

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ

ΣΙΝΑΝΗ ΓΕΩΡΓΙΑΣ



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΑΚΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

199a

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

Α' ΜΕΡΟΣ ΓΕΝΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	3
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	7
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	10
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	13
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ	20
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	29
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	31
ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	33
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ	39
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ	48

Β' ΜΕΡΟΣ ΕΙΔΙΚΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	51
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	75
1η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	75
2η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	84
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	92

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια αν και δεν είναι τόσο συχνή πάθηση αποτελούν σοβαρό ιατροκοινωνικό πρόβλημα αφού συγκροτούν την τρίτη αιτία θανάτου και ευθύνονται για μεγάλο αριθμό σωματικών υπολειμματικών καταστάσεων (ημιπληγιών, σφασσιών κλπ).

Οι ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια έχουν ανάγκη πολύπλευρης βοήθειας από τη στιγμή της εισβολής της νόσου και στις περισσότερες περιπτώσεις εφ'όρου ζωής.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στον ασθενή και η ανάγκη πολύπλευρης βοήθειας που χρειάζεται με προβλημάτισαν πάρα πολύ και με οδήγησαν να ασχοληθώ στην πτυχιακή μου εργασία με αυτό το θέμα.

Η εργασία μου περιλαμβάνει δύο μέρη: Στο γενικό μέρος, αναφέρω την εισαγωγή, στοιχεία ανατομίας, φυσιολογίας, επιδημιολογίας και παράγοντες κινδύνου, παθολογίας, ταξινομήση των εγκεφαλικών επεισοδίων, τη διάγνωση, πρόγνωση, παρακλινικές εξετάσεις, θεραπεία και τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα μετά την εγκεφαλική προσβολή. Στο Ειδικό μέρος, αναφέρω τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Εφαρμόζω τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε δύο περιπτώσεις ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, παρέχοντας εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Πυρήνας και ουσία ολοκλήρου της διαπροσωπικής νοσηλευτικής διεργασίας αποτελεί η εξατομικευμένη και ολοκλη-

ρωμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Με τη φροντίδα αυτή θέλω να βοηθήσω τους αρρώστους όχι μόνο να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα αλλά και να τους βοηθήσω να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και αυτάρκεια και να μπορέσουν να συνεχίσουν μια φυσιολογική ζωή.

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Ο εγκέφαλος αιματώνεται από τέσσερις μεγάλες αρτηρίες τις δύο έσω καρωτίδες αρτηρίες και τις δύο σπονδυλικές αρτηρίες.

Η έσω καρωτίδα αρτηρία αιματώνει το μεγαλύτερο μέρος του προσθίου τμήματος του εγκεφάλου, εντός της σκληρής μήνιγγας χορηγεί την οπίσθια αναστομωτική αρτηρία και την πρόσθια χοριοειδή αρτηρία και μετά υποδιαιρείται σε δύο μεγάλους τελικούς κλάδους την πρόσθια εγκεφαλική αρτηρία και τη μέση εγκεφαλική αρτηρία.

Η πρόσθια χοριοειδής αρτηρία πορεύεται κατά μήκος της οπτικής ταινίας στο χοριοειδές πλέγμα του κροταφικού κέρατος της πλάγιας κοιλίας χορηγεί μικρούς κλάδους για την αγγείωση της οπτικής ταινίας, του κροταφικού γόνατος της οπτικής ακτινοβολίας.

Η πρόσθια εγκεφαλική αρτηρία πορεύεται στην έσω επιφάνεια του ημισφαιρίου κατά μήκος και πάνω από το μεσολόβιο. Οι δύο πρόσθιες εγκεφαλικές αρτηρίες συνδέονται με την πρόσθια αναστομωτική αρτηρία. Μετά τη χορήγησή της αναστομωτικής αρτηρίας εκφύεται η παλίνδρομη έσω ραβδωτή αρτηρία του HEUBNER. Οι βραχείς κεντρικοί κλάδοι της πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας φέρονται στο οπτικό χίασμα, το διαφανές διάφραγμα, το ρύγχος και το γόνα του μεσολοβίου. Η περιοχή διανομής της πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας επεκτείνεται λίγο και στην αντίστοιχη έξω επιφάνεια.

Η μέση εγκεφαλική αρτηρία φέρεται προς τα έξω προς την πλάγια σχισμή υπό την πρόσθια διάτρητη ουσία και χορηγεί

ραβδωτούς κλάδους που εισέρχονται στην εγκεφαλική ουσία.

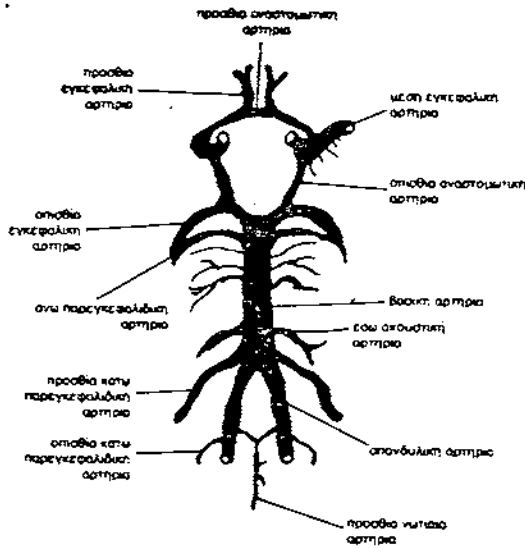
Η οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία χορηγεί μερικούς βραχείς κλάδους για τα σκέλη της εγκεφάλου, το προσκεφάλαιο, τα γονατώδη σώματα, το τετρόδυμο και το σπληνίο του μεσολοβίου.

Οι σπονδυλικές αρτηρίες εισέρχονται στο κύτος του κρανίου από το μείζον ενιακό τμήμα και κατά το άνω όριο της πρόσθιας επιφάνειας του προμήκη μυελού συνενώνονται και σχηματίζουν τη μονοφυή βασική αρτηρία. Αυτή ανέρχεται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας της γέφυρας και κατά το άνω όριό της διχάζεται στις δύο οπίσθιες εγκεφαλικές αρτηρίες. Από κάθε σπονδυλική αρτηρία εκφύεται η οπίσθια κάτω παρεγκεφαλική αρτηρία.

Ο κύκλος του WILLIS. Οι δύο οπίσθιες αναστομωτικές αρτηρίες αμφοτερόπλευρα συνδέουν την οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία με την έσω καρωτίδα αρτηρία έτσι ώστε το αίμα των σπονδυλικών αρτηριών επικοινωνεί με το αίμα της καρωτιδικής κυκλοφορίας. Οι δύο πρόσθιες εγκεφαλικές αρτηρίες συνδέονται με την πρόσθια αναστομωτική αρτηρία. Έτσι στη βάση του εγκεφάλου σχηματίζεται ένας πλήρης αρτηριακός κύκλος. Ο κύκλος του WILLIS εξυπηρετεί την αρτηριακή επικοινωνία μεταξύ δεξιάς και αριστερής καρωτίδας καθώς και μεταξύ καρωτιδικού και σπονδυλοβασικού συστήματος. Σε συνθήκες φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης κάθε ημισφαίριο αιματώνεται με το αίμα της ομόπλευρης έσω καρωτίδας και της ομόπλευρης οπίσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας.

Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζονται οι αρτηριακοί κλάδοι του καρωτιδικού και σπονδυλοβασικού συστήματος.

23 ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ



Εικ. 8. Αρτηριακοί κλάδοι του καρωτιδικού και σπονδυλοβαρικού συστήματος.

ΦΛΕΒΕΣ

Οι μεγαλύτερες φλέβες βρίσκονται στον υπαρχνοειδή χώρο των κυρτών επιφανειών του εγκεφάλου μερικές εν τω βάθει φλέβες πορεύονται υπό το επένδυμα. Οι φλέβες του εγκεφάλου διακρίνονται σε δύο μεγάλες ομάδες: τις επιπολής φλέβες που αποχετεύουν το αίμα τους στους φλεβώδεις κόλπους της σκληρής μήνιγγας και τις εν τω βάθει που εκβάλλουν στη μεγάλη φλέβα του εγκεφάλου.

Οι επιπολής φλέβες του εγκεφάλου διακρίνονται σε 2 ομάδες τις άνω εγκεφαλικές φλέβες, και τις κάτω εγκεφαλικές φλέβες.

Οι κάτω εγκεφαλικές φλέβες είναι η επιπολής μέση εγκεφαλική φλέβα, η άνω αναστομωτική φλέβα, η κεντρική φλέβα του ROLAND η κάτω αναστομωτική φλέβα. Οι εν τω βάθει φλέ-

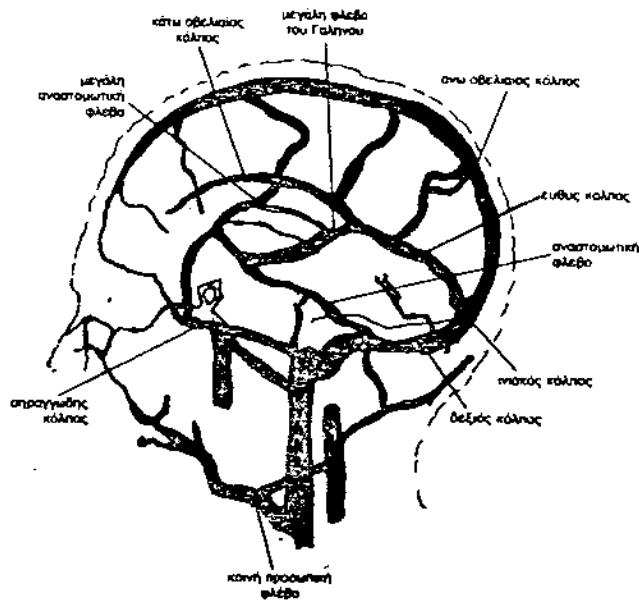


βες συλλέγουν αίμα από το διάμεσο εγκέφαλο από τα βασικά γάγγλια των ημισφαιρίων, και από την εν τω βάθει μοίρα της λευκής ουσίας.

Οι εν τω βάθει φλέβες εκβάλλουν στη μεγάλη φλέβα του εγκεφάλου του Γαληνού.

Οι εν τω βάθει φλέβες είναι: η μεγάλη φλέβα του εγκεφάλου, η βασική φλέβα, η πρόσθια εγκεφαλική φλέβα, η έσω εγκεφαλική φλέβα, και η θαλαμοραβδωτή.

Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζεται το φλεβικό σύστημα του εγκεφάλου.



Εικ. 13. Φλεβικό σύστημα του εγκεφάλου.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Ο εγκέφαλος παίρνει 800 ML αίμα και 52 ML οξυγόνο στο λεπτό. Φυσιολογικά μεταβολίζει μόνο οξυγόνο και γλυκόζη εκτός των περιπτώσεων στέρησης όπου έχει τη δυνατότητα μέχρι και 30% της ενεργειακής του ανάγκης να την προμηθευτεί από κετόνες. Ο εγκέφαλος με την καύση της γλυκόζης παράγει αδενοσινωτριφωσφορικό (ATP) το οποίο χρησιμοποιεί για τη σύνθεση όλων των απαραίτητων στοιχείων του πλην των απαραίτητων αμινοξέων και λιπαρών οξέων. Ο εγκέφαλος ακόμα και στον ύπνο έχει ανάγκη συνεχούς και πλούσιας παροχής  $O_2$  και γλυκόζης. Το περιεχόμενο της κρανιακής κοιλότητας αποτελείται από νευρικά κύτταρα, νευρικές ίνες, νευρογλοία, μεσοκυττάριο υγρό, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, μήνιγγες αγγειακό ιστό και αίμα. Όλα τα ανωτέρω στοιχεία είναι ανελαστικά και δεν επιτρέπουν μεταβολές του όγκου του αίματος μέσα στο κρανίο. Γενικευμένη αγγειοδιαστολή συγχρόνως όλων των αγγείων του εγκεφάλου δεν είναι δυνατόν να γίνει. Η επαρκής ποσότητα αίματος σ' όλα τα μέρη του εγκεφάλου εξασφαλίζεται με τη διατήρηση σταθερής της ενδοκρανιακής αρτηριακής πίεσης. Ο εγκέφαλος έχει τη δυνατότητα να διατηρεί σταθερή ροή αίματος και σταθερή πίεση διαχύσεως ανεξάρτητα από τις διακυμάνσεις της συστηματικής αρτηριακής πίεσεως. Ακόμα και αν μειωθεί στο 50% η αρτηριακή πίεση, η αγγειοδιαστολή των εγκεφαλικών αγγείων είναι ικανή να διατηρήσει σταθερή την αιματική ροή για επαρκή μεταβολισμό του εγκεφάλου. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα παίζει πολύ μικρό ρόλο στη ρύθμιση της εγκεφαλικής κυκλοφορίας και φαίνεται να προστατεύει τον εγκέφαλο

σε περιπτώσεις μεγάλης αύξησης της αρτηριακής πίεσης. Οι κύριοι μεταβολίτες της εγκεφαλικής κυκλοφορίας είναι το  $\text{CO}_2$ . Το γαλακτικό οξύ και άλλα οξέα τα οποία ελαττώνουν το περιγαγγειακό pH με αποτέλεσμα την αγγειοδιαστολή. Σε περιπτώσεις μειωμένου μεταβολισμού συμβαίνει το αντίθετο.

Στη ρύθμιση της εγκεφαλικής κυκλοφορίας συμβάλλει και ο μηχανικός παράγοντας μέσω του καρωτιδικού βολβού όπου η αύξηση της αρτηριακής πίεσης προκαλεί διάταση του αγγείου με συνέπεια τον ερεθισμό του βολβού που έχει σαν αποτέλεσμα την αγγειοσυστολή και τη μείωση της ροής του αίματος. Το αντίθετο συμβαίνει σε πτώση της αρτηριακής πίεσης. Το  $\text{CO}_2$  και το  $\text{O}_2$  είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες για τη ρύθμιση της εγκεφαλικής αιματικής ροής. Αύξηση του  $\text{PCO}_2$  (πίεση του  $\text{CO}_2$ ) κατά 1 MMHG αυξάνει την εγκεφαλική ροή κατά 7%.

Με την πρόοδο της ηλικίας η ελαστικότητα των εγκεφαλικών αγγείων ελαττώνεται και η ικανότητα για τη διατήρηση της αυτορρυθμίσεως της εγκεφαλικής ροής περιορίζεται. Αυτή η ελάττωση της ελαστικότητας των εγκεφαλικών αγγείων παίζει σημαντικό ρόλο στη γένεση των συμπτωμάτων σε περιπτώσεις αγγειοπάθειας, όταν προκαλείται απόφραξη ή στένωση των αγγείων.

Η στένωση ενός ενδοκρανιακού αγγείου δυνατόν να προκαλέσει ελάττωση της εγκεφαλικής ροής, σε μια περιοχή του εγκεφάλου.

Η κυκλοφοριακή αυτή ανεπάρκεια προκαλεί συμπτώματα και κλινικά σημεία που χαρακτηρίζουν την ισχαιμία του εγκεφάλου. Σε περιπτώσεις που η κυκλοφοριακή ανεπάρκεια είναι μεγάλου

βαθμού δημιουργείται βλάβη που ονομάζεται έμφρακτο. Σε περιπτώσεις συμπτωματικής αγγειακής νόσου του εγκεφάλου παρατηρείται αύξηση της αιματικής ροής. Κατά την υποχώρηση των συμπτωμάτων η εγκεφαλική ροή εμφανίζει τη τάση να ελαττώνεται και εφόσον αναπτύσσεται η παράπλευρη κυκλοφορία, επέρχεται αποκατάσταση της φυσιολογικής αιματώσεως.

Σε ασθενείς με μεγαλύτερα έμφρακτα του εγκεφάλου, που βρίσκονται σε κώμα, ο μεταβολισμός του εγκεφάλου στο σύνολό του περιορίζεται με αποτέλεσμα την περαιτέρω μείωση της αιματώσεως.

Συνοψίζοντας τη λειτουργία της εγκεφαλικής αιματικής ροής θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στον εξής κανόνα: Ότι η εγκεφαλική αιματική ροή, ο όγκος δηλαδή του παρεχόμενου αίματος εις την μονάδα του χρόνου είναι ευθέως ανάλογος προς την αρτηριακή πίεση και αντιστρόφως ανάλογος προς τις αγγειακές αντιστάσεις, οι οποίες εξαρτώνται από το εύρος του αυλού των αρτηριών και αρτηριδίων.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι το πιο συχνό σοβαρό νευρολογικό πρόβλημα. Στην Ιαπωνία και σε ορισμένα μέρη της Κίνας είναι η συχνότερη αιτία θανάτου.

Παραμένει τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου στη βόρεια Αμερική και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Το Εθνικό Κέντρο καταγραφής των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχει υπολογίσει 414.000 νέες περιπτώσεις αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων το χρόνο.

Το οικονομικό κόστος συμπεριλαμβανομένου του κόστους φροντίδας και απώλειας εργασίας υπολογίζεται σε 1,7 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Το δε ανθρώπινο κόστος είναι ανυπολόγιστο. Όταν μιλάμε για ειδικούς παράγοντες κινδύνου θα πρέπει να επισημάνουμε αυτούς που έχουν σχέση με την αύξηση της αθηροσκλήρυνσης αλλά και της θρομβογένεσης. Κατάσσονται στους μη τροποποιήσιμους και στους τροποποιήσιμους.

- Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες είναι:

1. Ηλικία: Είναι ο σπουδαιότερος μη τροποποιήσιμος παράγοντας εφόσον η αθηροσκλήρυνση είναι συνάρτηση του χρόνου.
2. Το φύλλο: Για τη στεφανιαία νόσο από αθηροσκλήρυνση έχουν επισημανθεί στους άνδρες εκδηλώσεις σε μεγαλύτερη συχνότητα από τις γυναίκες, αλλά αυτή η διαφορά ελαττώνεται γρήγορα με την εμμηνόπαυση. Σε μελέτη πάνω από 5.000 αυτοψίες βρέθηκε ίδια συχνότητα στα δύο φύλλα μέχρι την ηλικία των 30 χρόνων. Αργότερα στη 4η, 5η και 6η δεκαετία η αθηροσκλήρυνση υπερέχει στους άνδρες αλλά οι διαφορές εξισώνονται.

3.Οικογενειακό ιστορικό πρόωρης αθηροσκλήρυνσης. Έχει επισημανθεί για τη στεφανιαία αθηροσκλήρυνση.

4.Γεωγραφικός και φυλετικός παράγοντας. Υπάρχουν μελέτες που συνηγορούν ότι η συχνότητα αθηροσκλήρυνσης γενικά είναι χαμηλότερη στην Κίνα, Ιαπωνία, Αφρική.

5.Ο τρόπος ζωής μπορεί να είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Η αστυφιλία και η βιομηχανική ανάπτυξη μείωσαν τη σωματική δραστηριότητα, αύξησαν το STRESS και άλλαξαν τις διαιτητικές συνήθειες με συνέπεια τη παχυσαρκία, την υπέρταση και την αύξηση της συχνότητας του σακχαρώδη διαβήτη που με τη σειρά τους αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Τροποποιήσιμοι παράγοντες είναι:

1.Η υπερλιπιδαιμία. Η αύξηση των λιπιδίων του αίματος τα τελευταία χρόνια θεωρείται ότι έχει ισχυρή συσχέτιση με το βαθμό της αθηροσκλήρυνσης. Η υπερλιπιδαιμία αυξάνει και τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων κατάσταση που παίζει ρόλο στη θρομβογένεση και στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρυνσης.

2.Η υπέρταση. Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης είναι σπουδαίος παράγοντας κινδύνου γιατί προδιαθέτει σε εγκεφαλικές αιμορραγίες και επιταχύνει την αθηροσκλήρυνση.

3.Καρδιακή νόσος. Είναι παράγοντας κινδύνου σε περίπτωση σχηματισμού και απόσπασης ενδοκρανιακών θρόμβων.

4.Σακχαρώδης διαβήτης επιταχύνει την αθηροσκλήρυνση.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, η λήψη αντιουλληπτικών δισκίων στις γυναίκες, η καθιστική ζωή, η μειωμένη μυϊκή δραστηριότητα, η φλεβική θρόμβωση που προ-

έρχεται από εξωκράνιες και ενδοκράνιες σπητικές αιτίες χειρουργικές επεμβάσεις. Η αρτηριογραφία μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικό έμφρακτο. Η πολυκυτταραιμία, η ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση με αιμοπετάλια περισσότερα από  $10^6$  ανά κ.εκ. μπορεί να προκαλέσει πολλαπλά επεισόδια εστιακής εγκεφαλικής ισχαιμίας.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο ρόλος της αθηροσκλήρυνσης και θρομβογένεσης

Το συνηθισμένο αιτιολογικό υπόστρωμα στις περισσότερες περιπτώσεις οξείων ισχαιμικών εγκεφαλικών προσβολών είναι η αρτηριοσκλήρυνση και η αθηροσκλήρυνση. Η αρτηριοσκλήρυνση ως εκφυλιστική κατάσταση των αρτηριών μπορεί να θεωρηθεί φαινόμενο <<φυσιολογικής φθοράς>> που αρχίζει να γίνεται αντιληπτό από την ηλικία των 15-18 χρόνων και που βαθμιαία αυξάνει με την πάροδο του χρόνου. Υπέρμετρη και πρόϊμη για την ηλικία ανάπτυξής της, θεωρείται ως νόσος. Το αποτέλεσμα της αρτηριοσκλήρυνσης είναι ένας παχυμένος από ινώδη ιστό έσω χιτώνας και η ινώδης εξαλλαγή, με ατροφία συνήθως του μέσου χιτώνα με σπώλεια των ελαστικών σιβάδων και συγκέντρωση βλεννοπρωτεϊνών.

Τα παραπάνω στοιχεία είναι έκδηλα στις μεγάλες σχετικά αρτηρίες, ενώ οι μικρές εμφανίζουν κυρίως ινώδη υπερπλασία του μέσου και έσω χιτώνα. Κατά σειρά βαρύτητας προηγούνται τα στεφανιαία αγγεία, ακολουθεί η αορτή, οι αρτηρίες των άκρων, ενώ οι εγκεφαλικές αρτηρίες συνήθως εμφανίζουν ελαφρότερες αλλοιώσεις και οψιμότερη ανάπτυξη.

Η αρτηριοσκλήρυνση συνοδεύεται, με την πάροδο του χρόνου, από αύξηση της διαπερατότητας του ενδοθηλίου σε μακρομόρια από το πλάσμα και οδηγεί σε συνεχή διάχυση στον έσω χιτώνα λιπιδίων που οδηγεί στην αθηροσκλήρυνση της οποίας κύριο χαρακτηριστικό είναι η εμφάνιση αθηρωματωδών πλακών. Η αθηρωματική πλάκα συσσωρεύει ενδοκυττάρια και εξωκυττά-

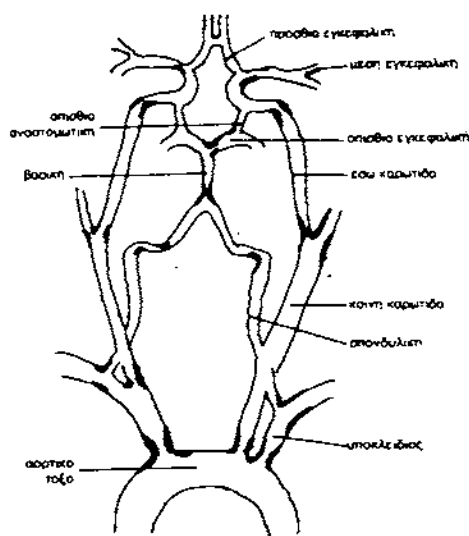


ριες εναποθέσεις χοληστερόλης και μ'αυτόν τον τρόπο μπορεί να δημιουργεί μια θρομβογόνο επιφάνεια. Τα λεία μυϊκά κύτταρα της αθηρωματικής πλάκας έχουν μειωμένη ικανότητα παραγωγής προσταγλανδίνης (PGI 2). Η ακριβής σχέση της συγκέντρωσης λιπιδίων στο πλάσμα και της αθηρογένεσης δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Φαίνεται πως η αυξημένη ποσότητα χοληστερόλης στο πλάσμα ευνοεί την αθηρωμάτωση πιο πρόσφατα έχει βρεθεί ότι η αυξημένη συγκέντρωση χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL) στο πλάσμα ευνοεί την αθηρογένεση ενώ τα αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας στο πλάσμα προφυλάσσουν απ'την αθηρωμάτωση.

Τα συσσωρευμένα αιμοπετάλια διευκολύνουν τη δημιουργία του θρόμβου ο οποίος ενσωματώνεται μέσα στην αθηρωματική βλάβη. Στην προχωρημένη μορφή η αθηρωμάτωση εξελίσσεται σε αθηρωματική πλάκα η οποία αυξάνεται σε μέγεθος λόγω δημιουργίας τοιχωματικών θρόμβων και τριχοειδικών αιμορραγιών. Στις πιο προχωρημένες μορφές των αθηρωματικών αλλοιώσεων (επιπλεγμένες) αναπτύσσονται μεγάλοι θρόμβοι, εξελκώσεις, αποτιτανώσεις και αιμορραγίες. Στα τελικά στάδια καταλήγει σε πλήρη απόφραξη ή μεγάλη αιμορραγία μέσα στο αθήρωμα η δημιουργία εμβόλων από το εξελικωμένο αθήρωμα. Οι παράγοντες που ευοδώνουν αυτές τις εξεργασίες είναι το κάπνισμα, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία και η υπέρμετρη σωματική προσπάθεια. Οι κλινικές εκδηλώσεις των ανωτέρω εξεργασιών είναι το ισχαιμικό έμφρακτο και η αιμορραγία.

Οι αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις παρουσιάζονται αρχικά στην αορτή, αργότερα στις στεφανιαίες αρτηρίες και τις

αρτηρίες των κάτω άκρων και τελευταία τις σπονδυλικές και εγκεφαλικές αρτηρίες. Οι συνήθεις θέσεις ανάπτυξης αθηρωματικών αλλοιώσεων φαίνονται στην παρακάτω εικόνα.



Εικ. 14. Οι συχνότερες θέσεις αθηρωματογένεσης στα μεγάλα αγγεία του λαιμού και του εγκεφάλου (οι μελανές περιοχές αντιπροσωπεύουν αθηρωματικές πλάκες).

Η σημαντικού βαθμού στένωση ή ακόμα και απόφραξη της καρωτίδας ή άλλης εγκεφαλικής αρτηρίας μπορεί να είναι ασυμπτωματική επειδή η στένωση ή η απόφραξη της αρτηρίας συνήθως γίνεται προοδευτικά οπότε δίνεται χρόνος για την ανάπτυξη του αναστομωτικού δικτύου. Το εγκεφαλικό έμφρακτο συνήθως επέρχεται από αιφνίδια απόφραξη ή αιφνίδια πτώση της πίεσης στο ήδη εστενωμένο αρτηριακό δίκτυο. Η αιματική ροή ελαττώνεται μόνο όταν η διάμετρος του αυλού της καρωτίδας μειωθεί στα 2 MM.

### Αιμοπετάλια και θρομβογένεση

Σε περιοχές τραυματισμού του ενδοθηλίου των αρτηριών παρουσιάζεται συγκόλληση των αιμοπεταλίων η οποία ευοδώνεται με την παρουσία στροβιλώδους ροής αίματος όπως συμβαίνει μετά από τα σημεία της αρτηριακής στένωσης. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια κατά τη ροή του αίματος τείνουν να βρίσκονται στο κέντρο του ρεύματος του αίματος με συνέπεια ν'απωθούν τα αιμοπετάλια προς το εξωτερικό μέρος κοντά στο τοίχωμα του αγγείου. Η συγκόλληση των αιμοπεταλίων είναι διεργασία αυτοανακυκλούμενη και αρχίζει από το σημείο όπου ο σωρός των αιμοπεταλίων εκλύει ποσότητες νουκλεοτιδίων, κυρίως αδενοσινο-διφωσφορικού το οποίο προκαλεί περαιτέρω συγκόλληση.

Σε μια τραυματική περιοχή του ενδοθηλίου των αγγείων η συγκόλληση των αιμοπεταλίων προκαλεί την έκλυση των ακόλουθων παραγόντων:

α) φωσφολιπίδια I παράγοντας III των αιμοπεταλίων β) παράγοντας V, γ) παράγοντας αιμοπεταλίων IV, δ) β-θρομβοσφαιρίνη, ε) ινωδογόνο, στ) μιτογενετικός παράγοντας για τη διεγέρση του πολλαπλασιασμού των λείων μυϊκών ινών των αγγείων και ζ) θρομβοξάνη  $A_2$ . Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες προκαλούν περαιτέρω συγκόλληση των αιμοπεταλίων και τελικά όλοι συμβάλουν στην δημιουργία θρόμβου.

Οι ενδείξεις διαταραχής της λειτουργίας των αιμοπεταλίων σε αρρώστους με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι οι ακόλουθοι:

1. Σε ασθενείς με παροδικά ισχαιμικά επεισόδια η συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων είναι ελαφρά αυξημένη.

2. Κατά τη λήψη φλεβικού αίματος παρατηρείται συσσώρευση αιμοπεταλίων πιο συχνά σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συγκριτικά με τους μάρτυρες.

3. Σε ασθενείς με θρομβωτικά επεισόδια έχουν βρεθεί αυξημένες οι τιμές του αιμοπεταλικού παράγοντα IV και της β-θρομβοσφαιρίνης.

4. Σε ορισμένους ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου διαπιστώνεται αυξημένη ποσότητα 5υδροξυτριπταμίνης (5HT) που σημαίνει αυξημένη αιμοπεταλική ενεργοποίηση. Οι ασθενείς αυτοί έχουν και τη χειρότερη πρόγνωση.

5. Σε αρρώστους με παροδική αμαύρωση που έχουν αλλοιώσεις στις καρωτίδες ή στα αγγεία της καρδιάς, η επιβίωση των αιμοπεταλίων είναι βραχύτερη σε σύγκριση με αρρώστους που παρουσιάζουν παροδική αμαύρωση, αλλά χωρίς αλλοιώσεις των αγγείων.

6. Οι ασθενείς με πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας παρουσιάζουν αυξημένη διεγερσιμότητα αιμοπεταλίων σε σύγκριση με τους μάρτυρες.

7. Οι ασθενείς με υπερλιπιδαιμία παρουσιάζουν αυξημένη διεγερσιμότητα αιμοπεταλίων.

Η πήξη και η αιμορρολογία επηρεάζουν την θρόμβωση με τους ακόλουθους μηχανισμούς: α) Ο παράγοντας VIII της πήξης, το ενωδογόνο και το ενωπεπτίδιο A (μικρό πεπτίδιο που εκκρίνεται από το ενωδογόνο με την επίδραση της θρομβίνης) είναι όλα αυξημένα σε κλινικές καταστάσεις ενδοαγγειακής θρόμβωσης. Στην περίπτωση του ενωδογόνου μπορεί ο μηχανισμός να είναι η αυξημένη γλοιότητα του αίματος. Η παραγωγή και

η καταστροφή του ενδοθηλίου είναι αυξημένα στις φλεβικές θρομβώσεις. Η χρησιμοποίηση του ενδοθηλίου και η καταστροφή των αιμοπεταλίων είναι αυξημένα στις αρτηριακές θρομβώσεις. Το πιο πιθανό είναι πως η βλάβη του ενδοθηλίου, η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και οι παράγοντες της πήξης όλα μαζί συμβάλλουν στην δημιουργία της προ-θρομβωτικής κατάστασης. Οι παράγοντες αυξημένου κινδύνου για αγγειακή εγκεφαλική νόσο ίσως επηρεάζουν πολλά απ'αυτά τα στοιχεία π.χ. το κάπνισμα και η υπερλιπιδαιμία προκαλούν βλάβη του ενδοθηλίου, ελάττωση του χρόνου πήξης και αύξηση της αιμοπεταλιακής δραστηριότητας.

β) Ο υψηλός αιματοκρίτης και η αυξημένη αιμοσφαιρίνη είναι παράγοντες κινδύνου για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

γ) Ασθενείς με πολυερυθραιμία έχουν αυξημένο κίνδυνο για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ανάλογα με το επίπεδο του αιματοκρίτη. Αυτό οφείλεται ίσως περισσότερο στην ελαττωμένη αιματική ροή και λιγότερο στην αυξημένη γλοιότητα.

δ) Το μέγεθος του ισχαιμικού εμφράκτου από καρωτιδική απόφραξη στην αξονική τομογραφία είναι μεγαλύτερο σε αρρώστους με αυξημένο αιματοκρίτη.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια παράγουν τη θρόμβωση με δύο μηχανισμούς: πρώτον με την έκλυση ADP, που παρατηρείται σε καταστροφή τραυματισμένου ενδοθηλίου αγγείων, τεχνητές βαλβίδες καρδιάς και καταστάσεις στροβιλισμού του αίματος και δεύτερον με την εξώθηση των αιμοπεταλίων προς την περιφέρεια του ρεύματος αίματος όπως συμβαίνει σε περίπτωση υψηλού αιματοκρίτη.

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και υπέρταση

Σήμερα όλα τα δεδομένα υποστηρίζουν πως η υπέρταση είναι σημαντικός παράγοντας αυξημένου κινδύνου στην ανάπτυξη αγγειακών εγκεφαλικών παθήσεων. Χρειάζεται όμως ακόμα μεγαλύτερη κατανόηση και ταξινόμηση των αγγειακών εγκεφαλικών παθήσεων, ώστε να μπορέσουμε να καθορίσουμε ακριβώς τη σχέση της αρτηριακής υπέρτασης με τις διάφορες υποκατηγορίες των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Αναμφισβήτητα η αρτηριακή υπέρταση είναι πολύ σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη ενδοκρανιακής αιμορραγίας. Οι μελέτες του RUSSEL και των COLL και YATES δείχνουν πως οι εγκεφαλικές αιμορραγίες οφείλονται στη ρήξη ανευρυσμάτων που δημιουργούνται σε μικρά ενδοεγκεφαλικά αγγεία τα οποία έχουν άμεση σχέση με την ηλικία και την αρτηριακή υπέρταση (από τα άτομα με φυσιολογική πίεση το νεότερο που είχε ανεύρυσμα ήταν 66 ετών ενώ για τους υπέρτατικούς η δημιουργία ανευρυσμάτων άρχιζε από την ηλικία των 44 ετών).

Όσον αφορά την υπαραχνοειδή αιμορραγία ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας είναι τα μεγάλα ανευρύσματα που αναπτύσσονται στα μεγάλα αγγεία του κύκλου του WILLIS και κυρίως στα σημεία του διχασμού των αρτηριών.

Η εξαγγείωση αίματος που προκύπτει από τη ρήξη μιας αρτηρίας σχηματίζει μια περίπου στρογγυλή ή ωειδή μάζα, η οποία διασπά τον ιστό και μεγαλώνει σε όγκο και μάλιστα κατά εξακολούθηση όσο η αιμορραγία συνεχίζεται ο γειτονικός ε-

γνεφαλικός ιστός παρεκτοπίζεται και συμπιέζεται. Όταν η αιμορραγία είναι μεγάλη, οι σχηματισμοί της μέσης γραμμής παρεκτοπίζονται προς την αντίθετη πλευρά και τα ζωτικά κέντρα πιέζονται με συνέπεια κώμα και θάνατο. Ρήξη ή διαρροή μέσα στο κοιλιακό σύστημα είναι αρκετά συχνό φαινόμενο και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό γίνεται αιμορραγικό σε περισσότερες από 90% των περιπτώσεων. Μια αιμορραγία αυτού του τύπου σπάνια συνεπάγεται την άμεση έκχυση αίματος στον υπαραχνοειδή χώρο μέσω του εγκεφαλικού φλοιού. Το αίμα φθάνει στο υπαραχνοειδές νωτιαίο υγρό μέσω του φλεβικού συστήματος. Όταν η αιμορραγία είναι μικρή, περιορισμένη σε έκταση και μακριά από τις κοιλίες, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό μένει καθαρό, ακώμα και μετά από επανειλημμένες εξετάσεις.

Αναφορικά με τη σχέση υπέρτασης και αθηρωμάτωσης και ανεξάρτητα από το ποιός είναι ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός (ενδοθηλιακή ρήξη, υπερλιπιδαιμία, ελλειμματική κυτταρική ανάπτυξη ή πολλαπλασιασμός και διάσπαση των λείων μυϊκών ινών με εναπόθεση λιπιδίων) δεν υπάρχει αμφιβολία πως η μηχανική δράση της υπέρτασης συντελεί στην ανάπτυξη αθηρωμάτωσης.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Α. ΠΑΡΟΔΙΚΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Με τον όρο αυτό εννοούμε κάθε τοπική διαταραχή της εγκεφαλικής κυκλοφορίας συχνά επαναλαμβανόμενη που έχει σαν αποτέλεσμα πρόσκαιρη διαταραχή της λειτουργίας της αντίστοιχης περιοχής του εγκεφάλου. Η επάνοδος στα φυσιολογικά πλαίσια γίνεται χωρίς κανένα υπόλειμμα.

Σαν ανώτερο χρονικό όριο των επεισοδίων αυτών θεωρείται ένα 24ωρο. Το 30% περίπου των ασθενών με παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια αναπτύσσουν εγκεφαλικό έμφρακτο με μόνιμες νευρολογικές διαταραχές μέσα σε διάστημα πέντε ετών.

Οι νευρολογικές εκδηλώσεις του παροδικού επεισοδίου αντανακλούν την περιοχή ή την αρτηρία που έχει προβληθεί και αποτελούν μέρη της κλινικής εικόνας του μείζονος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στο καρωτιδικό σύστημα τα επεισόδια αντανακλούν την προσβολή του εγκεφαλικού ημισφαιρίου και του οφθαλμού. Οι οφθαλμικές διαταραχές είναι ομόπλευρες. Η ισχαιμία εκδηλώνεται πρώτα και κυρίως στις περιφερικές περιοχές αιματώσεως με κλινικά φαινόμενα αδυναμίας ή μούδιασμα του αντίπλευρου άνω άκρου. Τα οφθαλμικά επεισόδια έχουν συχνά μια αργή, ήπια, προοδευτική ολοκλήρωση. Οι ασθενείς περιγράφουν



μία σκιά που πέφτει μαλακά και καλύπτει το οπτικό τους πεδίο έως ότου ο οφθαλμός χάσει τελείως την όραση, αλλά χωρίς πόνο. Η όραση επανέρχεται βαθμιαία αργά. Η κλινική εικόνα των επεισοδίων από το σπονδυλοβασικό σύστημα ποικίλλει, εμφανίζονται: ζάλη, διπλωπία, δυσαρθρία, αδυναμία μέλους, χιασμένο μούδισμα, αίσθημα <<χιασματοψίας>> αμαύρωση, θόλωση οράσεως, βλεφαρόπτωση και δυσκαταποσία.

#### Β. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Η εγκεφαλική θρόμβωση αποτελεί οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο που εκδηλώνεται με νευρολογικές διαταραχές οφειλόμενες σε ελάττωση ή διακοπή της εγκεφαλικής αιματικής ροής, με αποτέλεσμα ισχαιμία σε μία περιοχή του εγκεφάλου.

Η συχνότερη αιτία της θρομβώσεως είναι η αρτηριοσκλήρυνση. Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της θρομβώσεως είναι: α) παθήσεις του αίματος που αυξάνουν την πηκτικότητα, β) ο σακχαρώδης διαβήτης, γ) η σκλήρυνση των στεφανιαίων αγγείων, δ) οι ενδοαρτηρίτιδες.

Η υπέρταση προδιαθέτει για την εμφάνιση της εγκεφαλικής θρομβώσεως.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η βλάβη του παρεγχύματος είναι μόνιμη. Η εγκατάσταση των νευρολογικών διαταραχών μπορεί να είναι αιφνίδια, συνήθως όμως υπάρχουν πρόδρομα φαινόμενα. Το επίπεδο συνειδήσεως διατηρείται εκτός αν επέλθει απόφραξη μεγάλου αρτηριακού στελέχους, οπότε ο ασθενής πέφτει σε κώμα. Τα ε-

στιακά νευρολογικά σημεία ποικίλλουν εξαρτώνται δε από την αρτηρία που αποφράχθηκε οπότε έχουμε τα ειδικά σύνδρομα αποφράξεως των εγκεφαλικών αρτηριών.

#### ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

##### I. Απόφραξη της έσω καρωτίδας

Η κλινική εικόνα στην απόφραξη της έσω καρωτίδας συνίσταται στα εξής:

1. Αντίπλευρη ημιπάρεση ή ημιπληγία λόγω ισχαιμίας του εγκεφαλικού ημισφαιρίου.

2. Ελάττωση της οράσεως ή και σπανίως τύφλωση προς τη πλευρά της βλάβης.

3. Σε περίπτωση προσβολής του αριστερού ημισφαιρίου έχουμε αφασία κινητικού τύπου. Με την ακρόαση της πάσχουσας καρωτίδας μπορεί να ανακαλύψουμε φύσημα ή με την ψηλάφηση, έλλειψη του σφυγμού.

##### II. Προσθία εγκεφαλική αρτηρία.

Η απόφραξη της αρτηρίας αυτής κατά την έκφυσή της εκδηλώνεται κλινικώς 1) με αντίπλευρη ημιπληγία κυρίως έντονη στο κάτω άκρο. 2) Με σφιγκτηριακές διαταραχές και τέλος με ψυχικές διαταραχές.

##### III. Οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία

Σε απόφραξη της οπίσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας παρατηρείται ημιανοψία στην αντίθετη πλευρά ημιπάρεση και ημισυναίσθησις.

##### IV. Μέση εγκεφαλική αρτηρία

Η αρτηρία αυτή αποτελεί τη συνέχεια της έσω καρωτίδας

Η απόφραξη της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας εκδηλώνεται με αντίπλευρη ημιπληγία, ημιαναισθησία, ημιανοψία και σε βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου έχουμε αφασικές διαταραχές.

#### V. Βασική αρτηρία

Σε απόφραξη του κύριου στελέχους ο ασθενής πέφτει σε κώμα, οι κόρες βρίσκονται σε μύση, παρατηρείται χαλαρά παραπληγία, αναισθησία και κατάργηση των αντανακλάσεων και επέρχεται ο θάνατος.

#### VI. Σπονδυλική αρτηρία

Ο σπουδαιότερος κλάδος της σπονδυλικής αρτηρίας είναι η οπίσθια κάτω παρεγκεφαλική αρτηρία, που όταν αποφραχθεί έχουμε το σύνδρομο WALLEMBERG ή το πλάγιο προμηκικό σύνδρομο του οποίου η κλινική εικόνα συνίσταται σε:

1. Ίλιγγο με εμέτους
2. Παρεγκεφαλιδικές διαταραχές...
3. Διχασμό της αισθητικότητας
4. Σύνδρομο HORNER
5. Δυσκαταποσία

#### Γ. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Η εγκεφαλική εμβολή αποτελεί οξύ αγγειακό σύνδρομο με μονήρη ή πολλαπλά έμφρακτα στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα απόφραξη ενός ή περισσότερων αρτηριακών κλάδων από θρόμβο που αποσπάστηκε από μια απομακρυσμένη εστία. Η προέλευση του εμβόλου μπορεί να είναι καρδιογενής ή μη καρδιογενής. Στην πρώτη κατηγορία πρώτη θέση έχει η ρευματική καρδιακή

νόσος. Πιο συχνή βαλβιδοπάθεια που οδηγεί σε εγκεφαλική εμβολή είναι η στένωση της μιτροειδούς. Καθώς η στένωση αυξάνει μαζί της επέρχεται διόταση του αριστερού κόλπου που οδηγεί σε ανάπτυξη θρόμβου από το αίμα που λιμνάζει. Οι θρόμβοι αποσπώνται κατά την περίοδο ή όχι κόλπικης μαρμαρυγής.

Συχνή αιτία μη καρδιογενούς προέλευσης είναι έμβολα από αθηροσκληρυντικές αγγειακές αλλοιώσεις, με κυρία εστία την ανιούσα αορτή, το αορτικό τόξο και τις έσω καρωτίδες. Άλλα έμβολα είναι από συγκεντρώσεις νεοπλασματικών κυττάρων, από λίπος σε περιπτώσεις καταγμάτων μακρών οστών.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Χαρακτηριστικό είναι η αστραπιαία έναρξη των συμπτωμάτων χωρίς πρόδρομα φαινόμενα και κώμα σε 29% των ασθενών. Συχνά αναφέρονται αλληπάλληλα περιθελικά-ισχαιμικά επεισόδια στην αρχή, πιθανόν από μικροέμβολα πριν εγκατασταθεί έμφρακτο. Οι εκδηλώσεις είναι από το εγκεφαλικό ημισφαίριο με ημιπληγία άνω άκρου.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Αυτά αφορούν το 10-15% των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Οι πρόοδοι στον τομέα της διάγνωσης και αντιμετώπισης των αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές και σε μερικές περιπτώσεις αποφασιστικής σημασίας όπως είναι γνωστό ενδοκρανιακή αιμορραγία μη τραυματικής αιτιολογίας είναι δυνατό να συμβεί σε δύο χώρους, τον υπαρχνοειδή ή στο εγκεφαλικό παρέγχυμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να αφορά και τους δύο πιο πάνω χώρους.

Α.Αυτόματη ενδεγκεφαλική αιμορραγία.

Αυτή αφορά ένα ποσοστό 5-6% ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο από τους οποίους οι μισοί έχουν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης. Φαίνεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων το παθολογοανατομικό υπόστρωμα της αιμορραγίας αποτελούν μικροανευρίσματα στους μικρούς διασπινδύοντες κλάδους. Η αιμορραγία τις περισσότερες φορές αρχίζει στην περιοχή ανάμεσα στα βασικά γάγγλια και την έσω κάψα ή τον οπτικό θάλαμο και ή σταματά και σχηματίζει περιγεγραμμένο αιμάτωμα. Είναι ευνόητο ότι μια μαζική αιμορραγία που δεν θα σταματήσει σε λίγα λεπτά θα οδηγήσει στο θάνατο τον ασθενή. Στους υπόλοιπους ασθενείς ο κλινικός αντίκτυπος της αιμορραγίας είναι συνάρτηση του μεγέθους της, της τοπογραφικής της εντόπισης και του βαθμού του εγκεφαλικού οιδήματος.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η αιμορραγία στα βασικά γάγγλια εισβάλλει με ημιπάρεση, ημιϋπαισθησία και στροφή του βλέμματος και της κεφαλής προς τη πλευρά του αιματώματος. Οι κόρες συνήθως είναι φυσιολογικές. Όταν η βλάβη είναι αριστερά συνήθως υπάρχει αφασία ενώ σε δεξιά αιμορραγία παρατηρείται κατασκευαστική απραξία και παραμέληση του αριστερού χώρου. Σε περίπτωση αιμορραγίας στον κερκοφόρο πυρήνα, αίμα διαρέει προς τις κοιλίες με επακόλουθα, κεφαλαλγία, έμετο, υπνηλία, δυσκαμψία του αυχένος και διαταραχές μνήμης.

Αιμορραγία θαλαμική εκδηλώνεται με υπαισθησία, ελαφρά ημιπάρεση και ετερόπλευρη αταξία. Οι κόρες είναι μικρές και αντιδρούν ελαφρώς στο φως. Όταν η βλάβη είναι αριστερά υπάρχει συχνά και αφασία.

Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία εκδηλώνεται με σιφνίδια κεφαλαλγία, δυσκαμψία αυχένος, έμετο. Η γεφυρική αιμορραγία εκδηλώνεται με τετραπάρεση με μεγάλη υπερτονία, η απουσία των οριζόντιων οφθαλμικών κινήσεων, μικρές κόρες, κόμα και διαταραχές της αναπνοής. Οι γεφυρικές αιμορραγίες είναι βαριάς πρόγνωσης και συχνά καταλήγουν σε θάνατο σε λίγες ημέρες.

Παρεγκεφαλιδική αιμορραγία το πιο σταθερό σημείο είναι η δυσχέρεια στη βάδιση, έμετος, δυσσπθρία, ίλιγγος. Αρχικά δεν έχουμε απώλεια συνείδησης, επέρχεται όμως αργότερα. Η παρεγκεφαλιδική αιμορραγία αποτελεί συνήθως νευροχειρουργικό επείγον πρόβλημα και η διάγνωση πρέπει να γίνεται γρήγορα επειδή η κατάσταση αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

## **Β. Υπαραχνοειδής αιμορραγία**

Η αυτόματη είσοδος αίματος στον υπαραχνοειδή χώρο του εγκεφάλου, αποτελεί το παθολογοανατομικό υπόστρωμα σε 5-10% των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο. Από αυτούς ένα ποσοστό 60% περίπου ο παρακλινικός έλεγχος θα δείξει την παρουσία αρτηριακού ανευρίσματος σαν την υπεύθυνη για την αιμορραγία βλάβη, ενώ το 6% θα αποκαλυφθεί η παρουσία αρτηριοφλεβώδους ανωμαλίας του εγκεφάλου.

Οι πρόοδοι στον τομέα της χειρουργικής τεχνικής και της αναισθησίας και η κατανόηση της παθοφυσιολογίας και της εξέλιξης της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, τα τελευταία χρόνια συνέβαλαν στην εντυπωσιακή βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας των ασθενών.

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η κλινική εικόνα της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας συνήθως περιλαμβάνει την αιφνίδια κεφαλαλγία που διαρκεί 2 ημέρες ή και περισσότερο. Συχνό επίσης σύμπτωμα είναι η πτώση στο έδαφος, η παροδική σπύλεια της συνείδησης και ο έμετος. Σε μέτρια αιμορραγία ο ασθενής εμφανίζει τινιακή κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, φωτοφοβία, σημείο BABINSKY, πυρετό.

Τα ανευρίσματα πολλές φορές μπορεί να δώσουν εστιακά νευρολογικά σημεία όπως: επιληψία, ημιπάρεση και αφασία.

## **Γ. Επισκληρίδιο αιμάτωμα**

Είναι αποτέλεσμα κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Το επισκλη-

ρίδιο αιμάτωμα οφείλεται σε ρήξη της μέσης μηνιγγικής αρτηρίας από κάταγμα του θόλου του κρανίου.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Χαρακτηρίζεται από προοδευτική επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης και εστιακή νευρολογική σημειολογία. Τα νευρολογικά σημεία μπορεί να είναι μυδρίαση λόγω ομόπλευρης βλάβης του κοινού κινητικού νεύρου και ημιπάρεση. Η κατάσταση απαιτεί επείγουσα χειρουργική αφαίρεση του αιματώματος.

#### Δ. Υποσκληρίδιο αιμάτωμα

Το οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι συνήθως επακόλουθο κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης και οφείλεται σε ρήξη φλεβών του υποσκληριδίου χώρου.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κλινικά εμφανίζεται με επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης και εστιακή νευρολογική σημειολογία (ανισοκορία, ημιπάρεση, διαταραχές αναπνοής). Γίνεται επείγουσα χειρουργική αποσυμπίεση.



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Μετά από τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων οσπνοής και κυκλοφορίας η προσέγγιση μπορεί να ακολουθήσει στο εξής σχήμα:

1. Καρδιαγγειακή κλινική αξιολόγηση και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

2. Ακρόαση στην τραχηλική περιοχή για αναζήτηση φυσημάτων: α) της καρωτίδας, β) της υποκλειδίου, γ) των σπονδυλικών.

3. Ακτινογραφία θώρακος

4. Εξέταση αίματος για τον προσδιορισμό κυρίως: σακχάρου, ουρίας, κρεατινίνης, ουρικού οξέος, τρανσαμινάσων, χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων T.K.E., χρόνος πήξεως και ροής και προθρομβίνης.

5. Οφθαλμοδυσμομετρία

6. Οσφουονωτία παρακέντηση κατά κανόνα αποφεύγεται στο αρχικό στάδιο, εκτός και υπάρχει υποψία υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. Εφόσον δεν υπάρχει οίδημα θηλής η παρακέντηση και η εξέταση του E.N.Y. μπορεί να δώσει κατευθύνσεις αν πρόκειται για έμφρακτο ή αιμορραγία.

7. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δίνει πολύτιμες πληροφορίες. Στο οξύ ισχαιμικό έμφρακτο ο ρυθμός μειώνεται το εύρος των κυμάτων αυξάνεται και εμφανίζονται βραδέα κύματα μονόμορφα συχνά σε πνοές στο πλάγιο της βλάβης.

8. Ακτινογραφία κρανίου βοηθεί στην αναζήτηση παρεκτοπισμένου κωναρίου σε αιμοτώματα ή σε ετερόπλευρο οίδημα.

9. Σπινθηρογράφημα σε έμφρακτα ή αιμορραγίες δίνει θερμές περιοχές αλλά συνήθως αφού περάσουν μερικές μέρες.

10. Εγκεφαλική αγγειογραφία μπορεί να υποδείξει το ακριβές σημείο της διακοπής της κυκλοφορίας την εντόπιση και το σχήμα μιάς δυσπλασίας ή την έκταση μιας αιμορραγικής εστίας, πρέπει να εφαρμόζεται με περίσκεψη και σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και σε ειδικά κέντρα γιατί είναι μία μέθοδος επικίνδυνη για άτομα ηλικιωμένα αρτηριοσκληρωτικά.

11. Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία βρίσκει σήμερα ευρεία χρήση στη διάγνωση εμφράκτων και αιμορραγίας με μεγάλη ακρίβεια. Η μελέτη πρέπει να γίνεται νωρίς γιατί αν βρεθεί αιμάτωμα δε θα χαθεί πολύτιμος χρόνος για επέμβαση.

12. Η αρτηριογραφία με ραδιενεργές σκιαγραφικές ουσίες μπορεί να αποδείξει στενώσεις και αποφράξεις των μεγαλύτερων αγγείων ανευρίσματα και αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες σπανιότερα δε εμβολτικές αποφράξεις.

Η διάγνωση μιας αιμορραγίας θα βοηθηθεί: α) από το ηχοεγκεφαλογράφημα που πιθανό θα αποκαλύψει παρεκτόπιση σχηματισμών από τη μέση γραμμή εξ αιτίας της ύπαρξης της μάζας του αίματος, β) από τη βυθοσκόπηση που θα αποκαλύψει οίδημα του βυθού σε περιπτώσεις αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης και θα δώσει μια εικόνα των αγγείων.

Η βυθοσκόπηση προηγείται πάντα από τη οσφυονωτιαία παρακέντηση γιατί το οίδημα των θηλών αποτελεί αντένδειξη για τη πραγματοποίησή της. γ) από την οσφυονωτιαία παρακέντηση το αιμορραγικό υγρό είναι ένδειξη πρόσφατης παρουσίας αίματος στους υπαραχνοειδείς χώρους.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Ένα μεμονωμένο Π.Ι.Ε. μπορεί να μην επαναληφθεί ή μπορεί να προηγηθεί μιας αγγειακής εγκεφαλικής προσβολής με εγκατάσταση εμφρόντιου. Τα επαναλαμβανόμενα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια μπορεί να σταματήσουν μόνα τους και αυτό πιστεύεται ότι οφείλεται στην ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας ή στη κατάπαυση απόσπασης θρόμβων από την αθηρωματώδη εστία εφόσον η επικαθήμενη μάζα του θρόμβου έχει οργανωθεί. Συνεχιζόμενα Π.Ι.Ε. μπορεί να συνεχίσουν επ'άοριστο χρόνο χωρίς ποτέ να προκαλέσουν νευρολογική έκπτωση αλλά κατά γενικό κανόνα καταλήγουν κάποτε σε έμφρακτο.

Υπολογίστηκε ότι 40% των αρρώστων με απόφραξη της έσω κορωτίδας και εγκατάσταση εμφρόντιου είχαν ιστορικό με παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο. Σε περίπτωση ισχαιμικής προσβολής με σχηματισμό εμφρόντιου από θρόμβωση ή μεγάλη αγγειοστένωση, η πρόγνωση είναι βαρύτερη στην περίπτωση της μέσης εγκεφαλικής. Η συνολική θνησιμότητα τον πρώτο χρόνο μετά το έμφρακτο υπολογίστηκε 35% και στα 5 χρόνια γύρω στα 50% συνήθως από διάφορες καρδιολογικές αιτίες ή άλλα εγκεφαλικά επεισόδια.

Σε περιπτώσεις εγκεφαλικής εμβολής από καρδιακό έμφρακτο έχουμε θνησιμότητα 25-35%. Η ομάδα αυτή των αρρώστων έχει και τη μεγαλύτερη τάση επαναληπτικών επεισοδίων. Σε εμβολικά επεισόδια από λίπος η θνησιμότητα μπορεί να φθάσει το 50-60%.

Σε περιπτώσεις εγκεφαλικής αιμορραγίας η πρόγνωση εί-

ναι βαριά. Το 90% των αρρώστων σε κώμα καταλήγουν τις πρώτες μέρες. Αν ο άρρωστος διατηρεί διαύγεια, η θνησιμότητα είναι περίπου 25-50%. Η πρόγνωση ευμεγέθων ενδοεγκεφαλικών αιματωμάτων στο ημισφαίριο είναι επίσης βαριά με θνησιμότητα 80-85% αν δε χειρουργηθούν. Η θνησιμότητα μειώνεται σημαντικά αν το αιμάτωμα χειρουργηθεί έγκαιρα.

Παράγοντες που βαρύνουν την πρόγνωση στα αρχικά στάδια ενός εμφράκτου είναι: μεγάλη ηλικία, έμφρακτο στο εγκεφαλικό στέλεχος, κώμα στην αρχή της προσβολής, καρδιακό έμφρακτο. Παράγοντες που βαρύνουν μακροπρόθεσμα την πρόγνωση μετά το αρχικό στάδιο είναι: Υπέρταση ιδιαίτερα με αυξημένη διαστολική πίεση, προηγούμενο ιστορικό καρδιακού εμφράκτου.

Παράγοντες που βαρύνουν μακροπρόθεσμα την πρόγνωση σε μια εγκεφαλική αιμορραγία είναι: Μεγάλη ηλικία, αιμορραγία στο εγκεφαλικό στέλεχος, μεγάλη αιμορραγία στο ημισφαίριο, υπέρταση, κώμα και γρήγορη εγκατάσταση.

Όσον αφορά την αποκατάσταση γι' αυτούς που θα επιζήσουν μετά από ένα εγκεφαλικό έμφρακτο εμβολικό ή μη εμβολικό ή μια αιμορραγία, οι περισσότεροι έχουν ικανοποιητική αποκατάσταση και μόνο σε ποσοστό 15-25% μένουν με βαριές αναπηρίες. Τα 75% των επιζώντων αρρώστων με ημιπληγία φθάνουν σε σημείο να σηκωθούν και να μπορέσουν να περπατήσουν ασχέτως αν χρειάζονται κάποια μηχανική βοήθεια.

Άλλοι μηχανισμοί που παίζουν ρόλο στην αποκατάσταση είναι η αποκατάσταση της διαταραχής των νευρομεταβιβαστών που συμβαίνει σε αγγειοτραυματικά επεισόδια. Επίσης η δυνατότητα που έχει ο εγκέφαλος, όπου ορισμένες περιοχές ανα-

λαμβάνουν τη λειτουργία άλλων περιοχών που έχουν υποστεί βλάβη, συμβάλλει σ'ένα ποσοστό στην αποκατάσταση της αναπηρίας.

Η αλλαγή που προκάλεσε η αξονική τομογραφία στη διαγνωστική και ταξινόμηση των αγγειακών εγκεφαλικών παθήσεων έχει αναγκάσει πολλούς να πιστεύουν πως οι μέχρι σήμερα κλινικές μελέτες χρειάζονται αναθεώρηση.

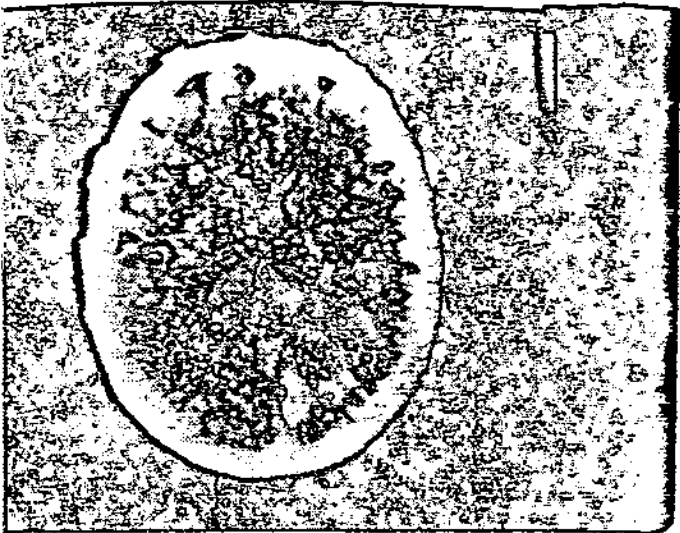
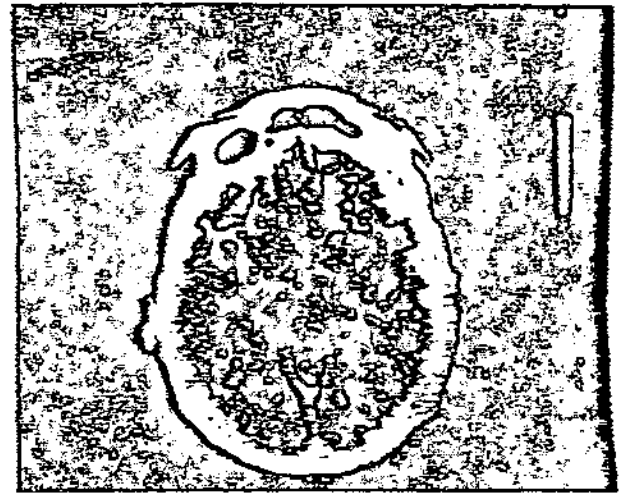
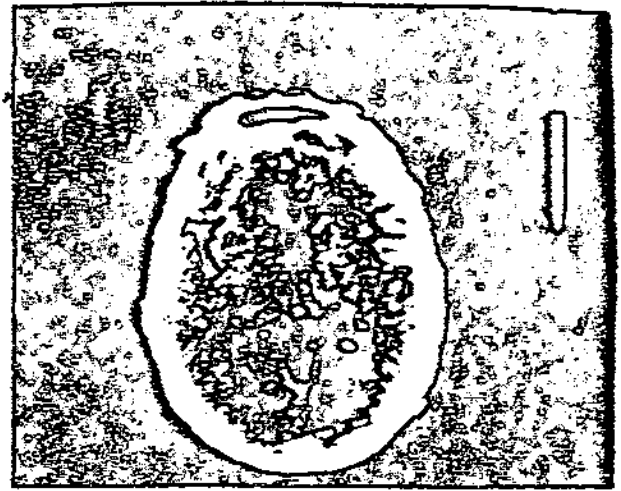
Έχει χρέος κάθε κλινικός να αξιολογεί προγραμματισμένα κάθε είδος θεραπείας που εφαρμόζει. Ο κάθε ένας δικαιούται να έχει τη γνώμη του για οποιαδήποτε θεραπεία όμως κανείς δεν δικαιούται να την εφαρμόζει στον άρρωστο χωρίς αξιολογημένα στοιχεία για την ευνοϊκή της δράση. Σήμερα με τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών η συγκέντρωση κλινικών πληροφοριών γίνεται πολύ πιο εύκολα. Το πρόβλημα δεν είναι η έλλειψη πληροφοριών αλλά το πως θα χρησιμοποιηθούν τα υπάρχοντα δεδομένα.

#### ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά στη διάγνωση του εγκεφαλικού επεισοδίου.

Έχοντας μπροστά μας έναν άρρωστο με πιθανό ή σίγουρο εγκεφαλικό επεισόδιο και θέλουμε να ερευνήσουμε, θα πρέπει να καταφύγουμε στην Αξονική Τομογραφία του εγκεφάλου εφόσον οι δυνατότητες το επιτρέπουν. Το έμφρακτο στην ηλεκτρονική αξονική τομογραφία εμφανίζεται συνήθως σε ζώνη ελαττωμένης σκιερότητας χωρίς συνοδό μάζα που να παρεμποδίζει τους σχηματισμούς του εγκεφάλου. Αντίθετα οι περισσό-

ΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΘΕΛΙΑΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΣΚΛΗΡΟΤΗΤΑ.



2

3

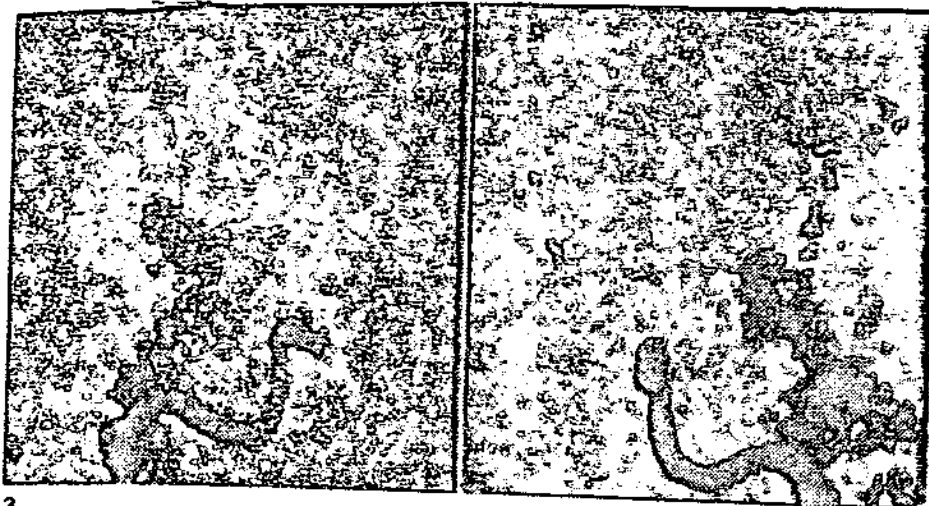
4

Εκ 18. Αφωνική τομογραφία εγκεφάλου. Και στις 4 τομές διακρίνεται μαλακυντική εστία στο δεξιό ηνιακό λοβό.

Η διαφορική διάγνωση των εμφράκτων από τα νεοπλάσματα που επίσης εμφανίζουν συνήθως ελαττωμένη σκληρότητα σε αμφισβητούμενες περιπτώσεις θα στηριχθεί:

- α) Στην ύπαρξη σε περίπτωση νεοπλάσματος συνοδού μάζας.
- β) Στην εξέλιξη της εικόνας σε διαδοχικές λήψεις.

Αν η αξονική τομογραφία δε μας λύσει το πρόβλημα το SCANNING του εγκεφάλου μπορεί να μας βοηθήσει σε ποσοστό 8%. Αν οι προηγούμενες εξετάσεις δώσουν διάγνωση κατάστασης που μπορεί ενδεχομένως να αντιμετωπιστεί χειρουργικά η αγγειογραφία μπορεί να υποδείξει το ακριβές σημείο της διακοπής της κυκλοφορίας, την εντόπιση και το σχήμα μιας δυσπλασίας ή την έκταση μιας αιμορραγικής εστίας.



3

Εικ. 17. Η συμβολή της αγγειογραφίας στη διάγνωση αγγειακών ανευρυσμάτων.

1. Πολλαπλά ανευρύσματα σε ασθενή με υπαραχνοειδή αιμορραγία. 2. Ανευρύσματα σε ασθενή με υπαραχνοειδή αιμορραγία. Τοπικός σπασμός των γειτονικών αγγείων. 3. Αμφοτερόπλευρα ανευρύσματα μέσης εγκεφαλικής. 4. Μεγάλο ανεύρυσμα πάνω από το τουρκικό εφίπτιο.





Εικ. 18. Αιμορραγία από την πρόσθια χοριοειδή αρτηρία σε λήψεις profil και face.

Η διάγνωση μιας αιμορραγίας θα βοηθηθεί:

α) Λήψη ακτινογραφίας κρανίου για την ανακάλυψη τυχόν κα-  
τάγματος.

β) Αιματολογικός έλεγχος για τυχόν ανακάλυψη ενδοεγκεφαλι-  
κού αιματώματος.

γ) Ηχοεγκεφαλογράφημα για την ανασκόληση ενδοεγκεφαλικού αιμα-  
τώματος.

δ) Καρωτιδική αγγειογραφία η οποία βοηθά: α) στη διάγνωση και  
εντόπιση αιματώματος, β) στη διαφορική διάγνωση από υποσιλη-  
ρίδιο αιμάτωμα και ογκωτική εξεργασία. Η καρωτιδική αγγειο-  
γραφία δεν πρέπει να εκτελείται σε μεγάλα άτομα με αθηρω-  
μάτωση, υπέρταση και καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια.

ε) Από τη βυθοσκοπηση που θα αποκαλύψει οίδημα βυθού σε πε-  
ρίπτωση αύξησης της ενδοκρανίας πίεσης. Η βυθοσκοπηση πρέ-  
πει πάντα να προηγείται από την οσφουονωτιαία παρακέντηση  
γιατί το οίδημα των θηλών αποτελεί αντένδειξη για την πραγ-  
ματοποίησή της.

ς) Από την οσφουονωτιαία παρακέντηση το αιμορραγικό υγρό εί-  
ναι ένδειξη πρόσφατης παρουσίας αίματος στους υπαραχνοει-  
δείς χώρους.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Α.Γενικά μέτρα

Πρωταρχικό μέλημα είναι η διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών που διαταράσσονται ιδιαίτερα σε αρρώστους που βρίσκονται σε κώμα, σε αρρώστους με προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους και σε αρρώστους με εκτεταμένα εγκεφαλικά έμφρακτα ή αιμορραγίες.

1. Διατήρηση ανοικτής αναπνευστικής οδού θα χρειασθεί συχνά βαθιά αναρρόφηση εκκρίσεων και σε ανάγκη διασωλήνωση ή και τραχειοστομία. Χορήγηση οξυγόνου επιβάλλεται σε βαριές καταστάσεις πάντα με ετοιμότητα τεχνητού αναπνευστήρα.

2. Παρακολούθηση Αρτηριακής Πίεσης. Έλεγχος συχνός της αρτηριακής πίεσης είναι ιδιαίτερα απαραίτητος. Αν ο άρρωστος είναι μέτρια υπέρτασικός η υπέρταση αυτή μπορεί να διατηρηθεί για καλύτερη οξυγόνωση και αιμάτωση του εγκεφάλου και των νεφρών. Υπόταση πρέπει να αντιμετωπίζεται με παρεντερική χορήγηση υγρών και φαρμάκων όπως υδροκορτιζόνης.

3. Καρδιακός έλεγχος. Καρδιακά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται.

4. Έλεγχος της ουροδόχου κύστης της ποσότητας ούρων και των κενώσεων καθετηριασμός της κύστης και μόνιμος καθετήρας με την ανάλογη αντισηπτική περιποίηση είναι ιδιαίτερα απαραίτητος σε κωματώδεις αρρώστους. Το ποσό των ούρων πρέπει να προσδιορίζεται.

5. Προληπτική αντιβίωση. Αντιβιοτικά με ευρύ φάσμα δρά-

σης δίνονται προληπτικά σε κωματώδεις αρρώστους.

6. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Άρρωστοι σε κώμα ή με βαριές καταστάσεις που η χορήγηση υγρών από το στόμα είναι προβληματική, χρειάζονται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με ανάλογη περιεκτικότητα σε ηλεκτρολύτες. Προσοχή χρειάζεται προς αποφυγή υπερυδάτωσης.

7. Αλλαγή θέσης στο κρεβάτι. Για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας και κατακλίσεως άρρωστοι σε κώμα ή με βαριές ημιπληγίες χρειάζονται αλλαγή θέσης συνήθως κάθε 2 ώρες.

8. Κατάλληλη θέση στο παράλυτο πλάγιο. Αποφυγή έξω στροφής του σκέλους γίνεται με κατάλληλη χρήση κυλινδρικών σάκων με άμμο. Το πόδι πρέπει να είναι σε ορθή γωνία στην ποδοκνημική με κατάλληλη υποστήριξη. Αποφυγή υπερέκτασης στο γόνατο γίνεται με τοποθέτηση μικρού μαξιλαριού στην γυνιακή περιοχή όταν ο άρρωστος είναι σε υπίτια θέση.

#### B. Ειδική φαρμακευτική αγωγή.

1. Αντιμετώπιση της υπέρτασης: Αν διαπιστωθεί μεγάλη υπέρταση συνιστάται η βραδεία μείωση της πίεσης με πορεντερική χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων. Σε άλλη περίπτωση αντενδείκνυται η μείωση της αρτηριακής πίεσης γιατί (1) θα γίνει μείωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής, (2) λόγω της απώλειας της εγκεφαλικής αυτορρύθμισης για επαρκή αιμάτωση απαιτείται υψηλότερη αρτηριακή πίεση και (3) σε ασθενείς με στένωση των μεγάλων αγγείων του λαιμού μπορεί να δημιουργηθεί

γηθούν νέα έμφρακτα. Είναι σημαντικό πριν χορηγηθεί αντιϋπερτασική αγωγή να γίνει εξακρίβωση της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς προ του επεισοδίου. Προτιμούνται σκευάσματα της μεθύλντοπα. Αντιϋπερτασική αγωγή εφαρμόζεται σε ασθενείς με μόνιμο ισχαιμικό επεισόδιο, σε εγκεφαλική εμβολή, εγκεφαλική αιμορραγία και υπαραχνοειδή αιμορραγία.

2. Αντιπηκτικά φάρμακα. Τα αντιπηκτικά χρησιμοποιούνται με επιτυχία στην εγκεφαλική εμβολή, σε παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και σε εγκεφαλική προσβολή σε εξέλιξη. Πριν να αρχίσει αντιπηκτική θεραπεία καλό θα είναι να προηγείται μια αξονική ηλεκτρονική τομογραφία για τον αποκλεισμό πιθανής αιμορραγίας. Η ηπαρίνη χορηγείται δύο φορές την ημέρα (5000 IU) υποδορίως. Μετά την αποσταθεροποίηση του ασθενούς η ηπαρίνη αντικαθίσταται με βαρφαρίνη η οποία είναι υδροδιαλυτή και απορροφάται από το έντερο.

3. Αντιοιδηματική αγωγή. Στην περίπτωση ενός μεγάλου ισχαιμικού εμφράκτου το συνόδο οίδημα είναι συχνά έντονο και μπορεί να είναι υπεύθυνο για την επιδείνωση της συνειδησιακής κατάστασης ή την εμφάνιση φαινομένων απεγκεφαλισμού. Για λίγες μέρες χορηγείται 0,5-1,5 G/KG διάλυμα 20% μαννιτόλης σε ενδοφλέβια έγχυση και δεξαμεθαζόλης

6 χιλ. ανά 6ωρο. Τα κορτικοστεροειδή βοηθούν στην καταπολέμηση του οιδήματος. Κατά προτίμηση χρησιμοποιείται η δεξαμεθαζόνη σε δόσεις 5-8 MG ανά 6ωρο ενδομυϊκώς.

4. Χαμηλού μοριακού βάρους δεξτράνη. Αυτή μειώνει την υπερδραστηριότητα των σιμποπεταλίων, τείνει να διασπά σιμο-

πεταλισμούς θρόμβους και γενικά αυξάνει την αιματική ροή σε περιοχές που η μικροκυκλοφορία έχει επιβραδυνθεί. Δίνονται συνήθως 250-500 ML σε 1-2 ώρες και επαναλαμβάνεται η χορήγηση ανά 12ωρο για 4-5 ημέρες. Η ουρία του αίματος πρέπει να ελέγχεται κάθε μέρα.

5. Αγγειοδιασταλτικά φάρμακα. Χορηγούνται με σκοπό τη βελτίωση της παράπλευρης κυκλοφορίας της εγκεφαλικής ροής και τη βελτίωση των περιοχών με μειωμένο μεταβολισμό, ύστερα από μια ισχαιμική προσβολή. Σε πρόσφατο έμφρακτο, πρέπει να αποφεύγονται τα αγγειοδιασταλτικά 2-3 μέρες μετά το έμφρακτο.

6. Αντλαιμοπεταλικά φάρμακα. Σήμερα χρησιμοποιούνται σε ευρεία κλίμακα σε ισχαιμικά έμφρακτα και παροδικά ισχαιμικά επεισόδια για την ανταγωνιστική τους δράση στη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Τέτοια φάρμακα είναι η διπυριδαμόλη, σουλφιπυραζόνη και προστακυκλίνη. Η ασπυρίνη παρεμποδίζει τη συγκόλληση και συσσωρεύση των αιμοπεταλίων. Χορηγείται 250-300 MG ημερησίως.

7. Αντιεπιληπτικά φάρμακα. Επιληπτικές κρίσεις παρουσιάζονται στο 4% των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και είναι συχνότερες σε εμβολές και αιμορραγίες. Η συνηθέστερη αγωγή είναι η ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης (5-10 MG).

8. Ηρεμιστικά. Σπάνια χρειάζεται η χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων τα οποία πρέπει να αποφεύγονται επειδή συγκαλύπτουν τη νευρολογική κλινική εικόνα.

### Γ. Χειρουργική Θεραπεία

Η θεραπεία αυτή έχει εφαρμογή σε περιπτώσεις ενδοεγκε-

φαλικών αιματωμάτων και περιπτώσεις παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων από στενώσεις εξωκρανιακών αγγείων στον αυχένα κυρίως της έσω καρωτίδας. Είναι δύσκολο να είναι κανείς δογματικός για τις ενδείξεις καρωτιδικής ενδαρτηρικής ή εφαρμογής BY-PASS με μόσχευμα. Για το λόγο αυτό κάθε περίπτωση πρέπει να κρίνεται μόνη της. Παρόλο ότι αρχικά ο βαθμός στένωσης αποτελούσε σπουδαίο κριτήριο για επέμβαση σήμερα με την αναγνώριση της αποσπάσεως εμβόλων ως αιτίας Π.Ι.Ε., σε πολλούς αρρώστους ο βαθμός στένωσης έπαψε να έχει τόσο μεγάλη σημασία.

#### Δ. Η Συμβολή της Φυσικοθεραπείας στην Αποκατάσταση του Εγκεφαλικού Επεισοδίου

Το βασικότερο πρόβλημα, μετά την προσβολή ενός αρρώστου από εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι αναμφίβολα η αποκατάστασή του. Με τον όρο <<αποκατάσταση>> εννοείται εδώ η αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων του αρρώστου, ώστε στη χειρότερη περίπτωση να μπορεί να μετακινείται επάνω στο κρεβάτι, γειαστην αποφυγή δερματικών κατακλίσεων, κυκλοφοριακών και αναπνευστικών προβλημάτων και στην καλύτερη, να ελαττωθεί στο ελάχιστο η αναπηρία του.

Για τη μεγαλύτερη δυνατή αξιοποίηση των δυνατοτήτων του συντελούν πολλοί παράγοντες. Πρώτον ο ίδιος ο άρρωστος και κατόπιν η ομάδα αποκατάστασης και το άμεσο περιβάλλον του.

Στο πρόγραμμα αποκατάστασης του ασθενούς θα πρέπει

να λάβουν μέρος ο φυσικοθεραπευτής, ο απασχολησιοθεραπευτής, ο κοινωνικός λειτουργός, ο λογοθεραπευτής και ο κλινικός ψυχολόγος. Ο θερόπων ιατρός είναι πάντα σε συχνή επαφή με τα άλλα μέλη της αποκατάστασης καθώς επίσης και η νοσηλεύτρια.

Η φυσικοθεραπεία με τη μάλαξη και τις παθητικές κινήσεις είναι ανάγκη να αρχίσει αμέσως από την κωμοτώδη κατάσταση.

Η μάλαξη και παθητικές κινήσεις σκοπό έχουν: α)Τη βελτίωση της κυκλοφορίας. Με την αύξηση της φλεβικής κυκλοφορίας και την αποφυγή της στάσης του αίματος στη γαστροκνήμια, η πιθανότητα της θρομβοφλεβίτιδας μειώνεται, β)την ελαχιστοποίηση και την πρόληψη των οιδημάτων, γ)Τη διατήρηση της τρώχιας των κινήσεων των αρθρώσεων, δ)Τη διατήρηση της ελαστικότητας των μυών, ώστε να προληφθούν οι συρρικνώσεις και οι παραμορφώσεις, ε)Τη βελτίωση της διατροφής των μυών και την ανακούφιση από τον πόνο.

Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει έγκαιρα να εφαρμόσει το καταλληλότερο για την περίπτωση του αρρώστου πρόγραμμα που αποτελείται από:

- α)Κινησιοθεραπεία
- β)Χρήση κηδεμόνων, ναρθήκων
- γ)Λογοθεραπεία
- δ)Θερμοθεραπεία
- ε)Υδροθεραπεία
- στ)Ηλεκτροθεραπεία

#### Α. ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στα πρώτα στάδια η κινησιοθεραπεία έχει σα σκοπό τη



μυϊκή ενδυνάμωση, την επαναδραστηριοποίηση των παράλυτων μυών και στο χρόνιο πια στάδιο τη διατήρηση της κινητικότητας, την επανεκπαίδευση για αυτοεξυπηρέτηση και βάδιση.

Οι θεωρίες και οι κινησιοθεραπευτικές μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί είναι πολλές και εφαρμόζονται μόνες τους ή σε συνδυασμό μεταξύ τους.

Κατατάσσονται στις παρακάτω ομάδες:

α) Σ' αυτές που χρησιμοποιούν στοιχειώδη αντανσικλαστικά για να δημιουργήσουν ακούσια κίνηση.

β) Σ' αυτές που χρησιμοποιούν την πρόκληση συνεργικών κινήσεων με τη συστολή ενός δυνατότερου μυός ή ομάδας μυών της περιοχής ώστε να παράσφρονται στην κίνηση και οι παράλυτοι ή αδύνατοι μύες.

γ) Σ' αυτές που αναχαιτίζουν τα πρωτοπαθή αντανσικλαστικά ώστε να βελτιωθεί σταδισκά ο συντονισμός των κινήσεων, να χαλαρώσει η υπερτονία να δημιουργηθεί σταθερότητα και ισορροπημένη σύσπαση-χαλάρωση των αγωνιστών και ανταγωνιστικών μυών, να διδασχθεί ο άρρωστος επιδέξιες κινήσεις απαραίτητες στην καθημερινή ζωή μέχρι να μπορέσει να σταθεί όρθιος και να βαδίσει.

Η αναπνευστική κινησιοθεραπεία αποτελείται:

1. Τη βρογχική παροχέτευση που απελευθερώνει τις αναπνευστικές οδούς από τις εκκρίσεις, με τις ασκήσεις εκπνοής και βήχα.

2. Το συγχρονισμό των αναπνευστικών κινήσεων για καλύτερη κατανομή αέρα σε όλους τους λοβούς και ευκολότερη πρόσληψη  $O_2$  και αποβολή  $CO_2$ .

3. Την εκγύμναση των αναπνευστικών μυών και κυρίως του διαφράγματος που πρέπει να είναι προσεκτική και χαλαρή, ώστε να μην αυξάνεται πολύ το αναπνευστικό έργο και έχουμε μεγάλη κατανάλωση  $O_2$ . Η διάρκεια της κίνησης-θεραπείας είναι μακροχρόνια.

#### Β. ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΝΑΡΘΗΚΕΣ

Χρησιμοποιούνται συχνά κηδεμόνες και νάρθηκες, ειδική <<αιώρα>> για τη στήριξη του παράλυτου άνω άκρου. Χρησιμοποιείται για να αποφύγουμε τυχόν ρήξη του αρθρικού θυλάκου. Ειδικοί διορθωτικοί νάρθηκες χρησιμοποιούνται για την αποφυγή παραμορφώσεων και συγκάψεων. Στο στάδιο της βάδισης η συχνά παρατηρούμενη λιποποδία καταπολεμείται με κνημοποδικό κηδεμόνα. Σε πιο βαριές περιπτώσεις χρησιμοποιείται μηροκνημοποδικός κηδεμόνας. Σε τρίτο στάδιο κρίνεται αν ο ημιπληγικός χρειάζεται ειδικό μόνιμο κηδεμόνα και αξιολογείται η ανασπηρία του και οι ικανότητές του, ώστε εάν είναι νέο άτομο να ακολουθήσει ακόμη και διαφορετικό επάγγελμα.

#### Γ. ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ειδικευμένος θεραπευτής των διαταραχών του λόγου συμπληρώνει την ομάδα των ειδικών που αντιμετωπίζουν τους χρόνιους νευρολογικούς αρρώστους. Η θεραπεία είναι πολύτιμη για τους αρρώστους με αφασικές διαταραχές που οφείλονται σε βλάβη των ειδικών εγκεφαλικών κέντρων του λόγου ή με δυσarthρία που μπορεί να έχει αιτία ατελή κινητικότητα της υπερώας. Στην περίπτωση δυσarthρίας ο θεραπευτής χρησιμοποιεί

εί περιορισμένο απλό λεξιλόγιο που επαναλαμβάνεται αργά και ήρεμα. Οι μυϊκοί σπασμοί, οι ακούσιες και άσκοπες κινήσεις που επαναλαμβάνονται πρέπει να καταπολεμηθούν με χαλάρωση του σπασμού των μυών της άρθρωσης του λόγου και μείωση της γενικευμένης μυϊκής υπερτονίας. Όταν επιτύχει την πλήρη μυϊκή χαλάρωση ο θεραπευτής παρατηρείται για άγνωστο λόγο, ανάλογη ελάττωση της ψυχικής έντασης και ο άρρωστος ανταποκρίνεται ευκολότερα στην υποβολή την καθοδήγηση και την εκπαίδευση. Ο ειδικευμένος θεραπευτής πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο για να υπάρχει εκ μέρους του άρρώστου συνεργασία.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ  
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ

Το εγκεφαλικό επεισόδιο σε σημαντικό ποσοστό αφήνει μακρόχρονες βαριές αναπηρίες. Είναι ύστερα απ'τα σοβαρά ατυχήματα η πιο αιφνίδια και δραματική αλλαγή στη σωματική υγεία και συνακόλουθα σε όλο το πλέγμα οικογενειακών επαγγελματιών, κοινωνικών σχέσεων του ατόμου. Να λοιπόν, γιατί προκαλεί σημαντικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα και γιατί σε κοινωνίες με περιορισμένη κοινωνική μέριμνα είναι πηγή εξαθλίωσης.

Τρεις είναι οι συχνότερες και πιο ενοχλητικές για τον άρρωστο και το περιβάλλον του αναπηρίες, ύστερα από μια εγκεφαλική προσβολή.

1) Οι αφασικές διαταραχές που μπορούν να φτάσουν μέχρι ολοκληρωτική αδυναμία για ομιλία, κατανόηση προφορικού λόγου, διάβασμα, γράψιμο.

2) Η ημιπληγία

3) Η εμφάνιση ανοϊκών συμπτωμάτων ή η χειροτέρευσή τους αν προϋπήρχαν, με κύρια χαρακτηριστικά διαταραχές στη μνήμη, την κρίση, τον προσανατολισμό και συγχυτικο-διεγερτικές κρίσεις.

Τα προβλήματα του αρρώστου που έμεινε ανάπηρος ύστερα από εγκεφαλική προσβολή, είναι και ψυχολογικά. Ο μη ειδικός γιατρός πρέπει να γνωρίζει τις βασικές κατευθύνσεις της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας που καλείται να εφαρμόσει. Η οικογένεια είναι η πρώτη πηγή παροχής ψυχοθεραπείας. Καλλιεργείται μια αισιόδοξη προοπτική όσον αφορά

στην εξέλιξη της αναπηρίας του, τη δυνατότητα του να είναι χρήσιμος, να μπορεί να χαίρεται τις απολαύσεις της ζωής, χρειάζεται ακόμα να παραινηθεί να διατηρεί τα ενδιαφέροντά του, τις επαφές του με τους άλλους ανθρώπους ή στην ανάγκη να αναπτύσσει νέες. Στις ερωτήσεις του αρρώστου π.χ. <<θα γίνει καλά το χέρι μου;>>, <<θα μπορέσω να ξαναπερπατήσω;>>, θα πρέπει να αποφεύγουμε τις υπεραισιόδοξες προβλέψεις που φθείρουν το κύρος μας καθώς ο χρόνος δεν τις δικαιώνει.

Συχνά αναπτύσσονται καταθλιπτικές αντιδράσεις. Όταν έχουν μεγάλη ένταση και διαφαίνεται κίνδυνος αυτοκτονίας χρειάζεται η παρέμβαση του ειδικού. Σε ελαφρότερες μορφές μπορούν να ξεπεραστούν με μια ελαφρά αγχολυτική, αντικαταθλιπτική αγωγή και με συνεχή καταπολέμηση των ιδεών ανικανότητας και ανασξιότητας όπως <<Δεν κάνω για τίποτα πια>>, <<Είμαι βάρος στην κοινωνία>>. Θα πρέπει να αντλούμε επιχειρήματα που να αποδείχνουν ότι μπορεί να είναι ακόμα χρήσιμος και να υποδείχνουν με τρόπους ανάπτυξης των δυνατοτήτων του με βάση και την προοπτική βελτίωσης που υπάρχει. Τελευταίο αλλά όχι-έσχατο επιχείρημα είναι η επισήμανση της αγάπης των οικείων και των φίλων του, η ευχαρίστηση που τους δίνει να τον έχουν ανάμεσά τους, ζωντανό ευχαριστημένο, έτοιμο να συμβάλλει, έστω και μόνο με τη γνώμη του και την πείρα του, στη λύση προβλημάτων τους.

Σημαντικός είναι ο ρόλος των οικείων του αρρώστου. Πέρα από τις συμβουλές για την ανάγκη καθαριότητας και περιποίησης των κατάκοιτων, οφείλουμε να τους τονίζουμε ότι δεν

δεν πρέπει μπροστά τους να εκφράζουν βαρυγνώμια ή να παίρνουν ύφος οσιομάρτυρα γιατί αυτοί ιδιαίτερα τον πρώτο καιρό είναι πολύ ευαίσθητοι και συλλαμβάνουν και τα πιο σδιόρατα σήματα στην συμπεριφορά των άλλων. Είναι λάθος και η παραμέληση του αρρώστου που οδηγεί στην απομόνωσή του.

Για τους ανοϊκούς πρέπει να εξασφαλίζεται σταθερό περιβάλλον, χωρίς απότομες εναλλαγές και να καλλιεργούνται με τη συζήτηση οι δυνατότητες μνήμης και κρίσης που υπάρχουν. Η φροντίδα για την αποθεραπεία, την ψυχολογική υγεία την κοινωνική αποκατάσταση αυτών που ύστερα από εγκεφαλική προσβολή έχουν κάποια αναπηρία, μένει λειψή χωρίς την κατάλληλη κοινωνική υποδομή.

Δύο μέτρα είναι ιδιαίτερα αναγκαία: Πρώτο η προώθηση του θεσμού του ψυχολόγου ή του κοινωνικού λειτουργού, που βρίσκεται σε μόνιμη επαφή με τα προβλήματα του πληθυσμού μιας συνοικίας ή ενός χωριού, παρακολουθεί την πορεία τους μπορεί σωστά να πληροφορήσει, να προτείνει λύσεις και προς την οικογένεια και προς τις κεντρικές υπηρεσίες Κοινωνικής Μέριμνας. Δεύτερο η λειτουργία Κέντρων επαγγελματικού αναπροσανατολισμού ανάπηρων ατόμων. Σε πολλές περιπτώσεις κατάκοιτων αρρώστων η ανεπάρκεια των κρατικών επιδομάτων είναι καταφανής. Ένας αγρότης με βαριά ημιπληγία, ανίκανος να κάνει οτιδήποτε δικαιούται γύρω στις 10.000 δραχ. το μήνα. Έτσι συντηρούνται εικόνες αθλιότητας. Πρέπει να ιδρυθούν δίκτυα Ιδρυμάτων που να καλύπτουν τις ανάγκες τους. Είναι θέμα διαμόρφωσης ανθρωπιστικής συνείδησης στο σύνολο των μελών μιας κοινωνίας και έτσι πρέπει να το βλέπουν οι υπεύθυνοι φορείς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ

ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Η Νοσηλευτική θεωρείται διαπροσωπική διεργασία. Σε όλους τους τομείς που εργάζονται νοσηλεύτριες η νοσηλεία είναι διακονία προς τον άνθρωπο, κοινωνικό λειτούργημα, σχέσις βοήθειας. Ασκείται πάντοτε εντός διαπροσωπικού κλίματος και περιβάλλοντος

Η νευρολογική νοσηλευτική είναι ένας από τους πιο προκλητικούς τομείς της νοσηλευτικής. Σε αυτή σπουδαίο ρόλο παίζει η παρατηρητικότητα, αφού ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών και η νοσηλεύτρια με τις σωστές παρατηρήσεις της θα είναι η πηγή των πληροφοριών για τη διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντα αλλά και για τη διαπίστωση των νοσηλευτικών προβλημάτων. Η αποκατάσταση των ασθενών με νευρολογικό πρόβλημα είναι μια διεργασία γιατί οι οργανικές βλάβες πολλές φορές δεν αποκαθίστανται λειτουργικά.

Στην αποκατάσταση των ασθενών βοηθούν: η καθοδήγηση, απασχόληση, φυσικοθεραπεία, ψυχαγωγία, επανεικπαίδευση και πολλή υπομονή. Οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου επηρεάζουν τη προσωπικότητα και τη συμπεριφορά των ασθενών, γι' αυτό η νοσηλεύτρια χρειάζεται να έχει κατανόηση, για να μπορέσει να βοηθήσει θετικά στο έργο της.

Η νοσηλεύτρια θα βοηθήσει στις διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται γιατί είναι επώδυνες και επικίνδυνες, θα προετοιμάσει τον άρρωστο και θα προσπαθήσει να μην υπάρχουν επιπλοκές από τις εξετάσεις αυτές.

Στο έργο που αναλαμβάνει η νοσηλεύτρια θα βοηθήσει πολύ η γενική εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου από 1) το ιστορικό υγείας του, προβλήματα που υπάρχουν, οικογενειακό του ιστορικό, κοινωνικό ιστορικό, 2) Διανοητική - ψυχική κατάσταση του, το επίπεδο συνείδησης και ο βαθμός αντίδρασης στα ερεθίσματα του ασθενή, έχει πλήρη αντίληψη του περιβάλλοντος, έχει σύγχυση βρίσκεται σε κώμα, ή είναι σε αφασία θα παρατηρήσει τη συγκινησιακή κατάστασή του και τη συμπεριφορά.

Τον προσανατολισμό του στο χώρο, χρόνο και πρόσωπα, τη μνήμη του αρρώστου ρωτώντας τον για πρόσφατα γεγονότα, και μακρινά γεγονότα. Ο βαθμός επίγνωσης του προβλήματος που έχει. Η ικανότητα αναγνώρισης των ερεθισμάτων. Η ομιλία του είναι πλήρης ή έχει το πρόβλημα δυσarthρίας ή βρίσκεται σε κώμα κι η ομιλία του λείπει εντελώς.

3) Θα ελέγξει τη κινητική λειτουργία, θα αξιολογήσει τις μυϊκές ομάδες των άνω, κάτω άκρων, αριστερά δεξιά για:

- α) Συμμετρία
- β) Δύναμη
- γ) Τόνο
- δ) Βαθιά τενόντια αντανακλαστικά

Η νοσηλεύτρια ως γενικά προβλήματα του ασθενούς με εγκεφαλικό επεισόδιο θα θεωρήσει τα παρακάτω:

1. Μεταβολές στην άνεση: έλλειψη άνεσης, λιγγύους, μεταβολές βάδισης
2. Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό
3. Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας
4. Μεταβολή στο σωματικό είδωλο



5. Μεταβολές στη θρέψη: κακή θρέψη εξαιτίας απώλειας της δρεξης, ναυτίας και εμέτων, αδυναμία σίτισης.
6. Ελαττωματική κίνηση: περιορισμένη τροχιά κινήσεων, ελάττωση μυϊκού τόνου.
7. Σύγχιση: Έλλειψη προσανατολισμού προς τα πρόσωπα, χρόνο χώρο.
8. Μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και κρίση
9. Μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης
10. Μεταβολές στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων: κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ουροδόχου κύστης.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

Η διατήρηση στη ζωή του κωματώδους αρρώστου

α. Εκτίμηση

- (1) Ικανότητα να αντιδράσει στο όνομά του
- (2) Ικανότητα να απομακρύνεται από επώδυνο ερέθισμα
- (3) Συχνότητα, ρυθμός και βάθος της αναπνοής
- (4) Αντίδραση κόρης
- (5) θέση του σώματος

β. Παρέμβαση

Σε περίπτωση αρρώστου που βρίσκεται σε κώμα η νοσηλεύτρια παρεμβαίνει (1) Στη διατήρηση ανοικτών αεραγωγών.

Πρώτο μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η εξασφάλιση αναπνευστικής λειτουργίας. Ο άρρωστος με κώμα θα έχει ενδοτραχειακό σωλήνα ή τραχειοστομία, ο άρρωστος θα τοποθετείται σε πλάγια θέση. Η νοσηλεύτρια θα παρακολουθεί τον σωλήνα να είναι πάντα καθαρός ώστε η αναπνευστική οδός να είναι ελεύθερη από εκκρίσεις. Πρέπει να γίνεται συχνή αναρρόφηση από τον τραχειοσωλήνα (10'-15' τις πρώτες ώρες). Η τομή να είναι πά-

ντοτε καθαρή, να χρησιμοποιούνται αποστειρωμένες γάζες για τον καθαρισμό της.

Είναι υπεύθυνη για τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος του αρρώστου σε περίπτωση υπερπυρεξίας γίνεται τοποθέτηση παγοκύστεων στον κοσμό και τα άκρα και χορήγηση ασπιρίνης. Θα προσέξει το αίτιο που δημιουργεί υπερπυρεξία, γιατί μια λοίμωξη των πνευμόνων ή μια ουρολοίμωξη κάνει υπερπυρεξία.

Ο άρρωστος βρισκόμενος σε κώμα παθαίνει επιπλοκές που έχουν σχέση με το ουροποιητικό σύστημα όπως διάταση της κύστης από επίσχεση ούρων, η νοσηλεύτρια για την πρόληψη της διάτασης κάνει καθετηριασμό της κύστης. Ο καθετηριασμός γίνεται με άσηπτες τεχνικές, για την πρόληψη δευτεροπαθών λοιμώξεων.

Η διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών, είναι ένα σημαντικό μέτρο παρέμβασης, για τη διατήρηση στη ζωή αρρώστου που βρίσκεται σε κώμα. Χορηγούνται ενδοφλέβια διαλύματα, κυρίως είναι διαλύματα ηλεκτρολυτών ή γλυκόζης λ.χ. ισοτόνα διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή φυσιολογικός ορός, υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου.

Τα σακχαρούχα διαλύματα είναι σακχαρούχο διάλυμα και τουπέρτονο σακχαρούχο διάλυμα.

Άλλα διαλύματα

Τα διαλύματα χλωριούχου νατρίου ή σακχάρου θα περιέχουν ηλεκτρολύτες (Na, Cl, K) και πολλά θρεπτικά συστατικά όπως βιταμίνες (B, C, A), λευκώματα υδροδιαλυτές.

Νοσηλευτικές αρχές που τηρεί η νοσηλεύτρια είναι: το είδος, το ποσό και η ροή των χορηγούμενων υγρών προγραμμα-

τίζεται από τον γιατρό κάθε μέρα, η συνηθισμένη ταχύτητα ροής του ορού θα ρυθμίζεται από την νοσηλεύτρια σε 25-60 σταγόνες κατά 1 λεπτό της ώρας. Ο ορός που περιέχει κάλιο χορηγείται αργά, διότι το κάλιο επιβραδύνει την καρδιακή λειτουργία.

Ο εμπλουτισμός ενός ορού με βιταμίνες πρέπει να γίνεται πάντοτε από τη νοσηλεύτρια μετά την εντολή του γιατρού. Οι οροί που εμπλουτίζονται πρέπει να χρησιμοποιηθούν μέσα σε χρόνο 4 ωρών, διαφορετικά αχρηστεύεται, η φιάλη πρέπει να έχει στην ετικέτα ένδειξη με το φάρμακο που προστέθηκε.

Η σίτιση γίνεται με ρινογαστρικό καθετήρα μετά από μερικές ημέρες. Τοποθετείται καθετήρας από τη μύτη και έτσι επιτυγχάνεται η σίτιση του αρρώστου μέχρι το χρονικό διάστημα που θα διαρκέσει η κωματώδης κατάσταση. Η σίτιση γίνεται αργά για να αποφύγουμε τη διάταση του στομάχου και την πρόκληση εμέτων.

Η σίτιση θα περιέχει τις ανάλογες θερμίδες και τα υγρά που χρειάζονται. Σε περίπτωση εμέτων τοποθετούμε τον ασθενή με το κεφάλι στο πλάι για την αποφυγή εισροφήσεων υγρών και την αποφυγή επιπλοκών από τους πνεύμονες, χρειάζεται να γίνονται αναρροφήσεις συχνά για την αποφυγή των κινδύνων των επιπλοκών.

Παρακολούθηση της αναπνοής του αρρώστου, η συχνότητα των αναπνοών επηρεάζεται από την ηλικία του ατόμου, το φύλο. Κατά τη λήψη των αναπνοών η νοσηλεύτρια πρέπει να ξέρει ότι οι αναπνοές μετριούνται σε χρονικό διάστημα ενός λεπτού, κατά τη μέτρηση των αναπνοών παρακολουθεί δια-

ταραχές αναπνευστικής λειτουργίας, τις κινήσεις και τη διεύθυνση του θώρακα ή της κοιλιάς, το χρώμα του ασθενούς και τη θέση του.

Για την πρόληψη επιπλοκών ακινησίας πρέπει να παρακολουθεί τα άκρα καθημερινά για σημεία θρομβοφλεβίτιδας, η πρόληψη συνιστάται σε: αποφυγή πιέσεων, η αποφυγή εντριβών των άκρων, ασκήσεις των άκρων που γίνονται για επιβοήθηση της κυκλοφορίας πρέπει να αποφεύγονται. Σε περίπτωση σημείων θρομβοφλεβίτιδας πρέπει απόλυτη ακινησία του άκρου για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος, τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση, τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων, τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων.

Εξασφάλιση άριστης φροντίδας δέρματος. Το δέρμα του αρρώστου πρέπει να πλένεται συνεχώς, αλλαγή της θέσης του ασθενούς, να αποφεύγονται οι πτυχές των κλινοσκεπασμάτων, να επισκοπούνται συχνά οι χώρες που υφίστανται πίεση να γίνεται χρήση απορροφητικών σενδονίων και ειδικών κλινωστρωμάτων, να προστατεύεται το δέρμα από την πίεση των κλινοσκεπασμάτων, να πλένεται το δέρμα με νερό και σαπούνι, χωρίς ισχυρές εντριβές για τη πρόληψη κατακλίσεων. Σε περίπτωση δημιουργίας κατακλίσεων μέτρα που εφαρμόζονται από τη νοσηλεύτρια είναι: πλύσιμο γύρω από την κατάκλιση του υγιούς δέρματος με ζεστή σαπουνάδα, περιποίηση της κατακλίσεως με όρους ασηψίας προς αποφυγή μολύνσεων, χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκώματα, κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι για να μην πιέζεται το τραύμα, όταν η κατάκλιση έχει προχωρήσει στους ιστούς, που είναι βαθιά πρέπει να αφαιρούνται οι νεκρωμένοι ιστοί χειρουργικά και α-

ντιμετωπίζεται τυχόν υπάρχουσα αναιμία και αφυδάτωση.

2. Βοήθεια στην αναγνώριση των παραγόντων που συνέβαλαν στο επεισόδιο. Αυτό είναι βασικής σημασίας για τη λήψη των απαραίτητων μέτρων προκειμένου να σταματήσουν οι απώλειες και να αποκατασταθεί η κυκλοφορία.

Η εκτίμηση γίνεται στον ιστορικό υγείας του, τη φυσική κατάσταση και από τις εργαστηριακές εξετάσεις.

Αρτηριογραφία, υπολογιστική αξονική τομογραφία και εξέταση ΕΝΥ. Από αυτές τις εξετάσεις βγαίνει ένα τελικό συμπέρασμα για τους παράγοντες που συνέβαλαν στο επεισόδιο. Η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει την απαραίτητη φροντίδα και προετοιμάζει τον άρρωστο για την κάθε εξέταση που γίνεται.

Βοηθεί σε ένα μεγάλο βαθμό για την εκτέλεση των εξετάσεων και των σωστών αποτελεσμάτων της εξέτασης, πληροφορεί τον άρρωστο τον ίδιο ανάλογα με το επίπεδο της ευνείδησης που έχει και τη φυσική του κατάσταση για το είδος της εξέτασης, και πώς γίνεται και γιατί. Στην οικογένεια του αρρώστου εξηγεί το είδος της εξέτασης και γιατί γίνεται.

Πολλές φορές η νοσηλεύτρια πρέπει να παρατηρεί με μεγάλη προσοχή γιατί οι εξετάσεις αυτές μπορεί να προκαλέσουν δυσχέρειες και παρενέργειες στον άρρωστο. Χορήγηση επαρκούς ποσότητας αναλγητικών επί πόνου μετά από μια αρτηριογραφία, και παρακέντηση.

3. Αποκατάσταση της κυκλοφορίας σε άρρωστο με εγκεφαλικό που οφείλεται σε αποκλεισμό

Η διατήρηση επαρκούς ροής αίματος στον εγκέφαλο εξαρτάται από τη συστολική πίεση του αίματος. Η θέση του αρρώστου επηρεάζει την πίεση.

Πρέπει να παρακολουθείται και να αναγράφεται η συστολική πίεση του αρρώστου τακτικά. Κάποια μεταβολή της πίεσης θα προκαλέσει διαταραχή στη ροή του αίματος στον εγκέφαλο και δε θα έχουμε καμία αποκατάσταση της κυκλοφορίας. Το κρεβάτι πρέπει να είναι οριζόντιο για 7-10 ημέρες. Ανύψωση των κάτω άκρων 35 CM. Η έγερση του αρρώστου θα πρέπει να γίνεται αργά για μικρό χρονικό διάστημα στην αρχή. Δεν πρέπει να μένει μόνος του ο ασθενής, η νοσηλεύτρια, θα πρέπει να μένει συνέχεια δίπλα στον άρρωστο για την αντιμετώπιση κάθε ανάγκης που εμφανίζεται.

#### 4. Πρόληψη περαιτέρω απόφραξης.

Η αντιπηκτική θεραπεία είναι χρήσιμη στην προφύλαξη από επέκταση της απόφραξης. Ανάλογα με την εντολή του γιατρού η νοσηλεύτρια χορηγεί ηπαρίνη ή κουμαρίνη ή ασπιρίνη. Παρακολουθεί τον άρρωστο για συμπτώματα που δείχνουν αιμορραγία και φροντίζει κάθε μέρα να γίνεται ο έλεγχος του χρόνου προθρομβίνης.

#### 5. Μείωση των σε οξυγόνο αναγκών

Γενική υποθερμία: Προστατεύει τον άρρωστο από κρυοπαγήματα, διατηρεί σταθερή θερμοκρασία δωματίου. Παρακολουθεί την κατάσταση της καρδιάς για τυχόν εμφάνιση αρρυθμίας.

#### 6. Πρόληψη εξέλιξης της υπέρτασης

Η υπέρταση είναι κύριος παράγοντας επιδείνωσης αγγειακού επεισοδίου που οφείλεται σε θρόμβο. Παρακολούθηση συχνά της αρτηριακής πίεσης. Χορηγεί τα αντιυπερτασικά φάρμακα που έχουν γραφτεί από το γιατρό. Εξηγεί στον άρρωστο ποιά είναι η σπουδαιότητα του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης. Ακόμα η νοσηλεύτρια συζητεί με την οικογένεια τα μέτρα που πρέπει να

πάρουν ώστε να μεταβάλουν το τρόπο ζωής του αρρώστου, για να έχει αποτέλεσμα η φαρμακευτική θεραπεία.

#### 7. Εκτίμηση για υποκείμενη καρδιακή νόσο

Χορήγηση της αντιπηκτικής θεραπείας μετά από καρδιακή χειρουργική. Διδασκαλία του αρρώστου για την αντιπηκτική θεραπεία. Τακτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Επειδή τα προβλήματα που δημιουργούνται απαιτούν πολλή κατανόηση και συνεργασία από μέρους του αρρώστου, η νοσηλεύτρια πρέπει να παίζει το ρόλο του δασκάλου και του συμβούλου.

#### 8. Εξασφάλιση φυσικής και συγκινησιακής υποστήριξης για τον άρρωστο που είναι υποψήφιος για ενδαρτηρική τομή.

Η νοσηλεύτρια βοηθεί τον άρρωστο για να γίνουν οι διαγνωστικές εξετάσεις. Εξασφαλίζει συγκινησιακή και φυσική υποστήριξη. Θα πρέπει να γνωρίζει πως οι άρρωστοι με παροδικές ισχαιμικές κρίσεις εκδηλώνουν συγκινησιακά ξεσπάσματα και επηρεάζουν την ψυχική κατάστασή τους. Χρειάζονται κατανόηση και συμπάθεια εκ μέρους της νοσηλεύτριας. Με το διάλογο που θα κάνει με τον άρρωστο, με τις εξηγήσεις που θα του δώσει για τον σκοπό της επέμβασης και το αποτέλεσμα που θα έχει στην υγεία του θα μπορέσει να μειώσει την συγκινησιακή του ένταση και να επιφέρει ψυχική ηρεμία στον άρρωστο. Θα διώξει το φόβο και την αγωνία που έχει για την επέμβαση που θα του γίνει.

Μετά την επέμβαση θα πρέπει η φροντίδα της να περιλαμβάνει: διατήρηση ανοικτών αεραγωγών, διατήρηση επαρκούς κυκλοφορίας και πρόληψη αιμορραγίας, ισορροπίας προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών. Θα φροντίζει τη χειρουργική τομή με άσηπτες τεχνικές για την πρόληψη λοίμωξης της τομής. Θα εκτιμεί τα συμπτώματα και τα παράπο-

να του αρρώστου και θα τα αντιμετωπίζει. Το έργο της θα έχει αποτέλεσμα όταν τα ζωτικά σημεία του αρρώστου είναι σταθεροποιημένα, όταν οι παροδικές ισχαιμικές κρίσεις παύσουν, και ο άρρωστος γυρίσει στις κανονικές δραστηριότητες.

9. Εκπαίδευση του αρρώστου για ανάγκη συχνής παρακολούθησης της αρτηριακής του πίεσης.

Η νοσηλεύτρια αξιολογεί τον άρρωστο και την οικογένεια εάν κατανοούν το ρόλο της υπέρτασης και της δίαιτας για την υγεία του. Εάν κατανοούν το ρόλο, εξηγεί τα φάρμακα που πρέπει να παίρνει, και τη δίαιτα που πρέπει να κάνει ο ασθενής, απαντά κάθε φορά σε απορίες που έχει ο ασθενής και λύνει τα προβλήματα που τον απασχολούν. Οι συναντήσεις της νοσηλεύτριας με τον άρρωστο να είναι συχνές, για να εκτιμεί την πίεσή του και τη ψυχολογική του κατάσταση που βρίσκεται.

10. Σε περίπτωση αρρώστου με αγγειακό εγκεφαλικό που οφείλεται σε αιμορραγία.

Η υπέρταση είναι ένας παράγοντας που δημιουργεί την αιμορραγία. Θα πρέπει πάλι να γίνεται έλεγχος της πίεσης, χορήγηση των αντιυπερτασικών με προσοχή, μην δημιουργηθεί υπόταση. Να είναι στο κρεβάτι 4-8 εβδομάδες μετά την αρχική αιμορραγία. Ο άρρωστος βρίσκεται σε STRESS η νοσηλεύτρια θα πρέπει να απαλλάξει τον άρρωστο από τις συγκινησιακές του εντάσεις, το φόβο, την αγωνία. Η νοσηλεύτρια πρέπει με τον τρόπο της να του εμπνέει εμπιστοσύνη για την ζωή του.

Η οικογένειά του βρίσκεται και αυτή σε ένταση και αγωνία για τον άρρωστό της, θα πρέπει να βοηθηθούν και αυτοί από την νοσηλεύτρια να κατανοήσουν το πρόβλημα που υπάρχει,



και να υποστηρίξουν τον ασθενή τους παρά με την κατάστασή τους να τον αποθαρρύνουν, και να τον φέρουν σε χειρότερη κατάσταση. Κορηγεί μυοχαλαρωτικά και κατευναστικά.

#### 11. Διατήρηση ισορροπίας υγρών

Κορήγηση και συνεχή παρακολούθηση των ενδοφλέβιων χορηγήσεων. Παρακολουθεί το ποσό των ούρων, σε περιπτώσεις επίσχεσης των ούρων γίνεται καθετηριασμός. Η νοσηλεύτρια συνεργάζεται με τη διαιτολόγο για το σχεδιασμό των γευμάτων που πρέπει να είναι και θρεπτικά. Η σίτιση γίνεται από τη νοσηλεύτρια η οποία προσπαθεί να διατηρεί ένα ευχάριστο περιβάλλον με τον ασθενή για να μην δημιουργεί στον ασθενή, την ιδέα ότι εξαρτάται από κάποιον.

#### 12. Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που πρόκειται να χειρουργηθεί για ραγέντο αγγείωμα ή ανεύρισμα είναι:

Προεγχειρητικά: η νοσηλεύτρια μετά την αρτηριακή πίεση συχνά και αξιολογεί την σταθεροποίησή της. Να προστατέψει τον άρρωστο από κρυοπάγημα, σταθεροποιώντας τη θερμοκρασία του θαλάμου. Σε περίπτωση ρίγους πρέπει να το αντιμετωπίσει αμέσως. Προεγχειρητικά ελέγχεται η καρδιακή λειτουργία με ΗΚΓ. Προετοιμασία του αρρώστου και της οικογένειάς του για την επέμβαση και το σκοπό της, αντιμετώπιση προβλημάτων που θα δημιουργηθούν από φόβο, και την αγωνία του αρρώστου.

Τόνωση του ηθικού: επιτυγχάνεται με τη λύση των προσωπικών αναγκών του αρρώστου, να καταλαβαίνει τον ασθενή και να συμμερίζεται τη θέση του.

Τόνωση σωματική: επιτυγχάνεται με το πλούσιο διαιτολόγιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες.

Καθαριότητα του ασθενούς: Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του τραύματος.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα:

Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία συχνά, παρατηρεί τη μετεγχειρητική εξέλιξη της ασθένειάς του. Ανακουφίζει τον άρρωστο από ενοχλήματα, παίρνει μέτρα που οδηγούν στην πρόληψη των επιπλοκών και τη βοήθεια του ασθενούς να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Τοποθετεί τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση, για χαλάρωση των μυών.

Να υπάρχει επαρκής αερισμός και οι αεραγωγοί να είναι ανοικτοί.

Η θερμοκρασία να ρυθμίζεται, η αρτηριακή του πίεση να σταθεροποιείται στο φυσιολογικό όριο.

Χρησιμοποιούνται άσηπτες τεχνικές στη φροντίδα του τραύματος και παρακολουθήση για διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Η δίαιτα αρχικά είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν ελεύθερη. Όταν δεν επιτρέπεται ο ασθενής να πάρει υγρά από το στόμα ή σε μεγάλη αφυδάτωση, χορηγούνται οροί ενδοφλεβίως. Να διατηρείται ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών και παρακολουθήση για άποιο διαβήτη. Σε περίπτωση αρρώστου με μειωμένο επίπεδο συνείδησης χρειάζεται περισσότερη προστασία και φροντίδα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπομονή, κατανόηση, συμπάθεια και λεπτότης νοσηλεύοντας τέτοιους ασθενείς. Σε κάθε μεταβολή της κατάστασής τους και κυρίως της νευρολογικής κατάστασης θα ειδοποιεί τον γιατρό, για να συζητήσουν μαζί

τις μεταβολές του αρρώστου και τα μέτρα που θα εφαρμόσουν για την υποστήριξη του αρρώστου.

Η ψυχολογική υποστήριξη και η βοήθεια μεταβιβάζεται αμέσως σε έναν ασθενή από τους άλλους.

Βοηθείται και ενθαρρύνεται για να κάνει φυσιολογικές καθημερινές δραστηριότητες. Θα υπάρχει επιτυχία εκ μέρους του ασθενούς και της ομάδας που τον παρακολουθεί, εάν ο σχεδιασμός είναι σωστός και κατάλληλος με την κατάσταση του αρρώστου. Ενθαρρύνεται σιγά σιγά για μικρές δραστηριότητες.

13. Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν ημι-ανοψία και παράλυση του προσωπικού και του απαγωγού

Στην περίπτωση ημιανοψίας πρέπει η τοποθέτηση των αντικειμένων να γίνεται μέσα στο οπτικό πεδίο του αρρώστου.

Το φαγητό και τα σκεύη που είναι αναγκαία κάθε μέρα να τοποθετούνται με μεγάλη προσοχή στην οπτική πλευρά, ώστε ο ασθενής να τα χειρίζεται σωστά, να μην του δημιουργείται το αίσθημα της λύπης και της απαγοίτευσης.

θα γίνεται προσέγγιση του ασθενούς από την υγιή πλευρά.

Η νοσηλεύτρια θα τοποθετεί τον ασθενή σε θέση ώστε τα παράθυρα, η τηλεόραση και ότι άλλο χρησιμοποιεί να βρίσκονται μέσα στο οπτικό του πεδίο.

Μπορεί να δημιουργηθούν δυσκολίες στη σίτιση. Το φαγητό θα πρέπει να μασηθεί από την υγιή πλευρά του στόματος.

Αιτία που δημιουργεί πρόβλημα στη σίτιση είναι η παράλυση του προσωπικού, θα πρέπει να γίνει διδασκαλία στον ασθενή να μασά από την υγιή πλευρά. Στο τέλος της σίτισης ελέγχεται μήπως η τροφή συγκεντρώθηκε στο πάσχον μέρος της στοματικής κοιλότητας. Φροντίζει η νοσηλεύτρια για τη καθη-

μερινή υγιεινή του στόματος. Σε περίπτωση βλεφαρόπτωσης γίνεται ανύψωσή του πεσμένου βλεφάρου με μη αλλεργιογόνο ταινία.

Ενστάλλαξη τεχνητών δακρύων για προστασία του κερατοειδούς.

#### 14. Αγωγή του αρρώστου με ημιαναισθησία

Η ανικανότητα του αρρώστου να αναγνωρίζει τα ερεθίσματα του πόνου, αφής, θερμοκρασίας, αλλαγής θέσης και δονήσεων και να αντιδρά προς αυτά τον κάνει επιρρεπή σε τρύματα, εγκαύματα και δευτεροπαθείς μολύνσεις.

Η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτόν τον άρρωστο αποβλέπει στην εξασφάλιση άριστης φροντίδας του δέρματος. Χρήση μασάζ και προστατευτικών λοσιδών. Τα σεντόνια να είναι πάντοτε στεγνά και καθαρά. Να επισκοπεί η νοσηλεύτρια καθημερινά όλη την επιφάνεια του σώματος για τυχόν λύσεις συνεχείας του δέρματος. Να προσέχει οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει πίεση στον ασθενή.

Σε περίπτωση εμφάνισης ελκών από πίεση, εγκαυμάτων, λύσεων και ερεθισμάτων του δέρματος θα εφαρμόζει έγκαιρα και σωστά τη θεραπεία που χρειάζεται.

Στα έλικη από πίεση καθαρισμός προσεκτικός με άσηπτες τεχνικές προς αποφυγή μολύνσεων. Στα εγκαύματα οι ιστοί παθαίνουν κάκωση. Υπάρχει ο κίνδυνος μόλυνσης, γιατί η βλάβη του δέρματος συνεπάγεται ελάττωση της αντοχής και προς τα μικρόβια. Σκεπάζεται η περιοχή με καθαρό αποστειρωμένο, όχι χνουδωτό επίθεμα. Προσέχεται ο ασθενής σε περίπτωση μεγάλου εγκαύματος μην εμφανίσει τον κίνδυνο καταπληξίας.

Αν σταματήσουν η αναπνοή και η λειτουργία της καρδιάς

γίνεται αμέσως και από την νοσηλεύτρια καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Γίνεται επανεκτίμηση της αισθητικής λειτουργίας, σε τακτά χρονικά διαστήματα του αρρώστου.

#### 15. Αγωγή αρρώστου με ημιπάρεση

Η μυϊκή δύναμη του αρρώστου δεν υπάρχει. Ο άρρωστος πρέπει να προστατευθεί από τραύμα των παράλυτων άκρων, μόνιμες συσπάσεις, κατακλίσεις και πνευμονία, που είναι δευτεροπαθής προς την ακινησία.

Στην περίπτωση του αρρώστου αυτού χρειάζεται η αλλαγή της θέσης σε κανονικά και συχνά χρονικά διαστήματα, σωστή θέση στο κρεβάτι.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την πρόληψη των επιπλοκών και ιδιαίτερα από τις μόνιμες συσπάσεις με:

την κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι, με ασκήσεις, με έγερση από το κρεβάτι και βαθμιαία επιστροφή στις συνηθισμένες δραστηριότητες.

Οι αρχές που κατευθύνουν την νοσηλεύτρια είναι

- Χρόνια ελαττωμένη κυκλοφορία σε ένα μν διατηρούμενο σε σύσπαση σε μεγάλο χρονικό διάστημα. Είναι δυνατό να συντελέσει εις την μόνιμη βράχυνση των μυϊκών ινών.

- Τα άκρα της προσβληθείσας πλευράς, οι υπερτονικοί μς τείνουν να έλκουν τα άκρα σε μη φυσιολογική θέση και εάν αυτή η θέση διατηρείται σε μεγάλο χρονικό διάστημα, οι ίνες των υπερτονικών μών είναι δυνατόν να βραχυνθούν μόνιμα με αποτέλεσμα συσπαστικές δυσμορφίες.

- Η άσκηση προλαμβάνει τη μυϊκή ατροφία και τις μόνιμες μυϊκές συσπάσεις, οι οποίες θα κάνουν τα άκρα άχρηστα και

θα παρεμποδίζουν την ατομική περιποίηση και τη μετακίνηση του ασθενή ακόμα και αν επανέλθει μέρος της λειτουργικότητας των μυών.

Οι παθητικές κινήσεις διεγείρουν την κυκλοφορία και είναι δυνατόν να βοηθήσουν εις την αποκατάσταση της νευρομυϊκής λειτουργίας. Η παρουσία της νοσηλεύτριας κατά την εκτέλεση των ασκήσεων ή στην έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, αποτελεί μέτρο ασφάλειας.

Μαξιλάρια με άμμο χρησιμοποιούνται για σταθεροποίηση του κάτω άκρου σε σωστή θέση. Όταν σηκώνεται ο ασθενής χρησιμοποιεί υποστήριγμα ποδοκνημικής.

Γίνεται υποστήριξη στον βραχίονα και τον ώμο για πρόληψη κατάγματος του αυχένα του βραχιονίου οστού.

Βοηθείται ο ασθενής όταν σηκώνεται: με περπατητή, μαστούνι ή άλλο βοήθημα και επιβλέπεται συνεχώς.

Ο φυσικοθεραπευτής μαζί με την ομάδα θεραπείας του αρρώστου θα συνεργαστούν για τη θεραπεία και την εκμάθηση των ασκήσεων. Το πρόγραμμα που θα εφαρμόσει ο φυσικοθεραπευτής θα βοηθήσει βαθμιαία και αποτελεσματικά στην έγερση του αρρώστου.

16. Προετοιμασία του αρρώστου να εκτελεί εργασίες της καθημερινής ζωής, όσο πιο ανεξάρτητα γίνεται.

Ανάλογα με τη λειτουργική ικανότητα, τη διανοητική εγρήγορηση και μνήμη, την επιθυμία να αποκτήσει ανεξαρτησία ο ασθενής, συνεργάζεται σωστά αναλαμβάνοντας την ευθύνη να εκτελεί καθημερινά τις δραστηριότητες.

Πρώτα θα πρέπει να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης σε συνεργασία με τον άρρωστο και τη φυσικοθεραπεύτρια.

Οι εργασίες της καθημερινής ζωής θα αρχίζουν με εύκολες δραστηριότητες στην αρχή, οι οποίες να είναι κατανοητές από τον ασθενή.

Κάνοντας τις πρώτες εύκολες δραστηριότητες ο ασθενής θα αισθανθεί επιτυχημένος από την προσπάθεια που κατέβαλε και είχε αποτέλεσμα.

Δεν πρέπει να γίνει αποθάρρυνση στον ασθενή γιατί θα εγκαταλείψει το σκοπό του και δεν θα προσπαθήσει ξανά να νοιώσει πως δεν εξαρτάται από κανέναν.

Οι δραστηριότητες που θα κάνει θα τον γεμίσουν με αισθήματα χαράς, ανεξαρτησίας. Κάνοντας τις ασκήσεις που θα του διδαχθούν θα πρέπει η νοσηλεύτρια να διακόπτει τις ασκήσεις πριν την εμφάνιση του αισθήματος της κόπωσης. Η νοσηλεύτρια χαίρεται και ενθουσιάζεται και αυτή από την εκτέλεση των εργασιών του ασθενή.

Εξασφαλίζονται ευκαιρίες για τον άρρωστο ώστε να εξασκεί τις δεξιότητες που έμαθε στις συνεδρίες θεραπείας.

Σε περίπτωση που το πρόγραμμα περιλαμβάνει και σκοπούς που ο άρρωστος να δυσκολεύεται να επιτύχει πρέπει να υποστηρίζεται ο ασθενής και να μην δημιουργείται το αίσθημα ματαίωσης.

Για να γίνουν όλες οι εργασίες, οι καθημερινές ο άρρωστος θα εφοδιασθεί με τα εργαλεία και εφόδια.

Η υποστήριξη του αρρώστου θα συνεχίζεται στον άρρωστο ακόμα και εάν έχει αρχίσει να γίνεται ανεξάρτητος.

Πολλές φορές οι ασθενείς που πιστεύουν ότι εξαρτώνται από κάποιον αποθαρρύνονται να εκτελούν τις δραστηριότητες

που τους αναλαμβάνουν. Δεν νοείται, πάντως, να τους υπο-  
χρεώζονται για πολλή υποστήριξη για να νιώσουν ότι μπορούν  
συγά, συγά και μόνοι τους να εκτελούν δραστηριότητες. Και ότι δε  
υποχρεάζονται για πάντα να εξαρτώνται από κάποιον άλλο. Ακό-  
μα κι αν θα πρέπει τουτέχει να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζο-  
νται και ψυχολογικά για το έργο αυτό. Και να τους πειρα να

Η νοσηλεύτρια με τον τρόπο της θα τους εμπνεύσει εμπιστο-  
σύνη, ότι και αυτοί είναι χρήσιμοι στην κοινωνία, και το έρ-  
γο της θα έχει αποτέλεσμα. Και την ίδια στιγμή να τους πει

Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς γίνονται ανεξάρτητοι  
σε μια καινούργια δεξιότητα δείχνουν πολλές φορές αδυνα-  
μία εκτέλεσης σε μια πιο πολλή σύνθετη δεξιότητα. Στην  
οικογένεια του ασθενή θα πρέπει να διδαχθεί ότι πρέπει να  
δεχτούν τη βραδύτερη και ίσως πιο αδέξια εκτέλεση των ερ-  
γασίων από τον ασθενή.

Θα πρέπει να παραδεχτούν τον ασθενή με την ικανότητα  
που έχει γιατί έτσι τον ενθαρρύνουν για μια πιο καλή προσπά-  
θεια στις δραστηριότητές του.

Ποτέ δεν θα κρίνουν τις δραστηριότητες του και δεν  
πρέπει να απογοητευτούν.

Σε περίπτωση δυσάρεσκων και απογοήτευσης, θα κάνουν  
τον ασθενή να πέσει σε κατάθλιψη, λύπη και μελαγχολία, για-  
τί με το τρόπο τους θα τον οδηγήσουν στην καταστροφή. Θα  
πρέπει να ξέρουν ότι με τον να τον απόδεχθούν προσφέρουν μια  
μεγάλη ικανοποίηση και ελπίδα στον άρρωστο τους για ένα κα-  
λύτερο μέλλον του.

Ο ασθενής όταν βλέπει τους άλλους να τον συγχαίρουν και  
να τον βραβεύουν παίρνει δύναμη και αυτοπεποίθηση ότι θα μπο-



ρέσει να ζήσει και πάλι φυσιολογικά, κάνοντας τις καθημερινές εργασίες του χωρίς να είναι εξαρτώμενος από κάποιον.

Χρειάζεται μεγάλη προσοχή ο τρόπος που θα αντιμετωπισθεί ο ασθενής αυτός, πολλές φορές φθάνει σε σημείο που φέρνει τη καταστροφή του. Τα λόγια τους πολλές φορές μας προκαλούν πόνο, π.χ. <<τι θέλω αυτή τη ζωή>>, <<καλλίτερα να πεθάνω>>, <<Δε θέλω να εξαρτιέμαι από τους άλλους>>. Αυτές οι σκέψεις τους και τα λόγια τους μας κάνουν να βρούμε τρόπους που θα βοηθήσουν τον ασθενή και την οικογένειά του. Για να μπορέσουμε να τους απαλλάξουμε από τις σκέψεις τους αυτές, θα τους συμβουλέψουμε τι πρέπει να κάνουν, να τους διαβεβαιώσουμε ότι είναι πολύτιμοι και χρήσιμοι για όλους και ότι θα γίνουν όπως πρώτα καλά και δε θα γίνουν κανενός βάρος. Ήσπε να αρχίσουν να αποκτούν αυτοπεποίθηση ότι σιγά-σιγά θα γίνουν καλά και θα αυτοεξυπηρετούνται μόνοι τους.

#### 17. Σε περίπτωση αρρώστου με αφασία

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ποιά ακριβώς δυσκολία ή ποιόν τύπο αφασίας παρουσιάζει ο ασθενής της, ώστε ανάλογος να είναι ο τρόπος βοήθειας εις την αποκατάσταση της ομιλίας.

Εάν ο ασθενής δεν ενθυμείται τις λέξεις η νοσηλεύτρια δείχνει και συγχρόνως ονομάζει τα αντικείμενα του περιβάλλοντος του ασθενή ή δείχνει τις εικόνες των αντικειμένων. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει κινητική αφασία η νοσηλεύτρια προφέρει τις λέξεις και τον παρακινεί να τις επαναλαμβάνει.

Πολλές φορές η νοσηλεύτρια θα χρειαστεί να έχει πολλή υπομονή και κατανόηση. Ο ασθενής θα χρειαστεί να ακούσει πολλές φορές τις λέξεις και οι δύο μαζί να επαναλάβουν λέ-

ξεις και φράσεις πολλές φορές μέχρι ο ασθενής γίνει ικανός να τις θυμάται μόνος του.

Οι ασκήσεις αυτές πρέπει να γίνονται συχνά στο διάστημα της ημέρας και να διαρκούν λίγο, ώστε να προλαμβάνεται η αποτυχία, η κόπωση και η αποθάρρυνση του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια πρέπει να επαινεί κάθε πρόοδο του ασθενή έστω και αν είναι μικρή και εκφράζει τη χαρά της για να ενισχύει την αυτοπεποίθηση του ασθενή ότι θα τα καταφέρει στο έργο του.

Για την πλήρη αποκατάσταση του λόγου υπάρχουν ειδικοί θεραπευτές.

Εάν ο ασθενής δεν κατανοεί τις λέξεις χρησιμοποιούνται τεχνικές επικοινωνίες, π.χ. μορφασμοί, χειρονομίες.

Η νοσηλεύτρια είναι δυνατόν να μεταβιβάσει εις τον ασθενή το ενδιαφέρον της και τη προσδοκία της ότι θα αναρρώσει με το τόνο της φωνής της, την έκφραση του προσώπου, τον τρόπο της νοσηλείας και για όλη τη γενική συμπεριφορά της.

18. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή με ημιπληγία.

Ο ασθενής με ημιπληγία συχνά παρουσιάζει συναισθηματικές αστάθειες, υπερβολική εξάρτηση από τη νοσηλεύτρια και παιδική συμπεριφορά, εκνευρισμό και τάση απομόνωσης.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να κατανοήσει τις εκδηλώσεις του ασθενούς ως αποτέλεσμα της νόσου. Δεν κατακρίνει και δεν σχολιάζει τη συμπεριφορά του. Μεταβιβάσει στον ασθενή το ειλικρινές ενδιαφέρον της και την προσδοκία της αναρρώσεώς του. Προλαμβάνει τις επιθυμίες και τις ανάγκες του αρρώστου. Κάνει τα μικρά έξτρα πράγματα, τα οποία δείχνουν ιδιαίτερη φροντίδα, π.χ. βάζει ένα παγάκι στο ποτήρι του,

διορθώνει συχνά τα μαξιλάρια του, τοποθετεί το κομοδίνο κοντά στο κρεβάτι του από το υγιές χέρι του, ώστε να είναι δυνατόν ο ασθενής να παίρνει ότι πειθυμεί μόνος του. Επίσης στερεώνει πάντοτε το κουδούνι εις το μαξιλάρι από το υγιές χέρι ώστε να αισθάνεται ότι κάθε στιγμή που χρειάζεται κάτι στιγμή που χρειάζεται κάτι η νοσηλεύτρια θα φθάσει κοντά του.

Όλα τα ανωτέρω παρέχουν ψυχική άνεση και ασφάλεια στον ασθενή βελτιώνουν τη ψυχική του διάθεση, ελαττώνουν το άγχος και το φόβο του θανάτου, αυξάνουν την αισιοδοξία του.

Η υπομονή, η κατανόηση, η συμπάθεια και η λεπτότης είναι απαραίτητα προσόντα τα οποία πρέπει να καλλιεργεί η νοσηλεύτρια όταν νοσηλεύει τους αρρώστους αυτούς.

Έχει δε πάντα υπόψη της την εξής αρχή:

- η ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια μεταβιβάζεται στον άρρωστο δια της ψυχικής στάσεως και συμπεριφοράς των άλλων.

19. Εγκαθίδρυση υγιών τρόπων αντιμετώπισης της κατάστασης από μέρος του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Σαν καταστροφικό γεγονός το επεισόδιο δημιουργεί μια κρίση για τον ίδιο τον άρρωστο, σαν άτομο και για την οικογένειά του σαν ενότητα. Η έγκαιρη και θετική παρέμβαση διευκολύνει τη διεργασία της απόκρισης στο επεισόδιο και βοηθά στην ανάπτυξη ενός τροποποιημένου τρόπου ζωής.

Η εγκαθίδρυση υγιών τρόπων ζωής από τον άρρωστο πρώτον, και την οικογένειά του δεύτερον είναι ένα σημαντικό έργο που αναλαμβάνει η ομάδα αποκατάστασης του αρρώστου.

Η αποκατάσταση του αρρώστου με εγκεφαλικό επεισόδιο ο-

ποιοδήποτε τύπου, είναι μια διεργασία γιατί οι οργανικές βλάβες πολλές φορές παρόλες τις προσπάθειες που γίνονται από την ομάδα δεν αποκαθίστανται λειτουργικά. Στην αποκατάσταση του αρρώστου βοηθούν η καθοδήγηση απασχόληση, φυσικοθεραπεία, ψυχαγωγία, επανεκπαίδευση και πολλή υπομονή. Πολλές φορές το εγκεφαλικό επεισόδιο αφήνει μακρόχρονες αναπηρίες. Είναι υπεύθυνο για την αιφνίδια αλλαγή στη σωματική υγεία και συνακόλουθο σε όλο το πλέγμα οικογενειακών, επαγγελματικών κοινωνικών σχέσεων του αρρώστου. Οι πιο συχνές αναπηρίες του είναι οι αφαισικές διαταραχές, ημιπληγία, η εμφάνιση ανοϊκών συμπτωμάτων.

Στην αρχή μετά το επεισόδιο σωστό είναι να μην γνωρίζει ο άρρωστος στην έκταση του επεισοδίου του. Να δοθεί αρκετός χρόνος στον άρρωστο να αποδεχθεί την απώλεια λειτουργίας στον οργανισμό του και ευκαιρία να διασκορπίσει τα αισθήματά του.

Η νοσηλεύτρια βοηθεί τον ασθενή να αποδεχθεί την πραγματικότητα της αναπηρίας του.

- Το αίσθημα ψυχικής ανέσεως και ασφάλειας κατά την αντιμετώπιση μιας ασθένειας, αυξάνει εάν το άτομο είναι δυνατόν να γνωρίσει και να αποδεχθεί τις ικανότητές του, την σωματική αδυναμία ή αναπηρία του, τα συναίσθημα και τη ψυχική του στάση έναντι του εαυτού του και της αρρώστιας του.

- Κάθε ασθενής έχει ανάγκη μιας πιστώσεις χρόνου για να εξοικειωθεί με την απώλεια μιας ή περισσότερων λειτουργιών του π.χ. τη παράλυση ενός μέλους.

- Εάν το ανάπητο άτομο μάθει να συγκεντρώνει τη προσοχή του εις τις ικανότητες οι οποίες του απέμειναν παρά στην

αναπηρία του θα επιτύχει μια καλή προσαρμογή και μια ικανοποιητική προσωπική και κοινωνική ζωή.

Η νοσηλεύτρια έχει υπομονή, περιμένει την αναδρομή του πένθους δια την ειδική απώλεια, την οποία υπέστη ο ασθενής, ταυτοχρόνως τον ενθαρρύνει να ομιλεί και να εκφράζει τα συναισθήματά του. Βαθμιαία τον βοηθεί να ευρύνει τον ορίζοντα των ενδιαφερόντων του ελκύνουσα τη προσοχή του εις την απόκτηση ικανότητας προς αυτοεξυπηρέτηση. Επαινεί τα προτερήματά του, τη δυνατή θέληση, την υπομονή και στο τέλος τη συνεργασία με την ομάδα για την αποκατάστασή του.

Η νοσηλεύτρια και ο φυσικοθεραπευτής έχουν μάθει στον ασθενή να είναι αυτόνομος και αυτοεξυπηρετούμενος μετά από διδασκαλία που περιλαμβάνει: πως να ανασηκώνει τον εαυτό του όρθιο στο κρεβάτι, να γυρίζει στο πλάι, να εξετάζει το δέρμα του για τυχόν ερυθρότητα. Να ενδύεται εν μέρει και μετά όλος. Να αφαιρεί τα ρούχα του στην αρχή με βοήθεια και μετά μόνος του. Να σηκώνεται στην πολυθρόνα και να επιστρέφει στο κρεβάτι του με βοήθεια στην αρχή και μετά μόνος του.

Όλα αυτά θα βοηθήσουν για υγιεινό τρόπο ζωής μετά την εξαγωγή του από το νοσοκομείο και συνέχιση στο σπίτι του.

Η οικογένεια του ασθενούς μπορεί να αντιδράσει με διάφορους τρόπους. Μερικές οικογένειες χάνουν την ψυχραιμία τους και είναι ανίκανοι να αναλάβουν οποιαδήποτε ευθύνη. Άλλες οικογένειες υποστηρίζουν τον ασθενή και τον βοηθούν πάντα πρόθυμοι. Η νοσηλεύτρια δίνει την ευκαιρία στους συγγενείς να μιλήσουν για τον άρρωστό τους, τους ακούει με ενδιαφέρον και τους κατευθύνει πως να συμμετέχουν στην καθημε-

ρινη φροντίδα του. Τους βοηθεί να κατανοήσουν το πρόβλημα του αρρώστου που μπορεί να είναι και μόνιμο σε όλη τη ζωή του και τους διδάσκει πως να βοηθήσουν και αυτοί στο καλύτερο αποτέλεσμα. Διδάσκεται στην οικογένεια τι πρέπει να κάνουν και τι να μην κάνουν για την πρόληψη μιας νέας προσβολής.

Οι συνηθισμένοι φόβοι του ασθενούς και της οικογένει-  
ας είναι να πάθει πάλι επεισόδιο όταν είναι μόνος, να πεθά-  
νει ξαφνικά ο άρρωστος χωρίς προειδοποιητικά σημεία. Η ανι-  
κανότητα που μένει σε όλη τη ζωή του αρρώστου να είναι βά-  
ρος για τους άλλους. Το 90% των ασθενών που επίζούν είναι  
δυνατόν να αυτοεξυπηρετούνται. Μερικοί εκδηλώνουν αλλαγές  
στην προσωπικότητά τους και συμπεριφορά τους και έχουν δυ-  
σκολία εις την προσαρμογή εις το οικογενειακό περιβάλλον.  
Η οικογένεια είναι δυνατόν να χρειάζεται βοήθεια για να  
συμπεριλάβει και πάλι τον ασθενή εις τον κύκλο της και να  
τον βοηθήσει να αποδεχθεί την αναπηρίαν του και να αναπτύ-  
ξει τις ικανότητές του.

Ίσως θα χρειασθεί να γίνουν μερικές μεταρρυθμίσεις  
στο σπίτι για να διευκολύνουν τη μετακίνηση και την αυτοε-  
ξυπηρέτηση του ασθενούς.

Χάρη εις την πρόοδο της ιατρικής και της νοσηλευτικής  
τα 30-60% των ασθενών επιστρέφουν εις την κανονική εργασία  
τους.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ

ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

1η Περίπτωση Νοσηλευτικής Διεργασίας

Γενική εκτίμηση του ασθενούς μελετώντας τον ατομικό του φάκελλο.

Ασθενής 51 ετών από τα Σαβάλια Ηλείας, εισήχθηκε με κύριο ενόχλημα: Δυσαρθρία

Ιστορικό

Την ημέρα της εισαγωγής του στις 9.00 π.μ. ο ασθενής καθώς δούλευε στο χωράφι. Ένοιωσε ξαφνικά θάμβος οράσεως (AP) αδυναμία (AP) άνω άκρου ενώ το ένοιωθε σαν ξερό, συγχρόνως δε μπορούσε να μιλήσει καθόλου παρόλο που καταλάβαινε τι συνέβαινε γύρω του για 1/2 ώρες περίπου. Ακολούθως πήγε στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας όπου και άρχισε σιγά σιγά να επανέρχεται η ομιλία του. Στην αρχή <<τραύλιζε>> και αργότερα επανήλθε πλήρως η ομιλία του και η μυϊκή δύναμή του (AP) του άνω άκρου. Με ασθενοφόρο διεκομίσθη στο Νοσοκομείο Ρίου. Στις 8.30 μ.μ. έκανε νέο επεισόδιο με διαταραχή στην ομιλία διάρκειας 10 λεπτών περίπου στη Νευρολογική Κλινική.

Ατομικό Ιστορικό

Εκπαίδευση: Απόφοιτος Δημοτικού

Πυρετικοί σπασμοί δεν παρατηρήθηκαν

Κάπνισμα: όχι

Συνήθειες: αλκοόλη μικρή ποσότητα

καφές: όχι

Αλλεργία: όχι

Προηγούμενο ιστορικό

πλευρίτιδος

Καρδιοπάθειας

Οικογενειακό ιστορικό

Οι γονείς του έχουν πεθάνει:

ο πατέρας του από καρκίνο στομάχου

η μητέρα του από οξύ πνευμονικό οίδημα

Αντικειμενική Νευρολογική εξέταση

Επίπεδο συνείδησης

Δυνατότητα επικοινωνίας

Προσανατολισμός σε χώρο, χρόνο

Μνήμη

Επίπεδο νοημοσύνης

Προσοχή συγκέντρωσης

ΚΦ

Ικανότητα συσχετίσεων

Κρίση

Επίγνωση νοσηρού

Διαταραχές λόγου

Μυϊκή ισχύς: ελαφρή μείωση της μυϊκής ισχύος (ΔΕ) άνω άκρο.

Μυϊκός τόνος: Ψηλάφηση, παθητικές κινήσεις, εκτασιμότητα φυσιολογικές.

Αισθητικότητα

επιπλολής αφή

πόνος

θερμό ψυχρό

ΚΦ



εν τω βάθει παλααιοθησία | ΚΦ  
θέση μελών

Αντανεκλαστικά φυσιολογικά

Σημεία: ROMBERG (-)  
BARRE (+) στο αριστερό άνω άκρο  
MINGAZZIN (-)  
HOFFMANN (-).

Η Γενική αίματος την ημέρα της εισαγωγής του είχε τις εξής τιμές:

HCT = 40

Λευκά = 8000

Π = 78 Λεμφ = 12

AMT-κφ

Οι βιοχημικές εξετάσεις του είχαν τις εξής τιμές:

σάκχαρο: 235                      Κάλιο: 5,2

νάτριο: 137                      Ουρία: 41

Ετέθη σε αγωγή με (πλην των καρδιολογικών φαρμάκων)

PERSANTIN 25 MG 1X3

JALOSPIR 325 MG 1X1

NOOTROP SIR 15 CC X 3

Στις 12.2.1990 εστάλη να γίνει πάλι ο εργαστηριακός έλεγχος.

12.2.1990: Η γενική αίματος είχε τις εξής τιμές:

Λευκά αιμοσφ . 9,4 WBC

Ερυθρά: 6,73 RBC

Αιμοσφ. HGB 13,3

HCT = 44,9

66,7 μέσος όγκος ερυθρών MCH

Αιμοπετάλια: 356 R<sub>3</sub>

Πολυμορφ. 64

Λεμφοκ.: 30

Μονοκυρ.: 3

Ηωσινοφ.: 3

Τ.Κ.Ε.: 5

Παροδικό λοχαιμικό επεισόδιο.

Οι βιοχημικές εξετάσεις είχαν τις εξής τιμές:

σάκχαρο: 92 MG/DL

Κρεατινίνη: 1,2 MG/DL

Ουρία 64 MG/DL

Χοληστερίνη 204

Τριγλυκερίδια: 158

SCOT/AST: 35

SGPT/ALT: 40

γ-GT = 49

Αλκαλική φωσφατάση: 30

Κάλιο ορού: 5,06

Νάτριο ορού: 137

A.T.E.γ κεφ.

Υπαρξη λοχαιμικής εστίας στα ανώτερα επίπεδα της λευκής ουσίας του δεξιού βρεγματικού λοβού.

Ελάσσονες ατροφικές αλλοιώσεις υπάρχουν στον εγκεφαλικό φλοιό.

Αποτελέσματα

Εφαρμογή προγράμματος

Προγραμματισμός νοσηλευτ.

Αντικειμενικός Νοσηλ.

Προβλήματα του αρρώστου

νοσηλεύας

ενεργειών

σκοπός

<p>Ημιπάρεση</p>	<p>Προστασία του αρρώστου από τραύμα των παρόλων των άκρων από μόνιμες συσπάσεις. Κατακλίσεις που είναι αποτελέσματα της σκηνησίας και φροντίδα για την επαναφορά της κινητικότητας των παραλυμένων μελών.</p>	<p>Ακινητοποίηση των παραλυμένων μελών.</p>	<p>Υποστήριξη του βραχίονα και του ώμου με ειδικό νάρθηκα. Τοποθέτηση μαξιλαριών άμμου για την σταθεροποίηση του κάτω άκρου. Χρήση υποποδίου. Υποστήριγμα ποδοκνημικής όταν σηκώνεται ο άρρωστος.</p>	<p>Επιτεύχθηκε σκηνητοποίηση των παραλυμένων μελών και έτσι προστατεύθηκε ο άρρωστος από τραυματισμό των παραλυτικών μελών και από μόνιμες συσπάσεις.</p>
<p>Ημιπάρεση</p>	<p>Πρόληψη κατακλίσεων που είναι αποτέλεσμα της σκηνησίας.</p>	<p>Συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου. Αποφυγή της δημιουργίας πτυχών των κλινοσκεπασμάτων. Επισκόπηση των χωρών που υφίστανται πίεση. Εντοιβή των πνευμονικών μελών. Καθημερινισμός της ουρο-</p>	<p>Ο άρρωστος δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα κατά τη στιγμή λόγω της σωστής εφαρμογής προληπτικών μέτρων.</p>	

Προβλήματα του ασθενή	Αντικειμενικός Νοσηλ. σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτ. ενεργειών	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας	Αποτελέσματα
Ημιπάρεση	Συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή για την εκμάθηση & την εφαρμογή των ασκήσεων.	δόχου κύστεως λόγω της σπάλειας ούρων για να προστατεύεται το δέρμα από ερεθισμό.	Εφαρμογή παθητικών κινήσεων, μασάζων και κινήσιολογικών ασκήσεων σε συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή. Φροντίδα για την εκμάθηση των ασκήσεων από τον άρρωστο και για την εφαρμογή τους στον κατάλληλο χρόνο που έχει καθαρίσει ο φυσικοθεραπευτής.	Βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος. Ελαχιστοποίηση και πρόληψη οιδημάτων. Διατήρηση της τροχιάς των κινήσεων των αρθρώσεων. Διατήρηση της ελαστικότητας των μυών. Επανάφραση τριχοειδήσων των παράλυτων μυών και μυϊκή ενδυνάμωση.
Πνευμονία ή άλλη αναπνευστική λοίμωξη σαν συνέπεια της σκηνησίας.	Κατάσταση σχεδίου για την πρόληψη της πνευμονίας.	Τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση. Συχνή αλλαγή του αρρώστου για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.	Επανάφραση τριχοειδήσων των παράλυτων μυών και μυϊκή ενδυνάμωση. Απελευθέρωση του αναπνευστικού συστήματος από τις εκκρίσεις. Αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.	Απελευθέρωση του αναπνευστικού συστήματος από τις εκκρίσεις. Αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.

Προβλήματα του ασθενή.	Αντικειμενικός νοσηλ. σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτ. ενεργειών	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας	Αποτελέσματα
Μυϊκή αδυναμία	Μυϊκή ενδυνάμωση και αποκατάσταση της κινητικότητας των παράλυτων μελών	Συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή για την εφαρμογή κινήσιολογικών ενεργειών.	Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές.	Αποφυγή δημιουργίας αναπνευστικών λοιμώξεων.
Δυσσπαρσία	Επισημάνση της φυσιολογικής ομιλίας.	Συνεργασία με τον λογοθεραπευτή για την εφαρμογή λογοθεραπειών.	Χρησιμοποίηση απλού λεξιλογίου. Ενθάρρυνση του ασθενούς για την επανάληψη των λέξεων αργά & ήρεμα. Παρακολούθηση της εκμάθησης και της απόδοσης του αρρώστου.	Σταδιακή βελτίωση του συντονισμού των κινήσεων. Χαλάρωση των μυών. Σταθερότητα και ελαστικότητα στα αρρωστημένα συστήματα που έχει αόσει ο φυσικοθεραπευτής.

Προβλήματα του ασθενή.	Αντικειμενικός γαστρ. σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας	Αποτελέσματα
Αυξημένο σακχαρο αίματος.	Μείωση του σακχάρου του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα.	Εφαρμογή συντηρητικής αγωγής που καθορίστηκε από το γιατρό. Συχνή παρακολούθηση της τιμής του σακχάρου του αίματος και των ούρων.	Χορήγηση DACNIL TABL LXI Εκτέλεση καθημερινά TEST σακχάρου του αίματος με το μηχανάκι του σακχάρου. Εκτέλεση TEST MOU-LDISTIX για την αντίχνευση σακχάρου στα ούρα.	
Παύση του σπράστου για την εξέλιξη της νόσου του	Ηρεμία του ασθενή και πίστη στις δυνατότητές του για αυτοφροντίδα & επαναφορά της υγείας του.	Προγραμματισμός διαιτολογίου διαβητικού.	Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων και πιστή εφαρμογή του διαιτολογίου που έχει προγραμματίσει η διαιτολόγος.	Μετά από τρεις ημέρες παρατηρήθηκε πτώση του σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα (92 MG/H)
	Ψυχολογική υποστήριξη του σπράστου.		Διαβεβαίωση του σπράστου ότι όλα θα πάνε καλά και ότι αν προσπαθήσει και έχει εμπιστοσύνη στις δυνάμεις του θα μπορέ-	Σταδιακή μείωση του όγκου του σπαστού.

Προβλήματα του ασθενή	Αντιμειμενιμός νοσηλ. σποτός	Προγραμματισμένος νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας
Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο.	Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.	Χορήγηση συντηρητικής θεραπείας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.	Αυξήθηκε η αιμάτων & η οξυγόνωση. Αναστολή της συγκολλητικότητας των αιμοπεταλίων. Ασπιρίνη που διαλύεται στο έντερο & έχει γρήγορο αποτέλεσμα. Δράση στο κυκλοφορικό & ειδικότερα βοηθεί τη μνήμη.
Αποκτάταση του αρθρώ-	Βοήθεια στον άρρωστο ώστε να γίνει ένα φυσιολογικό άτομο.	Χορήγηση PERSANTIN 25 MG ZALOSPIR 325 MG NOTROP SIR	Ο άρρωστος παρουσιάζει σταδιακή βελτίωση στην κινητικότητα του δεξιού άνω και κάτω άκρου. Η ομιλία του μέχρι την ημέρα της εξόδου του είχε αποκατασταθεί πλήρως.
Αποκτάταση του αρθρώ-	Στενή παρακολούθηση του αρρώστου.	Χορήγηση PERSANTIN 25 MG ZALOSPIR 325 MG NOTROP SIR	Ο άρρωστος θα συνεχίσει τη φυσικοθεραπεία & μετά την έξοδό του.

2η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ασθενής 75 ετών από τον Πύργο της Ηλείας εισάχθηκε στη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών με κύριο ενόχλημα αδυναμία δεξιού άνω και κάτω άκρου.

Ο ασθενής 4 ημέρες πριν απ' την εισαγωγή αισθάνθηκε αιφνίδια αιμωδία στο δεξί κάτω άκρο. Την επόμενη ημέρα αναφέρει δυσκολία στο βάδισμα και αδυναμία στο δεξιό κάτω άκρο. Μια μέρα αργότερα αισθάνθηκε αιμωδία στο δεξιό άνω άκρο. Την ημέρα της εισαγωγής παρουσίασε και δυσκολία στην ομιλία.

Ατομικό Ιστορικό: Κάπνισμα όχι

Συνήθειες: Αλκοόλη μικρή ποσότητα

Δεν πίνει καφέ

Φάρμακα που παίρνει DAOPAR-CLOER

Αλλεργία όχι

Προηγούμενο Ιστορικό: Σακχαρώδης διαβήτης ρυθμιζόμενος με DAOPAR 1X1 και υπέρταση.

Αντικειμενική Νευρολογική εξέταση. Επίπεδο συνείδησης καλό και δυνατότητα επικοινωνίας καλή.

Μνήμη: Επίπεδο νοημοσύνης φυσιολογικό

Διαταραχές λόγου: Δυσκολία στην άρθρωση των λέξεων

Αισθητικότητα φυσιολογική

Αντισκλαστικό φυσιολογικό

CT εγκεφάλου: χωρίς ευρήματα

Αξονική Τομογραφία εγκεφάλου: Εκ του ελέγχου του εγκεφάλου ανευρίσκονται αρκietές φλοιώδεις ατροφικές αλλοιώσεις στα ε-



γνεφαλικά ημισφαίρια.

Εργαστηριακές εξετάσεις την ημέρα εισαγωγής του:

Γενική Αίματος

Ερυθρά: 4,7

Αιμοσφαιρίνη: 13,9

Αιματοκρίτης: 41,7

Λευκά: 7,7, Μονοπύρρηνα 12, ιωσινόφιλα 5, βασεόφιλα 1, Λεμφοκύτταρα 24, Αιμοπετάλια 23

Βιοχημικές εξετάσεις

Σάκχαρο 1,43 MG/DL

Ουρία 37

Ουρικό οξύ MG/DL

Χοληστερίνη 203 MG/DL

Τριγλυκερίδια 102 MG/DL

Προβλήματα του αρρώστου	Αντιμειμενικός Νοσηλ.	Προγραμματιστικός Νοσηλ.	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας	Αποτελέσματα
Μυϊκή αδυναμία	Μυϊκή ενδυνάμωση και αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μελών του.	Συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή για την εφαρμογή ασκήσεων φυσικοθεραπείας & την επιτυχία τους.	Εφαρμογή παθητικών κινήσεων, μαλάξεων & κινησιοθεραπείας σε συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή. Φροντίδα για την εκμίσθηση των ασκήσεων από τον άρρωστο και για την εφαρμογή τους στον κατάλληλο χρόνο που έχει οφείσει ο φυσικοθεραπευτής.	Βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος. Ελαχιστοποίηση και πρόληψη των οιδημάτων Διαιτήρηση της προχιάς των κινήσεων των αρθρώσεων. Διαιτήρηση της ελαστικότητας των μύων. Σταδιακή βελτίωση του συντονισμού των κινήσεων.
			Ενθάρρυνση του άρρώστου για την πραγματοποίηση των ασκήσεων.	Ο άρρωστος κατανόησε την σημασία των ασκήσεων για την εξέλιξη της αρρώστιας του και συντέλεσε στην πραγματοποίησή τους.
			Ψυχολογική ενίσχυση του άρρώστου για την πίστη στις δυνατότητές του & στην απόκτηση αυτοπεποίθησης που θα συντέλεσει στο επιτυχές αποτέλεσμα των ασκήσεων.	

Προβλήματα του αρρώστου.	Αντικειμενικός Νοσηλ. σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας	Αποτελέσματα
Κίνδυνος δημιουργίας καταλίσεων από την ακινησία.	Πρόληψη των καταλίσεων.	Συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου. Αποφυγή της δημιουργίας πτυχών των κλινοσκεπασμάτων.	Καθημερινά άλλαζα τη θέση του ασθενούς. Φρόντιζα ιδιαίτερα το σπράσιμο του κρεβατιού ώστε το κατώσα-ντο να είναι καλά τεντωμένο. Έκανα κάθε μέρα εν-τριβή στα πιεζόμενα μέλη.	Ο άρρωστος δεν παρου-σίασε κανένα πρόβλη-μα κατάλισης λόγω της σωστής εφαρμογής προ-ληπτικών μέτρων.
Πνευμονία ή άλλη ανα-πνευστική λοίμωξη συν-σύνεπια της ακινη-σίας.	Πρόληψη της πνευμονίας.	Επισκόπηση των χώρων που υφίστανται πίεση. Εντριβή των πιεζομένων μελών.	Κατάσταση σχεδίου για την πρόληψη της πνευμονίας.	Απελευθέρωση του ανα-πνευστικού συστήματος από τις ενκόσεις. Αποφυγή δημιουργίας αναπνευστικών λοιμώξεων.
Δυσσπνοία	Επαναφορά της φυσιολογι-κής σμιλίας.	Συνεργασία με τον λογοθε-ραπευτή για την εφαρμογή προγράμματος λογοθεραπείας.	Την αποφυγή πνευμονι-κής στάσεως του σί-ματος. Χρησιμοποίηση απλού λεξιλογίου. Ευθάρρυνση του αρρώ-στου για την επανάλη-ψη των λέξεων αργά & ήρεμα.	Σταδιακή αποκατάσταση της σμιλίας του αρρώ-στου.

Προβλήματα του αρρώστου.	Αντικειμενικός Νοσηλ.	Προγραμματιστικός Νοσηλ.	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας	Αποτελέσματα
Άγχος και αγωνία για την εξέλιξη της αρρώστιας του.	Ηρεμία του αρρώστου & δημιουργία αυτοπεποίθησης.	Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.	Παρακολούθηση της εκμύθησης και της απόδοσης του αρρώστου. Διαβεβαίωση του αρρώστου ότι όλα θα πάνε καλά και ότι αν προσπαθήσει και έχει εμπιστοσύνη στις δυνάμεις του θα ξεναγκάσει ένα φυσιολογικό & υγιές άτομο στην κοινωνία.	Σταδιακή μείωση του άγχους του ασθενή.
Υπέρταση	Διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα.	Καθημερινός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης.	Χορήγηση κατάλληλης δόσης.	Καθημερινή λήψη της αρτηριακής πίεσης & γραφή αυτής στο διάγραμμα του αρρώστου. Η πίεση με την εφαρμογή της θεραπείας είχε φυσιολογικές τιμές. Χορήγηση ανάλατης δίαιτας.
	Εφαρμογή της συντηρητικής θεραπείας που ορίστηκε από		Χορήγηση IBL COVERSY-ICIMY 1X1	

Προβλήματα του αρρώστου.	Αντικειμενικός Νοσηλ. σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας	Αποτελέσματα
<p>Ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη.</p>	<p>Διατήρηση της τιμής του σακχάρου του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>τον γιατρό</p> <p>Εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής και του διαιτολογίου που έχει καθορίσει ο γιατρός και παρατήρηση της διακύμανσης των τιμών του σακχάρου του αίματος. Παρακολούθηση για την παρουσία σακχάρου στα ούρα.</p>	<p>Χορήγηση TBL ADALLAT 5 MG IΧ1</p> <p>Χορήγηση DAORAL TABL. IΧ1</p> <p>φροντίδα για την εφαρμογή του διατολογίου που έχει ορίσει ο γιατρός. Συχνή λήψη γευμάτων για την αποφυγή υπογλυκαιμίας.</p> <p>Εκτέλεση καθημερινά TEST σακχάρου του αίματος με το μηχανάκι του σακχάρου.</p> <p>Εκτέλεση TEST MULOI-SEIX για την ανίχνευση σακχάρου στα ούρα.</p>	<p>Η τιμή του σακχάρου του αίματος κυμαίνονταν σε φυσιολογικές τιμές.</p> <p>Δεν παρατηρήθηκε σάκχαρο στα ούρα.</p>
<p>Αποκατάσταση του αρρώστου.</p>	<p>Βοήθεια του αρρώστου ώστε να ξαναγίνει ένα φυσιολογικό άτομο.</p>	<p>Εκμάθηση &amp; εφαρμογή σικήσεων φυσικοθεραπείας, κινησιοθεραπείας &amp; λογοθεραπείας που θα βοηθήσουν στην επαναφορά της κλητικότητας των μελών του και της φυσιολογικής ο-</p>	<p>Καθημερινά συνεργάζομαι με το φυσικοθεραπευτή για την εκμάθηση των σικήσεων φυσικοθεραπείας &amp; λογοθεραπείας.</p>	<p>Ο άρρωστος παρουσιάζει σταδιακά βελτίωση στην κλητικότητα του δεξιού άνω &amp; κάτω άκρων.</p>

Προβλήματα του αρρώστου.	Αντικειμενικός νοσηλ. σκοπός	Προγραμματισιανός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλείας	Αποτελέσματα
	μιλιάς.	Στενή παρακολούθηση του αρρώστου.	φρόντιζα για την σωστή εκτέλεση των ασκήσεων & την εκτέλεσή του σε συγκεκριμένο χρόνο.	Επίσης η ομιλία του είχε αποκατασταθεί σημαντικά.
			Παρακολούθηση του αρρώστου για την εξέλιξη της κατάστασης.	θα συνέχιζε τις ασκήσεις και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Αν και τα εγκεφαλικά επεισόδια τις περισσότερες φορές αφήνουν οργανικές βλάβες όπως παράλυση άκρων, διαταραχές στην ομιλία, οι βλάβες αυτές μπορούν σταδιακά να αποκατασταθούν χάρη στην εφαρμογή ορισμένων ασκήσεων φυσικοθεραπείας-λογοθεραπείας και στην συνεργασία όλων των μελών της υγειονομικής ομάδας για την επιτυχία τους. Επίσης μεγάλη σημασία παίζει ο ρόλος της νοσηλεύτριας εδώ που θα πρέπει να δημιουργήσει ένα κλίμα συνεργασίας με τον άρρωστο και να τον πείσει ότι μπορεί να ξαναγίνει ένα φυσιολογικό άτομο και αυτό θα το επιτύχει όταν επιδείξει θέληση και προσπάθεια.

Η εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι μία αποτελεσματική και ιδανική θα έλεγα μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας γιατί δίνει τη δυνατότητα στη νοσηλεύτρια να ασχοληθεί όχι μόνο με τα ιατρικά συμπτώματα του ασθενή αλλά να τον δει σαν μία ολοκληρωμένη προσωπικότητα με τα ιδιαίτερα συναισθήματά του, τους φόβους του τις ανησυχίες του. Έτσι διευκολύνει τη νοσηλεύτρια στην εφαρμογή του προγράμματος της και στην αποτελεσματικότητα και επιτυχία της νοσηλευτικής φροντίδας της.

Δυστυχώς στην χώρα μας η μέθοδος δεν εφαρμόζεται διότι χρειάζεται καλή εφαρμογή, μεγάλες παροχές, γιατί είναι μία μέθοδος πολυδάπανη.

Πάντως πιστεύουμε ότι στο μέλλον θα υπάρξουν οι δυνατότητες για την εφαρμογή της.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΒΑΣΙΛΟΥΔΗΣ Γ.: Εγκεφαλικό επεισόδιο ΙΑΤΡΙΚΗ εταιρία Ιατρικών σπουδών, Τεύχος 39ο, σελίδες 385-403, Αθήνα 1981.
- HARRISON: Εσωτερική παθολογία, αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις Τόμος 3ος, Έκδοση 8η, Εκδόσεις: Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1982
- ΚΑΤΣΑΔΩΡΟΣ Δ - ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ Μ - ΜΑΡΙΑΝΟΣ Α.: Εγκεφαλικό επεισόδιο Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις: Παρισιάνος Γ., Αθήνα 1983
- KAHLE W - LEONARD H - PLATZER W. Μετάφραση: Παπαδόπουλος Ν. Μυοσκελετικό σύστημα - εσωτερικά όργανα - νευρικό σύστημα και αισθητήρια όργανα. Ανατομική του ανθρώπου, Τόμος 2ος, Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1985
- ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ Ι.: Όξεις εγκεφαλικές αγγειακές προσβολές ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ Εταιρία Ιατρικών σπουδών. Τεύχος 48ο, σελίδες 85-100, Αθήνα 1982
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 1ος, Έκδοση 9η, Έκδοση: Ιεραποστολικής Ενώσεως αδελφών νοσοκόμων <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1986.
- ΠΑΤΡΙΚΙΟΣ Ι.: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και υπέρταση, Τόμος 3ος Εκδόσεις: Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1965
- ΠΑΣΧΑΛΗΣ Χ.: Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1989
- ΡΑΓΙΑ Α.: Ψυχιατρική νοσηλευτική, θεμελιώδεις αρχαί επίτομος Εκδόσεις: Αδελφότητα Ευνίκη, Αθήνα 1987
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 1ος, Εκδό-



σεις Βήτα, Αθήνα 1985

ΣΕΧΑΣ Μ.: Οξεία αγγειακά επεισόδια, Τόμος 2ος, Εκδόσεις: Παρι-  
σιάνος Γ., Αθήνα 1983

ΣΚΑΡΠΑΛΕΖΟΥ Σ. - ΜΑΛΙΑΡΑ Σ.: Μαθήματα νευρολογίας, Τόμος 2ος  
Εκδόσεις Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1978.