόλις ικανοποιηθεί η ανάγκη που προέχει και αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του πόνου τότε παρουσιάζεται η επόμενη

ανάγκηπου μπορεί να είναι το φαγητό ή ο ύπνος ή και οποιαδήποτε άλλη ανάγκη ή πρόβλημα.

Ασφάλεια: Η ανάγκη για ασφάλεια παρουσιάζεται μετά από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. ο άνθρωπος θέλει να αισθάνεται ασφαλής από φυσικούς και Ψυχολογικούς κινδύνους. Το υγιές άτομο αισθάνεται την ανάγκη αυτή στο χώρο της καθημερινής του ζωής και δραστηριότητας. Όταν βρίσκεται σε ξένο και αφιλόξενο ή εχθρικό περιβάλλον, εργάζεται σε προσωρινή ή αβέβαιη εργασία, μένει μόνο του σε απομονωμένο σπίτι, ή διασχίζει ένα πολυσύχναστο και επικίνδυνο δρόμο, συχνά αισθάνεται ανασφάλεια.

Στο παράδειγμα που αναφέρθηκε προηγουμένως, ο άρρωστος θα αισθανθεί ασφαλής ή όχι στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ανάλογα με τη βοήθεια που δέχθηκε στην ώρα της κρίσης. Σε κάθε περίπτωση, το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου διαταράσσεται από την ίδια την αρρώστια και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Φόβοι από φυσικούς κινδύνους όπως ο πόνος, ο θάνατος αλλά και από ψυχολογικούς κινδύνους όπως η απομόνωση και η εξάρτηση, τον κάνουν να αισθάνεται αβεβαιότητα^{98,99,102}.

Η αξιολόγηση ακριβώς σ' αυτό έρχεται να βοηθήσει. Να διαπιστώσει ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι φόβοι και ανησυχίες του ατόμου του οποίου αξιολογεί τις ανάγκες υγείας και ποιες ενδεχομένως είναι οι εμπειρίες που μπορούν να δημιουργήσουν ή να επιτείνουν το αίσθημα ανασφάλειας. Βασική προϋπόθεση βέβαια για να αισθανθεί ασφάλεια το άτομο είναι η δυνατότητα ικανοποίησης των βασικών του αναγκών, γι' αυτό και προηγούνται στην κλίμακα. Δεν μπορεί να αισθανθεί ασφάλεια ο άρρωστος που έχει δύσπνοια, πόνο, αίσθημα επικείμενου θανάτου ή όποιο άλλο πρόβλημα επιβουλεύεται τη ζωή και την ασφάλειά του^{98,104}.

Κοινωνικότητα: Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του κοινωνικός. Επιθυμεί και επιδιώκει την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους, εφόσον έχουν ικανοποιηθεί τουλάχιστον στοιχειωδώς, οι βασικές του ανάγκες και αισθάνεται ασφάλεια με τους ανθρώπους και το περιβάλλον. Αισθάνεται την ανάγκη να αγαπά και να τον αγαπούν και επιθυμεί να αποτελεί μέλος μιας ομάδος ξεκινώντας από την οικογένεια, τους φίλους, τις διάφορες ομάδες, τους συνεργάτες του κλπ. Ακόμη αισθάνεται την ανάγκη για στοργή και αναγνώρισή του από τους άλλους. Δεν είναι βέβαια δυνατόν να είναι κοινωνικός ο άνθρωπος που αισθάνεται ανασφάλεια γι' αυτό και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής πρέπει να προηγηθεί¹⁰⁴.

Προσωπική Αξία - Αναγνώριση: Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος, επαρκής. Να τον αναγνωρίζουν οι άλλοι και να σέβονται την προσωπικότητα και την ατομικότητά του. Θέλει να έχει μια προσωπική αξία και αναγνώριση. Να γίνεται η γνώμη του σεβαστή από τους άλλους και να έχει κάποιο βαθμό επιβολής. Η προσωπική αξία και αναγνώριση του ατόμου προϋποθέτει ενημέρωση στα θέματα που τον αφορούν και τον ενδιαφέρουν, αναγνώριση των ιδιαίτερων προσωπικών του χαρακτηριστικών και σεβασμό της ιδιαιτερότητός του, κάτι που έχει υποβαθμιστεί στο χώρο της υγείας, όπου με την εισαγωγή της ανεπτυγμένης τεχνολογίας ο άνθρωπος έχει παραμεριστεί σαν προσωπικότητα^{102,104}.

Επιτυχία - Ικανοποίηση: Εάν όλες οι προηγούμενες ανάγκες ικανοποιηθούν σε κάποιο βαθμό, τότε το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση ότι έχει αναπτύξει τις δυνατότητές του και έχει επιτύχει τους σκοπούς του. Οι ανάγκες που παρουσιάστηκαν από τον Maslow είναι βέβαια κοινές σε όλα τα άτομα, άρρωστα και υγιή. Από όλες αυτές τις γενικές και κοινές ανάγκες πηγάζουν ειδικές, ατομικές ανάγκες, διαφορετικές σε κάθε άτομο, τις οποίες πρέπει να διαπιστώσει ο νοσηλευτής με τις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει, για να μπορέσει να προγραμματίσει την ικανοποίησή τους. Αυτό άλλωστε αποτελεί και το βασικό σκοπό του. Ιδιαίτερη

σημασία έχει κατά πόσον και σε ποιο βαθμό το άτομο είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, ή χρειάζεται γι' αυτό βοήθεια και υποστήριξη για την εξασφάλιση των οποίων πρέπει να φροντίσει ο νοσηλευτής¹⁰⁴.

Στην πρώτη φάση του προγραμματισμού επομένως ο νοσηλευτής καταγράφει με σειρά προτεραιότητας τις ανάγκες / προβλήματα του ατόμου, ιεραρχεί τις ανάγκες. Προκειμένου να γράψει τις ανάγκες / προβλήματα πρέπει να έχει υπόψη του

τα εξής:

1. Η ανάγκη / πρόβλημα πρέπει να γράφεται όπως αφορά το άτομο και να αναφέρεται άμεσα σ' αυτό.
2. Να είναι συγκεκριμένη και να εκφράζεται καθαρά, περιγράφοντας την κατάσταση του ατόμου.
3. Να αποφεύγονται οι γενικότητες.
4. Η διάγνωση δεν γράφεται σαν πρόβλημα / ανάγκη.
5. Η νοσηλευτική δραστηριότητα δεν γράφεται σαν πρόβλημα.
6. Όπου είναι δυνατόν, γράφεται το πρόβλημα και η αιτιολόγησή του.

Ο άρρωστος αποφεύγει να βήξει επειδή φοβάται ότι θα πονέσει στο χειρουργικό τραύμα. Το δέρμα είναι στεγνό και αφυδατωμένο μετά το διαρροϊκό σύνδρομο. Ανάγκη αποδοχής και εφαρμογής από το άτομο ειδικού διαιτολογίου, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υπέρταση⁹⁸.

Αντικειμενικοί Σκοποί της Φροντίδος – Χαρακτηριστικά Αντικειμενικών Σκοπών

Αφού καταρτιστεί ο κατάλογος των αναγκών / προβλημάτων κατά σειρά προτεραιότητας, ακολουθεί το δεύτερο στάδιο του προγραμματισμού, που είναι ο καθορισμός αντικειμενικών σκοπών.

Αντικειμενικός σκοπός είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης, στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Είναι το αποτέλεσμα που περιμένουμε σε σχέση με το κάθε πρόβλημα/ανάγκη.

Οι αντικειμενικοί σκοποί είναι γραπτοί και χρησιμεύουν σαν οδηγοί για να κατευθύνουν τον προγραμματισμό και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη χορήγηση της φροντίδας^{98,102}.

Είναι κάτι ανάλογο με τους σηματοδότες στον δρόμο που μας οδηγούν σε μια συγκεκριμένη κατεύθυνση. Πώς θα ξέρουμε εάν φθάσαμε κάπου εάν δεν γνωρίζουμε προηγουμένως πού πηγαίνουμε;

Οι αντικειμενικοί σκοποί μας δίνουν τη βάση για να διαπιστώσουμε την πρόοδο του αρρώστου. Αποτελούν τα κριτήρια για να ελέγξουμε τα αποτελέσματα της φροντίδας που δώσαμε¹⁰⁴.

Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα Αντικειμενικών Σκοπών

Προκειμένου να λειτουργήσουν σωστά και αποτελεσματικά οι αντικειμενικοί σκοποί (Α.Σ.) πρέπει να έχουν τα πιο κάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Να έχουν κέντρο τον άρρωστο άτομο και τα προβλήματά του.
2. Να είναι συγκεκριμένοι.
3. Να μπορούν να μετρηθούν.
4. Να είναι ρεαλιστικοί, πραγματοποιήσιμοι, προσγειωμένοι.
5. Να καθορίζονται χρονικά.
6. Να είναι γραπτοί.

1. Ένας αντικειμενικός σκοπός έχει κέντρο το άτομο / άρρωστο όταν γράφεται όπως αφορά το άτομο και όχι τον νοσηλευτή. Υπάρχει μια τάση να διατυπώνονται οι Α.Σ. περιγράφοντας μια νοσηλευτική ενέργεια αντί για το αποτέλεσμα που περιμένουμε για τον άρρωστο^{98,104}. Εάν πούμε "Να διδάξουμε τον άρρωστο να τρώει μόνος του" η έμφαση είναι στη νοσηλευτική ενέργεια "να διδάξουμε" αλλά το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι διαφορετικό. Η σωστή διατύπωση του πιο πάνω Α.Σ. είναι "Το άτομο να μπορεί να τρώει μόνο του σε χρονικό διάστημα ενός μηνός". Ο Α.Σ. έχει κέντρο το άτομο και περιγράφει το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Στη διατύπωση του Α.Σ. θα βοηθηθεί ο νοσηλευτής εάν αρχίζει με φράσεις όπως: ο άρρωστος θα... ή το άτομο να είναι ικανό να...

2. Να είναι συγκεκριμένος: Στην διατύπωση του Α.Σ. να χρησιμοποιούνται καθαρές και συγκεκριμένες λέξεις με ξεκαθαρισμένη έννοια. Παράδειγμα σκοπών που δεν είναι σαφείς:

- Να συνέλθει από το εγκεφαλικό επεισόδιο

- Να συνέλθει από το υπογλυκαιμικό κόμμα.

Τέτοιοι σκοποί είναι πολύ ευρείς για να δώσουν συγκεκριμένη κατεύθυνση ή να μπορούν να μετρηθούν και ελεγχθούν τα αποτελέσματά τους. Αντίθετα, ο πιο κάτω Α.Σ. είναι συγκεκριμένος και σαφής:

- Να μπορεί να ανοιγοκλείνει τα δάκτυλα του ημιπληγικού άνω άκρου, ελεύθερα, σε 72 ώρες¹⁰⁴.

3. Να μπορεί να μετρηθεί: Να διατυπώνεται έτσι ώστε να μπορούμε να μετρήσουμε, να διαπιστώσουμε εάν έχει επιτευχθεί. Ο καλύτερος τρόπος για την επιτυχία του χαρακτηριστικού αυτού είναι η παρατήρηση και περιγραφή συγκεκριμένης συμπεριφοράς του ατόμου και η περιγραφή της αλλαγής που περιμένουμε σε σχέση με τη συμπεριφορά αυτή. Προς το σκοπό αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται ρήματα που δείχνουν πράξη και να περιγράφεται το αποτέλεσμα που περιμένουμε. Τι θα δούμε να κάνει ο άρρωστος. Σε άρρωστη με μαστεκτομή στην οποία περιμένουμε τη σταδιακή άσκηση και χρησιμοποίηση του αντίστοιχου άνω άκρου περιγράφει ακριβώς τι περιμένουμε:

Η άρρωστη να μπορεί να κτενίζεται μόνη της μετά από δύο 24ωρα. Είναι συγκεκριμένη συμπεριφορά την οποία μπορούμε να μετρήσουμε¹⁰⁴.

4. Να είναι πραγματοποιήσιμος, ρεαλιστικός: Για να είναι ο Α.Σ. πραγματοποιήσιμος, πρέπει να βασιστεί στις ικανότητες του ατόμου, οι οποίες προέκυψαν από τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν στην αξιολόγηση, τόσο την αρχική όσο και τη συνεχή και καθημερινή και ιδιαίτερα σε σχέση με την συγκεκριμένη ημέρα που καταρτίζεται το πρόγραμμα της φροντίδας του. Χρειάζεται να υπολογίσουμε τις δυνατότητες και αδυναμίες του ατόμου, τις γνώσεις, την αντίληψη, τη θέληση, το θάρρος, τη δεξιότητα, το χαρακτήρα καθώς και τη βοήθεια και συμπαράσταση που έχει από το περιβάλλον του. Όσο περισσότερο συμμετέχει το άτομο και η οικογένεια, τόσο πιο ρεαλιστικοί θα είναι οι Α.Σ. Προκειμένου να κρίνουμε κατά πόσον και πότε θα μπορέσει το άτομο να κάνει μόνο του την Ίνσουλίνη, όλοι οι πιο πάνω παράγοντες πρέπει να υπολογιστούν.

Διαφορετική προετοιμασία θα χρειαστεί το άτομο που δεν βλέπει ή παρουσιάζει αστάθεια στις κινήσεις ή ακόμη έχει κάποιο υπερβολικό φόβο. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος και ιδιαίτερη προετοιμασία. Άρα για να είναι ο Α.Σ. ρεαλιστικός και πραγματοποιήσιμος, πρέπει να αντιμετωπιστούν πρώτα οι

καταστάσεις αυτές. Εάν λοιπόν τοποθετηθεί ο Α.Σ. στις πιο πάνω περιπτώσεις όπως σε κάθε άλλη, δεν θα είναι πραγματοποιήσιμος. Εάν γράφω: "Ο άρρωστος να είναι σε θέση να κάνει μόνος του την Ινσουλίνη σε δύο ημέρες" ο Α.Σ. θα βρίσκεται εκτός πραγματικότητας και δεν θα μπορεί να επιτευχθεί^{98,104}.

5. Να καθορίζεται χρονικά: Να γράφεται σε πόσο χρονικό διάστημα περιμένουμε να επιτευχθεί ο σκοπός που τέθηκε. αυτό μας βοηθάει να ελέγξουμε την πρόοδο του αρρώστου, πάντοτε με κάποια ευελιξία και όχι απόλυτα. Αυτό θα εξαρτηθεί και από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα, αλλά και από απρόβλεπτους παράγοντες που μπορεί να μεσολαβήσουν, όπως μια επιδείνωση της γενικής κατάστασης, μια επιπλοκή κλπ^{98,104}.

6. Να είναι γραπτός: Είναι απαραίτητο να είναι γραπτός ο Α.Σ. διότι:

1. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους όσους ασχολούνται με τον άρρωστο,
2. Φαίνεται η επιστημονική νοσηλευτική εργασία,
3. Εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας με περισσότερη ασφάλεια, αφού η μνήμη δεν έχει απόλυτη ακρίβεια¹⁰⁴.

Οι αντικειμενικοί σκοποί δεν παρουσιάζουν πάντοτε βελτίωση στην κατάσταση του αρρώστου. Στους αρρώστους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής έχουν διαφορετικό περιεχόμενο αφού δεν σκοπεύουν απαραίτητα στην βελτίωση της υγείας αλλά στην εξασφάλιση όσο το δυνατό πιο ανώδυνου τέλους⁹⁸.

Παραδείγματα:

- Ο άρρωστος να έχει την ευκαιρία να μιλήσει για τον θάνατο
- Να περιοριστεί ο πόνος του αρρώστου.

Λέξεις ή ρήματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο αποδοτικά στη διατύπωση των Α.Σ. είναι:

- Να επαναλάβει (τις ασκήσεις που διδάχθηκε)
- Να γράφει (τα φαγητά που πρέπει να αποφεύγει)
- Να απαριθμήσει
- Να διαπιστώσει
- Να ονομάσει
- Να συγκρίνει
- Να ξεχωρίσει

Ρήματα που πρέπει να αποφεύγονται διότι είναι ασαφή:

- ⊕ Να μάθει
- ⊕ Να καταλάβει
- ⊕ Να πιστέψει
- ⊕ Να αντιληφθεί

Όλα αυτά είναι αόριστα και δεν μπορούν να μετρηθούν ή να ελεγχθούν.

Την ιεράρχηση των προβλημάτων ακολουθεί η αντίστοιχη διατύπωση συγκεκριμένων νοσηλευτικών σκοπών, δηλαδή προσδιορισμός των θετικών

αποτελεσμάτων που πρέπει να επιδιώξει η νοσηλευτική φροντίδα για την υγεία του αρρώστου. Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά μερικά παραδείγματα:

- Ανακούφιση του πόνου
- Πρόληψη κατακλίσεων
- Βελτίωση της κυκλοφορίας των κάτω άκρων
- Αύξηση της κυκλοφορίας των κάτω άκρων
- Αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών από 1,5 σε 2,5 λίτρα το 24ωρο
- Έγερση από το κρεβάτι χωρίς βοήθεια

Αποφυγή δραστηριοτήτων που προκαλούν ασθμαίνουσα αναπνοή και αύξηση των σφίξεων πάνω από 80 στο 1΄.

Από τα παραδείγματα αυτά διαφαίνεται ότι το πρόγραμμα νοσηλείας αναφέρεται όχι μόνο σε παρόντα προβλήματα π.χ. τον πόνο, αλλά και σε επικείμενα όπως είναι ο κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων ή θρομβοφλεβίτιδας ακόμη και στην ετοιμασία για της έξοδο από το νοσοκομείο όπως η αυτοφροντίδα χωρίς βοήθεια. Οι σκοποί μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι ή μακροπρόθεσμοι. Επειδή για έναν άρρωστο μπορεί να διατυπωθούν περισσότερες από μία νοσηλευτικές διαγνώσεις, πρέπει κάθε νοσηλευτικός σκοπός να σχετίζεται με μια συγκεκριμένη νοσηλευτική διάγνωση και να είναι συμβατός και με τη θεραπευτική αγωγή^{105,106}.

Σημαντική θέση στον προγραμματισμό έχει ο καθορισμός κριτηρίων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Τα κριτήρια αυτά:

- Κατευθύνουν την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
 - Ορίζουν ένα χρονοδιάγραμμα για τις προγραμματισμένες δραστηριότητες που πρέπει να επιτευχθούν.
 - Αποτελούν βάση για αξιολόγηση της εκπλήρωσης των σκοπών.
 - Δίνουν στον άρρωστο και τον νοσηλευτή ένα αίσθημα ικανοποίησης.
- Διευκολύνονται στη διατύπωση των κριτηρίων αυτών οι νοσηλευτές όταν θέτουν τα εξής ερωτήματα:

- Πως θα φαίνεται ή θα συμπεριφέρεται ο άρρωστος αν ο επιθυμητός σκοπός εκπληρωθεί; Και
- Τι πρέπει να κάνει ο άρρωστος και πόσο καλά πρέπει να το κάνει για να θεωρηθεί ότι εκπληρώθηκε ο συγκεκριμένος σκοπός, δηλαδή λύθηκε το πρόβλημα με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έγιναν; Τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων πρέπει να σχετίζονται με τους τεθέντες σκοπούς, να εκφράζουν επιθυμητές και μετρήσιμες καταστάσεις ή συμπεριφορές υγείας στα πλαίσια των δυνατοτήτων και ορίων του αρρώστου, συμπεριλαμβάνοντας βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές απόψεις καθώς και γνώσεις και δεξιότητες που σχετίζονται μ' αυτές τις καταστάσεις υγείας^{98,104}.

Παραδείγματα κριτηρίων αξιολόγησης αποτελεσμάτων:

- Ο άρρωστος περιγράφει τους παράγοντες που βελτιώνουν και εκείνους που χειροτερεύουν την περιφερειακή κυκλοφορία του αίματος.
- Δεν εμφανίζει ασθματική αναπνοή κατά τις δραστηριότητες.
- Οι σφύξεις και η αρτηριακή του πίεση παραμένουν σταθερές στο επίπεδο των 80 σφύξεων σε 1 λεπτό και 124/80mmHg αντίστοιχα.
- Η θερμοκρασία του δέρματος και στα δύο άκρα είναι ίδια και φυσιολογική, όμοια με τη θερμοκρασία του σώματος.

Αφού καθορισθούν οι νοσηλευτικές διαγνώσεις, οι σκοποί με σχετική ιεράρχηση και τα κριτήρια αξιολόγησης του βαθμού εκπλήρωσης των σκοπών, ακολουθεί η επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, δηλαδή των πράξεων και

εκείνων που συστήνονται στον άρρωστο για την καλύτερη πραγματοποίηση των τεθέντων σκοπών^{98,104}.

Όλος ο προγραμματισμός πρέπει να γράφεται ως σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του συγκεκριμένου αρρώστου από την στιγμή της εισαγωγής του στην υπηρεσία φροντίδας υγείας. Αναθεωρείται και αναπροσαρμόζεται κατά τη διάρκεια της παραμονής του ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του και τις αξιολογήσεις της εκπλήρωσης των σκοπών. Οι σκοποί ενός γραπτού σχεδίου φροντίδας είναι:

- Η εξατομίκευση της νοσηλείας κάθε αρρώστου
- Η διατήρηση επικοινωνίας και συντονισμός των ενεργειών των νοσηλευτών για τη συνεχόμενη φροντίδα του.
- Η καθοδήγηση των νοσηλευτών σχετικά με ποια προβλήματα και ποιες παρεμβάσεις χρειάζονται καταγραφή και τεκμηρίωση.
- Η παροχή πλαισίου αναφοράς για την κατανομή και ανάθεση της φροντίδας μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής μονάδας.
- Η ενσωμάτωση οδηγιών που πρέπει να δοθούν στον άρρωστο ή σε μέλη της οικογένειάς του, τόσο για την παραμονή του στο νοσοκομείο όσο και για την έξοδο του και επιστροφή στο σπίτι.

Εφαρμογή προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Το στάδιο της εφαρμογής είναι ακριβώς η υλοποίηση όσων προγραμματίστηκαν με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων που διατυπώθηκαν.

Η εφαρμογή των νοσηλευτικών οδηγιών όπως διατυπώνονται στο πρόγραμμα φροντίδας. Οι νοσηλευτές προχωρούν στην εκτέλεση του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζουν να συλλέγουν και να εκτιμούν νέα στοιχεία, να σχεδιάζουν, εκτελούν και αξιολογούν νέες παρεμβάσεις¹⁰⁴.

Η εφαρμογή του προγράμματος αποσκοπεί στην ολική φροντίδα του αρρώστου, διότι λαμβάνει υπόψη τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, πολιτιστικές, οικονομικές και αποκαταστατικές ανάγκες του και συμβάλλει στη μερική και πλήρη βελτίωση της υγείας του. Περιλαμβάνει συστηματική προληπτική φροντίδα για την εξουδετέρωση επικείμενων κινδύνων, όπως είναι επιπλοκές της ασθένειας, λάθη στη χορήγηση φαρμάκων ή άλλες θεραπευτικές εφαρμογές, νοσοκομειακές λοιμώξεις ή ατυχήματα. Επίσης ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου που εκτείνονται και πιο πέρα από την αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών και προβλημάτων του. Τέτοιες διαστάσεις είναι η διδασκαλία της υγείας ή της δημιουργικής ζωής μέσα στα όρια μιας αναπηρίας που τυχόν δημιουργήθηκε, η διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας, η καλλιέργεια των διαπροσωπικών ικανοτήτων του και η προώθηση της ωρίμανσης της προσωπικότητάς του⁹⁸.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να αναφέρονται:

1. Σε παρατηρήσεις (π.χ. λήψη ζωτικών σημείων)

2. Σε πράξεις, ενέργειες (αλλαγή τραυμάτων, καθαριότητα, αλλαγή θέσης του αρρώστου)
3. Σε διδασκαλία- ενημέρωση. Προκειμένου όμως οι παρεμβάσεις αυτές να είναι αποτελεσματικές πρέπει να έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά και να πληρούν συγκεκριμένους κανόνες.

Οι νοσηλευτικές πράξεις ή παρεμβάσεις έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά^{98,104,105}:

1. Σχετίζονται με γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών, έχουν σκοπό και επιστημονική βάση- στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αντανακλούν γνώσεις από την ανθρώπινη βιολογία, νοσολογία, παθοφυσιολογία καθώς και γνώσεις ψυχολογίας και κοινωνιολογίας. Στην ουσία αποτελούν απόρροια και συνδυασμό όλων αυτών των γνώσεων.

2. Να είναι εξατομικευμένες

Οι παρεμβάσεις να εξατομικεύονται και να είναι ανάλογες με το βαθμό και την ένταση της ανάγκης στο συγκεκριμένο άτομο για το οποίο προγραμματίζεται η φροντίδα. Ο σκοπός των παρεμβάσεων είναι να ανακουφίσουν το συγκεκριμένο άτομο από την ανάγκη και να λύσουν το πρόβλημα, όπως παρουσιάζεται σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Για την αντιμετώπιση της ίδιας ανάγκης μπορεί να χρειαστούν διαφορετικές παρεμβάσεις σε διαφορετικά άτομα.

3. Να εξασφαλίζουν θεραπευτικό περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να σκοπεύουν στην προστασία του αρρώστου από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους που μπορούν να τον βλάψουν. Η εξασφάλιση βοήθειας για ασφαλή μετακίνηση του αρρώστου, η φροντίδα για την προσαρμογή των συνθηκών του σπιτιού με σκοπό την αντιμετώπιση της αναπηρίας του κ.α., είναι ενέργειες που έχουν σκοπό να προστατεύσουν τον άρρωστο από φυσικούς κινδύνους. Πολλές όμως είναι και οι ενέργειες που αποσκοπούν στην ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου. Η προεγχειρητική διδασκαλία αλλά και κάθε διδασκαλία και ενημέρωση, είναι ενέργεια που καλύπτει σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες και δημιουργεί θεραπευτικό περιβάλλον. Και μόνο η παρουσία του καταρτισμένου και πρόθυμου να βοηθήσει νοσηλευτή κοντά στο άτομο είναι πολλές φορές θεραπευτική¹⁰⁶.

4. Να δίνουν ευκαιρίες για διδασκαλία και μάθηση.

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντοτε να διερωτάται: «Τι χρειάζεται να μάθει αυτό το άτομο;». Είναι ελάχιστα, εάν υπάρχουν, τα άτομα που δεν έχουν καθόλου ανάγκη για διδασκαλία και ενημέρωση. Οι συγκεκριμένες ανάγκες για μάθηση που διαπιστώθηκαν για το κάθε άτομο, πρέπει να σημειώνονται το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδος και να καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ικανοποίησή τους.

5. Να συμβαδίζουν με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να συντονίζονται με τις προσπάθειες των υπολοίπων μελών της Υγειονομικής Ομάδος. Ο συντονισμός είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή. Μπορούμε να πούμε ότι η Νοσηλευτική είναι η μοναδική επιστήμη που μπορεί να αναλάβει αυτόν συντονιστικό ρόλο, αφού είναι και η μοναδική που φιλοδοξεί αν φροντίσει το άτομο σαν ενιαίο βιοψυχοκοινωνικό σύνολο. Για να συντονιστεί όμως ο νοσηλευτής, είναι απαραίτητο

να γνωρίζει ποιες υπηρεσίες προσφέρονται, καθώς και τα μέσα και τους τρόπους που πρέπει να χρησιμοποιεί προκειμένου να τις εξασφαλίσει. Η ανταλλαγή γνώσεων, απόψεων προγραμμάτων και παρατηρήσεων μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδος, είναι απαραίτητη. Οι σκοποί που δημιουργούνται με τη προσπάθεια και την συνεργασία όλων είναι πραγματικά εξατομικευμένοι και έχουν κέντρο τον άνθρωπο, οπότε και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προγραμματίζονται είναι αποτελεσματικές, ολοκληρωμένες και ασφαλείς^{98,104}.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί αν είναι: καθαρά νοσηλευτικές και να γίνονται με πρωτοβουλία του υπευθύνου για τη φροντίδα του ατόμου νοσηλευτή, μπορεί να έχουν σκοπό τη διεκπεραίωση ιατρικής θεραπευτικής αγωγής ή ακόμη να αναφέρονται σε σχέσεις συνεργασίας και συντονισμού με άλλες υπηρεσίες. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως και όλη η νοσηλευτική διεργασία αναφέρονται γραπτά στο πρόγραμμα φροντίδας του ατόμου από τον υπεύθυνο νοσηλευτή και έχουν μορφή «νοσηλευτικών οδηγιών» τις οποίες οφείλουν να ακολουθήσουν και να διεκπεραιώσουν όλοι οι νοσηλευτές που θα ασχολούνται με το συγκεκριμένο άτομο κατά τη διάρκεια του 24ωρου^{98,102,104}.

Οι νοσηλευτικές οδηγίες, κατά του Canong πρέπει¹⁰¹:

1. Να είναι κατανοητές, καθαρές, συγκεκριμένες
2. Να διεκπεραιώνονται συστηματικά, με ευσυνειδησία.
3. Να διεκπεραιώνονται ακριβώς όπως είναι γραμμένες, εκτός εάν η κατάσταση του αρρώστου αλλάξει.
4. Να είναι σεβαστές από όλους τους νοσηλευτές, όπως ακριβώς και οι ιατρικές οδηγίες.
5. Ο νοσηλευτής που γράφει τις οδηγίες να είναι υπεύθυνος και ικανός να προγραμματίσει τη φροντίδα του ατόμου και να καθορίσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αυτό δεν μπορεί να αμφισβητείται από τους άλλους νοσηλευτές.
6. Προσαρμόζονται στο νοσηλευόμενο άτομο, δηλαδή επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις, τις αξίες, την ηλικία, την κατάσταση της υγείας του και το περιβάλλον.
7. Είναι ασφαλείς. Νοσηλευτές και άρρωστοι χρειάζεται να παίρνουν προφυλακτικά μέτρα για πρόληψη βλαβών στην υγεία. Π.χ. κατά την αλλαγή τραύματος ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί άσηπτη τεχνική για πρόληψη μόλυνσης/ λοίμωξης.
8. Περιλαμβάνουν όλο και περισσότερα στοιχεία διδασκαλίας, θεραπευτικού διαλόγου, ψυχολογικής υποστήριξης και ανακούφισης. Αυτές οι αυτόνομες νοσηλευτικές ενέργειες μπορούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα μιας ειδικής νοσηλευτικής πράξης.
9. Εφαρμόζονται κατά τρόπο ολιστικό.
10. Μεταβιβάζουν σεβασμό προς την αξιοπρέπεια και ενισχύουν την

αυτοεκτίμησή του με την εξασφάλιση μοναχικότητας κατά τις νοσηλείες και ενθάρρυνσή σου να παίρνει αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας του.

11. Ενθαρρύνουν την ενεργητική συμμετοχή του στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, όσο το επιτρέπει η υγείας του. Αυτό αυξάνει το αίσθημα της ανεξαρτησίας και του ελέγχου της κατάστασής του.

12. Όσες απορρέουν από ιατρική οδηγία- εξαρτημένες νοσηλευτικές πράξεις - πρέπει να διεκπεραιώνονται με ακρίβεια εκτός της περιπτώσεως που θεωρηθεί μη μόνιμη και ανασφαλής για τον άρρωστο. Τότε πρέπει να συζητούνται με τον προϊστάμενο νοσηλευτή και/ ή με τον γιατρό.

13. Για όλες τις νοσηλευτικές τους πράξεις, υπεύθυνοι και υπόλογοι είναι οι νοσηλευτές.

Η εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας απαιτεί από τους νοσηλευτές άρτια επιστημονική κατάρτιση, καθώς και διανοητικές, διαπροσωπικές, οργανωτικές και τεχνικές δεξιότητες. Ιδιαίτερα, η υπεύθυνη λήψη και εκτέλεση αποφάσεων, η παρατηρητικότητα και η επικοινωνία με κάθε τρόπο και μέσο, είναι σημαντικές δεξιότητες που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα των πράξεων.









Συχνά ο νοσηλευτής που καταρτίζει το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας δεν μπορεί και να εφαρμόσει όλες τις παρεμβάσεις. Χρειάζεται βοήθεια σε πολλές περιπτώσεις. Μερικές νοσηλευτικές πράξεις μπορούν να ανατεθούν σε άλλα μέλη του προσωπικού. Μη παρεμβατικές πράξεις, όπως είναι περιποίηση του δέρματος, βοήθεια του αρρώστου κατά την έγερση και τη βάδιση ή και κατά την εκτέλεση της καθημερινής υγιεινής φροντίδας, μπορούν να ανατεθούν σε βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό. Ανάθεση νοσηλευτικών πράξεων δε σημαίνει ότι ο νοσηλευτής δεν ασχολείται ποτέ με την άμεση φροντίδα του αρρώστου. Αντίθετα, επιλέγει και εκτελεί τις πιο δύσκολες και σύνθετες νοσηλείες, που απαιτούν τις δικές του επιστημονικές γνώσεις και προηγμένες δεξιότητες. Το νοσηλευτικό προσωπικό, στο οποίο αναθέτονται ορισμένες φροντίδες, χρειάζεται διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση^{98,102,104}.

Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Η εκτίμηση αποτελέσματος αποτελεί το τέταρτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας και περιλαμβάνει την κριτική της ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδος που δόθηκε και την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς. Η φάση αυτή της νοσηλευτικής διεργασίας περιλαμβάνει αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας και της προόδου του αρρώστου για ανάρρωση με βάση πάντα τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα προδιατυπωμένα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων. Ακόμη, επισημαίνει και τα σημεία εκείνα όπου η φροντίδα χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή. Αν ήταν αποτελεσματική πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί^{98,104}.






Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας επιτυγχάνεται με την παρατήρηση του αρρώστου, την επικοινωνία με τον ίδιο, με την οικογένειά του και τη νοσηλευτική ομάδα, καθώς και με αντικειμενικές μετρήσεις και εξετάσεις όπως η λήψη ζωτικών σημείων.

Η αξιολόγηση είναι ολόκληρη διαδικασία και πρέπει να ακολουθεί ορισμένους κανόνες. Ειδικότερα¹⁰⁴:

-  Προγραμματίζεται
-  Γίνεται βάση των αντικειμενικών σκοπών της φροντίδας
-  Είναι αντικειμενική
-  Υποβάλλεται σε επαλήθευση
-  Αποτελεί ομαδική νοσηλευτική προσπάθεια
-  Είναι συγκεκριμένη, δηλαδή εντοπίζει θετικά σημεία και αδυναμίες, επιτυχίες και παραλείψεις
-  Παρέχει ποσοτικές μετρήσεις
-  Προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες.

Η διεργασία της αξιολόγησης περιλαμβάνει πέντε στάδια:

1. Καθορισμό κριτηρίων αξιολόγησης (στη φάση του προγραμματισμού).
2. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και σύγκριση των ευρημάτων με καθορισμένα κριτήρια.
3. Διατύπωση των συμπερασμάτων.
4. Αναγνώριση των αιτιών, γιατί δεν επέδρασε θετικά ωρισμένη παρέμβαση στον άρρωστο.
5. Επανεκτίμηση του αρρώστου και τροποποίηση του προγράμματος νοσηλείας Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου είναι δυναμικό, ελαστικό και δέχεται τροποποιήσεις όταν:
 - α) Αποδεικνύεται ανεπαρκές στη βοήθεια του αρρώστου για την εκπλήρωση των τεθέντων αντικειμενικών σκοπών.
 - β) Η κατάσταση του αρρώστου παρουσιάζει αλλαγές.
 - γ) Οι νοσηλευτές έχουν συμπληρωματικά στοιχεία ως προς τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του αρρώστου για ανάρρωση ή απέκτησαν νέες επιστημονικές γνώσεις και θεωρούν απαραίτητη την ενσωμάτωση των νέων αυτών δεδομένων στο πρόγραμμα της νοσηλείας. Π.χ. το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου σε κατάσταση διαβητικού κόματος χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή. Όταν αναταχθεί και συνέλθει ο άρρωστος από κόμα, οπότε μπορεί να συνεργαστεί με το νοσηλευτή και να ωφεληθεί από διδασκαλία σχετική με το πρόγραμμα της υγείας του.Αναφέρονται και ορισμένα γενικώς παραδεκτά κριτήρια αξιολόγησης (standards) της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που διατυπώθηκαν από τον Αμερικανό Νοσηλευτικό Σύνδεσμο με αρκετή ευρύτητα ώστε να χρησιμοποιούνται για όλες τις κατηγορίες ασθενών και έχουν σχέση με τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας^{98,104}:

-  Προγραμματισμός νοσηλείας
-  Νοσηλευτική διεργασία
-  Εκτίμηση αρρώστου
-  Νοσηλευτική διάγνωση
-  Κριτήρια

1. Η συλλογή πληροφοριών για την κατάσταση του αρρώστου είναι συστηματική και συνεχής. Οι πληροφορίες είναι προσιτές και διαθέσιμες στους αρμόδιους και τηρούνται γραπτές.
2. Η νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου προκύπτει από τις πληροφορίες για την κατάσταση του.
3. Το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει σκοπούς που προέρχονται από τη νοσηλευτική διάγνωση.
4. Το πρόγραμμα της νοσηλείας καθορίζει προτεραιότητες και συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών που διατυπώθηκαν βάσει της νοσηλευτικής διάγνωσης του αρρώστου.
5. Οι νοσηλείες προβλέπουν συμμετοχή του αρρώστου στην αποκατάσταση, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του.
6. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βοηθούν τον άρρωστο να μεγιστοποιήσει τις δυνατότητές του για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας του.
7. Η επιτυχία ή η αποτυχία της ανάρρωσης κρίνεται βάσει των τεθέντων νοσηλευτικών σκοπών και εξετάζεται με τη συνεργασία νοσηλευτού - αρρώστου.
8. Η αποκατάσταση ή μη αποκατάσταση της υγείας κρίνεται βάσει των σκοπών που τέθηκαν και οδηγεί σε νέα εκτίμηση του αρρώστου, νέα ταξινόμηση προτεραιοτήτων, διατύπωση νέων αντικειμενικών σκοπών και αναθεώρηση του προγράμματος νοσηλείας.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι σημαντικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, διότι βοηθάει τους νοσηλευτές να διαπιστώσουν κατά πόσο η φροντίδα ήταν αποτελεσματική και αν πρέπει να αναθεωρηθεί⁹⁸.

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου εξαρτάται άμεσα από την προσωπικότητα των νοσηλευτών καθώς και από τη σωστή εφαρμογή της μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας. Γι' αυτό συνίσταται, οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργητικά στην αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, που γίνεται από τη νοσηλευτική διεύθυνση του ιδρύματος. Να επωφελούνται από τα συμπεράσματα, ώστε να τελειοποιούν το έργο τους και να μην παραλείπουν την καθημερινή αντικειμενική αυτό-αξιολόγησή τους.

Με την εκτίμηση του αποτελέσματος επιστρέφω και πάλι στα προηγούμενα στάδια είτε για να συνεχίσω τη φροντίδα, εάν είναι αποτελεσματική, είτε για να την τροποποιήσω. Αναζητώντας να βρω πού υπάρχει έλλειψη, οδηγούμαι και πάλι στην αξιολόγηση^{98,104}.

9.3 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους ασθενείς με πόνο

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Βελισσαρία Κ.

Ηλικία: 15 χρονών

Καταγωγή: Αθήνα

Ημερομηνία εισόδου: 13 Αυγούστου 2013

Ημερομηνία εξόδου: 15 Αυγούστου 2013

Αιτία εισόδου: άλγος στο υπογάστριο κάθε φορά που έχει έμμηνο ρύση

Παρούσα κατάσταση: ασθενής, 15 χρονών εισήχθη στα Ε.Ι. του Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία σε ημιλιπόθυμη κατάσταση με έντονο πόνο στο υπογάστριο, κράμπες στη μέση, διάρροια και συχνοουρία. Παραπονέθηκε στον γιατρό πως κάθε φορά που διανύει έμμηνο ρύση έχει τάσεις προς έμετο, δριμύτατους πονοκεφάλους και έντονες ζαλάδες. Στο σπίτι ακολουθεί κάθε φορά, κυρίως τις τελευταίες μέρες την εξής φαρμακευτική αγωγή:

✚ Panadol extra (peros) 500mg/1tab 1x2

✚ Mesulid (peros) 100mg/1tab 1x1

Ιατρικό ιστορικό: Τον Δεκέμβρη του 2012 η ασθενής διένυσε για πρώτη φορά έμμηνο ρύση. Από τότε και κάθε μήνα, όταν περνάει την έμμηνο ρύση της, παρουσιάζει δυνατούς πόνους στην περιοχή των γυναικολογικών οργάνων της καθώς και κράμπες. Ιδίως τις τελευταίες μέρες παραιτείται από κάθε είδους δραστηριότητα διότι η κατάστασή της επιδεινώνεται καθώς ο πόνος είναι οξύς και οι ζαλάδες έντονες.

Κληρονομικό Ιστορικό:

Μητέρα: ενδομητρίωση, υποθυρεοειδισμός

Πατέρα: Αυχενικό σύνδρομο, τέτανο

Ατομικό Ιστορικό: Κυστινουρία, ανεμοβλογιά, σιδηροπενία

Ο εφημερεύον γιατρός, αφού εξέτασε κλινικά την ασθενή, διαπίστωσε πως πάσχει από δυσμηγόρροια. Με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας έκανε λήψη αίματος και αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων βγήκαν άμεσα και έδειξαν τα εξής:

Αιματολογικός έλεγχος

Hb (Hemoglobin)	Αιμοσφαιρίνη	g/dl	12.0
Hct (Hematocrit)	Αιματοκρίτης	%	36
RBC (Red Blood Cells)	Αριθμός Ερυθρών αιμοσφαιρίων	10 ¹² /L	3.80
MCV (Mean Cell Volume)	Μέσος όγκος Ερυθρών αιμοσφαιρίων	fl	88
MCH (Mean Cell Haemoglobin)	Μέση περιεκτικότητα Αιμοσφαιρίνης	pg	26
MCHC (Mean Cell Haemoglobin Concentration)	Μέση πυκνότητα Αιμοσφαιρίνης	g/dl	36.5
RDW-CV (Red Blood Cell Distribution Coefficient Variation)	Εύρος κατανομής μεγέθους Ερυθρών αιμοσφαιρίων (με συντελεστή μεταβλητότητας)	%	12
RDW-SD (Red Blood Cell Distribution Standard Deviation)	Εύρος κατανομής μεγέθους Ερυθρών αιμοσφαιρίων (με σταθερή απόκλιση)	fl	41
PLT (Platelets)	Αριθμός Αιμοπεταλίων	10 ⁹ /L	250
MPV (Mean Platelet Volume)	Μέσος όγκος Αιμοπεταλίων	fl	10
PDW (Platelet Distribution Width)	Εύρος κατανομής μεγέθους Αιμοπεταλίων	%	16
PCT (Plateletcrit)	Αιμοπεταλιοκρίτης	%	0.190
WBC (White Blood Cells)	Αριθμός Λευκών αιμοσφαιρίων	10 ⁹ /L	16
Differential count	Λευκοκυτταρικός τύπος (Διαφορική μέτρηση)	%	-
Neutrophils	Ουδετερόφιλα (Πολυμορφοπύρηνα)	%	66
Lymphocytes	Λεμφοκύτταρα	%	34
Monocytes	Μονοκύτταρα	%	10
Eosinophils	Ηωσινόφιλα	%	6
Basophils	Βασεόφιλα	%	0,5
Retics (Reticulocytes)	Αριθμός Δικτυοερυθροκυττάρων	%	1,5
ESR (Erythrocytes Sedimentation Rate)	T.K.E. (Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών αιμοσφαιρίων)	mm/1hr	9

Βιοχημικός έλεγχος

Σίδηρος 45 µg/dl
B-12 500 pg/ml
Φυλλικό Οξύ 11 ng./ml
Ολική Σιδηροδεσμευτική Ικανότητα του Ορού (TIBC) 350 µg/dl
Φερριτίνη 110 µg/L
Ουρία(ορού) 15 mg/dl
Ουρία: 20-50 mg/dl(ούρων) 25g/24ωρο
Κρεατινίνη 0,6 mg/dl
Ουρικό Οξύ(ορού):5,5 mg/dl
Γλυκόζη (σάκχαρο)
(νηστείας): 70-110 mg/dl
Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη (HbA1c) 7,5%
Ελεύθερα Λιπαρά Οξέα (FFA) 8 mg/dl
Τριγλυκερίδια 150 mg/dl
Χοληστερόλη 150 mg/dl
Ολικές Πρωτεΐνες 6,0 g/dl
Λευκωματίνη 5,6 g/dl
A2-Μακροσφαιρίνη 0,42 g/dl
Απτοσφαιρίνη 8,3 g/dl
Σιδηροφιρίνη (τρανσφερίνη) 360 g/dl
Νάτριο (Na+) 295 mOsm/L
Κάλιο (K+) 125 mmol/24ωρο
Ασβέστιο (Ca++) 8mg/24ωρο
Μαγνήσιο (Mg++) 0,9 mg/dl
Χλωριούχα (Cl-) 96 mmol/L
Φώσφορος (P-5) 4,7mg/dl

Ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Έντονος πόνος στην κοιλιακή χώρα μεγάλης διάρκειας	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο	Τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για τη χάλασση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία Ήσυχιο περιβάλλον για την ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς	Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση και τοποθετήθηκε θερμοφόρα στην περιοχή της κοιλιάς και της μέσης για να συμβάλει στη γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο. Χορηγήθηκε amp zideron 75 mg/ml IM, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Συστήθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο δωμάτιο της ασθενούς..	Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά από τη θέση που της δόθηκε και μετά από τη χορήγηση zideron ανακουφίστηκε πλήρως.

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p>		<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p>
	<p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p>	<p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα με τις εξής τιμές: ΑΠ: 135/75 mm/Hg Θ: 36,6 °C Σφίξεις: 75/ min Αναπνοές: 18/ min</p>	<p>Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα με τις εξής τιμές: ΑΠ: 135/75 mm/Hg Θ: 36,6 °C Σφίξεις: 75/ min Αναπνοές: 18/ min</p>	<p>Το zidoveron υπάγεται στην κατηγορία των ναρκοτικών αναλγητικών. Η δεξτροπροποξυφαίνη (dextropropoxyphene) που περιέχεται στο φάρμακο είναι συνθετικός ανταγωνιστής των οπιοειδών – οπιούχων. Ενώνεται με τους υποδοχείς και οδηγεί στη μείωση της αντίληψης των ερεθισμάτων του πόνου. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εξασφάλιση του ήσυχου περιβάλλοντος απάλλαξαν πλήρως την ασθενή από τον πόνο. Η ασθενής δεν παρουσίασε επιδείνωση καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Δυσκοιλιότητα λόγω της μειωμένης κινητικότητας και της περιόδου</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τη δυσκοιλιότητα</p> <p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Χορήγηση υδρικής διαίτας (τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη)</p> <p>Χορήγηση υγρών</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Δραστηριοποίηση – κινητικότητα του ασθενούς στο βαθμό που είναι εφικτό</p> <p>Εφαρμογή υποκλυσμού εάν χρειαστεί και εκτίμηση αποτελέσματος</p>	<p>Στον ασθενή δόθηκε η εξής κυτταρινούχος ελαφριά – υδρική διαίτα</p> <p>Το πρωί γάλα με φρυγανιές</p> <p>Το μεσημέρι ψάρι με χόρτα και πορτοκάλι</p> <p>Το βράδυ βραστό κοτόπουλο σε σούπα με λαχανικά</p> <p>Η ασθενής κατανάλωσε και άφθονα υγρά από το στόμα</p> <p>Τέθηκε υπόθετο Dulcolax sups 10mgr 1x1 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Η ασθενής κινητοποιήθηκε και περπάτησε εντός του νοσοκομείου</p> <p>Δε χρειάστηκε να γίνει υποκλυσμός</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τη δυσκοιλιότητα αφού αποκαταστήθηκε η λειτουργία του εντέρου</p> <p>Η κυτταρίνη και άλλοι πολυσακχαρίτες που δεν πέπτονται προσθέτουν όγκο στα κόπρανα λόγω της ικανότητάς του να κάνουν δεσμούς με το νερό και βοηθούν ιδιαίτερα στη διόδο των προϊόντων που πέπτονται και των προϊόντων που αποβάλλονται μέσω του εντέρου. Με αυτό τον τρόπο βοηθούν στην πρόληψη και τη θεραπεία της δυσκοιλιότητας.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
				<p>Το Dulcolax ανακουφίζει από τη δυσκοιλιότητα βοηθώντας το παχύ έντερο να επανέλθει στο φυσιολογικό του ρυθμό, διεγείρει την κίνηση των μυών του παχέος εντέρου υποστηρίζοντας τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.</p> <p>Η κινητοποίηση της ασθενούς και η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής βοήθησε στην περισταλατικότητα και κινητικότητα του εντέρου.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>

9.3.2 Β' περιστατικό πόνου

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:

Ηλικία: 3,5 χρονών

Βάρος: 15 kgr

Καταγωγή: Τσεχία

Ημερομηνία εισόδου: 7 Αυγούστου 2013

Ημερομηνία εξόδου: 16 Αυγούστου 2013

Αιτία εισόδου: Επιγαστραλγία από 3ωρο

Παρούσα κατάσταση: Ασθενής , 3,5 χρονών εισήχθη το μεσημέρι (ακριβής ώρα, 2:40)της Τρίτης 7-8-2013 στα Εξωτερικά Ιατρεία του Καραμανδανείου Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πατρών σε εμβρυακή στάση εξαιτίας έντονου και διάχυτου κοιλιακού άλγους. Επιπλέον, παρουσίασε μία ελαφριά αφυδάτωση λόγω εμέτων.

Κατά την **κλινική εξέτασή** της από τον γιατρό που εφημέρευε παρατηρήθηκε ότι το παιδί παρουσίαζε όψη πάσχοντος, ταχυσφυγμία και στη θερμοκρασία του είχε δέκατα (37,8).

Κατά τη **φυσική εξέταση** της κοιλίας φυσιολογικού περισταλισμού, παρουσιάζει εαυαισθησία στο επιγάστριο και έντονη ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Κοιλία μαλακή με σημείο αναπήδησης ευαισθησίας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Εισήχθη εκτάκτως στην κλινική με διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας έκανε λήψη αίματος για αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο.Τα αποτελέσματα των εξετάσεων βγήκαν άμεσα και έδειξαν τα εξής:

Αιματολογικός έλεγχος

Hb (Hemoglobin)	Αιμοσφαιρίνη	g/dl	12.0
Hct (Hematocrit)	Αιματοκρίτης	%	36
RBC (Red Blood Cells)	Αριθμός Ερυθρών αιμοσφαιρίων	$10^{12}/L$	3.80
MCV (Mean Cell Volume)	Μέσος όγκος Ερυθρών αιμοσφαιρίων	fl	88
MCH (Mean Cell Haemoglobin)	Μέση περιεκτικότητα Αιμοσφαιρίνης	pg	26
MCHC (Mean Cell Haemoglobin Concentration)	Μέση πυκνότητα Αιμοσφαιρίνης	g/dl	36.5
RDW-CV (Red Blood Cell Distribution Coefficient Variation)	Εύρος κατανομής μεγέθους Ερυθρών αιμοσφαιρίων (με συντελεστή μεταβλητότητας)	%	12
RDW-SD (Red Blood Cell Distribution Standard Deviation)	Εύρος κατανομής μεγέθους Ερυθρών αιμοσφαιρίων (με σταθερή απόκλιση)	fl	41
PLT (Platelets)	Αριθμός Αιμοπεταλίων	$10^9/L$	250
MPV (Mean Platelet Volume)	Μέσος όγκος Αιμοπεταλίων	fl	10
PDW (Platelet Distribution Width)	Εύρος κατανομής μεγέθους Αιμοπεταλίων	%	16
PCT (Plateletcrit)	Αιμοπεταλιοκρίτης	%	0.190
WBC (White Blood Cells)	Αριθμός Λευκών αιμοσφαιρίων	$10^9/L$	16
Differential count	Λευκοκυτταρικός τύπος (Διαφορική μέτρηση)	%	-
Neutrophils	Ουδετερόφιλα (Πολυμορφοπύρηνα)	%	66
Lymphocytes	Λεμφοκύτταρα	%	34
Monocytes	Μονοκύτταρα	%	10
Eosinophils	Ηωσινόφιλα	%	6
Basophils	Βασεόφιλα	%	0,5
Retics (Reticulocytes)	Αριθμός Δικτυοερυθροκυττάρων	%	1,5
ESR (Erythrocytes Sedimentation Rate)	Γ.Κ.Ε. (Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών αιμοσφαιρίων)	mm/1hr	9

Βιοχημικός έλεγχος

Σίδηρος 45 µg/dl

B-12 500 pg/ml

Φυλλικό Οξύ 11 ng./ml

Ολική Σιδηροδεσμευτική Ικανότητα του Ορού (TIBC) 350 µg/dl

Φερριτίνη 110 µg/L

Ουρία(ορού) 15 mg/dl

Ουρία: 20-50 mg/dl(ούρων) 25g/24ωρο

Κρεατινίνη 0,6 mg/dl

Ουρικό Οξύ(ορού):5,5 mg/dl

Γλυκόζη (σάκχαρο)

(νηστείας): 70-110 mg/dl

Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη (HbA1c) 7,5%

Ελεύθερα Λιπαρά Οξέα (FFA) 8 mg/dl

Τριγλυκερίδια 150 mg/dl

Χοληστερόλη 150 mg/dl

Ολικές Πρωτεΐνες 6,0 g/dl

Λευκωματίνη 5,6 g/dl

A2-Μακροσφαιρίνη 0,42 g/dl

Απτοσφαιρίνη 8,3 g/dl

Σιδηροφιλίνη (τρανσφερίνη) 360 g/dl

Νάτριο (Na⁺) 295 mOsm/L

Κάλιο (K⁺) 125 mmol/24ωρο

Ασβέστιο (Ca⁺⁺) 8mg/24ωρο

Μαγνήσιο (Mg⁺⁺) 0,9 mg/dl

Χλωριούχα (Cl⁻) 96 mmol/L

Φώσφορος (P-5) 4,7mg/dl

Η ασθενής μπήκε εκτάτως στο χειρουργείο για χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματός της με την αφαίρεση σκωληκοειδούς απόφυσης.

Η σκωληκοειδής απόφυση, μακροσκοπικά παρουσιάζει όλα τα στοιχεία της φλεγμονής και στέλνεται για βιοψία.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Άγχος, φόβος και ανησυχία.</p>	<p>Η μικρή ασθενής να ανακουφιστεί και να ηρεμήσει από τα συναισθήματα του φόβου έως ότου εισαχθεί στο χειρουργείο.</p>	<p>Δημιουργία φιλικής και ενημερωτικής συζήτησης με την ασθενή και τους γονείς της για την έκβαση της επέμβασης.</p> <p>Ενθάρρυνση της μικρής ασθενούς και των γονέων της να κάνουν ερωτήσεις προς επίλυση των αποριών.</p> <p>Να δοθεί η ευκαιρία στην ασθενή να γνωρίσει κι άλλους μικρούς ασθενείς του θαλάμου της.</p> <p>Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος ώστε η ασθενής να νιώσει άνετα στο χώρο του νοσοκομείου.</p> <p>Δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας από το νοσηλευτικό προσωπικό.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από σχετικές ειδικότητες.</p>	<p>Έγινε συζήτηση με τους γονείς και τη μικρή ασθενή και εδόθησαν πληροφορίες σχετικά με την επέμβαση.</p> <p>Δημιουργήθηκε από μέρος της ασθενούς και των γονιών της ένα κλίμα καλύτερης συνεργασίας και ένα αίσθημα ασφάλειας ώστε να ολοκληρωθεί η επέμβαση.</p>	<p>Παρατηρείται η μείωση του άγχους και της αγωνίας της ασθενούς και των γονιών της μετά την συζήτηση που έγινε και τη γνωριμία της με τους ασθενείς του θαλάμου.</p> <p>Η ασθενής καθώς και οι γονείς της φαίνεται να απηλλάγησαν από τα συναισθήματα του φόβου και της ανησυχίας.</p> <p>Επήλθε σχετική ηρεμία πριν το χειρουργείο.</p>

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p>	<p>Έντονος πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, με τις σχετικές αντανακλάσεις, μεγάλης διάρκειας.</p>				
<p>Αντικειμενικός σκοπός</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο. Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο.</p>				
<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για τη χάλασση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p>				
<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή προκειμένου να συμβάλει στη γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο. Χορηγήθηκε amp zideron 75 mg/ml IM, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Συστήθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο θάλαμο της ασθενούς.</p>				
<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p>	<p>Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά από τη θέση που της δόθηκε και μετά από τη χορήγηση του φαρμάκου.</p>				

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p>		<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p>
	<p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p>	<p>Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα με τις εξής τιμές: ΑΠ: 135/75 mm/Hg Θ: 36,6 °C Σφίξεις: 75/ min Αναπνοές: 18/ min</p>	<p>Το zidoveron υπάγεται στην κατηγορία των ναρκοτικών αναλγητικών. Η δεξτροπροποξυφαίνη (dextropropoxyphene) που περιέχεται στο φάρμακο είναι συνθετικός ανταγωνιστής των οπιοειδών – οπιούχων. Ενώνεται με τους υποδοχείς και οδηγεί στη μείωση της αντίληψης των ερεθισμάτων του πόνου. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εξασφάλιση του ήσυχου περιβάλλοντος απάλλαξαν πλήρως την ασθενή από τον πόνο. Η ασθενής δεν παρουσίασε επιδείνωση καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.</p>	

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Δυσκοιλιότητα λόγω της μειωμένης κινητικότητας</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τη δυσκοιλιότητα</p> <p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Χορήγηση υδρικής διαίτας (τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη)</p> <p>Χορήγηση υγρών</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Δραστηριοποίηση – κινητικότητα του ασθενούς στο βαθμό που είναι εφικτό</p> <p>Εφαρμογή υποκλυσμού εάν χρειαστεί και εκτίμηση αποτελέσματος</p>	<p>Στον ασθενή δόθηκε η εξής κυτταρινούχος ελαφριά – υδρική διαίτα</p> <p>Το πρωί γάλα με φρυγανιές</p> <p>Το μεσημέρι ψάρι με χόρτα και πορτοκάλι</p> <p>Το βράδυ βραστό κοτόπουλο σε σούπα με λαχανικά</p> <p>Ο ασθενής κατανάλωσε και άφθονα υγρά από το στόμα</p> <p>Τέθηκε υπόθετο Dulcolax sups 10mgr 1x1 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Ο ασθενής κινητοποιήθηκε και περπάτησε εντός του νοσοκομείου</p> <p>Δε χρειάστηκε να γίνει υποκλυσμός</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τη δυσκοιλιότητα αφού αποκαταστήθηκε η λειτουργία του εντέρου</p> <p>Η κυτταρίνη και άλλοι πολυσακχαρίτες που δεν πέπτονται προσθέτουν όγκο στα κόπρανα λόγω της ικανότητάς του να κάνουν δεσμούς με το νερό και βοηθούν ιδιαίτερα στη διόδο των προϊόντων που πέπτονται και των προϊόντων που αποβάλλονται μέσω των εντέρων. Με αυτό τον τρόπο βοηθούν στην πρόληψη και τη θεραπεία της δυσκοιλιότητας.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
				<p>Το Dulcolax ανακουφίζει από τη δυσκοιλιότητα βοηθώντας το παχύ έντερο να επανέλθει στο φυσιολογικό του ρυθμό, διεγείρει την κίνηση των μυών του παχέος εντέρου υποστηρίζοντας τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.</p> <p>Η κινητοποίηση του ασθενούς βοήθησε στην περισταλτικότητα και κινητικότητα του εντέρου</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές</p>

Αξιολόγηση ανασγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Η ασθενής είναι κλινήρης.</p>	<p>Πρόληψη κατακλίσεων. Πρόληψη άλλων επιπλοκών.</p>	<p>Συχνή αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι της ασθενούς. Διατήρηση καλής υγιεινής του δέρματος. Αποφυγή υγρασίας και πτυχών στα κλινοσκεπάσματα. Τοποθέτηση ειδικού στρώματος στο κρεβάτι (αεροστρώματος). Ισορροπημένη θρέψη και σωστή ενυδάτωση. Φροντίδα για την πρόληψη δυσλειτουργιών του εντέρου. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με ιατρική οδηγία για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. Συστηματικός έλεγχος πηκτικότητας αίματος με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Εφαρμόζουμε στην ασθενή αλλαγή θέσεως ανά δίωρο. Λουτρό επί κλίνης μια φορά την ημέρα και επάλειψη με ελαιώδεις ουσίες. Σωστό στρώσιμο χωρίς πτυχές. Τοποθετήθηκε αερόστρωμα. Με οδηγία διατροφολόγων συστήθηκε μια ισορροπημένη θρεπτική διατροφή πλούσια σε γαλακτοκομικά προϊόντα λαχανικά και φρούτα.</p>	<p>Η ασθενής δεν εμφάνισε κατάκλιση έως την ημέρα που εξήλθε από την κλινική. Οι μικρές δυσλειτουργίες του εντέρου αντιμετωπίστηκαν με διατηρητική και φαρμακευτική αγωγή. Δεν παρουσίασε άλλες επιπλοκές.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	
Αντικειμενικός σκοπός	
Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	
Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Χορηγήθηκε με ιατρική οδηγία 5cc Duphalac sir.
Εκτίμηση αποτελέσματος	

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Πυρετός 39,9 °C με ρίγος λόγω της φλεγμονής του τρανώματος	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πυρετό</p> <p>Να επανέλθει η θερμοκρασία του σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Χρήση ψυχρών επιθεμάτων (κομπρέσες).</p> <p>Συχνή θερμομέτρηση ανά 3ωρο και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Μέτρηση όλων των ζωτικών σημείων και καταγραφή.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως και από το στόμα για την πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>Να γίνει μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για έλεγχο και διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Λήψη αίματος για γενική αίματος και βιοχημικό εργαστηριακό έλεγχο.</p>	<p>Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στην ασθενή στο μέτωπό της ώστε να ανακουφιστεί και να μειωθεί ο πυρετός.</p> <p>Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση με τιμές: το απόγευμα της 1^{ης} ημέρας η ασθενής ανέβασε πυρετό 39,9 °C με ρίγος, μετά από μία ώρα περίπου ο πυρετός ήταν πάλι σταθερός στους 39,9 °C. Την επόμενη μέρα συνεχίστηκε η πυρετική κίνηση με θερμοκρασία που δεν ξεπέρασε τους</p>	<p>Μετά τη χορήγηση του apotel και σε συνδυασμό με την τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων η ασθενής ανακουφίστηκε και μειώθηκε σταδιακά η πυρετική κίνηση έως την 3^η μετεγχειρητική μέρα που σταμάτησε εντελώς.</p> <p>Το apotel έχει αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες παρόμοιες με αυτές του ακετυλοσαλικυλικού οξέος και ασθενείς αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
			<p>39,0 °C.</p> <p>Ελήφθησαν ζωτικά σημεία: ΑΠ: 175/65 mm/Hg Σφίξεις: 68/min Αναπνοές: 18/ min</p> <p>Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία επί πυρετού: amp aprotel 300mg/ u/ml IM.</p> <p>Χορηγήθηκε το εξής σχήμα ορών: D/W 5% 500cc 1x2 & N/S 1000cc 1x1.</p>	<p>Είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης προσταγλανδινών αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιο αποτελεσματική κατά των ενζύμων του K.N.Σ. από αυτά της περιφέρειας.</p> <p>Δε διαπιστώθηκε διαταραχή του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών και η ασθενής δεν εμφάνισε αφυδάτωση.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Φλεγμονή στο σημείο τραύματος (ερυθρότητα, θερμότητα τραύματος).</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από τη φλεγμονή το συντομότερο δυνατό</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Να δοθεί η κατάλληλη ανακουφιστική και λειτουργική θέση στο σημείο που βρίσκεται το τραύμα</p> <p>Να εφαρμοστούν επισπαστικά επιθέματα προς ανακούφιση της ασθενούς από τη θερμότητα και την ερυθρότητα στην περιοχή του τραύματος.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Φροντίδα – αλλαγή του τραύματος με τήρηση των κανόνων αντησηψίας και ασηψίας.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με σκοπό τη χάλασση των μυών προκειμένου να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο.</p> <p>Έγινε τοποθέτηση επισπαστικών επιθεμάτων για την ανακούφιση του ασθενή.</p> <p>Χορηγήθηκε tab ceclor 500mg 1x4 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χρησιμοποιήθηκε αποστειρωμένο υλικό και πραγματοποιήθηκε περιποίηση του τραύματος σε συνεργασία με το γιατρό.</p>	<p>Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά τη θέση που της δόθηκε και τα επισπαστικά επιθέματα που τοποθετήθηκαν, μετά τη χορήγηση του φαρμάκου</p> <p>ανακουφίστηκε και απαλλάχτηκε πλήρως από τα συμπτώματα της φλεγμονής.</p> <p>Τα ceclor περιέχει την δραστική ουσία cefaclor που είναι αντιφλεγμονώδες αντιβιοτικό και ανήκει στην ομάδα των ημισυνθετικών κεφαλοσπορινών δεύτερης γενιάς.</p>	

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της πορείας επύλωσης της φλεγμονής.</p> <p>Μέτρηση ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα της ασθενούς</p> <p>Εμπλουτισμός με λευκώματα, βιταμίνες κ.λ.π. ενυδάτωση της ασθενούς.</p> <p>Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για γενική αίματος και βιοχημικό έλεγχο.</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>Οι αλλαγές γίνονται μία φορά την ημέρα, τηρήθηκαν οι όροι αντισηψίας και ασηψίας, χρησιμοποιήθηκαν αποστειρωμένες γάζες</p> <p>εμποτισμένες με Betadine (αντισηπτικό διάλυμα) για τον καθαρισμό του τραύματος και τοποθέτηση γαζών fucidine και κλείσιμο του τραύματος με καθαρές γάζες.</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>ΑΠ: 130/80 MM/Hg Θ: 36,3 ° C Σφίξεις: 70/ min Αναπνοές: 18/min</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p> <p>Οι γάζες Fucidin περιέχουν τη δραστική ουσία fusidate sodium και υπάγονται στην κατηγορία των αντιβιοτικών. Η θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα οφείλεται αφενός στην έντονη αντιμικροβιακή τους δράση σε μικροοργανισμούς θετικούς κατά gram που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση δερματικών λοιμώξεων και αφ' ετέρου στην μοναδική ικανότητα αυτού του αντιβιοτικού να εισχωρεί στο ανέπαφο δέρμα.</p>
----------------------------------	-------------------------------------	--	--	--

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικεμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
			<p>Η ασθενής ακολούθησε λήψη τροφής πλούσια σε βιταμίνες, λευκώματα (γαλακτομικά, αυτά, φρούτα).</p> <p>Χορηγήθηκαν στην ασθενή υγρά ενδοφλεβίως και το σχήμα ορών είχε ως εξής: Ringer (L/R) 1000cc 1x2 & Sodium Chloride (N/S) 1000cc 1x1.</p>	<p>Το Beadine περιέχει την δραστική ουσία ponidone dodine 10% μια χημική ουσία που δρα επιφανειακά και παρουσιάζει τις αντισηπτικές ιδιότητες του ιωδίου,</p> <p>Η φλεγμονή φαίνεται ότι υποχωρεί χωρίς να παρουσιαστούν κάποιες επιπλοκές (όπως απόστημα, συρίγγιο κ.α.), παρουσιάστηκε όμως πόνος και πυρετός.</p> <p>Χρησιμοποιείται για την αντισήψη των τραυμάτων, μικροβιακές και δερματικές λοιμώξεις κ.α.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκε παρέκκλιση από τις φυσιολογικές τιμές.</p>

**9.4 Ολιστική και εξατομικευμένη
νοσηλευτική φροντίδα σε
συγκεκριμένους ασθενείς με
κεφαλαλγία**

9.4.1 Α' περιστατικό κεφαλαλγίας

Στις 20/7/2013 ο Ισίδωρος Χ. , ετών 50, πιλότος στο επάγγελμα, επισκέφθηκε το ΤΕΠ του Π.Γ.Ν.Π. με συμπτώματα ισχυρής κεφαλαλγίας, σύγχυσης, δυσκολία συγκέντρωσης καθώς και προβλήματα όρασης.

Ο εφημερεύον ιατρός έκανε λήψη του οικογενειακού και ατομικού ιστορικού του ασθενούς το οποίο περιλαμβάνει:

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Μητέρας: Υποθυρεοειδισμός, εγκεφαλικό επεισόδιο, υψηλή μυωπία

Πατέρα: Υψηλή χοληστερίνη, υψηλή μυωπία και πρεσβυωπία,

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

Παιδικές ασθένειες (ανεμοβλογιά), χειρουργείο για αφαίρεση κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου.

Ο ασθενής ανέφερε στον ιατρό ότι τα συμπτώματα άρχισαν προ τεσσάρων (4) μηνών. Όλο αυτό το διάστημα παρουσιαζόταν ο πονοκέφαλος, κυρίως πρωινές ώρες, στο ίδιο σημείο με συνοδεία ναυτίας και εμετού. Επίσης παραπονέθηκε ότι προοδευτικά επιδειωνόταν σε ένταση και ισχύ. Αυτή ήταν και η αιτία που οδηγήθηκε ο ασθενής στο Νοσοκομείο.

Ο εφημερεύων ιατρός αφού εξέτασε κλινικά τον ασθενή, έγινε α/α εγκεφαλου και διαπιστώθηκε ογκος εγκεφαλου εξαιτίας των παρακάτω συμπτωμάτων:

Από την επικοινωνία του με τον ασθενή παρατήρησε σύγχυση και δυσκολία συγκέντρωσης και ομιλίας.

Παρατηρώντας τον κινησιολογικά διαπίστωσε την απώλεια κίνησης του δεξιού άνω άκρου καθώς και αστάθεια στο περπάτημά του.

Από την οφθαλμολογική εξέταση προέκυψε διπλωπία και μερική απώλεια όρασης του δεξιού οφθαλμού.

Από την ωτορινολαρυγγολογική εξέταση έγιναν αντιληπτές οι διαταραχές του ασθενούς στην ακοή του. Συγκεκριμένα, ο ασθενής είχε εμβοές συνοδεία ιλίγγων. Ακόμη, ο ασθενής δεν παρουσίασε βραδυκαρδία, ταχυκαρδία ή αρρυθμία.

Η πίεσή του ήταν 145/90 mmHg και η θερμοκρασία του 37,2 °C.

Έγινε προεγχειρητικός έλεγχος: εργαστηριακές εξετάσεις στα φυσιολογικά όρια, εκτός από λευκοκυττάρωση και αναστροφή του λευκοκυτταρικού τύπου.

Αιματολογικός έλεγχος

Hb (Hemoglobin)	Αιμοσφαιρίνη	g/dl	A: 13.5-17.5 Γ: 12.0-16.0
Hct (Hematocrit)	Αιματοκρίτης	%	A: 41-53 Γ: 36-46
RBC (Red Blood Cells)	Αριθμός Ερυθρών αιμοσφαιρίων	10 ¹² /L	A: 4.50-6.50 Γ: 3.80-5.80
MCV (Mean Cell Volume)	Μέσος όγκος Ερυθρών αιμοσφαιρίων	fL	78-98
MCH (Mean Cell Haemoglobin)	Μέση περιεκτικότητα Αιμοσφαιρίνης	Pg	26-34
MCHC (Mean Cell Haemoglobin Concentration)	Μέση πυκνότητα Αιμοσφαιρίνης	g/dl	31.5-37.5
RDW-CV (Red Blood Cell Distribution Width-Coefficient Variation)	Εύρος κατανομής μεγέθους Ερυθρών αιμοσφαιρίων (με συντελεστή μεταβλητότητας)	%	11-15
RDW-SD (Red Blood Cell Distribution Width-Standard Deviation)	Εύρος κατανομής μεγέθους Ερυθρών αιμοσφαιρίων (με σταθερή απόκλιση)	fL	37-47
PLT (Platelets)	Αριθμός Αιμοπεταλίων	10 ⁹ /L	150-400
MPV (Mean Platelet Volume)	Μέσος όγκος Αιμοπεταλίων	fL	8-12
PDW (Platelet Distribution Width)	Εύρος κατανομής μεγέθους Αιμοπεταλίων	%	12-28
PCT (Plateletcrit)	Αιμοπεταλιοκρίτης	%	0.190-0.290
WBC (White Blood Cells)	Αριθμός Λευκών αιμοσφαιρίων	10 ⁹ /L	4.0-10.8
Differential count	Λευκοκυτταρικός τύπος (Διαφορική μέτρηση)	%	-
Neutrophils	Ουδετερόφιλα (Πολυμορφοπύρηνα)	%	40-75
Lymphocytes	Λεμφοκύτταρα	%	20-45
Monocytes	Μονοκύτταρα	%	2-10
Eosinophils	Ηωσινόφιλα	%	1-6
Basophils	Βασεόφιλα	%	0-1
Retics (Reticulocytes)	Αριθμός Δικτυοερυθροκυττάρων	%	0.2-2.0
ESR (Erythrocytes Sedimentation Rate)	T.K.E. (Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών αιμοσφαιρίων)	mm/1hr	A: < 12 Γ: < 20

Βιοχημικός έλεγχος

Σίδηρος 45 µg/dl
B-12 500 pg/ml
Φυλλικό Οξύ 11 ng./ml
Ολική Σιδηροδεσμευτική Ικανότητα του Ορού (TIBC) 350 µg/dl
Φερριτίνη 110 µg/L
Ουρία(ορού) 15 mg/dl
Ουρία: 20-50 mg/dl(ούρων) 25g/24ωρο
Κρεατινίνη 0,6 mg/dl
Ουρικό Οξύ(ορού):5,5 mg/dl
Γλυκόζη (σάκχαρο)
(νηστείας): 70-110 mg/dl
Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη (HbA1c) 7,5%
Ελεύθερα Λιπαρά Οξέα (FFA) 8 mg/dl
Τριγλυκερίδια 150 mg/dl
Χοληστερόλη 150 mg/dl
Ολικές Πρωτεΐνες 6,0 g/dl
Λευκωματίνη 5,6 g/dl
Α2-Μακροσφαιρίνη 0,42 g/dl
Απτοσφαιρίνη 8,3 g/dl
Σιδηροφιλίνη (τρανσφερίνη) 360 g/dl
Νάτριο (Na+) 295 mOsm/L
Κάλιο (K+) 125 mmol/24ωρο
Ασβέστιο (Ca++) 8mg/24ωρο
Μαγνήσιο (Mg++) 0,9 mg/dl
Χλωριούχα (Cl-) 96 mmol/L
Φώσφορος (P-5) 4,7mg/dl

Ο ασθενής ενημερώθηκε για την πάθησή του αλλά αρνήθηκε προς το παρόν να κάνει χειρουργείο. Παρ' όλα αυτά εισήχθη στο νοσοκομείο ώστε να γίνουν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις και να του χορηγήσουν το κατάλληλο σχήμα φαρμακευτικής αγωγής.

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p> <p>Άγχος, φόβος και ανησυχία.</p>	<p>Ο ασθενής να αποβάλλει το φόβο το άγχος και την ανησυχία.</p>	<p>Δημιουργία φιλικής και ενημερωτικής συζήτησης με τον ασθενή για τη συγκεκριμένη πάθηση.</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να κάνει ερωτήσεις.</p> <p>Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να νιώσει άνετα στο χώρο του νοσοκομείο.</p> <p>Δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας από το νοσηλευτικό προσωπικό.</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>Αναπτύχθηκε μία ενημερωτική κουβέντα με τον ασθενή και λύθηκαν απορίες για την πάθησή του.</p> <p>Δημιουργήθηκε από μέρος του ασθενούς ένα κλίμα καλύτερης συνεργασίας και ένα αίσθημα ασφάλειας.</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p> <p>Παρατηρείται η μείωση του άγχους και της αγωνίας του ασθενής μετά την συζήτηση που έγινε.</p>
--	--	--	---	--

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Έντονη κεφαλαλγία μεγάλης διάρκειας	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο	Τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για τη χάλασση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία Ήσυχιο περιβάλλον για την ηρεμία και χαλάρωση του ασθενούς	Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση για να συμβάλει στη γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο. Χορηγήθηκε amp zideron 75 mg/ml IM, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Συστήθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο θάλαμο του ασθενούς.	Ο ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά από τη θέση που του δόθηκε και μετά από τη χορήγηση του φαρμάκου.

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p>		<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p>
	<p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p>	<p>Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα με τις εξής τιμές: ΑΠ: 135/75 mm/Hg Θ: 36,6 °C Σφίξεις: 75/ min Αναπνοές: 18/ min</p>	<p>Το zidoveron υπάγεται στην κατηγορία των ναρκωτικών αναλγητικών. Η δεξτροπροποξυφαίνη (dextropropoxyphene) που περιέχεται στο φάρμακο είναι συνθετικός ανταγωνιστής των οπιοειδών – οπιούχων. Ενώνεται με τους υποδοχείς και οδηγεί στη μείωση της αντίληψης των ερεθισμάτων του πόνου. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εξασφάλιση του ήσυχου περιβάλλοντος απάλλαξαν πλήρως την ασθενή από τον πόνο. Η ασθενής δεν παρουσίασε επιδείνωση καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.</p>	

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Δυσκοιλιότητα λόγω της μειωμένης κινητικότητας</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τη δυσκοιλιότητα</p> <p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Χορήγηση υδρικής διαίτας (τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη)</p> <p>Χορήγηση υγρών</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Δραστηριοποίηση – κινητικότητα του ασθενούς στο βαθμό που είναι εφικτό</p> <p>Εφαρμογή υποκλισμού εάν χρειαστεί και εκτίμηση αποτελέσματος</p>	<p>Στον ασθενή δόθηκε η εξής κυτταρινούχος ελαφριά – υδρική διαίτα</p> <p>Το πρωί γάλα με φρυγανιές</p> <p>Το μεσημέρι ψάρι με χόρτα και πορτοκάλι</p> <p>Το βράδυ βραστό κοτόπουλο σε σούπα με λαχανικά</p> <p>Ο ασθενής κατανάλωσε και άφθονα υγρά από το στόμα</p> <p>Τέθηκε υπόθετο Dulcolax sups 10mgr 1x1 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Ο ασθενής κινητοποιήθηκε και περπάτησε εντός του νοσοκομείου</p> <p>Δε χρειάστηκε να γίνει υποκλισμός</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τη δυσκοιλιότητα αφού αποκαταστήθηκε η λειτουργία του εντέρου</p> <p>Η κυτταρίνη και άλλοι πολυσακχαρίτες που δεν πέπτονται προσθέτουν όγκο στα κόπρανα λόγω της ικανότητάς του να κάνουν δεσμούς με το νερό και βοηθούν ιδιαίτερα στη διόδο των προϊόντων που πέπτονται και των προϊόντων που αποβάλλονται μέσω των εντέρων. Με αυτό τον τρόπο βοηθούν στην πρόληψη και τη θεραπεία της δυσκοιλιότητας.</p>

Αξιολόγηση ανταγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
				<p>Το Dulcolax ανακουφίζει από τη δυσκοιλιότητα βοηθώντας το παχύ έντερο να επανέλθει στο φυσιολογικό του ρυθμό, διεγείρει την κίνηση των μυών του παχέος εντέρου υποστηρίζοντας τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.</p> <p>Η κινητοποίηση του ασθενούς βοήθησε στην περισταλτικότητα και κινητικότητα του εντέρου</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές</p>

9.4.2 Β' περιστατικό κεφαλαλγίας

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:

Ηλικία: 19 χρονών

Βάρος: 75 kgr

Καταγωγή: Ελλάδα

Ημερομηνία εισόδου: 9 Αυγούστου 2013

Ημερομηνία εξόδου: 11 Αυγούστου 2013

Αιτία εισόδου: Κεφαλαλγία

Παρούσα κατάσταση: Ασθενής, 19 χρονών εισήχθη το μεσημέρι της Πέμπτης στα Εξωτερικά Ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ρίου Πατρών υποφέροντας από έντονη κεφαλαλγία η οποία τον οδήγησε σε επιληπτική κρίση εντός του νοσοκομείου.

Κατά την **κλινική εξέτασή** του από τον γιατρό που εφημέρευε παρατηρήθηκε ότι ο ασθενής παρουσίαζε όψη πάσχοντος.

Εισήχθη εκτάκτως στην κλινική λόγω της επιληπτικής κρίσης που ακολουθήθηκε.

Με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας έκανε λήψη αίματος και αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων βγήκαν άμεσα και έδειξαν τα εξής:

Αιματολογικός έλεγχος

Hb (Hemoglobin)	Αιμοσφαιρίνη	g/dl	12.0
Hct (Hematocrit)	Αιματοκρίτης	%	36
RBC (Red Blood Cells)	Αριθμός Ερυθρών αιμοσφαιρίων	$10^{12}/L$	3.80
MCV (Mean Cell Volume)	Μέσος όγκος Ερυθρών αιμοσφαιρίων	fl	88
MCH (Mean Cell Haemoglobin)	Μέση περιεκτικότητα Αιμοσφαιρίνης	pg	26
MCHC (Mean Cell Haemoglobin Concentration)	Μέση πυκνότητα Αιμοσφαιρίνης	g/dl	36.5
RDW-CV (Red Blood Cell Distribution Width-Coefficient Variation)	Εύρος κατανομής μεγέθους Ερυθρών αιμοσφαιρίων (με συντελεστή % μεταβλητότητας)	%	12
RDW-SD (Red Blood Cell Distribution Standard Deviation)	Εύρος κατανομής μεγέθους Ερυθρών αιμοσφαιρίων (με σταθερή απόκλιση)	fl	41
PLT (Platelets)	Αριθμός Αιμοπεταλίων	$10^9/L$	250
MPV (Mean Platelet Volume)	Μέσος όγκος Αιμοπεταλίων	fl	10
PDW (Platelet Distribution Width)	Εύρος κατανομής μεγέθους Αιμοπεταλίων	%	16
PCT (Plateletcrit)	Αιμοπεταλιοκρίτης	%	0.190
WBC (White Blood Cells)	Αριθμός Λευκών αιμοσφαιρίων	$10^9/L$	16
Differential count	Λευκοκυτταρικός τύπος (Διαφορική μέτρηση)	%	-
Neutrophils	Ουδετερόφιλα (Πολυμορφοπύρηνα)	%	66
Lymphocytes	Λεμφοκύτταρα	%	34
Monocytes	Μονοκύτταρα	%	10
Eosinophils	Ηωσινόφιλα	%	6
Basophils	Βασεόφιλα	%	0,5
Retics (Reticulocytes)	Αριθμός Δικτυοερυθροκυττάρων	%	1,5
ESR (Erythrocytes Sedimentation Rate)	T.K.E. (Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών αιμοσφαιρίων)	mm/1hr	9

Βιοχημικός έλεγχος

Σίδηρος 45 µg/dl

B-12 500 pg/ml

Φυλλικό Οξύ 11 ng./ml

Ολική Σιδηροδεσμευτική Ικανότητα του Ορού (TIBC) 350 µg/dl

Φερριτίνη 110 µg/L

Ουρία(ορού) 15 mg/dl

Ουρία: 20-50 mg/dl(ούρων) 25g/24ωρο

Κρεατινίνη 0,6 mg/dl

Ουρικό Οξύ(ορού):5,5 mg/dl

Γλυκόζη (σάκχαρο)

(νηστείας): 70-110 mg/dl

Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη (HbA1c) 7,5%

Ελεύθερα Λιπαρά Οξέα (FFA) 8 mg/dl

Τριγλυκερίδια 150 mg/dl

Χοληστερόλη 150 mg/dl

Ολικές Πρωτεΐνες 6,0 g/dl

Λευκωματίνη 5,6 g/dl

A2-Μακροσφαιρίνη 0,42 g/dl

Απτοσφαιρίνη 8,3 g/dl

Σιδηροφιρίνη (τρανσφερίνη) 360 g/dl

Νάτριο (Na⁺) 295 mOsm/L

Κάλιο (K⁺) 125 mmol/24ωρο

Ασβέστιο (Ca⁺⁺) 8mg/24ωρο

Μαγνήσιο (Mg⁺⁺) 0,9 mg/dl

Χλωριούχα (Cl⁻) 96 mmol/L

Φώσφορος (P-5) 4,7mg/dl

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσματος
Έντονη κεφαλαλγία μεγάλης διάρκειας	<p>Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για τη χάλασση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Ήσυχο περιβάλλον για την ηρεμία και χαλάρωση του ασθενούς.</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση για να συμβάλει στη γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο.</p> <p>Χορηγήθηκε δίσκιο Almogran 12,5 mgr per os, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Συστήθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο θάλαμο του ασθενούς.</p>	<p>Ο ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά από τη θέση που του δόθηκε και μετά από τη χορήγηση του φαρμάκου.</p> <p>Το Almogran (Αλμοτριπτάνη) ανήκει στις τριπτάνες. Κάθε δισκίο περιέχει 12,5mgr αλμοτριπτίνη ως αλμοτριπτάνη D, L – μηλικού υδρογόνου.</p> <p>Αν και η αντιμετώπιση ήταν άμεση για την πρόληψη επιπλοκών, ο ασθενής έπαθε 5 λεπτά μετά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής επιληπτική κρίση.</p>

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p>	
<p>Αντικειμενικός σκοπός</p>	
<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p>
<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα με τις εξής τιμές: ΑΠ: 135/75 mm/Hg Θ: 36,6 °C Σφίξεις: 75/ min Αναπνοές: 18/ min</p>
<p>Εκτίμηση αποτελεσματος</p>	

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικεμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Επιληπτική κρίση.</p>	<p>Ο ασθενής να απαλλαγεί το συντομότερο δυνατό από την επιληπτική κρίση και να επανέλθει στην υγιή κατάσταση χωρίς τραυματισμούς.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Εκτίμηση της έντασης και της διάρκειας της Ε.Κ. .</p> <p>Να γίνει χρήση ενός στοματοφαρογγικού αεραγωγού.</p> <p>Τοποθέτηση ασθενούς σε ύπτια θέση με το κεφάλι γυρισμένο στα αριστερά.</p> <p>Εφαρμογή των προστατευτικών μέτρων στο κρεβάτι.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με την ιατρική οδηγία του θεράποντος ιατρού.</p> <p>Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων ανά 2ωρο.</p>	<p>Εκτιμήθηκε η Ε.Κ. Είχε έντονη αύρα και η Ε.Κ. διήρκησε 4 λεπτά.</p> <p>Χρησιμοποιήθηκε ο στοματοφαρυγγικός αεραγωγός που υπήρχε στο κομοδίνο.</p> <p>Ο ασθενής τέθηκε σε ύπτια θέση και γυρίστηκε όλος ο κορμός του σώματός του προς τα αριστερά προς αποφυγή εισρόφησης.</p> <p>Τοποθετήθηκαν τα κάγκελα κατά τη διάρκεια της Ε.Κ. .</p> <p>Η χορήγηση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων τηρείται αυστηρά σύμφωνα με ιατρική οδηγία:</p> <p>Epanutin tabl. 100 mgr per os 1x2 (φαιτονύνη – αντιεπιληπτική δόση) και Gardenal tabl. 100mgr per os 1x1 το βράδυ (φαινοβαρβιτάλη – αντιεπιληπτική δόση).</p>	<p>Ο ασθενής συνήλθε από την επιληπτική κρίση χωρίς να τραυματιστεί και ηρέμησε μετά την tabl. Stedon 10mgr (διαζεπαμίνη – αγχολυτικό).</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
	<p>Ενημέρωση ασθενούς και συνοδών για άμεση ειδοποίησή του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού πριν την έναρξη της επαναλαμβανόμενης Ε.Κ.</p> <p>Λήψη περιφερικού αίματος για γενικές και βιοχημικές εξετάσεις.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της συνολικής κλινικής πορείας του ασθενούς.</p>	<p>Γίνεται καταγραφή Α.Π. και ζωτικών σημείων: 150/85 mmHg (8:00 π.μ.) 170/100 mmHg (10:00 π.μ.) 210/140 mmHg (10:40 π.μ.) (λίγα λεπτά μετά την Ε.Κ.) 180/110 mmHg (11:00 π.μ) 150/95 mmHg (12:00 π.μ.) 130/80 mmHg (2:00 μ.μ.)</p> <p>Δόθηκε amp Stedon 10mgr (διαζεπάμη – αγχολυτικό) μετά την Ε.Κ. με ιατρική οδηγία.</p> <p>Έγινε λήψη περιφερικού αίματος και στάλθηκε για εργαστηριακές εξετάσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους όλες οι τιμές κυμάνθηκαν μέσα στις φυσιολογικές τιμές και δεν υπήρχε καμία απόκλιση.</p>		

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικεμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Στέρωση ύπνου λόγω έντονης κεφαλαλγίας.</p>	<p>Ο ασθενής να ανακουφιστεί από την κεφαλαλγία.</p> <p>Ο ασθενής να απαλλαγεί από την κεφαλαλγία.</p> <p>Ο ασθενής να ηρεμήσει και να κοιμηθεί.</p> <p>Φροντίδα διατολογίου του αρρώστου.</p>	<p>Να εκτιμηθεί ο τύπος και η ένταση της κεφαλαλγίας.</p> <p>Να δοθεί στον ασθενή παυσίπονο φάρμακο βάσει ιατρικής οδηγίας για να απαλλαγεί από την κεφαλαλγία.</p> <p>Υπολογισμός νοσηλείων ώστε να τελειώνουν περίπου στις 10 το βράδυ ώστε να μην διακόπτεται ο νυχτερινός ύπνος.</p> <p>Δημιουργία στο θάλαμο ενός ήρεμου περιβάλλοντος.</p> <p>Ύστερα από τη συνεννόηση του νοσηλευτή με το διαιτολογικό τμήμα, ο ασθενής να φάει κάτι ελαφρύ.</p>	<p>Ο πόνος είναι συνεχόμενος και σύμφωνα με την κλίμακα του πόνου η τιμή του είναι 9-10.</p> <p>Στις 21:00 δόθηκε το τελευταίο φάρμακο της ημερήσιας νοσηλείας και ενημερώθηκε ο ασθενής ότι η πρωινή νοσηλεία θα ξεκινήσει στις 7.</p> <p>Δόθηκε στις 20:00 tabl. Lonalgal (κωδεΐνη – αναλγητική δόση) και στις 21:00 ½ tabl Lexotanil 1,5 mgr (βρωμαζεπάμη – αγχολυτική δόση) μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Ο ασθενής δε θέλησε να αλλάξει στρώμα αλλά ζήτησε ένα μαξιλάρι πιο χαμηλό.</p> <p>Στις 20:00 κλείσαμε το παράθυρο και την κουρτίνα του θαλάμου, ελαχιστοποιήσαμε τον φωτισμό και ρυθμίσαμε τη θερμοκρασία του δωματίου στους 25 °C.</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο με τη χορήγηση της ταμπλέτας Lonalgal (κωδεΐνη – αναλγητική δόση) και μετά την χορήγηση της ½ tabl. Lexotanil 1,5 mgr (βρωμαζεπάμη – αγχολυτική δόση) σύμφωνα με τη χορηγία του θεράποντος και τη δημιουργία ενός ήρεμου δωματίου ο ασθενής κοιμήθηκε.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
			<p>Χορηγήθηκε ένα ζεστό γάλα με φρυγανιές προς χαλάρωση του Νευρικού Συστήματος.</p>	

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Άγχος – φόβος για την έκβαση της πάθησης.</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το άγχος ή να περιοριστεί όσο αυτό είναι εφικτό.</p> <p>Να απαλλαγεί ο ασθενής από το άγχος και το φόβο του.</p>	<p>Επικοινωνία – συζήτηση με τον ασθενή ώστε να κατανοήσει τη δυσκολία του προβλήματός του και την έκβαση της πάθησής του ώστε να επανέλθει ηρεμία.</p> <p>Να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήσεις και απορίες του ασθενούς.</p> <p>Να έρθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν την ίδια εμπειρία με την συγκεκριμένη πάθηση με τον ίδιο.</p> <p>Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς (ψυχολόγο – ψυχίατρο) εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.</p>	<p>Έγινε επικοινωνία με λεπτομερή ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση του και εδόθη ψυχολογική υποστήριξη τονίζοντάς του, ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα κάνει ότι είναι δυνατόν ώστε να επανέλθει στην καθημερινότητά του και να ανακτήσει τις σωματικές και ψυχικές δυνάμεις του και να ξεπεράσει την πάθησή του.</p> <p>Χορηγήθηκε tab Lexotanil 3mg 1x1 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Δε χρειάστηκε βοήθεια από ψυχολόγο – ψυχίατρο, διότι αφενός βοήθησε η ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αφετέρου η συνομιλία του ασθενούς που είχε με άλλον ασθενή με το ίδιο πρόβλημα.</p>	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς είχε θετικά αποτελέσματα. Επίσης, στη χαλάρωση – ηρεμία του ασθενούς συνέβαλε και η χορήγηση Lexotanil.</p> <p>Το Lexotanil είναι ηρεμιστικό, περιέχει την δραστική ουσία βρωμαζεπάμη, η οποία ανήκει στην ομάδα των φαρμάκων που είναι γνωστά ως βενζοδιαζεπίνες. Η βενζοδιαζεπάμη ελαττώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες 1 – 2 ώρες μετά τη χορήγηση του φαρμάκου από το στόμα.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>

<p>Αξιολόγηση αναγκών</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p>
		<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με τους οικείους του προς υποστήριξη των ίδιων αλλά και του ασθενούς.</p>	<p>Έγινε συζήτηση με τους οικείους του ασθενούς, με αποτέλεσμα να βοηθήσουν τον ασθενή τους.</p>	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Δυστυχώς, διεθνώς ο πόνος δεν ελέγχεται επαρκώς. Έχει διαπιστωθεί ότι ο γιατρός από φόβο για τις παρενέργειες των αναλγητικών φαρμάκων χορηγεί δοσολογίες σε μικρότερες δόσεις με αναπόδραστη συνέπεια την αναποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής.

Πρέπει να τονιστεί η επιτακτική ανάγκη γνωστοποίησης για το παγκόσμιο πρόβλημα του πόνου, τις διαστάσεις του καθώς και για την αυξημένη ευθύνη που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο πόνος είναι συνυφασμένος με τη ζωή του ανθρώπου. Από τη μία πλευρά θα μπορούσε να χαρακτηριστεί χρήσιμος, καθότι προειδοποιεί για πιθανό κίνδυνο. Από την άλλη, όμως, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί βασανιστικός διότι κάνει τον άρρωστο να υποφέρει και βλαβερός γιατί με τις επιπτώσεις του αυξάνει τη νοσηρότητα.

Η κεφαλαλγία, αν και είναι μια μορφή ασθένειας, δεν έχει βρεθεί τρόπος εξάλειψής της. Παρόλα αυτά, η καλή διατροφή, η καθημερινή άσκηση, ο ύπνος και η ποιοτική ζωή είναι παράγοντες που θωρακίζουν τον οργανισμό ως ένα βαθμό. Στον αντίποδα, το άγχος, η κούραση και πολλές συνήθειες που έχει αποκτήσει ο σύγχρονος άνθρωπος, καθότι ο χρόνος και η εξέλιξη κινούνται σε ραγδαίους ρυθμούς, έχει πολλές φορές βλαβερές συνέπειες στον οργανισμό του, στην ψυχρόσύνθεσή του με αποτέλεσμα ο κακός τρόπος ζωής του να «αντανακλάται» στο σώμα του και στις υπάρχουσες ή επικείμενες παθήσεις του.

Ανεξάρτητα από το αίτιο πρόκλησης, ο πόνος επιδρά στον τρόπο ζωής, την κινητικότητα, τον ύπνο και τη δραστηριότητα του ασθενούς. Έχει σαν αποτέλεσμα τη φυσική και ψυχική καταπόνηση, την κοινωνική απομόνωση και την αυξημένη ζήτηση νοσοκομειακών κλινών.

Αν και η επιστήμη και η τεχνολογία προσφέρουν προληπτικά πολλά μέσα καταστολής του, ο πόνος περισσεύει στους ανθρώπους. Είναι μοναδική εμπειρία, αποκλειστικά προσωπική, η οποία δύσκολα βιώνεται από τους άλλους και μόνο οι συνέπειες της διαπιστώνονται. Αυτό συμβαίνει γιατί ο πόνος δεν κατανοείται μόνο με τη λογική και τη γνώση.

Τέλος, η νοσηλευτική χρήζει ανάγκης εξοπλισμού με αυταπάρνηση, κατανόηση, υπομονή και αγάπη για να ανακουφίσει τον άνθρωπο που βρίσκεται στο κρεβάτι του πόνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Geer C.* . After the Science. American Journal of Nursing 2013, 113 (5), 72.
2. *Graff-Radford SB, Reeves JL, Jaeger B.* . Management of chronic head and neck pain: effectiveness of altering factors perpetuating myofascial pain. Headache 1987, 27 , 186 – 90.
3. *Αρμένη Κ.* . Η ιστορία της αναλγησίας στην Ελλάδα από την αρχαιότητα έως σήμερα. Επίτομος. Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ιωάννινα 2010, 53 – 87.
4. *Κολοβός Π. , Σουρτζή Π.* . Η έννοια της συμμετοχής στη φροντίδα υγείας. Νοσηλευτική 2007, 46 (1), 38 – 47.
5. *Curry M.* . Culture's Effects on Pain Assessment and Management. American Journal of Nursing 2010 , 110 (4), 38 – 47.
6. *Κούτα Χ.* . Υγεία και κουλτούρα. Νοσηλευτική 2007, 46 (2), 176 – 180.
7. *Lucille A.* . The Fifth Vital Sign: Pain. American Journal of Nursing 1999, 99 (2), 9.
8. *Bovim G.* . Cervicogenic headache, migraine, and tension-type headache: pressure-pain threshold measurements. Pain 1992, 51 (169), 63
9. *Γουλές Δημήτρης* . Εννοιολογία του πόνου – Ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά. Επίτομος. Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Αθήνας. Αθήνα 2002. 92 – 105
10. *Παπαδόπουλος Γ. , Τάχιας Φ.* . Η θεραπεία του πόνου διαμέσου των αιώνων. Νοσηλευτική 2008, 47 (1), 37 – 44.
11. *Κυρίτση Φ.* . Εξισορρόπησης της ανθρώπινης υπόστασης. Η Ορθόδοξη Χριστιανική Προσέγγιση. Νοσηλευτική 2007 , 46 (3), 309 – 317.
12. *Ανδρονίκου Μ.* . Η έννοια του πόνου Όμηρος – Ησίοδος – Αισχύλος . Επίτομος . Εκδόσεις Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη 2003.
13. *Λώλα Κ.* . Ιστορική αναδρομή της θεραπείας του πόνου. Επίτομος. Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ιωάννινα 2010.
14. *Αστρακάκη Ε.* . Ερμηνευτική προσέγγιση της «αναισθησίας», του «ύπνου» και του «πόνου» στην Αρχαία Ελλάδα, Μαρτυρίες αρχαίων συγγραφέων. Επίτομος . Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Κρήτης. Κρήτη 2010. 72 – 105.
15. *Σκανδαλάκη Ν. , Χατζηνικολάου Α.* . Η παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στα Ασκληπεία της αρχαίας Ελλάδας. Νοσηλευτική 2007, 46 (3), 326 – 334.

16. **Θεοδωρόπουλος Ιωάννης** . «Μεταξύ φιλοσοφίας και παιδαγωγικής», Εκδόσεις Κορφή, Αθήνα 1999
17. **Κοτρώτσιου Ε. , Τζούνης Ε.** . Η επίδραση της πνευματικής ζωής στην υγεία του ανθρώπου. Νοσηλευτική 2008, 47 (4), 433 – 441
18. **Κούτα Χ.** . Υγεία και κουλτούρα. Νοσηλευτική 2007, 46 (2), 176 – 180.
19. **McCaffery M, Passero C.** . Pain clinical manual. St Louis, Mosby Inc, 1999, 35–102
20. **Melzack R, Wall PD.** . Pain mechanisms: a new theory. Science 1965, 150, 971–979
21. **Montes-Sandoval I.** . An analysis of the concept of pain. J Adv Nurs 1999, 29, 935–941
22. **Lucille A.** . The Fifth Vital Sign: Pain. American Journal of Nursing 1999, 99 (2), 9
23. Berlitz P. (2005). Memorix Neurology, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 137
24. **Λογοθέτης Ι., Μυλωνάς Ι.** . Νευρολογία Λογοθέτη. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2004, 315- 317
25. **Maureen L.** . Pain as the fifth vital sign. J Intr Nurs 2001, 24, 85–94
26. **Acello** . Assessing Pain At Face Value. American Journal of Nursing 1990, 99 (6), 16.
27. **Βαδαλούκα Α.** . Με ενδιαφέρει, οξύς και χρόνιος πόνος. Νοσηλευτική 2005, 46 (2), 46 – 57.
28. **Αργύρα Ε, Βαδαλούκα Α, Σιαφάκα Ι, Αναστασίου Ε, Παπαδόπουλος Γ.** . Θεραπεία οξέως και χρόνιου πόνου. Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα 2006, 6–27
29. **Γεωργίου Α.** . Ο χρόνιος πόνος και η αντιμετώπισή του. Περιοδικό Αρεταίος, Σεπτέμβριος 1999, 3 (9), 28 – 30.
30. **Merskey H, Bogduk N.** . Classification of chronic pain, IASP Press., Seattle 1994, 6 (4), 34-51.
31. **Decosterd I, Woolf CJ.** . Freud in the 20th century. A review of theory for pain treatment in chronic illness. Medline 2000, 87 (2), 149 – 158.
32. **Bonica JJ.** History of pain concepts and pain therapy. Mt Sinai Med 1991, 58, 191–202.
33. **Μισουρίδου Ε.** . Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή- ασθενή. Νοσηλευτική 2007, 46 (3), 374 – 380.

34. **Curry M.** . Culture's Effects on Pain Assessment and Management . American Journal of Nursing 2010, 110 (4), 38 – 47.
35. **Kennedy** . From the National Institute of Nursing Research: Pain Management from the Patient's Perspectiv. American Journal of Nursing 2009 , 109 (2), 23.
36. **Kantor** . The Signs of Pain. American Journal of Nursing 1999, 99 (6), 16.
37. **Stanton** . Addiction and Pain Control. American Journal of Nursing 1997, 97 (7), 18.
38. **Horsman** . Standing Orders for Pain. American Journal of Nursing 2000, 100 (3), 14.
39. **Carlsson AM.** . Assessment of chronic pain. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. Medline 1983, 16 (1) , 87-101 .
40. **Wright** . Pain Control in the Elderly. American Journal of Nursing 2011, 111 (7), 13.
41. **Ακύρου Α.** . Εργαλεία αξιολόγησης του πόνου: μπορεί ο πόνος να μετρηθεί; . Νοσηλευτική 1996, 35 (2), 91 – 99.
42. **Singer AJ, Garra G, Chohan JK, Dalmedo C, Thode HC Jr.** . Triage pain scores and the desire for and use of analgesics. Ann Emerg Med 2008, 52, 689–695.
43. **Noble B, Clark D, Meldrum M, ten Have H, Seymour J, Winslow M et al** . The measurement of pain, 1945–2000. J Pain Symptom Manage 2005, 29, 14–21
44. **Loeb L. J.** . Assessing Pain At Face Value. American Journal of Nursing 1999, 99 (6), 16
45. **Τσακρακλίδης Β.** . Βασική Ανατομική με κλινικό προσανατολισμό. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2008, 123 – 135.
46. **Γιγής Π. , Τσικαράς Π.** . Ανατομή του Ανθρώπινου Σώματος. Εκδόσεις University Studio, Αθήνα 1997, 46 – 82.
47. **Guyton G. Arthur.** Ιατρική φυσιολογία: τόμος Β. 8η έκδοση. Μετάφραση: χατζημηνάς, Ι. και συνεργάτες. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανός, 1992
48. **Guyton G. Arthur.** Φυσιολογία του ανθρώπου. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, 3η έκδοση, 1984
49. **Bogduk N.** . Anatomy and physiology of headache. Biomed Pharmacother 1995, 49, 435 – 9.

50. **Marcus DA, Scharff L, Mercer S, Turk DC** . Musculoskeletal abnormalities in chronic headache: a controlled comparison of headache diagnostic groups. *Headache* 1999, 39, 21 – 24.
51. **Vernon H, Steiman I, Hagino C** . Cervicogenic dysfunction in muscle contraction headache and migraine: a descriptive study. *J Manip Physiol Ther* 1992, 15, 418 – 22.
52. **Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J** . Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991, 44, 1147 – 51.
53. **Langermark M, Jensen K, Jensen TS, Olesen J** . Pressurepain thresholds and thermal nociceptive thresholds in chronic tension-type headache. *Pain* 1989, 38, 203 – 205.
54. **International Headache Society Classification Committee** . Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. *Cephalalgia* 1988, 8:9 – 16.
55. **Zwart JA** . Neck mobility in different headache disorders. *Headache* 1997, 37, 6 – 10.
56. **Sjaastad O, Fredriksen TA, Stolt-Nielsen A et al** . Cervicogenic headache: a clinical review with a special emphasis on therapy. *Funct Neural* 1997, 12, 305.
57. **Jensen R, Rasmussen BK** . Muscular disorders in tensiontype headache. *Cephalalgia* 1996, 16, 97 – 101.
58. **Edmeads J** . Plenary session on headache cervicogenic headache, *Pain Res Manage* 1996, 1, 119 – 26.
59. **Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V** . Cervicogenic headache: diagnostic criteria. *Headache* 1998, 38, 442 – 9.
60. **Hildebrandt J, Jansen J** . Vascular compression of the C2 and C3 roots: yet another cause of chronic intermittent hemicrania. *Cephalalgia* 1984, 4, 167 – 70.
61. **Hastings , Brian** . Childhood Migraines. *American Journal of Nursing* 2000, 100 (2), 12
62. **Diane S** . New Drug Approval. *American Journal of Nursing* 2009, 109 (10), 32
63. **Diane S** . Novel Delivery Method For Migraine Drug. *American Journal of Nursing* 2013, 113 (7), 22

64. **Janda V.** . Muscles and motor control in cervicogenic disorders: assessment and management. In Grant R, editor: Physical therapy of the cervical and thoracic spine, ed 2, Churchill- Livingstone New York, 1994.
65. **Εθνικό Συνταγολόγιο.** «Φάρμακα κατά της ημικρανίας», τελευταία αναθεώρηση : 18 Ιουλίου 2001.
66. **Iliadou M.** . Labour pain and pharmacological pain relief practice points. Health Science Journal 2009, 3 (4), 197 – 201.
67. **Τσόχας Κ.** . Κλινική Φαρμακολογία 1. Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1996, 53 – 69.
68. **Sneider W.** . The discovery of aspirin: a reappraisal. BMJ 2000, 321, 23 – 30.
69. **Χατζηδάκης Ν.** . Πόνος, μετεγχειρητικός – Χρόνιος, σύγχρονη αντιμετώπισή του. Πρακτικά: 20ο ετήσιο πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο. Χαλκιδική: 18 – 19 Μαΐου 1993.
70. **Jacobson J.** . Controlling Chronic Noncancer Pain in an Era of Opioid Misuse. American Journal of Nursing 2012, 112 (9), 19 – 21.
71. **Singer AJ, Garra G, Chohan JK, Dalmedo C, Thode HC Jr.** . Triage pain scores and the desire for and use of analgesics. Ann Emerg Med 2008, 52, 689 – 695.
72. **Puntillo K, Neighbor M, Chan GK, Garbez R.** . The influence of chief complaint on opioid use in the emergency department. J Opioid Manag 2006, 2, 228 – 235.
73. **Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting.** American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management. Anesthesiology 1995, 82, 1071 – 81.
74. **Fullo-Muller R.** . Triumph over pain. The story of anaesthesia . New York edition, New York 1938, The Literacy Guild of America Inc, , 2, 15–19
75. **Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting.** An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management. Anesthesiology 2004 , 100 (6), 1573 – 81.
76. **Grass JA.** . Patient-controlled analgesia. Anesth Analg 2005, 101, 44 – 61.
77. **Macintyre PE.** Intravenous patient-controlled analgesia: one size does not fit all. Anesthesiol Clin North America 2005, 23 , 109 – 123.
78. **Ready BL, Oden R, Chadwick HS, et al.** . Development of an anesthesiology-based postoperative pain management service. Anesthesiology 1988, 68, 100-106.
79. **Breivik H.** Acute Pain Services- Safety Aspects. In: Van Zundert A., ed. Scandianavian perspectives in regional anaesthesia and pain control. Barcelona, Spain: Permanyer Publications, 1994, 80 – 91.

80. **Rawal N.** . Organization, function, and implementation of acute pain service. *Anesthesiol Clin North America* 2005, 23, 211-225.
81. **Sinatra RS.** Acute Pain Management and Acute Pain Services. In: Cousins MJ, Bridenbaugh PO, eds. *Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Pain Management*. Philadelphia, USA: Lippincott- Raven Publishers, 1998, 793 – 835.
82. **Παπαδόπουλος Γ.** Η εξέλιξη της Αναισθησιολογίας. Θεσσαλονίκη, University Studio Press 1999, 17, 21–29, 109–118.
83. **Παπαδόπουλος Γ.** . Οι πρωτεργάτες της Αναισθησιολογίας και τα αναισθησιολογικά μηχανήματα. Ιωάννινα, Εκδόσεις Εφύρα, 2004, 18–37, 94–102
84. **Grant PS.** Analgesia delivery in the ED. *Am J Emerg Med* 2006, 24 , 806 – 809.
85. **Lewen H, Gardulf A, Nilsson J.** . Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. *Scand J Caring Sci* 2010, 24, 764 – 771.
86. **Renee Gecsed** . Incorporating Alternative Therapies into Pain Management: More patients are considering complementary approaches, *American Journal of Nursing* 2001, 101 (4) , 35 – 39.
87. **Ζώης Κ. , Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε.** . Η κουλτούρα των επαγγελματιών Υγείας και η υποθεραπεία του πόνου. *Νοσηλευτική* 2008, 47 (2) , 167 – 174.
88. **Ιωάννη Παπαθανασίου, Ευαγγελία Κοτρώτσιου** . Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας πόνου, *Νοσηλευτική* 2000, 2, 131 – 138.
89. **Pfeifer G.** . Transforming Pain Care: An IOM Report. *American Journal of Nursing* 2011, 111 (9) , 18
90. **Adriane Fugh - Berman, M.D.** . Εναλλακτική Ιατρική. Εκδόσεις Αρχιπέλαγος. Αθήνα Ιούνιος 1998, 75 – 124.
91. **Μιλτιάδης Καράβης** . Φυσιολογία του βελονισμού. Εκδόσεις Ζεβελεκάκη. Αθήνα 1999. 126 – 152.
92. **Κωνσταντή Ζ., Γκούβα Μ., Μαντζούκας Σ., Πετρίδης Α., Ευτυχίδου Ε., Μαυρέας Β., Δαμίγος Δ.** . Στάσεις και Γνώσεις Νοσηλευτών και Γιατρών ως προς τη διαχείριση του Πόνου. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2010. 2 (1) , 37 – 46.
93. **Σταθοπούλου Χ.** . Μάθηση βασισμένη στη διερεύνηση του προβλήματος , εφαρμογή στη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική* 2007, 46 (1) , 48 – 54.
94. **Ραγιά Αφροδίτη** . Πόνος και Νοσηλευτική: Ολιστική Προσέγγιση. *Νοσηλευτική* 1991, 4 (4) , 242 – 250.
95. **Κούτα Χ.** . Υγεία και κουλτούρα. *Νοσηλευτική* 2007, 46 (2) , 176 – 180.

96. **Μάτζιου Β.** . Ο πόνος του παιδιού – Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Νοσηλευτική 1993. 32 (2), 84-87.
97. **Μισουρίδου Ε.** . Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή- ασθενή. Νοσηλευτική 2007, 46 (3), 374 – 380.
98. **Μαντζούκας Σ.** . Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. Νοσηλευτική 2007, 46 (1), 88 – 98.
99. **Κολοβός Π. , Σουρτζή Π.** . Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στην οργάνωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Νοσηλευτική 2006, 45 (1), 32 – 40.
100. **Κολοβός Π. , Σουρτζή Π.** . Η έννοια της συμμετοχής στη φροντίδα υγείας. Νοσηλευτική 2007, 46 (1), 38 – 47.
101. **McMillan SC, Tittle M, Hagan SJ, Small BJ.** . Training pain resource nurses: changes in their knowledge and attitudes. Oncology Nursing Forum 2005. 32 (4) , 835-42.
102. **Pellino TA, Willens J, Polomano RC, Heye M.** . The American Society of Pain Management Nurses practice analysis: role delineation study. Pain Manag. Nurs. 2002, 3 (1) , 2-15.
103. **Puntillo K, Neighbor M, O' Neil N, Nixon R.** . Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. Pain Manag. Nurs.2003, 4 (4) , 171-5.
104. **Τσιγάρα Χ.** . Πόνος και νοσηλευτική παρέμβαση. Πρακτικά: 18ο ετήσιο πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο. Αθήνα: 14 – 16 Μαΐου 1991.
105. **Foley K.** . Dismantling the barriers: providing palliative and pain care. Med Stud J Am Med Assoc 2000, 283, 115.
106. **Kehlet H, Dahl JB.** The value of “multi-modal” or “balanced analgesia” in postoperative pain treatment. Anesth Analg 1993, 77, 1048 – 1056.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όπως έγινε αντιληπτό στην παρούσα εργασία ο πόνος και η κεφαλαλγία είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινότητα του ανθρώπου, σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, σε όλους τους τομείς της ζωής του. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε που η κεφαλαλγία έχει χαρακτηριστεί ως «η δέκατη αναπηρία».

Σκοπός:

Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με σύγχρονες και επαρκείς γνώσεις σχετικά με το πρόβλημα του πόνου, τις συμβατικές και εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας του πόνου και την εφαρμογή της «φυσικής ενέργειας» για θεραπευτικούς σκοπούς με τη χρήση των φυσικών και φαρμακευτικών μέσων.

Παράλληλα, στόχος ήταν να εξεταστεί η επίδραση των γνώσεων που υπάρχουν, σχετικά με το θέμα αυτό, στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος του χρόνιου πόνου και στην προσδοκώμενη ποιότητα ζωής των ασθενών που υποφέρουν.

Συμπερασματικά:

Η οικοδόμηση συστημάτων διαχείρισης του πόνου στην Ελλάδα, το οποίο θα στελεχώνεται από εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είναι το επόμενο κρίσιμο βήμα για τη βελτίωση των εκβάσεων των ασθενών στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάστασή τους από τον χρόνιο ή οξύ πόνο και αυτό διότι στην παρούσα φάση υπάρχει πρόσβαση, στις περισσότερες περιοχές της Ελλάδας, στην αντιμετώπιση με ανεπαρκή αποτελέσματα. Οι ειθύνοντες υπηρεσιών υγείας και οι σχεδιαστές πολιτικής σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο μπορούν να παρέχουν σημαντική βοήθεια στην βελτίωση ζωής των ατόμων με χρόνια και οξύ πόνο καθώς και των ασθενών που πάσχουν από το ευρύ φάσμα των κεφαλαλγιών.

SUMMARY

As understood in this paper as pain and headache are important factors affecting the everyday life of man, in the whole range of activities in all areas of life. It is no coincidence that the headache has been called " the tenth disability ."

Purpose :

The purpose of this study was to examine the degree of awareness of the nursing staff with modern and adequate knowledge on the problem of pain, conventional and alternative methods of pain treatment and application of 'natural energy' for therapeutic purposes by using natural remedies .

At the same time , the aim was to examine the effect of existing knowledge on the subject, to effectively address the problem of chronic pain and the expected quality of life of patients who are suffering.

Conclusion :

Building management of pain in Greece , which will consist of specialized medical and nursing staff is the next crucial step to improve the outcomes of patients in the prevention, treatment and rehabilitation of chronic or acute pain and this is because at this stage accessible in most parts of Greece, in dealing with unsatisfactory results . Producers of health services and policy-makers at local, regional and national level can provide important help to improve life for people with chronic and acute pain , and for patients suffering from a wide range of headaches .